

IMR- Illness Management and Recovery: Strukturert psykoedukasjon gjennom kobling av evidensbaserte og erfaringsbaserte tilnærminger i et dagbehandlingsprogram ved psykoser

av Leif Jonny Mandelid*, Bernhard Lid* & Rickard Färdig^



Sammendrag:

Artikkelen presenterer Illness Management and Recovery (IMR) som metode og første forsøk på å implementere den i Norge. IMR springer ut fra et behov for å integrere evidensbasert behandling i et recoveryperspektiv. Ambisjonen er å benytte en metode for strukturert behandling av alvorlige psykiske lidelser som samtidig ivaretar individualisering av behandlingsmålene. Kronstad DPS i Bergen har i løpet av 2012 startet et IMR-program som komponent i et dagbehandlingstilbud for personer med psykoser. Et forskningsmiljø i Uppsala i Sverige gir opplæring og veiledning i implementeringsprosessen.

Abstract: Illness Management and Recovery (IMR) as a psychosocial treatment method and a first implementation of it in Norway is presented. IMR has been developed during the last ten years as an attempt to integrate evidence-based practice with a recovery-perspective. The ambition is to implement a structured treatment for serious mental disorders that allows for individualization of the treatment goals. Kronstad DPS (Community mental health center) in Bergen, Norway, has during 2012 implemented IMR as a component of a day treatment program for persons suffering from severe mental illness, assisted by researchers from Uppsala, Sweden.

*Psykologspesialist og vernepleier, Kronstad DPS, Bergen, Norge

^Leg psykolog og PhD, Uppsala Universitet, Sverige

Innledning

Illness Management and Recovery (IMR) er en metode for strukturert og individualisert mestring av alvorlige psykiske lidelser (Mueser et al. 2002). Den begynner å få en viss internasjonal utbredelse og i Sverige satses det på IMR etter et vellykket forskningsprosjekt i Uppsala (Färdig et al, 2011). I Norge blir den nå for første gang brukt i dagbehandlingstilbud ved Kronstad DPS i Bergen og Nordfjord Psykiatriske Senter. IMR består av 11 psykoedukative moduler i kombinasjon med hjemmeoppgaver knyttet til hver modul. Modulene inneholder informasjon om bedringsprosessen ved psykiske lidelser og psykoedukasjon knyttet til sykdomslære, familiearbeid, forebygging av nye episoder, bedring av sosialt nettverk, effektiv bruk av støtteapparatet og bedre kontroll ved rusavhengighet (se Tabell 1, side 46-47). Individuelle målsettinger innen hver moduls område utformes og hjemmeoppgaver i tråd med målsettingene gjøres fra gang til gang. IMR fullføres i løpet av et år, i gruppe eller individuelt.

Gruppeformatet gir best mulighet for sosial trening og tilgang til andres erfaringer. IMR er strukturert, aktiv, evidens- og erfaringsbasert. Samtlige faktorer har vist seg virksomme ved behandling av psykoser (Mueser et al. 2006). Innbakt i IMR er også støttende prinsipper fra Motivasjonelt Intervju (MI), kognitiv adferdsterapi (CBT) og

pedagogikk. Ved Kronstad DPS legges nå IMR inn som et bærende element i et nytt dagbehandlingstilbud ved Avdeling psykose. To andre elementer vil være psykoedukativt familiearbeid og virksomhetsrettede tiltak i samarbeid med NAV, for eksempel individuell utplassering og støtte (IPS). Avdelingen gir aktive behandlingstilbud til personer som sover i eget hjem, men trenger tett oppfølging på spesialistnivå på dagtid. Grunnleggende målsetting er hjelp til selvhjelp basert på verdier hentet fra recoverytenkning og evidensbaserte metoder.

Bakgrunnen for IMR

Bakgrunnen for IMR ligger på ene siden i borgerrettighetskampens krav om selvbestemmelse og inklusjon i samfunnet for mennesker med psykiske lidelser. På andre siden i helsevesenets krav om evidensbasert behandling. Etter nedbyggingen av sentralinstitusjonene i USA krevde brukerne at brukernes egne erfaringer med hva som fører til bedring, måtte legges til grunn for behandling på lik linje med fagfolks kompetanse. Dette var etter deres syn nødvendig myndiggjøring for at bedring skal være mulig. Presidentens tale i 2003 om psykiatriens fremtid slo fast at fremtidens amerikanske psykiatri skal bygge på recoveryperspektivet. Større krav til bedre dokumentasjon av effektiv ressursbruk i helsevesenet ga samtidig sterkere føringer i retning av målbart virksom, eller evidensbasert

Tabell 1: Oversikt over de enkelte emnene i de 11 IMR-modulene (Mueser et al, 2002)			
Modul	Emne	Målsetting	Ant. saml.
1)	Recoverystrategier	<ul style="list-style-type: none"> * Engasjere deltakerne i gruppen * Øke bevisstheten om recovery * Sette personlige recoverymål * Lage planer for å nå mål 	4
2)	Fakta om schizofreni	<ul style="list-style-type: none"> * Identifisere symptomer * Avlive myter om schizofreni * Takling av stigma * Hjelp deltakerne å bli oppmerksomme på personer med schizofreni som lever 	4
3)	Stress sårbarhetsmodellen og behandlingsstrategier	<ul style="list-style-type: none"> * Forklare at stress og biologisk sårbarhet forårsaker symptomer * Diskutere strategier for å redusere stress og biologisk sårbarhet * Informere deltakerne om behandlingsmuligheter 	
4)	Etablere sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> * Diskutere hvordan sosial støtte kan bidra til recovery * Lære strategier for å oppnå sosial støtte, som å finne møtesteder, konversasjonsferdigheter og det å nærme seg andre 	7
5)	Å bruke medisin effektiv	<ul style="list-style-type: none"> * Lære deltakerne om virkninger og bivirkninger av medisin * Bedre ferdighetene i å diskutere medisinspørsmål med legen * Hjelp deltakerne å veie fordeler og ulemper ved å bruke medisin * Lære atferdsendring for å lette oppfølging av medisinbehandling 	4
6)	Om rus og rusavhengighet	<ul style="list-style-type: none"> * OBS: Her er en norsk versjon under opparbeiding (E.A) 	?
7)	Forebygging av nye episoder (tilbakefall)	<ul style="list-style-type: none"> * Lære deltakerne at tilbakefall er forutsigbare og mulige å unngå * Lage individuell plan for forebygging av nye episoder 	4
8)	Stressmestring	<ul style="list-style-type: none"> * Informere deltakerne om at de kan forbedre evnen til å mestre stress * Karlegge og praktisere strategier for å forebygge eller mestre stress 	5
9)	Mestring av problemer og vedvarende symptomer	<ul style="list-style-type: none"> * Lære problemløsningsmodell * Hjelp deltakerne å indentifisere typiske problemer og symptomer som forårsaker stress * Praktisere mestringsstrategier for vedvarende symptomer 	6

10)	Å få behov og rettigheter dekket i psykisk helsevern	* Skaffe seg oversikt over ulike tjenester i psykisk helsevern og NAV * Kartlegge trygdeordninger og forsikringer deltakerne har rett på å få dekket * Hjelpe deltakerne å finne strategier til å tale sin sak i forhold til psykisk helsevern	3
11)	Sunn livsstil	* OBS: Valgbar modul	

behandling. Dette førte til faglig konflikt mellom hvilken behandling som skal gjelde som effektiv basert på gruppedata fra randomiserte, kontrollerte studier og hvilken behandling som oppleves nyttig og meningsfull for den enkelte bruker. For vel ti år siden satte Mueser og medarbeidere sammen et panel av fagfolk, brukere og pårørende for å plukke ut evidensbaserte metoder som etter deres funn og erfaring kunne bidra til bedring hos den enkelte. Resultatet ble metoden IMR hvor hver bruker setter opp individuelle mål gjennom dokumentert virksomme psykoedukative tilnærminger til sykdomslære, medisinlære, familiearbeid, sosial kompetanse, rusavhengighet, hjelpsøkingstrategier og tilbakefallsforebygging (Mueser, Corrigan, Hilton et al, 2002). IMR er utprøvd i blant annet USA, Japan, Israel og Sverige. Resultatene er lovende og Kronstad DPS tilbyr fra høsten 2012 IMR, med støtte og veiledning fra Rickard Färdig i Sverige. Et forskningsprosjekt i Uppsala ga lovende resultater (Färdig, Lewander, Fredriksson & Melin, 2011). Svenske helsemyndigheter ber nå Färdig og hans kolleger om bistand til bredere implementering av IMR.

Oppbygging og innhold i IMR

IMR består av 11 nummererte hovedmoduler som omhandler et emne, for eksempel nummer 1:» Recoverystrategier», eller nummer 8:» Mestring av problemer og vedvarende symptomer». For fullstendig liste over moduler og emner, se tabell 1 på side 46-47. Gruppelederne presenterer innholdet i den aktuelle modulens emne for deltakergruppen og sørger for at deltakerne er med i en god gruppeprosess med mest mulig gjensidig utveksling av personlige erfaringer knyttet til emnet. Det er hensiktsmessig at alle deltakerne starter med modul 1, ettersom den omhandler recovery og vil ha aktualitet for alle. De øvrige emnene kan ha ulik grad av aktualitet for den enkelte. Emnet recoverystrategier vil for eksempel ha som mål å engasjere deltakerne i gruppen, øke bevisstheten om hva som menes med bedring og sette opp personlige målsettinger for hver enkelt deltaker. Deretter lages en skriftlig plan for hvordan vedkommende kan prøve å oppnå sine personlige recoverymål. Som hjemmeoppgave skal så hver enkelt deltaker arbeide konkret og stegvis for å prøve å nå sine mål ved hjelp av planen, alene eller i samarbeid med

støttespillere som deltakeren selv velger. Det kan være andre behandlingskontakter, venner eller pårørende. Ved neste samling går man igjennom hvordan det går med å oppnå målene, eller regulere dem i tråd med hva som er mulig til enhver tid. I denne prosessen er definering av hinder for å oppnå mål like viktig, ettersom det kan brukes til å prøve nye tilnærminger eller redefinere målene. Hver modul inneholder sjekklister for gruppelederne, slik at de kan føre kontroll med hva det er blitt snakket om i tilknytning til det aktuelle emnet. Likeledes tipse deltakerne om vanlige problemer knyttet til modulens innhold og styring av gruppeprosesser. Gruppelederne bruker læringsprinsipper hentet fra pedagogikk, MI og CBT. Pedagogiske strategier innebærer blant annet: Toveis kommunikasjon; oppdeling av informasjon i mindre deler; sjekke deltakerens forståelse av det som sies; strukturere innlærings-situasjonen; hyppig oppsummering av det som sies og å få med alle deltakernes bidrag. Prinsipper fra motiverende intervju brukes for å aktivere og holde ved like deltakelse i programmet og for å knytte generell informasjon til en personlig bedringsprosess. Prinsipper fra kognitiv terapi kan hjelpe deltakerne, ved å arbeide med hinder for å ta i bruk informasjon og ferdigheter knyttet til bedring i hverdagen. Disse går blant annet ut på: Formulering av mål; metoder for problemløsning; positiv forsterking; modelløring; rollespill;

hjemmeoppgaver og kognitiv restrukturering av grunnleggende antakelser.

Målgruppe, form og varighet av IMR

IMR har blitt utforsket i forhold til personer rammet av alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bipolar affektiv lidelse med psykose. Deltakerne bør ha et evnenivå i normalområdet, til nød mild mental retardasjon. Både personer i poliklinisk behandling og innlagte har gjennomført IMR. En tenker seg at IMR kan være særlig gunstig like etter utskrivning, når personen er i en stabil fase og har behov for en sammenheng som er strukturert og meningsfull.

IMR kan tilbys både individuelt og i gruppe. I gruppe vil potensialet for gjensidig hjelp og sosial læring gjennom deling av erfaringer i konstruktiv modelløring være større. Optimalt læringsutbytte oppnås vanligvis grupper på fire til åtte deltakere best resultat. Seks deltakere synes ideelt. Ved færre enn fire deltakere eller flertall av personale kan det være hensiktsmessig å tilby IMR individuelt. Vanligvis gjennomføres et helt IMR program med ukentlige samlinger over omtrent ni måneder.

Det går med tre til fire timer ukentlig for gjennomføring av IMR i første omgang, inkludert veiledning, for- og etterarbeid. Når kurslederne er blitt rutinerterte, vil tiden som brukes til veiledning

i etterkant av samlingene kunne reduseres betydelig. IMR evalueres systematisk gjennom måling av prosessdata og resultatdata. Prosessen med gjennomføringen av IMR som metode måles ved hjelp av en integritetsskala: IMR Treatment Integrity Scale (IT-TS) (McGuire, Stull, Mueser et al, 2012) måler gruppeledernes kompetanse i å administrere IMR. Skalaen inneholder ledd som skal måle den terapeutiske relasjonen, hvorvidt lederne er recovery-orienterte, involvering av gruppedeltakerne, fremming av gjensidig støtte, struktur og tidseffektivitet, effektiv bruk av materialet, samt setting og oppfølging av mål. Terapeutisk effekt av IMR måles på en rekke resultatmål, for eksempel symptomskalaer, funksjonsskalaer og mål på opplevd livskvalitet. Både kurslederne og deltakerne måler dette, for å vurdere i hvilken grad IMR har vært til nytte for deltakerne. Resultatmålingene gjøres før under og etter behandling. Eksempler på slike måleinstrumenter er IMR-skalaen (IMR-Scale). Den består av femten spørsmål som skal besvares av både kursledere og deltakere. Et annet måleinstrument er Structural Clinical Interview of Remission (SCI-R), som er et mål på opplevd bedring.

Forskningsgrunlaget for utvikling av IMR

I 2002 publiserte Mueser og medarbeidere en gjennomgang av 40 randomiserte kontrollerte studier

på sykdomsmestring hos personer med alvorlige psykiske lidelser og fant fem effektive komponenter: Psykoedukasjon, skreddersying av adferdsmønstre (behavioral tailoring) for medisinerbruk, trening på tilbakefallsforebygging, trening på mestringsferdigheter og trening på sosiale ferdigheter. Mange psykososiale behandlinger gir både observert og opplevd bedring. For eksempel aktivt oppsøkende behandlingsteam (Assertive Community Treatment; ACT), arbeid med støtte, familiepsykoedukasjon og integrert behandling for samtidig mental sykdom og rus (Mueser et al, 2002). Personens administrasjon av egen sykdom kan være profesjonelt basert ved at fagfolk gir psykoedukasjon, eller likemannsbasert ved at brukere deler erfaring og støtte seg imellom. Programmer for likemannsbasert administrering av egen sykdom, var ikke tilstrekkelig evaluert til da. Mange programmer gikk ut over fokus på psykopatologi og symptomlette, og hadde som videre målsetting å bedre personlig kompetanse, selvaktelse og streben etter å nå personlig meningsfulle mål. Kunnskap og administrasjon av egen sykdom er et viktig ledd i en recovery - eller bedringsprosess. Grunnleggende opplæring om mental sykdom bedrer evnen til å gjenvinne kontroll over livet og mer samarbeidende og likeverdige relasjoner til profesjonelle hjelpere.

Forskningen viste at psykoedukasjon om mentale lidelser er en forutsetning for å fatte informerte beslutninger om egen behandling. Det kan redusere drop-out, bidra til partnerskap mellom hjelpere og brukere og individualisering av behandlingen. Mueser og medarbeidere (2002) fant at generell psykoedukasjon økte brukernes kunnskap om mental sykdom, men endret i mindre grad deres atferd. Årsaken kan være at didaktisk informasjon alene ikke tar høyde for belysning av brukerens personlige antakelser og sykdomsforståelse. Programmer som i tillegg la inn elementer fra CBT ut over didaktisk presentasjon ga mer ønsket atferdsendring. Mange brukere sa seg mindre villige til å ta medisin dersom deres valgfrihet var begrenset. MI foreslås som strategi for å forstå hensikten med behandling og brukerens motvilje mot å ta den, samtidig som brukerens endelige beslutning respekteres. Fem studier på tilbakefallsforebygging viste reduksjon i tilbakefall og gjeninnleggelse. Familieintervensjon kan også bidra til forebygging av unødige episoder med psykose og innleggelse. Omfattende programmer inneholder et bredt spekter av strategier for administrasjon av sykdom. Blant annet psykoedukasjon, tilbakefallsforebygging, mestringsstrategier og aktiv problemløsning. Elementer av CBT virket bedre enn standard behandling ved at den bidrar til aktiv innøving av mestringsstrategier og modifiserer

brukers dysfunksjonelle antakelser om sykdommen, selvet og omgivelsene. Svakheter ved funnene var at flest studier var gjort på brukere med schizofrenidiagnose og det var få repliseringer av standardiserte intervensjoner. De hadde også lite fokus på recoveryprosesser forstått som opprettholdelse av håp og utvikling av mening og innhold i brukerens liv. På bakgrunn av kritisk gjennomgang av funn i denne tidligere forskningen utarbeidet derfor Mueser og medarbeidere en enhetlig og standardisert kurspakke, *Illness Management and Recovery (IMR)*.

IMR bygger på stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977) og på en transteoretisk modell; motivasjonelt intervju (MI) (Miller & Rollnick, 2002). IMR koster ikke mer enn annen behandling og krever ikke større organisatoriske endringer for å implementeres. Behandlerne kan i stor grad bygge på eksisterende kompetanse, men på en mer organisert og effektiv måte. Resignasjon og håpløshet motvirkes ved at brukerne og deres pårørende inviteres til å bli aktive partnere i prosessen. Mer forskning på likemannsarbeid og gjensidig hjelp blant brukerne bør i større grad informere profesjonelle tjenester i fremtiden.

Evidens for effekten av IMR

I 2006 forelå foreløpige funn fra en pilotstudie av effekten av IMR utført på to steder i USA og ett sted i Australia

(Mueser, Meyer, Penn et al, 2006). Deltakerne rapporterte god tilfredshet med programmet og viste lav drop-ut, bedre mestring av sykdommen, moderate positive funn på reduserte symptomplager, kunnskap om sykdommen, samt håp og målrettet adferd, målt før og etter IMR. Funnene viste liten eller ingen bedring i opplevelse av sosial støtte eller hjelp fra andre. Forfatterne konkluderer med at det trengs mer om hjelpsøkingssatferd og familiearbeid innbakt i IMR eller i tillegg til IMR.

Første randomiserte, kontrollerte studium av IMR ble gjort i Israel (Hasson-Ohayon, Roe & Kravetz, 2007). Personer med hovedsakelig schizofrenidiagnose ble fordelt på IMR og Treatment as usual (TAU). Gruppen som fikk IMR skåret signifikant bedre enn kontrollgruppen på kunnskap om sykdommen og progresjon mot egne mål. Begge grupper kom bedre ut på symptommestring. Med hensyn til bedre sosiale relasjoner kom gruppene likt ut med ingen forskjell før og etter behandling. IMR i sin nåværende form synes imidlertid ikke å gi generelt bedre mestringsevne eller sosial støtte.

Selve implementeringsprosessen er en egen utfordring ved evidensbasert behandling. I Indiana målte man selve implementeringsprosessen i seks klinikker og fant at implementering av IMR lykkes godt over en toårsperiode (Salyers, Godfrey, McGuire et al,

2009). I tråd med funn fra andre studier tok det lengre tid å gjøre nødvendige administrative og organisatoriske endringer, enn å starte selve det kliniske arbeidet med IMR. Organisatorisk og ledelsesmessig forankring nødvendig for at gjennomføring av IMR over tid skal kunne lykkes. Klinikernes og deltakernes skårer på resultatmål viste tilsvarende tendenser som i Hasson-Ohayon et als studium fra 2007, altså signifikant bedring på administrering av egen sykdom og mer håp, men ingen signifikant endring i tilfredshet med tjenestene. Drop-out varierte fra 11 til 29 prosent.

En randomisert, kontrollert studie i New York viste at IMR bedret sykdomshåndtering, selvhjelpenhet og funksjonsnivå hos beboere i spesielt tilrettelagte botilbud (Levitt, Mueser, DeGenova et al, 2009). De viste lavere skårer på symptomer generelt og på angst og depresjon spesielt. På mål på rus og suicidalitet kom IMR-gruppen likt ut med kontrollgruppen, uten signifikant endring fra baseline. Som i studiet fra Indiana (Salyers et al, 2009), kom deltakere med mer utdanning og bedre intellektuelt funksjonsnivå bedre ut på IMR-målene. Forskerne spør derfor om en bør tilby separate IMR-program for deltakere med høyere intellektuelt funksjonsnivå og om vernet arbeid eller arbeid med støtte kan være gunstig i tillegg til IMR.

I Japan sammenliknet Fujita og medarbeidere (Fujita, Daiji, Eri et al, 2010) en gruppe som fikk IMR med pasienter fra venteliste over en to års periode. De fant at IMR-gruppen viste signifikant bedring med hensyn til symptomer, funksjonsnivå, egenrapportert administrasjon av lidelsen, livskvalitet, tilfredshet med tjenestene og mer opplevelse av mestring og tilfredshet i sosiale relasjoner. Drop-out raten var 14 prosent. Studien svekkes av lite antall deltakere, samt fravær av randomisering og blindtesting.

Salyers, McGuire, Rollins og medarbeidere (2010) i Indiana målte effekten av å kombinere Assertive Community Treatment (ACT) og IMR. De fant ingen signifikante forskjeller på resultatmål på trofasthet, symptomer og funksjon mellom ACT med eller uten IMR, bortsett fra at IMR-betingelsen viste redusert bruk av sykehussenger over tid. Hvorvidt det var «vanlige» fagfolk eller medarbeidere med erfaringsbasert kompetanse som administrerte IMR ga heller ingen signifikant forskjell. Forfatterne mener likevel at det kan ha en egenverdi som reell brukermedvirkning å lære opp brukere til å være IMR-spesialister i ACT-team i det lange løp, som premissleverandører til kolleger og rollemodeller for brukerne. Samme forskermiljø (Salyers, Rollins, Clendenning et al, 2011) fant også at ACT pluss IMR-betingelsen var assosiert med mindre bruk av sengeøgn og legevakt enn ACT alene.

Det er publisert to artikler om forskning på IMR i Sverige. Den første er en psykometrisk studie hvor en vurderte nytten av Illness Management and Recovery Scale (IMRS) (Färdig, Lewander, Fredriksson & Melin, 2011). IMRS som et reliabelt mål på sykdomsmestring og recovery i henhold til IMR ble bekreftet i denne studien. Färdig og medarbeidere gjorde deretter en randomisert kontrollert studie på 41 personer med diagnosen schizofreni eller schizoaaffektiv lidelse (Färdig, Lewander, Melin & al, 2011). Disse ble fordelt på betingelsene behandling som vanlig (TAU) og IMR, målt ved oppstart og avslutning, samt ni og 21 måneder etter avslutning. IMR-gruppen viste signifikant høyere skårer på sykdomsmestring enn kontrollgruppen. Også på psykiatriske symptomer viste IMR-gruppen bedre resultater enn kontrollgruppen. De fant også signifikant nedgang i selvmordstanker i IMR-gruppen sammenliknet med kontrollgruppen.

Studiene ovenfor er den første empiriske dokumentasjonen på at IMR er effektivt. I fremtiden er det ønskelig med flere og større randomiserte, kontrollerte og blinde studier, i håp om å skaffe enda mer solid evidens for virkningen av IMR. Et av grunnlagene for det vil være større klinisk implementering av IMR som er trofast mot metoden.

Klinisk implementering av IMR for første gang i Norge

På nyåret 2011 fattet Kronstad DPS i Bergen interesse for IMR som mulig del av et evidensbasert behandlingstilbud ved Avdeling psykose. Avdelingen etablerte en dagbehandlingsavdeling for personer med behov for et strukturert og aktivt behandlingstilbud, som bidrar til at de kan bo hjemme uten innleggelse i sengeavdeling. IMR så ut til å passe godt som et element i et slikt dagbehandlingstilbud, ved siden av psykoedukativt familiearbeid, nært og rutinebasert samarbeid med NAV og en depot-klinikk. Vi kontaktet Rickard Färdig i Uppsala, som siden har bistått med opplæring og veiledning. Dette arbeidet har vært nyskapende på en måte som også har gitt personalet ny giv. Avdelingen har rekruttert og tilbudt pasienter elementer av IMR fra februar 2012 og er i ferd med å tilby samtlige moduler i takt med at de oversettes til norsk. Vi ser allerede nå et behov for å differensiere mellom IMR-grupper for nysyke og for veteranpasienter, ettersom de har ulike behov og ulike erfaringer med et psykisk helsevern som har endret seg radikalt over kort tid. Som ledd i en recoverydiskurs fokuserer vi dessuten spesifikt på å unngå stigmatiserende og demoraliserende bruk av språket i behandlingsmiljøet. Den raske implementeringen ville ikke vært mulig uten god forankring i ledelsen for Kronstad DPS. Det har sikret økonomiske og organisatoriske rammer for nødvendig

opplæring og drift av IMR. En avdeling fra Nordfjord Psykiatriske Senter på Nordfjordeid har også vært med på opplæringen i IMR. Det er ønskelig at flere miljøer tilbyr IMR til personer med alvorlige psykiske lidelser. Da kan vi i neste omgang også få et bedre grunnlag for å utforske effekten av IMR her i Norge. Det er også etablert et internasjonalt nettverk for IMR.

*Leif Jonny Mandelid
psykologspesialist
leif.jonny.mandelid@seprep.no*

Referanser

Fujita, E., Kato, D., Kuno, E. et al (2010). Implementing the Illness Management and Recovery program in Japan. *Psychiatric Services*, 61, 11, 1157 – 1161

Färdig, R., Lewander, T., Fredriksson, A. & Melin, L. (2011). Evaluation of the Illness Management and Recovery Scale in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 132, 157 – 164

Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F. & Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the Illness Management and Recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62, 606 - 612

- Hasson-Ohayon, I, Roe, D. & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the Illness Management and Recovery Program. *Psychiatric Services*, 58, 11, 1461 – 1466
- Levitt, A. J. , Mueser, K.T. , DeGenova, J. et al (2009). Randomized controlled trial of Illness Management and Recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60, 12, 1629 – 1636
- Miller, W. R. & Rollnick, S., eds. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York, NY, Guilford Press
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D. W. & al (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 10, 1272 – 1284
- Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, R.C. et al (2006). The Illness Management and Recovery program: Rationale, development and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*; 32, S1, 532 – 543
- McGuire, A. B., Stull, L.G., Mueser, K.T. et al (2012). Development and reliability of a measure of clinician competence in providing Illness Management and Recovery. *Psychiatric Services*, 63, 772 -778
- Salyers, M.P., Godfrey, J. L., McGuire et al (2009). Implementing the Illness Management and Recovery program for consumers with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 60, 4, 483 – 490
- Salyers, M. P., McGuire, A.B., Rollins, A.G. et al (2010). Integrating Assertive Community Treatment and Illness Management and Recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46, 319 - 329
- Salyers, M. P., Rollins, A. L., Clendenning, M.S. et al (2011). Impact of Illness Management programs on hospital and emergency room use by Medicaid enrollees. *Psychiatric Services*, 62, 5, 509 - 515
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126