

rethink



100 idéer til recovery-orienteret arbejde

Et inspirationehæfte til medarbejdere i psykiatrien og socialpsykiatrien

Rethinks recovery-serie, publikation 1



Videnscenter for
Socialpsykiatri

af Mike Slade

Om Rethink

Rethink er Storbritanniens største nationale medlemsorganisation inden for psykisk sundhed. Vi arbejder for at hjælpe alle, der er ramt af alvorlig psykisk sygdom, med at få et bedre liv. Vi giver håb og empowerment gennem effektiv støtte og hjælp til alle, som har brug for os, og arbejder for at skabe bedre vilkår for mennesker med sindslidelse ved at bidrage til større kendskab, viden og forståelse.

Indhold

Indledning	3
Afsnit 1: Hvad er personlig recovery?	4
Afsnit 2: Relationers centrale betydning	7
Afsnit 3: Grundlaget for en recovery-orienteret psykiatri og socialpsykiatri	10
Afsnit 4: Vurdering	12
Afsnit 5: Planlægning af indsats	17
Afsnit 6: At støtte udvikling af færdigheder i selvstyring	18
Afsnit 7: Recovery gennem krise	23
Afsnit 8: At genkende recovery-fokus i psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud	25
Afsnit 9: Forandring i psykiatrien og socialpsykiatrien	26
Bilag 1: Elektroniske ressourcer til støtte for recovery	27
Bilag 2: Referencer	28

Forord

Det er med stolthed, Rethink præsenterer dette hæfte, som er den første publikation i en serie rapporter om recovery. Vores mål er at skabe debat om, hvordan vi kan styrke og udvikle psykiatrien og socialpsykiatrien.

Igennem de senere år er der gjort fremskridt verden over for at forbedre kvaliteten af de ydelser, der tilbydes til folk med psykisk sygdom. Begrebet recovery spiller en central rolle i mange af disse ændringer – både som filosofisk og som praktisk tilgang til arbejdet med mennesker i nød.

Rapportens forfatter, Dr. Mike Slade, er klinisk psykolog og ansat som konsulent ved South London and Maudsley NHS Foundation Trust, og er desuden docent i Health Service and Population Research Department under Institute of Psychiatry ved King's College i London. I 2007 rejste han rundt i Europa, Amerika og Australien for at lære mere om forskellige landes recovery-praksis. Denne rapport og den tilknyttede publikation *Personal recovery and mental illness*¹ indeholder forslag, som er baseret på udbyttet af disse rejser.

Vi håber, rapporten kan sætte gang i en debat og stimulere til kritisk tænkning om recovery så vel som styrke praksis. Den er skrevet specifikt til fagfolk, der arbejder i psykiatrien og socialpsykiatrien, men også andre interessenter inden for området, fx brugere og pårørende, kan få gavn af rapporten og se den som et relevant bidrag til den udbredte debat om recovery og psykisk sundhed.

Paul Jenkins

Adm. dir., Rethink
maj 2009



Indledning

Dette er et inspirationshæfte til ansatte i psykiatrien og socialpsykiatrien. Formålet med inspirationshæftet er at understøtte en proces, der sætter større fokus på recovery i psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. I inspirationshæftet præsenteres forskellige tilgange til at arbejde med brugere* på en recovery-orienteret måde.

Hæftet er baseret to overbevisninger:

- For det første er recovery noget, mennesker med psykiske problemer arbejder hen imod og oplever. Det er ikke noget, medarbejderne kan gøre en person. Deres rolle er at støtte den pågældende under rejsen mod recovery.
- For det andet er rejsen mod recovery individuel. Den bedste måde at støtte et menneskes recovery på varierer fra person til person.

Eftersom der ikke findes en ideel eller 'rigtig' indsats, er det heller ikke muligt at give trinvis instrukser om, hvordan medarbejdere kan understøtte recovery-processer. Derfor skal inspirationshæftet mere opfattes som en oversigtsplan, end en egentlig detaljeret rejseplan

Helt centralt for hæftet er etableringen af en begrebslig model, der skal identificere, hvilke former for støtte der kan være nyttige. Den kaldes Den Personlig Recovery-model og er baseret på fortællinger fra mennesker, som har personlige erfaringer med psykisk sygdom. At omsætte den begrebslige model til praksis er målet med hæftet.

* Selv om jeg anerkender, at der er delte meninger om ordet, taler vi om 'brugere, fordi vi har fokus på mennesker med personlige erfaringer med psykisk sygdom, der er brugere af det psykiatriske og socialpsykiatriske system.



Afsnit 1: Hvad er personlig recovery?

Recovery er et ord med to betydninger.

Klinisk recovery er en idé, der udspringer fra psykiatriske og socialpsykiatriske fagfolk og tager udgangspunkt i at komme af med symptomer, genvinde den sociale funktionsevne og på andre måder 'vende tilbage til det normale.'

Personlig recovery er en forestilling, der udspringer fra mennesker, som har levede erfaringer med psykisk sygdom, og betyder noget andet end klinisk recovery. Den mest udbredte definition på personlig recovery stammer fra Anthony (1993)²:

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

Det anerkendes i brede kredse, at de fleste psykiatriske og socialpsykiatriske indsatser i øjeblikket er organiseret med fokus på klinisk recovery. Hvordan kan vi udvikle dem, så de har fokus på personlig recovery? Hæftet her beskriver 100 forskellige idéer, men præsenterer først en begrebslig model, der kan understøtte en sådan udvikling.

Boks 1: Personlige recovery-opgaver

Recovery-opgave 1: Udvikling af en positiv identitet Den første recovery-opgave er at udvikle en positiv identitet ud over at være et menneske med psykisk sygdom. Identitetslementer, der er vigtige for en person, kan spille en langt mindre vigtig rolle for en anden. Det understreger, at det kun er personen selv, der kan afgøre, hvad der er en meningsfuld identitet.

Recovery-opgave 2: Rammesætning af 'psykisk sygdom' Den anden recovery-opgave går ud på at skabe en personlig tilfredsstillende mening, der kan beskrive den erfaring, fagfolk forstår som psykisk sygdom. Det indebærer at finde mening i erfaringerne, så de kan sættes ind i en ramme og blive en del af personen uden at være hele personen. Denne mening kommer måske til udtryk som en diagnose eller formulering, eller har måske slet ikke noget med faglige modeller at gøre – en spirituel, religiøs eller kulturel eller eksistentiel krise (derfor citationstegnene i overskriften).

Recovery-opgave 3: Selvstyring af psykisk sygdom At rammesætte erfaringer med psykisk sygdom udgør en kontekst, hvor sygdommen bliver en af livets udfordringer, som giver mulighed for at udvikle evnen til at tage kontrol over eget liv. Overgangen går fra klinisk styring til selv at tage personligt ansvar gennem selvstyring. Det betyder ikke, at man gør alting selv, men at man har et ansvar for egen trivsel, fx at søge hjælp og støtte hos andre, når det er nødvendigt.

Recovery-opgave 4: Udvikling af værdsatte sociale roller Den sidste recovery-opgave indebærer at tilegne sig tidligere, modificerede eller nye værdsatte sociale roller. Det involverer ofte sociale roller, der ikke har noget at gøre med psykisk sygdom. Værdsatte sociale roller udgør fundamentet for den spirende nye identitet hos mennesker i bedring. Det at arbejde med en person i hans eller hendes sociale kontekst er af afgørende betydning, specielt ved kriser, hvor den støtte, man normalt får fra venner, familie og kolleger, kan være temmelig belastet.

1.1 Den personlige recovery-model

At understøtte personlig recovery indebærer at bevæge sig væk fra et fokus på behandling af sygdom og hen imod at øge menneskers trivsel. Det vil indebære en forandring, hvor faglige modeller bliver en del af en større forståelse af den pågældende person. Denne forståelse kan hjælpes på vej af den personlige recovery-model, der er baseret på fire recovery-domæner, som udspringer fra fortællinger fra mennesker med levede erfaringer med psykisk sygdom:³

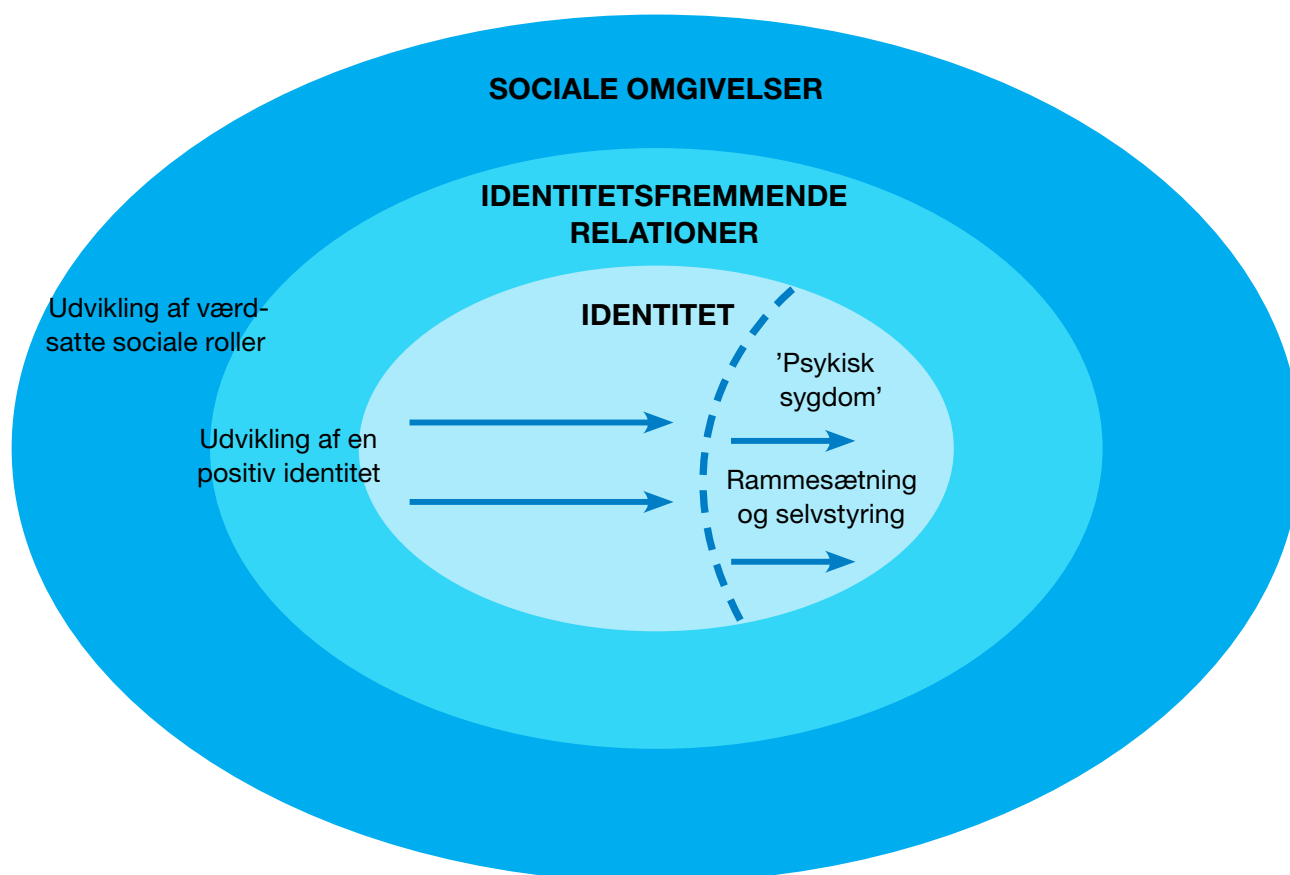
- **Håb** som en hyppig, selvrapporтерet komponent i recovery
- **Selvidentitet**, herunder nuværende og fremtidigt selvbillede
- **Mening** i livet, herunder formål og målsætninger
- **Personligt ansvar** - evnen til at tage personligt ansvar for eget liv

Den personlige recovery-model (som vist i Figur 1) er baseret på fire recovery-opgaver, som er typiske for recovery-forløb (vist i Tabel 1). De står lidt spredt for at antyde en generel, men ikke universel ordning fra forståelse til handling og fra personlig til social.

Pilene viser, at recovery indebærer at minimere konsekvenser af psykisk sygdom (ved hjælp af rammesætning og selvstyring) og maksimere trivsel (ved udvikling af en positiv identitet og værdsatte sociale roller og relationer).

Personlig recovery-orienteret psykiatri og socialpsykiatri er organiseret på en måde, så de hjælper mennesker til at give sig i kast med de fire recovery-opgaver, der understøttes ved at lægge vægt på relationer. De grundlæggende forskelle på recovery-orienteret og traditionel praksis er behandlet af flere forfattere med erfaringer fra forsøg på at ændre psykiatrisk og socialpsykiatrisk praksis til en mere recovery-venlig tilgang⁴⁻⁸, og nogle af forskellene er vist i Tabel 1.

Figur 1: Den personlige recovery-model



Tabel 1: Forskelle mellem traditionel og recovery-orienteret praksis

Traditionel tilgang	Recovery-orienteret tilgang
Værdier og magtforhold	
(Tilsyneladende) værdifri	Værdicentreret
Medarbejderansvar	Personligt ansvar
Kontrolorienteret	Valgorienteret
Magt over folk	Vækker magten i folk selv
Grundbegreber	
Videnskabelig	Humanistisk
Patografi	Biografi
Psykopatologi	Negative erfaringer
Diagnose	Personlig mening
Behandling	Vækst og opdagelse
Medarbejdere og patienter	Ekspertes gennem uddannelse og eksperter gennem erfaring
Vidensbase	
Randomiserede, kontrollerede forsøg	Vejledende fortællinger
Systematiske vurderinger	Baseret på rollemodeller
Dekontekstualiseret	Inden for en social kontekst
Arbejdspraksis	
Beskrivelse	Forståelse
Fokus på sygdommen	Fokus på personen
Sygdomsbaseret	Baseret på personens stærke sider
Baseret på reduktion af negative hændelser	Baseret på håb og drømme
Personen tilpasser sig programmet	Medarbejderen tilpasser sig personen
Belønner passivitet og efterlevelse	Fostrer empowerment
Omsorgen koordineres af eksperter	Selvstyring
Mål med indsats	
Bekæmpelse af sygdom	Fremme af sundhed
Bringe under kontrol	Selvkontrol
Efterlevelse	Valg
Tilbagevenden til normalitet	Forandring

Da personlig recovery er noget personen selv gennemlever, er medarbejdernes opgave at støtte personen i sin rejse på vej mod recovery. Resten af rapporten beskriver, hvad det vil sige i praksis.

Afsnit 2: Relationers centrale betydning

I dette afsnit tager vi hul på at præsentere 100 forskellige idéer til, hvordan medarbejdere kan understøtte recovery. Der fokuseres på relationer – til andre brugere, til medarbejdere og til andre mennesker.

2.1 At støtte brugerrelationer

Mennesker, der selv har erfaring med sindslidelse, kan direkte bidrage til andres recovery.⁹⁻¹¹ Meningsfuld involvering af brugere forbindes internationalt med nyskabende recovery-orienteret praksis. Der findes tre former for bruger til bruger- støtte til recovery:

1: Selvhjælpsgrupper

Selvhjælpsgrupper har først og fremmest fokus på levede erfaringer, og det fører til strukturer, der bygger på en forudsætning om, at alle deltagere har noget at bidrage med.

2: Medarbejder med brugererfaring (MB)

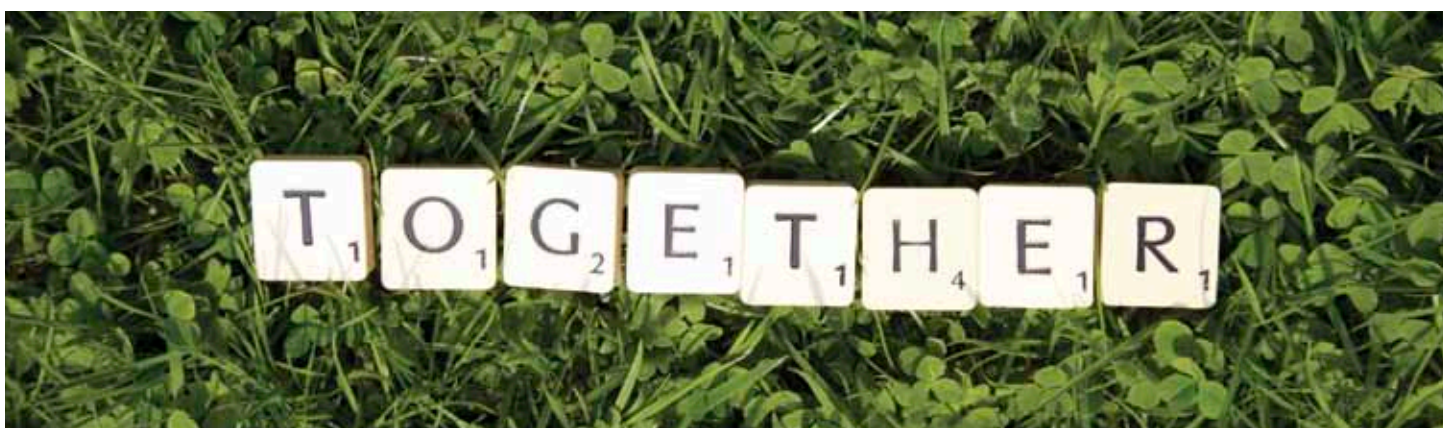
Medarbejdere med brugererfaring har en specifik jobfunktion i psykiatrien og socialpsykiatrien, hvor personlig erfaring med psykisk sygdom er et kvalifikationskrav. At oprette jobfunktioner som medarbejdere med brugererfaring har fire fordele.

1. For medarbejdere med brugererfaring er det et job med mange fordele. Deres egne levede erfaringer værdsættes, som kan sætte gang i en forandring og ny rammesætning af sygdomserfaringer. Medarbejdere med brugererfaring giver til andre, hvilket er en vigtig del af helingsprocessen. Selvstyring og arbejdsrelaterede kvalifikationer konsolideres.

2. For det øvrige personale giver deres tilstedeværelse øget opmærksom på personlige værdier. Samspil med brugerkolleger udfordrer den stigmatiserende opdeling i 'dem og os' i psykiatrien og socialpsykiatrien på en naturlig frem for påtvungen måde.
3. For andre brugere er kontakten til medarbejdere med brugererfaring med til at skabe synlige rollemodeller for recovery – en væsentlig kilde til håb. Der kan også være mindre social distance end til de øvrige ansatte, og det kan give lyst og vilje til at tage del i processen.
4. For psykiatrien og socialpsykiatrien kan medarbejdere med brugererfaring være kulturbærere. Der er ofte mindre behov for at optræne og fastholde en recovery-venlig orientering hos brugere, der selv har været gennem en recovery-proces, og tidligere brugere på grund af egne levede erfaring.

3: Brugerdrevne tiltag

Brugerdrevne tiltag er mere end blot organisationer med folk med levede erfaringer fra psykisk sygdom.⁹ Det er tilbud, hvor formålet er at fremme personlig recovery i kraft af tilbuddets værdier og daglig praksis. Brugerdrevne tilbud har en helt anden tilgang end traditionelle psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud: De kommunikerer direkte budskabet om, at her betragtes erfaring med psykisk sygdom som en kompetence og et aktiv. Det primære mål er at støtte folk til igen at forholde sig til deres fremtid.



Idéer

Medarbejdere kan fremme bruger til bruger-støtte ved:

1. At samarbejde med frivillige organisationer om at etablere selvhjælpsgrupper og aktivt lette adgangen til dem
2. At formidle information om recovery skrevet for brugere¹²⁻¹⁵
3. At ansætte medarbejdere med brugererfaring i tilbud og støtte dem i at yde et betydningsfuldt bidrag
4. At opmuntre til etablering af brugerdrevne tiltag
5. At støtte folk i at tale om egne recovery-historier, fx ved at lade professionelle historiefortællere oplære dem, ved at organisere lokale netværk af foredragsholdere, eller ved at opmuntre brugerne til at fortælle deres historier i lokale og nationale medier.
6. At holde sig up-to-date med elektroniske ressourcer, fx www.mentalhealthpeers.com eller www.recoveryinnovations.org

2.2 Relationer til medarbejdere

I recovery-orienterede tilbud er brugeren den ultimative beslutningstager, bortset fra situationer, hvor juridiske spørgsmål gør det umuligt. Det betyder ikke altid, at medarbejderne så også gør, hvad brugeren siger. En medarbejder må selvfølgelig ikke handle uetisk eller samarbejde med personer om skadevoldende handlinger. Men den grundlæggende tilgang er aktivt at lade brugere tage en ledende rolle. Det betyder, at faglige perspektiver er en af mange nyttige måder at forstå menneskers erfaringer på, men ikke den eneste mulige.

Et ord, der bruges til at beskrive denne form for partnerskabsrelation, er **gensidighed** – opfattelsen af, at alle har overvundet udfordringer, og at det er nyttigt at fremhæve det fællesskab. Recovery-med-

arbejderen er indstillet på at arbejde side om side og dermed i højere grad være mere åben over for personen, og ser det som sin opgave at give brugeren valgmuligheder snarere end at løse deres problemer. Medarbejderne kan også blive udfordret, påvirket og forandret af brugerne.

Sommetider er medarbejderne nødt til at træffe beslutninger for brugerne. Mennesker mister midlertidigt deres evne til at tage vare på sig selv, og i mangel af bedre alternativer er medarbejdere nødt til at tage styringen og gribe ind, også med tvang, når det er nødvendigt. Det nytter ikke noget at stille forventninger til en person, der stadig er på et tidligt stadium i sin recovery-rejse (som fagfolk sikkert vil beskrive som 'akut dårlig'), og som personen ikke har en chance for at indfri. På samme måde ønsker brugere sommetider at få en faglig vurdering – af fx diagnoser, prognoser eller behandlinger. Brugere, der søger at forstå deres erfaringer som en psykisk sygdom, har ret til at kende medarbejdernes vurdering af, hvad der er galt med dem, og hvad der kan hjælpe dem.

I recovery-orienterede tilbud er det især coaching, som er den foretrukne kommunikationsform. Fordele ved **coaching** er:

1. Den forudsætter, at mennesker er eller vil blive i stand til at styre deres liv. Evnen til at tage ansvar er en forudsætning.
2. Fokus er lagt på at facilitere recovery-processen, frem for på selve personen. Coaching handler om, hvordan den enkelte kan leve med psykisk sygdom, og afviger således fra det traditionelle fokus på behandling af psykisk sygdom.
3. Coachens rolle er at muliggøre evnen til selvregulering, ikke at løse problemer. Det er med til yderligere at styrke brugere og deres eksisterende støttende relationer, frem for at svække dem.
4. I coaching-relationen rettes fokus mod den coachede persons mål, og ikke mod coachens. Coachens kompetencer er en ressource, som tilbydes. At gøre brug af kompetencerne er ikke et mål i sig selv.
5. Begge deltagere skal aktivt bidrage for at relationen kan fungere.

Idéer

Medarbejdere kan understøtte recovery-processen ved:

7. At tillægge brugernes ønsker og præferencer mindst lige så stor betydning som deres egne
8. At lade brugernes prioriteringer styre processen, ikke medarbejdernes, hvor det er muligt
9. At være åben for at lære af og lade sig forandre af brugeren
10. At bruge coaching-kompetencer, hvor det er muligt
11. At give og modtage supervision, der tager hensyn til relationen i lige så høj grad som til tekniske interventionskompetencer

Faglig ekspertise er stadig et centralt element, men sættes nu i spil for at støtte brugerne i at tage kontrol over eget liv. Dette skift i retning af partnerskabsrelationer betyder ikke at medarbejderne kan slappe mere af, give hurtigere op, eller yde en ufokuseret eller ikke-evidensbaseret behandling. Der er i stedet tale om brug af faglig ekspertise på en ny måde, hvor processerne omkring vurderinger, planlægning af mål og behandling alle understøtter recovery.

2.3 At støtte andre relationer

Det er ikke nok at komme sig over psykisk sygdom som sådan, man skal også komme sig over de emotionelle, fysiske, intellektuelle, sociale og åndelige konsekvenser af psykisk sygdom. Kontakt med andre mennesker og aktiv deltagelse i samfundslivet er vigtige kilder til trivsel. Mange mennesker opdager under deres recovery-proces, at det at have en eller anden form for tro er en vigtig støtte, når man føler sig svigtet af andre.

Idéer

Medarbejdere kan opmuntre til åndelige aktiviteter og kontakt med andre ved:

12. At spørge personen om mening og formål med livet. Det kan betyde, at medarbejderen bevæger sig uden for sin vidensfære, men det kan også betyde at medarbejderen bevæger sig i den pågældendes behovssfære
13. At fremelske et positivt syn på sig selv ved at vise medfølelse som respons til en bruger, der fortæller om tilbageskridt
14. At støtte op om adgang til spirituelle eller religiøse oplevelser, fx bibellæsning, bøn, deltage i gudstjenester, hente religiøse ressourcer på nettet
15. At støtte op om adgang til kulturelle oplevelser som kunst, litteratur, poesi, dans, musik, videnskab og natur
16. At støtte op om adgang til mulighed for selvudvikling, fx personlig terapi, føre dagbog, skrive digte eller sange, eller en fortælling om sig selv
17. At støtte den pågældende i at give tilbage til andre, fx ved at opfordre til frivilligt arbejde, få et kæledyr, eller at tage ansvar for noget eller nogen
18. At lære at bruge elektroniske ressourcer, fx www.spiritualcrisisnetwork.org.uk, eller www.spiritualcompetency.com
19. At opmuntre personen til at udvikle social kapital, fx at gøre erfaringer med medborgerskab eller blive politisk aktiv (fx som brugeraktivist)
20. At opmuntre den pågældende til at engagere sig i kulturelle aktiviteter, fx ved at tage kontakt med kulturspecifikke grupper, gennem healing eller rensende kulturelle ceremonier
21. At sørge for at finde tid til refleksion, herunder at have et sted, hvor man kan finde ro, og hjælpe til fordybelse.

Afsnit 3: Grundlaget for en recovery-orienteret psykiatri og socialpsykiatri

At arbejde på en recovery-orienteret måde begynder med en overvejelse af værdier. Et tilbagevendende tema i psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud, der har opbygget viden og ekspertise om recovery, er, at værdier er synlige og er grundlaget for beslutninger i det daglige. Det forudsætter tre processer:

- At synliggøre værdier
- At integrere dem i daglig praksis
- At tilpasse psykiatrisk og socialpsykiatrisk praksis på baggrund af tilbagemeldinger om effekten af indsatser

Første proces går ud på at **gøre værdierne synlige** og dermed gøre dem lettere at debattere. Det indebærer at identificere og synliggøre organisationens værdier på en levende frem for en papirbaseret måde. Hvad er de styrende værdier i en recovery-orienteret psykiatri og socialpsykiatri? De behøver ikke være komplekse. Bill Anthony har foreslået:¹⁶

Folk med alvorlig psykiske lidelser er også mennesker

Det udstikker de grundlæggende retningslinjer for psykiatrien og socialpsykiatrien. Mennesker med sindslidelse ønsker at få alle de grundlæggende rettigheder, roller og ansvar, der knytter sig til det at være menneske. Psykiatriens og socialpsykiatriens opgave er at understøtte fremskridt i retning af disse mål.

Dette ene princip er en nyttig opsummering for mennesker, som har let ved at forbinde sig med værdierne bag recovery, mens mange medarbejdere vil finde en bredere tilgang mere brugbar. Boks 2 viser et eksempel på kerneværdier.

Boks 2: Forslag til værdier for en recovery-orienteret psykiatri og socialpsykiatri

Værdi 1: Hovedformålet i psykiatrien og socialpsykiatrien er at understøtte personlig recovery

At understøtte personlig recovery er det første og vigtigste mål for psykiatrien og socialpsykiatrien.

Værdi 2: Medarbejdernes indsats skal primært fokusere på at identificere, udvikle og understøtte brugeres vej til mål

Skal mennesker selv tage ansvar for deres eget liv, medfører støtte til processen at undgå at påtvinge dem meninger og antagelser om, hvad der har betydning, men i stedet fokusere på deres egne livsmål.

Værdi 3: Psykiatrien og socialpsykiatrien arbejder ud fra grundtanken om, at mennesker er, eller (når de er i krise) bliver ansvarlig for eget liv

Det er ikke medarbejdernes opgave at gøre folk raske eller give dem recovery. Den primære opgave går ud på at støtte dem i at udvikle og bruge deres selvstyringskompetencer i deres liv. Medarbejdernes instinktive reaktion skal være: *Du kan godt, og vi kan hjælpe dig.*

- *Du kan gøre det* på grund af en ægte tro på det enorme potentiale for selvregulering og personlig ansvarstagelse, der gemmer sig i hvert menneske og deres omgivelser.
- *Vi kan hjælpe dig* på grund af en samtidig overbevisning om, at faglig viden har stor værdi for mange mennesker, især i forbindelse med værdi 2.



Disse værdier peger på et behov for at rykke balancen væk fra at tage ansvar *for* og hen imod at tage ansvar *sammen med* personen. At tage ansvar sammen med betyder eksplicit at forhandle og arbejde sammen i en partnerskabsrelation, hvor man gradvist påtager sig mindre og mindre ansvar i takt med at fokus hurtigt flyttes fra at *gøre ved* (i krisetider), over at *gøre sammen med* til at *gøre selv*. Det fordrer desuden en værdibevidsthed fra medarbejderens side – en bevidsthed om egne personlige og faglige værdier.

Næste proces går ud på at **integre værdier i det daglige liv og i psykiatrien og socialpsykiatrien**. Det er en stor udfordring, da indlæring af værdier ikke har en direkte afsmittende effekt på praksis.

Den tredje og sidste proces indebærer **tilpasning af praksis på baggrund af tilbagemeldinger om effekten af indsatser**. Når der ikke foreligger pålidelige oplysninger om positive effekter, er der en tendens til at tro, at der ingen problemer er (eller i det mindste fokusere opmærksomheden på de mange andre presserende krav).

Idéer

Medarbejdere kan understøtte recovery ved:

22. At få mere viden om recovery fra websites (se bilag), gennem fortællinger om recovery,^{1,7-21} og ved at møde mennesker, der er i en recovery-proces
23. At gøre værdier synlige i organisationen
24. At tage medejerskab til, og udbrede kendskabet til værdier til interessenter
25. At forvente at blive holdt ansvarlig for disse værdier
26. At skabe en empowerment-kultur snarere end en efterlevelseskultur blandt medarbejderne i psykiatrien og socialpsykiatrien, så medarbejderne ikke 'skal have tilladelse' til at indrette deres adfærd efter de aftalte værdier
27. At indsamle information om resultater holdt op imod disse værdier, og at ændre adfærd for at forbedre resultaterne
28. At ændre organisationen, dvs. aktivt fremme fortalere for recovery, tilslutte sig eksisterende netværk (fx *Coalition of Psychiatrists in Recovery*, www.wpic.pitt.edu/AACP/CPR), og at lære af andre
29. At rekruttere medarbejdere med recovery-kompetencer^{22, 23, 15} med spørgsmål som: "Hvorfor tror du, mennesker med sindslidelse ønsker at få et arbejde?" for at give ansøgere en chance for at vise deres værdier og vurdere, om de har relevant grundviden, -holdninger og -kompetencer om recovery²⁴

Afsnit 4: Vurdering

Hvordan kan vurderinger fremme recovery? Målene med vurderinger er ikke de samme som de traditionelle mål om at definere sygdommen og planlægge behandlingen.

4.1 Brug af vurderinger til at skabe og validere personlig mening

At skabe personlig mening er helt centralt i recovery-tanken, men det er de færreste, der kan få øje på noget meningsfyldt ved rollen som psykisk syg. Hvordan kan medarbejderne vurdere en person på en måde, der ikke skaber negativ mening og dermed står i vejen for recovery-processen?

Introduktionen af den personlige recovery-model markerer et centralt skel mellem den person, der oplever psykiske problemer, og sygdommen selv, og den deraf følgende betydning af at have hovedfokus på personen i modsætning til sygdommen.

For mennesker med psykiske problemer, er integration af erfaringer i deres samlede identitet et vigtigt skridt på deres recovery-rejse. Det er ikke noget man kan gøre ved en person, og derfor indebærer en vurdering at arbejde med personen for at hjælpe ham eller hende frem til sin egen forklaring.

Processen begynder normalt med en søgen efter mening – skabe mening med fortiden og nutiden. Mange mennesker vil forsøge at reducere deres angst ved at søge svar hos medarbejdere i psykiatrien og socialpsykiatrien. Derfor vil en del af vurderingen omfatte at indsamle tilstrækkelig mange informationer til, at man kan anlægge et fagligt skøn. Det faglige skøn af diagnosen bør under alle omstændigheder deles med brugeren, men medarbejderen skal også være opmærksom på, hvordan det bruges i vurderingsprocessen. Det er en ressource, man kan tilbyde brugeren, ikke selve svaret.

Det at få en diagnose kan være en hjælp, fx ved at vise, at andre har oplevet noget tilsvarende. Men den kan også være skadelig, hvis medarbejderen eller brugeren tror, at en diagnose er en forklaring (når den i virkeligheden er en beskrivelse), og den kan aktivt modvirke recovery, hvis brugeren forventer,

at medarbejderne, der nu ved, hvordan tingene hænger sammen, skal helbrede ham eller hende.

For mange mennesker, måske de fleste, med psykiske lidelser findes der ikke en mirakelkur, selv om de måske håber det. Realiteten er, at recovery består af utallige små skridt og handlinger. Derfor skal medarbejdernes tilgang til at formidle faglige skøn være ægte og ikke blot en terapeutisk manøvre for at afbøde slaget fra de diagnostiske realiteter.

Resultatet af den enkeltes søgen efter mening hænger måske, måske ikke sammen med faglige skøn. Det gør ingen forskel! Målet med recovery-processen er ikke at blive normal. Målet er at indfri menneskets kald, nemlig at blive et dybere og mere helt menneske.²⁵

Idéer

Medarbejdere kan understøtte dannelse af personlig mening ved:

30. At integrere forskning i livets mening²⁶ i deres arbejde
31. At udvikle nye manuskripter, der underbygger personlig mening, fx at reagere på "Jeg har skizofreni" med "Jeg spekulerer på, om det er noget, du tror, eller noget, andre har sagt om dig?"
32. At være sammen med mennesker med psykiske problemer uden for en klinisk kontekst, fx at møde stemmehørere, der accepterer stemmerne som virkelige gennem *Hearing Voices Network* (www.hearing-voices.org), eller ved at arrangere psykoseseminarer,²⁷ eller som kolleger ansat som medarbejdere med brugererfaring
33. At forstå, at relationen mellem den, der hører stemmer, og stemmen selv, er en social relation,²⁸ hvorfor emner som offergørelse, magt, frygt og *empowerment* er begrundede emner i en vurdering

4.2 At bruge vurdering til at udvikle stærke sider

Går man går tæt nok på, er ingen normale. Hvis man kun spørger ind til personlige svage sider, får man et skævt billede af det enkelte menneske, der viser sig kun at have få stærke sider og personlige eller sociale ressourcer. Hvordan kan en vurdering forstærke gode sider og samtidig pege på problemer?

En mulig tilgang går ud på at etablere en struktureret dialog, svarende til en mentalundersøgelse for at identificere et menneskes stærke sider, værdier, mestringsstrategier, drømme, mål og håb. Hvordan kan det se ud? Boks 3 indeholder et forslag til en psykisk helbreds-vurdering, der indeholder samme elementer som en almindelig helbredssamtale, angivet i parentes.

Boks 3: Vurdering af psykisk helbred

Nuværende stærke sider og ressourcer

[Nuværende sygdomshistorie]

Hvad holder dig i gang? Se på åndelighed, sociale roller, kulturel/politisk identitet, selvtillid, livsfærdigheder, hårdførhed, modstandskraft, humor, evne til at begå sig i miljøet, støtte fra andre, evnen til at give følelser kunstnerisk udtryk.

Personlige mål [Risikovurdering]

Hvad ønsker du at ændre i dit liv? Hvad drømmer du om nu? Hvordan har drømmene ændret sig?

Tidligere mestringshistorie

[Tidligere psykiatrisk historie]

Hvordan er du kommet igennem hårde tider i dit liv? Hvad har hjulpet dig? Hvad ville du ønske var sket?

Arvede ressourcer [Genetisk baggrund]

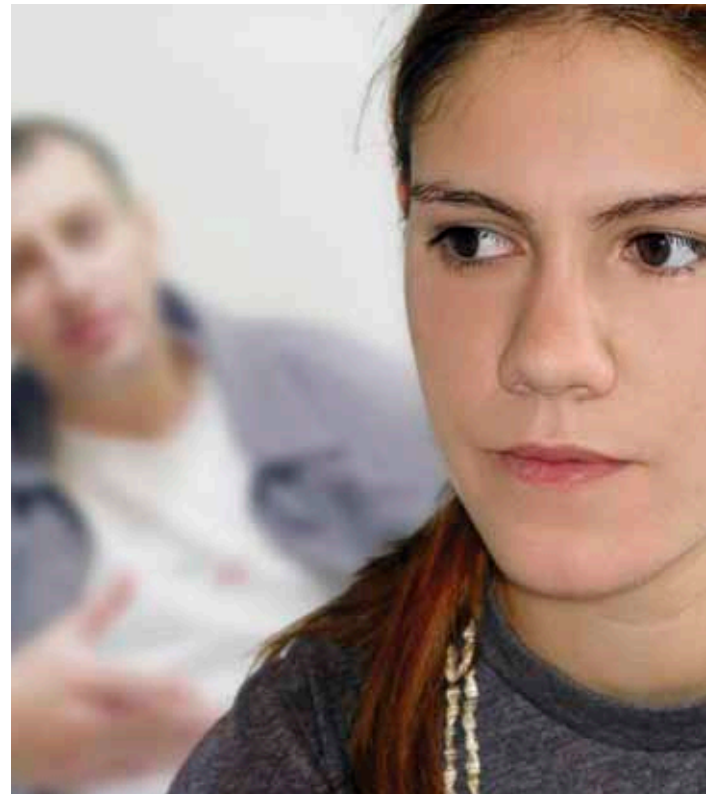
Er der historier om store præstationer i din familie? Kunstnere, forfattere, atleter eller akademikere?

Familieliv [Familieliv]

Var der nogen, du virkelige beundrede, da du voksede op? Hvad tager du med af vigtige pointer fra barndommen?

Lære af fortiden [Udslagsgivende begivenheder]

Hvad har disse begivenheder lært dig? Har du



forandret dig eller vokset som person på en positiv måde? Se på taknemlighed, altruisme, empati, medfølelse, selvanerkendelse, gennemslagskraft, mening.

Udviklingshistorie [Udviklingshistorie]

Hvordan var dit liv, mens du voksede op? Hvad kunne du godt lide? Hvad er din bedste erindring? Hvilke færdigheder eller evner opdagede du, at du havde?

Værdsatte sociale roller [Arbejdsliv]

Hvad ville en, som kender dig rigtig godt og kan lide dig, sige om dig? Hvad vil du gerne have, at de skal sige? Hvordan er du en hjælp eller af værdi for andre?

Social støtte [Relationshistorie]

Hvem støtter du dig til i problematiske situationer? Hvem støtter sig til dig?

Personlig evner

[Retsspsykiatrisk historie, narko og alkohol]

Hvad er specielt ved dig? Har du nogensinde fået en kompliment? Hvilke ting, som du har gjort, eller måder, du har opført dig på, får dig til at føle virkelig stolthed over dig selv?

Man kan også skabe en positiv identitet ved at leve sundt, spise sundt og holde sig i god fysisk form – eller af hvad som helst, der får folk til at have det godt med sig selv.

Idéer

Medarbejdere kan understøtte udviklingen af en positiv identitet ved:

34. At vurdere både evner og funktionsnedsættelser, fx ved at benytte spørgsmålene i Boks 3, eller ved at implementere *Strengths Model*²⁹ (styrkemodellen) eller *Values in Action Inventory of Strengths* (online spørgeskema til klassificering af personlige styrker) (www.viastrengths.org),³⁰ eller *Rethinks Physical health check* (fysisk helbredstjek) (www.rethink.org/physicalhealthcheck).



4.3 At bruge vurdering til at understøtte udvikling af personligt ansvar

Formålet med vurdering er at etablere en partnerskabsrelation, som styrker menneskers bestræbelser i retning af recovery. Udfordringen er at sørge for ikke at stå i vejen for recovery-processer ved at undgå afhængighedsskabende relationer, vurderinger der fokuserer på svage sider, behandling af mennesker, og i stedet drypvis give ansvaret tilbage til den pågældende. Hvilken praktisk forskel giver denne tilgang?

Et eksempel er ved formulering af mål. Mange mennesker har svært ved at formulere målrettede aktiviteter. Medarbejderne kan støtte op om det ved at benytte personcentrerede spørgsmål:

- Hvornår har du følt dig mest levende?
- Hvornår havde du det sidst sjovt?
- Hvad ville gøre en forskel i dit liv?
- Hvad går dine drømme ud på?
- Hvad ønsker du dig i dit liv?
- Hvad ville gøre dit liv bedre?
- Hvad ville give dit liv mere mening?
- Hvad ville gøre dit liv mere sjovt?

Udfordringen er altså *ikke* at stå i vejen for processen ved tage ansvar, fx ved at hjælpe brugeren med at afgøre, om målet er realistisk, eller ved at identificere skridt i retning af målet på *vegne* af brugeren.

Modgiften til enhver faglig tendens til at tage ansvar for brugeren er at benytte coaching-metoder til at understøtte partnerskabsrelationer: "Hvad vil det kræve at nå dit mål?", "Hvad vil der ske, hvis du ikke følger reglen, der siger, at det har du ikke lov til at gøre?" Medarbejdere skal både have kompetencer inden for facilitering og praktisk gennemførelse.

4.4 At bruge vurdering til at understøtte udvikling af positiv identitet

Medarbejdere ved, at erfaringer med psykisk sygdom næsten med sikkerhed vil forandre et menneske. Forandringer af menneskers identitet under personlig recovery er lige så individuelle som recovery-processer. Dog er det muligt at udskille to generelle forandringstyper: omdefinering af eksisterende identitetslementer (omdefinering af identitet) og udvikling af nye elementer (identitetsudvikling). Recovery-orienterede medarbejdere ved, at dette identitetsarbejde skal begynde så hurtigt som muligt. Fokuseres der udelukkende på at kurere psykisk sygdom, kommer det til at stå i vejen for støtte til at leve et godt liv nu og her.



Idéer

Medarbejdere kan understøtte udviklingen af en positiv identitet ved:

35. At finde måder at se personen på, når sygdommen er meget fremtrædende, fx bruge tidslinjer til at hjælpe med at sætte personen, som han eller hun har det nu, ind i en større livskontekst, styrke relationen til personen i de gode perioder, så medarbejderne fastholder billedet af personen som rask under kriser, involvere pårørende
36. At hente inspiration fra tilgange uden for det psykiatriske og socialpsykiatriske felt, i forhold til at styrke positiv identitet (fx www.bluesalmon.org.uk)
37. At arbejde sammen om at finde en forklaring, der giver mening for brugeren
38. At fokusere diskussionen på personen i stedet for sygdommen, herunder at se på både trivsel, evner og præferencer såvel som symptomer og funktionsnedsættelse

4.5 At bruge vurdering til at skabe håb

Forandring på identitetsniveau er et skræmmende perspektiv, og håb om, at recovery er mulig, kan være afgørende. Hvordan kan håb for fremtiden understøttes på en realistisk måde, når vi ikke ved, hvad fremtiden rummer for den enkelte? Det er muligt at identificere værdier, holdninger og adfærd hos medarbejdere, der er med til at skabe håb hos de mennesker, de arbejder sammen med.³¹⁻³³

Strategier til at skabe håb er vist Tabel 2.

Idéer

Medarbejdere kan understøtte udvikling af håb ved:

39. At bruge de strategier, der er skitseret i Tabel 2
40. At bruge alle møder som en lejlighed til at hjælpe brugeren med at lære mere om sig selv
41. At vise ydmyghed og forsigtighed omkring grænserne for faglige viden
42. At tale om recovery

Tabel 2: Strategier til at skabe håb

	Brug af interpersonelle ressourcer	Aktivering af interne ressourcer	Udnyttelse af eksterne ressourcer
Medarbejderværdier	Vurdere personen som et unikt menneske	Fiasko er et positivt tegn på engagement og bidrager til den enkeltes viden om sig selv	Måltrettet indsats mod at understøtte den pågældende i at fastholde relationer og sociale roller
	Tillid til, at det den pågældende siger, er sandt	At være menneske er at have begrænsninger - udfordringen er at overvinde eller acceptere dem	Finde eller skabe et publikum til personens unikke personlighed, styrker og bedste forsøg
Medarbejderholdninger	Tro på den pågældendes muligheder og styrke	Der skal være plads til at sørge over tab	Bolig, beskæftigelse og uddannelse er vigtige eksterne ressourcer
	Acceptere mennesker som de er	Mennesker har behov for at finde mening med deres sindslidelse, og vigtigere endnu, deres liv	Ansæt brugere, som selv har været igennem recovery, og tidligere brugere som rollemodeller
	Betragte tilbagskridt og tilbagefald som en del af recovery-processen		
Medarbejderadfærd	Lytte uden at dømme	Støtte den pågældende i at opstille og nå personligt værdsatte mål	Etablere kontakt til ligsindede rollemodeller og selvhjælpsgrupper
	Acceptere usikkerhed omkring den pågældendes fremtid	Støtte den pågældende i at udvikle bedre mestringsteknikker	Være til rådighed under kriser
	Udtrykke og vise ægte omsorg for den pågældendes trivsel	Hjælpe den pågældende med at genkalde tidligere præstationer og positive oplevelser	Støtte adgangen til en lang række behandlinger og informationer
	Bruge humor på en passende måde	Støtte og aktivt opmuntre udforskning af spiritualitet	Støtte nære relationer

Afsnit 5: Planlægning af indsats

Inden for psykiatrien og socialpsykiatrien, der fokuserer på personlig recovery, fører vurdering til identifikation af to typer mål.

Recovery-mål er den enkeltes drømme og håb. De påvirkes af personlighed og værdier. De er unikke, ofte idiosynkratiske. De er fremadrettede, selv om de selvfølgelig også rummer fortiden. De bygger på det, den pågældende aktivt ønsker og ikke på, hvad den pågældende gerne vil undgå. Recovery-mål er baseret på styrker og rettet mod at øge positiv identitet og udvikle værdsatte sociale roller. De kan være en udfordring for medarbejderne, fordi de kan virke urealistiske, upassende eller ligge uden for den faglige rolle. Sommetider kræver de en indsats fra medarbejdernes side, eller har måske slet ikke noget med psykiatri eller socialpsykiatri at gøre. Målene kræver altid, at brugere tager personligt ansvar og gør en indsats. Recovery-mål opstilles af brugeren, og de er drømme med deadlines.

Behandlingsmål udspringer af samfundsmæssige krav og faglige forpligtelser, som er pålagt psykiatrien og socialpsykiatrien for at begrænse og kontrollere adfærd og forbedre sundhed. Målene handler typisk om at minimere konsekvenserne af en sygdom og undgå negative konsekvenser som tilbagefald, indlæggelse, skadelige risici osv. De deraf følgende indsatser er ofte 'gøre noget ved-opgaver', der udføres af medarbejderne. Behandlingsmål og tilknyttede indsatser udgør grundlaget for en forsvarlig praksis og er vigtige og nødvendige.

Recovery-mål og behandlingsmål er to forskellige ting. Recovery-mål ligner målene hos mennesker uden psykisk sygdom. At identificere recovery-mål bør være i fokus under vurderingsprocessen.

Idéer

Medarbejdere kan støtte personer i at formulere recovery-mål ved:

43. At benytte personorienteret planlægning ^{34;35}
44. At støtte op om brugen af brugerudviklede arbejdsbøger. Den personlige arbejdsbog *Wellness Recovery Action Plan - WRAP*³⁸ er internationalt den mest benyttede tilgang (www.mentalhealthrecovery.com)
45. At udfylde den personlige arbejdsbog – at identificere emner i medarbejdernes personlige recovery-proces er med til at understøtte læring gennem erfaringer og reducere stigmatiserende forskelle



Afsnit 6: At støtte udvikling af færdigheder i selvstyring

Medarbejderne understøtter recovery ved at tilbyde behandlinger og indsatser, der styrker den pågældendes færdigheder i selvstyring. Adgang til kompetent udført, effektiv behandling er en vigtig hjælp til mange menneskers recovery, men behandling er ikke psykiatriens og socialpsykiatriens primære formål. Recovery-orienteret praksis støtter folk i at bruge medicin, andre behandlinger og ydelser som en ressource i deres egen recovery.

Recovery understøttes, når brugere oplever den resulterende behandling som personorienteret, en styrkelse af naturlig støtte, styrkebaseret og fællesskabsfokuseret. Udfordringen er at arbejde med personen. Medarbejderne skal stille sig til rådighed, ikke stille sig over.

Idéer

Medarbejdere kan understøtte selvstyring ved:

46. At skabe behagelige, respektfulde og imødekommende omgivelser, give plads til recovery-historier, servere frisk frugt og drikkevarer
47. At være til stede ved den første personlige kontakt. Fx ansætter klubhuse i England personer til at tage imod nye medlemmer, og akutmodtagelsen *The Living Room* i USA (www.recoveryinnovations.org) har medarbejdere med brugererfaring ansat, så den første person en bruger i krise møder, er en anden bruger, der selv har levede erfaringer med psykisk sygdom, og som selv er i færd med sin recovery.

6.1 Støtte til udvikling af aktørbevidsthed

En nødvendig forudsætning for selvstyring er en aktørbevidsthed, dvs. en personlig tro på, at mennesker kan påvirke deres eget liv. Det kan være en vanskelig proces, netop fordi psykisk sygdom ofte undergraver troen på sig selv. At bede et menneske om at tage ansvar for eget liv, før vedkommende har evnen til det, gavner ingen. Det skal ikke forstås som et argument for at dæmpe forventningerne – mennesker vokser ofte med opgaven. Det er derimod et argument for en støtte, der svarer til personens recovery-trin.

Idéer

Medarbejdere kan understøtte udvikling af aktørbevidsthed ved:

48. At bruge personlige erfaringer med livsplaner, der krævede ændringer, for at øge opmærksomhed på, hvor vanskelig aktørbevidsthed kan være
49. At understøtte stræben efter at nå mål
50. At forberede personen på at opleve resultater
51. At opmuntre personen til at give noget tilbage til andre
52. At understøtte mulighed for dejlige oplevelser
53. At styrke personlig succes og hjælpe med at indarbejde positive erfaringer i den personlige identitet

6.2 At understøtte udviklingen af empowerment

Empowerment udspringer fra overbevisninger, der knytter sig til aktørbevidsthed, og involverer adfærd, der har positiv indflydelse på menneskers liv. Den traditionelle tilgang har været at anskue personen som problemet. Det grundlæggende skift i et recovery-perspektiv går ud på at se personen som en del af løsningen. En recovery-orienteret tilgang antager, at mennesker har evnen til at tage ansvar for eget liv. Spørgsmålet bliver så ikke, hvordan medarbejderne kan dæmme op for den skadende adfærd, men snarere, hvordan de kan understøtte personen i at nå frem til et punkt, hvor han eller hun gerne vil være.

Princippet: Hvad får jeg ud af det? motiverer de fleste menneskers adfærd. Udfordringen er at finde frem til, hvilket personligt værdsat recovery-mål der undermineres af den pågældende adfærd. Hvis dette viser sig umuligt, er adfærden (fx at afvise psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud, der ikke har fokus på individets egne mål) måske muligvis fuldstændig rationel og har ikke noget med sygdom at gøre.



Idéer

Medarbejdere kan understøtte udviklingen af empowerment ved:

54. At introducere en klageprocedure
55. At tilbyde at skifte medarbejdere ud
56. At fremme adgangen til selvstyringsressourcer (fx www.glasgowsteps.com)
57. At etablere kontakt med mennesker, der er i gang med en recovery-proces, som kan fungere som rollemodeller for empowerment og for erfaring med selvstyring i praksis
58. At tale for, at arbejdsgiverne opfatter erfaring med psykisk sygdom som en positiv kompetence³⁹
59. At understøtte brugerstyret evaluering af behandling og tilbud
60. At tilbyde assertionstræning (fx ved at undervise i DESC-manuskriptmetoden (*Describe, Express, Specify, and Consequences*⁴⁰), og dernæst styrke adfærd, der er udtryk for empowerment)
61. At validere bestræbelser på selvstyring gennem hjælp uden for psykiatrien og socialpsykiatrien, fx spirituel eller religiøs støtte eller en kulturel ceremoni
62. At øve sig i at understøtte empowerment ved at udlevere en 'recovery-hat' til en medarbejder på gruppemøder. Medarbejderens rolle er så at være fortæller for den bruger, der er emne for diskussionen, og medarbejderens bidrag skal fokusere på, hvordan tilbuddet støtter op om personens recovery-proces
63. At se modstand mod forandring som fornuftigt, forståeligt og normalt, fordi recovery sker trinvist



6.3 At understøtte motivationsopbygning

Motiverende samtaler bruges til at finde ud af, hvordan man kan sætte gang i en udvikling hen imod recovery-mål. ⁴¹ Motiverende samtaler er en personorienteret tilgang til at understøtte adfærdsændringer ved udforskning og nedbrydning af ambivalens, og har fokus på samarbejde, levendegørelse og autonomi.

Idéer

Medarbejdere kan øge motivation ved:

64. At lytte refleksivt for at afprøve hypotesen om, hvad der bliver sagt, mod hvad der menes: "Det lyder, som om du ...", "Du føler ...", "Så, du ..."
65. At fokusere på, hvorfor personen ønsker at forandre sig, ikke på hvordan han eller hun vil forandre sig.
66. At fokusere på den positive motivation for forandring: "Tænk på dit recovery-mål. Vurder så paratheden til at ændre adfærd for at nå målet på en skala fra 1 (ikke parat) til 10 (helt parat). Hvorfor valgte du et højere tal end 1?"
67. At underdrive, fx "Så det at du skærer i dig selv, er overhovedet ikke et problem for dig?"
68. At overdrive, fx: "Det ser altså ud til, at der overhovedet ikke er chance for, at du kan nå dit mål?"
69. At stille spørgsmål for at øge motivationen: "Hvad får dig til at tro, at du kan klare det?", "Hvis du klarer det, hvordan vil tingene så forandres?", "Hvordan havde du det, før problemet opstod?", "Hvad bekymrer dig ved denne situation?", "Hvad er det værste, der kunne ske, hvis du ikke forandrede dig?"
70. At udforske værdier – "Hvad er de vigtigste ting i dit liv?" – og bemærke modsætninger mellem adfærd og værdier
71. At skabe fejningsritualer til at styrke og opretholde succes

6.4 Medicineringens bidrag til recovery

I en recovery-orienteret psykiatri og socialpsykiatri er der måske adgang til hele spektret af psykotrope medikamenter. Det er imidlertid ikke psykiatriens og socialpsykiatriens opgave at sørge for, at brugere tager deres medicin for enhver pris. Opgaven er selvfølgelig at understøtte personlig recovery. Det kan eller kan ikke involvere brug af medicin for brugere i en periode af deres liv. Derfor er medicinering – med dens blanding af positive og negative effekter – en blandt mange potentielle støttepiller for recovery.



Idéer

Medarbejdere kan understøtte brugen af medicin som et recovery-redskab ved:

72. At tillægge det stor betydning, at mennesker tager personligt ansvar for egen trivsel
73. At se medicinering som en "erstatbar beskyttelse mod tilbagefald,"⁴² hvor både farmakologiske og psykosociale tilgange virker som støddæmpere mod tilbagefald. At have fokus på at øge modstandskraften (der bestemt har betydning) frem for medicineringen (der måske, måske ikke har betydning). Se www.resilnet.uiuc.edu for at læse mere om modstandskraft
74. At bruge ekspertise i medicinering som hjælp til at nå frem til det bedste valg for personen selv
75. At overlade kontrollen med medicineringen til brugeren i erkendelse af, at en ordineringsprocent på 100 rejser spørgsmålet om, hvorvidt der egentlig er tale om frit valg
76. At sikre, at ordineret medicin er tilgængelig for alle, der ønsker den
77. At støtte mennesker, der er usikre på, om de skal tage medicin, ved at udkrystallisere spørgsmål, fokusere diskussionen på medicinens bidrag til recovery-målene, give saglige og objektive informationer (herunder også om bivirkninger) og støtte den pågældende i at planlægge og gennemføre eksperimenter
78. At lære af nyskabende tilgange til at understøtte beslutningsprocesser om medicinering inden for almen medicin (fx www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm, decisionaid.ohri.ca/odsf.html) og psykiatrien og socialpsykiatrien, fx *CommonGround* (patdeegan.com)
79. At støtte personer, der ønsker at trappe ud af medicinering, fx ved at give dem information om fordele og ulemper, pege på alternativer (fortsætte medicineringen i en aftalt periode og derpå tage spørgsmålet op til revurdering, identificere tidlige advarsels-signaler og udarbejde fælles kriseplaner, før man trapper ned, graduere nedtrapningen osv.), bakke op om beslutningen, selv når den afviger fra den ordinerendes synspunkt, og pege på ikke-medicinske kilder til støtte
80. At gøre sig bekendt med ressourcer ⁴³⁻⁴⁷ og websteder (fx www.comingoff.com), som i stigende grad bliver tilgængelige for at støtte folk, der gerne vil trappe ud af psykiatrisk medicinering

6.5 Risikovillighed som bidrag til recovery

Ved et skift i retning af individuelt ansvar for og kontrol over eget liv, er risiko et vigtigt spørgsmål. Den politiske og faglige virkelighed presser psykiatrien og socialpsykiatrien i retning af at undgå risici. Det har betydning, fordi mennesker er nødt til at løbe risici for at vokse, udvikle og forandre sig. I livet er det at tage en risiko en nødvendig del af det at være menneske. Sammenblanding af disse to måder at bruge ordet risiko på – som noget nødvendigt eller som noget, der bør undgås – er ikke gavnlige. I recovery-orienterede tilbud er der en klar adskillelse af de to betydninger.

Skadelig risiko handler om adfærd, der er ulovlig eller ikke socialt accepteret, fx manddrab og selvmord, antisocial og kriminel adfærd, personlig uansvarlighed, selvskadende adfærdsmønstre og tilbagefald til psykisk sygdom. Skadelige risici bør undgås, og behandlingsmål fokuserede på at reducere den skadelige risiko. Undgåelse af skadelig risiko kan også indgå som et delmål for recovery, selv om der er tale om undgåelse af en bestemt grund: ”Mit frivillige arbejde betyder så meget for mig, at jeg gerne vil undgå at bringe det i fare ved at opføre mig aggressivt, når jeg ikke har det godt.”

Positiv risiko har at gøre med adfærd, der indebærer at tage udfordringer op, der fører til personlig vækst og udvikling. Det omfatter at udvikle nye interesser, kaste sig ud i aktiviteter, man ikke er sikker på, man kan nå, at beslutte at opføre sig anderledes i en relation og påtage sig nye roller. Der er næsten altid et positivt udbytte at hente her – også selv om det hele går galt, udvikles modstandskraften ved at prøve sig frem. Positiv risiko - risiko med en begrundelse - er nødvendig for at nå mange recovery-mål.



Idéer

Medarbejdere kan understøtte recovery i relation til risiko ved:

81. At være opmærksom på, at fokus på at undgå skadelig risiko i kraft af medarbejdernes handlinger skaber en kultur, der faktisk kan reducere folks evne til at tage ansvar for egne handlinger
82. At erkende, at samarbejdet med psykiatrien og socialpsykiatrien er meget mere sandsynlig, hvis recovery-mål og ikke behandlingsmål får forrang
83. At sikre, at evaluerede og organisatorisk understøttede systemer er på plads til at vurdere, udvikle og dokumentere aktiviteter, der involverer positiv risikovillighed for at nå recovery-mål
84. At fokusere på at tage positive risici frem for at undgå skadelige risici, fordi det er på denne måde, man udvikler sine kompetencer inden for selvstyring af risiko
85. At udpege handlinger, der kan nedbringe de skadelige risici så meget som muligt, i samarbejde med brugere

Afsnit 7: Recovery gennem krise

Tvungen behandling under en krise er sommetider nødvendig i recovery-orienterede psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. For en person, der er i fare for at skade sig selv eller andre, er det bedre, at medarbejderne griber ind. Fokus på personlig recovery er ikke en invitation til træde et par skridt tilbage og blot se til, mens tragedierne udvikler sig, fordi en person ikke bad om eller ønskede hjælp. Tvang under kriser er altså acceptabelt, hvis alle andre muligheder er udtømte. En recovery-orienteret tilgang til kriser sigter på:

- at forebygge unødvendige kriser
- at minimere tabet af personligt ansvar under kriser
- og at understøtte den pågældendes identitet under og efter kriser

7.1 At forebygge unødige kriser

Den bedste måde at reducere sandsynligheden for at kriser opstår, er ved at udvikle selvstyringsfærdigheder. Disse skaber aktørbevidsthed, empowerment og modstandskraft til at tackle tilbagefald. En vigtig færdighed er evnen til at genkende og reagere på symptomer på psykiske problemer. Udfordringen i forhold til recovery er at arbejde med tidlige advarselssignaler på en måde, der styrker menneskers evne til selvregulering i stedet for at skabe angst for og unødigt opmærksomhed på eventuelle tilbagefald.

Det er nødvendigt, at kunne formidle to budskaber. For det første er ikke alle livets nedture tegn på et muligt tilbagefald. Der må ofres mindst lige så megen energi på at understøtte udvikling af færdigheder i at engagere sig i livet og en holdning om at kunne tackle (i stedet for at undgå) modgang.

For det andet er tilbagefald (i betydningen at bevæge sig baglæns) normalt. Mennesker, der kæmper for at bryde med tidligere tiders adfærds- eller emotionelle mønstre, oplever tilbageskridt. Det kan måske være på sin plads at gøre opmærksom på, at de fleste ikke-rygere har haft 12-14 forudgående forsøg på at stoppe,⁴⁸ eller at millionærer i gennemsnit er gået fallit eller næsten gået fallit 3,2 gange.⁴⁹ Positiv risikovillighed og de dertil knyttede tilbageskridt er nødvendige her i livet – de er et tegn på sundhed, ikke på sygdom.

Idéer

Medarbejdere kan understøtte mennesker forud for en krise ved:

86. At arbejde med brugeren for at identificere brugerens tidlige advarselssignaler om en forestående krise
87. At formidle normaliseringsbudskaber om, hvad der er et brugbart niveau af selvovervågning
88. At understrege, at tilbageskridt er normalt – det er reaktionen på et tilbageskridt, der er afgørende

7.2 Minimering af tab af personligt ansvar under kriser

Recovery-orienteret praksis sigter mod at træffe så få beslutninger på brugernes vegne som muligt. Det kan lade sig gøre ved at holde beslutningsprocessen så tæt på den enkelte som muligt. Ideelt set træffer mennesker deres egne beslutninger. Hvis de midlertidigt mister evnen til det, bruges i stedet tidligere udtrykte holdninger, eller stedfortrædende beslutningstagere træffer beslutninger på deres vegne. Det er kun når disse muligheder er udtømte, at medarbejdere bør træffe beslutninger på brugerens vegne.

En central tilgang til at undgå tab af autonomi er derfor brug af 'psykiatriske testamenter'. De kan tage mange former, og deres juridiske status varierer fra land til land. Men bruges de rigtigt, giver de de informationer, medarbejderne skal bruge for at udføre deres arbejde – nemlig at holde fokus på brugeren og dennes værdier under en krise.



Idéer

Medarbejdere kan minimere tab af personligt ansvar under en krise ved:

- 89. At sigte på at holde fokus på brugeren og dennes værdier under en krise
- 90. Rutinemæssigt at benytte psykiatriske testamenter og andre tilgange (fx fælles omsorgsaftaler, journal, der opbevares af brugeren selv) forud for en krise

7.3 At understøtte identitet under og efter en krise

Relationer spiller en afgørende rolle under en krise. Den traditionelle respons på en person, der er i krise, er indlæggelse, men vigtigheden af at etablere partnerskabsrelationer i recovery-orienterede bo-tilbud er nu ved at trænge igennem. Nye former for alternative, korterevarende opholdstilbud for mennesker i krise er begyndt at dukke op, som fx Rethinks aflastningstilbud Cedar House i Rotherham.

Idéer

Medarbejdere kan understøtte identitet under krise ved:

- 91. At balancere behovet for sikkerhed med den mulighed, som en krise giver for at lære af fortiden og revurdere fremtidsplaner
- 92. At holde brugernes normale liv i gang: sørge for, at posten bliver hentet, kæledyr får mad, at der tages vare på børn, regninger bliver betalt, hjemmet holdt under opsyn, leverancer afbestilt osv.
- 93. At øge engagementet fra brugerens støttenetværk, fx ved at indføre ubegrænset besøgstid, aktivt opfordre pårørende og venner til at komme på besøg, inddrage dem i måltider og andre aktiviteter på stedet
- 94. At holde brugeres livsfærdigheder i gang. Hvis en bruger er i stand til at lave mad til sig selv (og andre), er der ingen grund til at måltiderne bliver leveret. Er brugeren glad for at læse eller dyrke motion (eller andre former for personlig medicin⁵⁰), er det vigtigt at opmuntre dette
- 95. At styrke en identitet som menneske fra første kontakt frem for at begynde med en sygdomsfokuseret indlæggelsesprocedure. Tale med brugerne om deres liv, hvad de ønsker at opnå med indlæggelsen, hvad de håber at gøre bagefter osv.
- 96. At støtte brugerne i på sigt at reflektere over og skabe mening med krisen. Hvordan opstod den? Hvad er godt og skidt ved den? Hvad kan man lære af den? Hvilke planer, mål, støtte eller færdigheder er der brug for i fremtiden?
- 97. At bruge tiden strategisk frem for at opstille et obligatorisk aktivitetsprogram. Individualisere støtten til den enkeltes behov. Det kan ganske enkelt betyde at give vedkommende plads eller tilbyde rådgivning for at understøtte recovery-processen, eller give adgang til kunstneriske medier og terapier for at give mulighed for at udtrykke erfaringen

Afsnit 8: At genkende recovery-fokus i psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud

Hvordan genkender vi et recovery-fokus i psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud? Der findes endnu ikke akkrediteringsprocesser, der kan identificere recovery-fokus i psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. Der er nu ved at dukke værktøjer op til støtte for praksis.

- De mest udbredte kvalitetsstandarder er *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care* (Retningslinjer for recovery-orienteret adfærdsmæssig sundhedspleje i praksis)^{51;52}
- Måling af modeltrofasthed for brugerdrevne tilbud går under navnet *Fidelity Assessment Common Ingredients Tool* (FACIT)⁵³
- Mål til at kvalificere praksis er *Pillars of Recovery Service Audit Tool* (PoRSAT)⁵⁴
- Måling af brugernes vurdering af, i hvor høj grad en relation understøtter recovery-processer, er *Recovery-Promoting Relationships Scale*⁵⁵

Hvordan kan vi evaluere effekten af psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud på en måde, der fremhæver fokus på recovery? Resultatevalueringer skal være baseret på et teoretisk grundlag, og skal måle det, der har betydning. Den personlige recovery-model giver et teoretisk grundlag for resultatvurderingen og identificerer to former for resultater, der har betydning: værdsatte sociale roller, som styrker den sociale identitet, og recovery-mål, der bidrager til udvikling af personlig identitet. En generel resultatvurderingsstrategi måler disse to ting. For det første objektive indikatorer for livskvalitet som ordentlige boligforhold, venskaber, sikkerhed, beskæftigelse, nære relationer, indkomst osv. For det andet, fremskridt i retning af personlige mål. Indfris disse mål, er der sandsynlig tale om recovery-orienteret praksis.

Idéer

Medarbejdere kan gøre recovery-resultater mere synlige ved:

98. At bruge kvalitetsstandarder og psykiatriske og socialpsykiatriske udviklingsværktøjer, der understøtter recovery
99. At vurdere måling af recovery-processer og -resultater, fx måle og offentliggøre brugernes empowerment-niveau
100. At overvåge og offentliggøre opnåelse af socialt værdsatte roller og personligt værdsatte recovery-mål løbende



Afsnit 9: Forandring i psykiatrien og socialpsykiatrien

At arbejde recovery-orienteret falder måske ikke psykiatrien og socialpsykiatrien naturlig. Udviklingen hen mod en recovery-vision kan vise sig en umulig opgave uden grundlæggende ændringer. Faktisk er det at argumentere for fokus på personlig recovery det samme som at argumentere for et paradigmeskift, hvor:

1. Den intellektuelle udfordring skabes uden for det dominerende videnskabelige paradigme (forståelsen af recovery udspringer fra mennesker, der har erfaringer med psykisk sygdom, ikke fra psykiatriske og socialpsykiatriske fagpersoner)
2. Tidligere centrale områder (risiko, symptomer, indlæggelse) bliver opfattet som et delelement eller specielt tilfælde under det nye paradigme
3. Elementer, der tidligere var af perifer interesse (fx 'brugerperspektiv') bliver centrale.



Kernen i en recovery-orienteret tilgang er at vende rundt på visse grundlæggende antagelser:

- Erfaring med psykisk sygdom er en del af personen, og denne ses ikke som en psykiatrisk patient eller fx 'en skizofren.'
- At have værdsatte sociale roller fører til bedring af symptomer og reducerer indlæggelser, frem for behov for behandling, før en person er klar til at tage ansvar og livsroller
- Recovery-mål udspringer fra brugeren, og støtte til at nå målene kommer bl.a. fra medarbejderne frem for at behandlingsmål udvikles af medarbejderne, der fordrer efterlevelse af brugeren
- Vurderinger fokuserer mere på menneskers stærke sider, præferencer og kompetencer frem for, hvad de ikke kan
- Almindelige menneskers behov for arbejde, kærlighed og leg er relevante – de er de mål, som behandling muligvis, muligvis ikke bidrager til at fremme
- Mennesker med psykisk sygdom er grundlæggende normale, dvs. ligesom alle andre, hvad angår håb og behov
- Mennesker vil på sigt træffe gode beslutninger om deres liv, hvis de får mulighed, støtte og opmuntning frem for at træffe dårlige beslutninger, så medarbejderne er nødt til at overtage ansvaret.

At begive sig ud på en recovery-rejse har store konsekvenser både for brugere og medarbejdere. Rejsen giver først og fremmest mulighed for at skabe empowerment og forandring hos brugerne. Men det stopper ikke her. En recovery-orienteret tilgang giver også mulighed for at frigøre medarbejderne fra uopnåelige resultater: Diagnosticér denne person; behandl denne sygdom; Gør denne patient rask; styr risiko effektivt; skab sikkerhed for befolkningen; Fjern afvigere fra samfundet. Et fokus på recovery er i alles interesse.

Bilag 1:

Elektroniske ressourcer om recovery

Generelle recovery-ressourcer

Rethink	www.rethink.org
Mental Health Commission	www.mhc.govt.nz
Boston University Center for Psychiatric Research	www.bu.edu/cpr
Ohio Department of Mental Health	www.mhrecovery.com
National Empowerment Center	www.power2u.org
Queensland Alliance	www.qldalliance.org.au/resources/recovery.shtml
Scottish Recovery Network	www.scottishrecovery.net
Recovery Devon	www.recoverydevon.co.uk
Section for Recovery, Institute of Psychiatry	www.iop.kcl.ac.uk/recovery
Yale Program for Recovery and Community Health	www.yale.edu/prch

Specifikke recovery-orienterede ressourcer

Intentional Care	www.intentionalcare.org
Tidal Model	www.clan-unity.co.uk
Intentional Peer Support	www.mentalhealthpeers.com
Wellness Recovery Action Planning (WRAP)	www.mentalhealthrecovery.com
The Village	www.mhavillage.org
Hearing Voices Network	www.hearing-voices.org
Promoting Resilience	www.resilnet.uiuc.edu

Stigma-initiativer /brugernes historier

Mental Health Media	www.mhmedia.com
Time to Change	www.time-to-change.org.uk
Like Minds, Like Mine	www.likeminds.org.nz
See me	www.seemescotland.org
Narratives Research Project	www.scottishrecovery.net
Mental Health Stigma	www.mentalhealthstigma.com
National Mental Health Awareness Campaign	www.nostigma.org
StigmaBusters	www.nami.org

Positiv psykologi

Australian Coalition	www.positivepsychologyaustralia.org
Centre for Applied Positive Psychology	www.cappeu.org
Positive Psychology Center	www.ppc.sas.upenn.edu
Centre for Confidence and Well-being	www.centreforconfidence.co.uk
Values in Action Inventory of Strengths	www.viastrengths.org

Bilag 2: Referenceliste

- (1) Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- (2) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17-24.
- (3) Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:586-594.
- (4) Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21(2):13-34.
- (5) May R. Making sense of psychotic experience and working towards recovery. In: Gleeson JFM, McGorry PD, editors. *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. 246-260.
- (6) Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10:37-49.
- (7) Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In: Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T, editors. *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. London: Gaskell; 2006. 18-37.
- (8) Farkas M, Gagne C, Anthony W. *Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1999.
- (9) Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, (eds). *On our own, together. Peer programs for people with mental illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005.
- (10) Scottish Recovery Network. *The role and potential development of peer support services*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005.
- (11) Mead S. *Intentional Peer Support: an alternative approach*. Plainfield, NH: Shery Mead Consulting; 2005.
- (12) Heyes S, Tate S. *Art of Recovery*. Yeovil: Speak Up Somerset; 2005.
- (13) Perkins R. *Making it! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London and St George's Mental Health NHS Trust; 2007.
- (14) Green J. *The Recovery Book. Practical help for your journey through mental and emotional distress*. Norwich: Norwich Mind; 2005.
- (15) Mental Health Commission. *Oranga Ngâkau. Getting the most out of mental health services. A recovery resource for service users*. Wellington: Mental Health Commission; 2003.
- (16) Anthony W. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:205.
- (17) Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau! Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Wellington: Mental Health Commission; 2002.
- (18) Ridgway P. Restorying psychiatric disability: Learning from first person narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 24(4):335-343.
- (19) McIntosh Z. *From Goldfish Bowl to Ocean: personal accounts of mental illness and beyond*. London: Chipmunk Publishing; 2005.
- (20) Scottish Recovery Network. *Journeys of Recovery. Stories of hope and recovery from long term mental health problems*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2006.
- (21) Barker PJ, Davidson B, Campbell P, (eds). *From the Ashes of Experience*. London: Whurr Publications; 1999.
- (22) O'Hagan M. *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission; 2001.
- (23) Hope R. *The Ten Essential Shared Capabilities - A Framework for the whole of the Mental Health Workforce*. London: Department of Health; 2004.
- (24) Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:141-158.
- (25) Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996; 19:91-97.
- (26) Baumeister RF. *Meanings of life*. New York: Guilford; 1991.
- (27) Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatric Services* 2005; 56:1441-1443.
- (28) Byrne S, Birchwood M, Trower P, Meaden A. *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations*. Routledge: Hove; 2005.
- (29) Rapp C, Goscha RJ. *The Strengths Model: Case Management With People With Psychiatric Disabilities, 2nd Edition. Second ed.* New York: Oxford University Press; 2006.
- (30) Resnick SG, Rosenheck RA. Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. *Psychiatric Services* 2006; 57(1):120-122.
- (31) Russinova Z. Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes. *Journal of Rehabilitation* 1999; Oct-Dec:50-57.
- (32) Perkins R, Repper J. *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall; 2003.
- (33) Snyder CR. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press; 2000.

- (34) Adams N, Grieder DM. Treatment Planning for Person-Centered Care. Burlington, MA: Elsevier; 2005.
- (35) Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
- (36) Coleman R, Baker P, Taylor K. Working to Recovery. Victim to Victor III. Gloucester: Handsell Publishing; 2000.
- (37) Ridgway P, McDiarmid D, Davidson L, Bayes J, Ratzlaff S. Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare; 2002.
- (38) Copeland ME. Wellness Recovery Action Plan. Brattleboro: VT: Peach Press; 1999.
- (39) Becker DR, Drake RE. A Working Life for People with Severe Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- (40) Bower SA, Bower GH. Asserting yourself. A practical guide for positive change. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2004.
- (41) Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing people to change (addictive) behavior. New York: Guilford Press; 2002.
- (42) Libermann RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. International Review of Psychiatry 2002; 14:337-342.
- (43) Icarus Project and Freedom Center. Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs. <http://theicarusproject.net/HarmReductionGuideComingOffPsychDrugs> [2007 [cited 2007 Nov. 15];
- (44) Darton K. Making sense of coming off psychiatric drugs. London: Mind; 2005.
- (45) Lehmann P (ed). Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2004.
- (46) Breggin P, Cohen D. Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications. Reading, MA: Perseus Books; 2007.
- (47) Watkins J. Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely. Victoria: Michelle Anderson; 2007.
- (48) Zhu S-H. Number of Quit Smoking Attempts Key to Success. Scoop Health 2007; 6 September.
- (49) Tracy B. 21 Success Secrets of Self-made Millionaires. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2000.
- (50) Deegan P. The importance of personal medicine. Scandinavian Journal of Public Health 2005; 33:29-35.
- (51) Tondora J, Davidson L. Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care. Connecticut: Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2006.
- (52) Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- (53) Johnsen M, Teague GB, Herr EM. Common Ingredients as a Fidelity Measure for Peer-Run Programs. In: Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, editors. On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005. 213-238.
- (54) Higgins A. A recovery approach within the Irish Mental Health Services. A framework for development. Dublin: Mental Health Commission; 2008.
- (55) Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. Recovery-Promoting Relationships Scale (Manual). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.

© Mike Slade, 2009

Indhold kan gengives, kopieres med tydelig kildeangivelse: Slade M (2009), 100 ways to support recovery, London: Rethink

Dele af hæftet er med tilladelse gengivet fra en længere og mere omfattende bog: Slade M (2009) Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals, Cambridge: Cambridge University Press.

100 idéer til recovery-orienteret arbejde

Oversat fra engelsk med tilladelse fra Rethink og Mike Slade efter 100 ways to support recovery Af Ole Lindegård Henriksen i samarbejde med Videnscenter for Socialpsykiatri



Videnscenter for
Socialpsykiatri

Bliv medlem

Rethink arbejder utrætteligt på at forbedre livet for mennesker, der er ramt af alvorlig psykisk sygdom. Hvis vi fortsat skal yde en god indsats, har vi brug for din hjælp. Du kan støtte os på mange forskellige måder, fx ved at blive medlem, donere et bidrag eller som kampagnemedarbejder.

Støt os allerede i dag og hjælp os med at skabe bedre vilkår for mange generationer frem i tiden. Se, hvordan du kan hjælpe os på www.rethink.org eller e-mail info@rethink.org

Information om psykisk sundhed

Flere oplysninger om Rethinks publikationer og andet materiale om psykisk sundhed finder du på www.mentalhealthshop.org

Tak

”Denne rapport er et resultat af fri vidensdeling mellem mange mennesker med personlig og/eller faglig erfaring med psykisk sygdom, og jeg er dem meget taknemmelig. Den er skrevet under en orlov fra mit normale arbejde, og jeg takker Institute of Psychiatry og South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Jeg vil også gerne takke John Larsen og Vanessa Pinfold fra Rethink for deres generøse støtte og begejstring for tanken om at gøre recovery til virkelighed.”

Mike Slade (forfatter)

Trykning af dette hæfte er finansieret af Rethink med hjælp fra June og David Proudler til minde om deres søn Roger.

rethink

Arbejder for at forbedre
livet for mennesker
med psykiske problemer

Kopi af engelsk version af hæftet kan
downloades gratis fra
www.rethink.org/100ways

Kopi af dansk version af hæftet kan
downloades fra
www.socialpsykiatri.dk/recovery



Videnscenter for
Socialpsykiatri

Yderligere oplysninger om Rethink
Telefon 0845 456 0455
E-mail info@rethink.org
www.rethink.org/research

© Rethink 2009
RET0383