

---

Oversat af Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering  
i samarbejde med Sainsbury Centre for Mental Health  
December 2009

# At implementere recovery-orientering

Et nyt udgangspunkt for organisatoriske forandringer



Dansk Selskab for  
**Psykosocial** Rehabilitering

---

## Forord

I efteråret 2009 var nogle medlemmer af Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering deltagere på en studietur til London, hvor vi blandt andet besøgte Sainsbury Centre for Mental Health. Vi havde en særdeles produktiv og inspirerende dag på centeret, som arbejder for at øge livskvaliteten hos mennesker med psykiske sygdomme ved at influere på de politikker og praksisser, som hersker i psykiatrien.

Artiklen 'At implementere recovery-orientering' er oprindeligt skrevet og udgivet af Sainsbury Centre for Mental Health. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering er stolte over at kunne præsentere artiklen i en dansk kontekst, da vi mener, ideerne og værdierne i teksten matcher selskabets visioner. Undertegnede mødte artiklens forfatter Geoff Shepherd og fik tilladelse til at foretage oversættelsen. I Selskabet vil vi i 2010 arbejde på at invitere Geoff Shepherd til Danmark som oplægsholder på vores konference.

På enkelte punkter har vi måttet redigere i teksten for at tilpasse den til de danske strukturer, eftersom der ikke skelnes mellem psykiatri og socialpsykiatri i England. Oversættelsen og denne danske udgivelse har kun kunnet lade sig gøre med stor hjælp fra kommunikationskonsulent Karina Søby Madsen, Kløverengen, samt Pia Bille og Pernille Jensen fra bestyrelsen. Tak til dem for indsatsen.

God læselyst!

Formand Mogens Seider

## Indledning

I 'Making Recovery a Reality' (Shepherd et al, 2008) gav vi et resumé af nøgleprincipperne for recovery og beskrev princippernes konsekvenser for praktikere i psykiatrien og socialpsykiatrien. Vi argumenterede for, at der er tre bærende principper i recovery-filosofien: Håb, handleevne og muligheder.

Derpå begyndte vi at undersøge, hvordan behandlings-, støtte- og rehabiliteringsbud bedst kunne understøtte recovery-

processen for de mennesker, der gør brug af tilbuddene.

Centralt i recovery-perspektivet "...er et værdigrundlag om den enkelte persons ret til at skabe sig et meningsfuldt liv med eller uden den fortsatte tilstedeværelse af eventuelle symptomer. Recovery bygger på tanken om selvbestemmelse og selvstyring. Det understreger betydningen af håb i opretholdelsen af motivation og understøtter forventningen om et individuelt tilfredsstillende liv" (Shepherd et al, 2008).

'Making Recovery a Reality' dannede grundlag for en serie af workshops, som blev gennemført i fem forskellige lokale psykiatri- og socialpsykiatriorganisationer i løbet af 2008 og 2009. De fem workshops havde over 300 deltagere, der repræsenterede et bredt spektrum af professionelle fra sundheds- og socialektoren; ledere og chefer, lokale uafhængige foreninger samt et bredt udsnit af brugere og pårørende. Målet med de fem workshops var at finde ud af, hvordan recovery-principperne bedst kunne inddrages i de almindelige hverdagsrutiner i psykiatrien og socialpsykiatrien. Projektet blev støttet af en ekspertstyringsgruppe med deltagelse af nogle af de mest centrale og ledende skikkelser fra hele feltet. Yderligere information om styringsgruppen og vores øvrige igangværende arbejde med recovery findes på Sainsbury Centrets hjemmeside: [www.scmh.org.uk](http://www.scmh.org.uk)

De fem workshops identificerede nogle af de vigtigste ændringer, der vil blive behov for i forhold til medarbejdernes daglige praksis, udbuddet af ydelser samt i organisationskulturer.

Hensigten med denne artikel er at opsummere de vigtigste organisatoriske udfordringer, de fem workshops pegede på. Senere på året udsendes diskussionsbidrag, der går mere i detaljer med udfordringerne for både bestillere og udførere på området.

## Ti centrale organisatoriske udfordringer

1. Forandre karakteren af hverdagens relationer og kvaliteten af erfaringer
2. Tilbyde en lang række brugerstyrede uddannelses- og efter/videreuddannelsesprogrammer
3. Etablering af et 'Recovery Uddannelsescenter' for at sikre udvikling og udbredelse af programmerne
4. Sikring af organisatorisk opbakning, udvikling af 'kulturen'
5. Øget tilpasning til individet og flere valgmuligheder
6. En ny tilgang til vurdering og håndtering af risiko
7. Redefinering af brugerinddragelse
8. Ændring af personalesammensætningen
9. Støtte medarbejdere i deres recovery-rejse
10. Styrke mulighederne for at skabe et liv 'ud over sygdommen'

## At implementere recovery – 10 centrale organisatoriske udfordringer

### 1. Forandre karakteren af hverdagens relationer og kvaliteten af erfaringer

Hvis recovery for alvor skal blive definerende for psykiatrien (såvel i forhold til behandling som støtte og rehabilitering), er der behov for en grundlæggende ændring i kvaliteten af hverdagens møder og interaktioner. Hver eneste kontakt med hver eneste medarbejder må afspejle recovery-principper og fremme recovery-værdier. Hver eneste kontakt bør øge brugerens oplevelse af selvforvaltning, anerkende den ikke-professionelle ekspertise, mindske magtforskelle, fremme mulighederne for et liv 'ud over den psykiske sygdom' og understøtte håbet. Disse temaer er højt placerede på den tidligere udarbejdede 'top ti' for recovery-orienteret praksis (Se Shepherd et al., 2008).

### 2. Tilbyde en lang række brugerstyrede uddannelses- og efter/videreuddannelsesprogrammer

For at opnå en gennemgribende forandring af hele medarbejderstabens holdninger og adfærd må vi introducere omfattende brugerstyrede uddannelses- og efter/videreuddannelsesprogrammer for alle medarbejdere på tværs af faggrupper og på alle niveauer. Dette forudsætter, at vi øger antallet af medarbejdere med brugererfaring, som kan fungere som forandringsagenter og undervisere.

### 3. Etablering af et 'Recovery Uddannelsescenter' til at sikre udvikling og udbredelse af programmerne

Vi foreslår, at kommuner eller lokale samarbejder mellem kommuner og regioner etablerer deres egne 'Recovery Uddannelsescentre', som bliver bemandede og ledet af lærere med brugererfaring, og som kobles direkte til den enkelte kommunes recovery-strategi. Hvert center uddanner og støtter mennesker med brugererfaring i at fortælle om deres erfaringer og fremme kendskabet til recovery-principper både blandt medarbejdere og brugere. Centrene skal ligeledes uddanne personer med brugererfaring til professionel varetagelse af direkte behandlings- og støtte/rehabiliteringsopgaver i systemet (se mere nedenfor). For at sikre, at uddannelsen er af tilstrækkelig høj standard og opnår formel anerkendelse, etableres et nært samarbejde med lokale uddannelsesinstitutioner og -udbydere. En positiv sidegevinst ved denne udvikling vil være en generel styrkelse af en 'uddannelsesmodel' frem for en 'terapeutisk model' inden for systemet, og det vil betyde et skærpet fokus på at lære af hinanden og støtte hinanden i at fremme selvbestemmelse og selvforvaltning.

### 4. Sikring af organisatorisk opbakning, skabelse af 'kulturen'

Men uddannelse er ikke nok. Recovery-værdier må indlejres i ethvert led af orga-

---

nisationen – i rekruttering, supervision, belønningssystemer, kvalitetssikring, planlægning og operationelle retningslinjer. Disse værdier må også afspejles i organisationens udmeldte principper og værdigrundlag, f.eks. i organisationens mission og vision, og i det hele taget i dens sprogbrug og publikationer. Det er det, vi mener med at skabe en 'recovery-kultur' inden for organisationen. En sådan kultur vil kræve lederskab fra toppen (direktionsniveau) såvel som fra mellemliderniveau og fra praktikerne 'på gulvet'.

Det er også væsentligt, at lederne sikrer, at relevant information om præstationer og resultater, f.eks. gennem lokale audits og nationale undersøgelser, løbende formidles tilbage til organisationen, så fokus på recovery-orienterede nøglemålsætninger bliver fastholdt.

## 5. Øget tilpasning til individet og flere valgmuligheder

Recovery-kulturen skal afspejles i alle politikker og retningslinjer for psykiatriske og socialpsykiatriske organisationer. Kulturen bør for eksempel føre til, at vi bedre kan tilpasse vores tilbud til de enkelte individer, at vi øger antallet af valgmuligheder, og at vi giver mulighed for øget selvbestemmelse og kontrol. Dette kan opnås via bedre information og ved at støtte den enkeltes muligheder for selvforvaltning og kontrol. Desuden kan det ske gennem øget fælles planlægning af krisehåndtering (baseret på psykiatriske forhåndserklæringer), øget fælles beslutningstagning omkring medicinering, øget valgfrihed i forhold til behandling – og når det er muligt, også i forhold til valg af behandlere –, større inddragelse af bruger-talsmænd samt større individuel råderet over midler til brug for behandling, støtte og rehabilitering.

## 6. Forandret tilgang til vurdering og håndtering af risiko

Et af de felter, hvor der især er behov for forandring, er risikovurdering og -håndtering. Vi må lære at acceptere risiko som en uundgåelig del af livet, også for mennesker med alvorlige psykiske problemer. "At være forberedt på, at risici opstår, er

en uundgåelig følge af, at mennesker har magt til at træffe beslutninger i deres egne liv" (Department of Health, 2007).

## 7. Redefinering af brugerinddragelse

Der er også behov for at redefinere brugerinddragelse. Det handler ikke om en gruppe, der 'involverer' en anden. Begge grupper må arbejde sammen i et så ligeværdigt partnerskab som muligt. At medarbejdere taler om, hvordan de skal involvere brugerne, skaber i sig selv en distance ved at pointere, at brugeren ikke er fuldt involveret, og dermed kommer medarbejderne til at understøtte den traditionelle "os og dem"-tænkning. Brugeren er i realiteten allerede involverede. Det interessante spørgsmål er derfor snarere: "Hvordan kan vi alle arbejde effektivt sammen som partnere med at hjælpe mennesker til at skabe deres liv, som de ønsker det?"

## 8. Ændring af personalesammensætningen

Vi har tillid til, at redefineringen af brugerinddragelsen på længere sigt vil føre til en revurdering af, hvordan vi sammensætter medarbejderstaben; både i forhold til de forskellige faggrupper og med hensyn til andelen af medarbejdere med brugererfaring. Efterhånden som tilbuddene bliver mere reelt fokuserede på brugernes behov og anerkender værdien af brugererfaringer, vil det få konsekvenser for sammensætningen af arbejdsstyrken. Professionelle vil fortsat være vigtige, men de vil opdage, at de må bidrage på en anderledes måde, når de tager udgangspunkt i brugernes selvdefinerede prioriteringer.

Man kan forvente, at medarbejdere med brugererfaring kommer til at spille en langt mere fremtrædende rolle i fremtidens psykiatriske behandlings-, støtte- og rehabiliteringsindsats. Vi anbefaler, at medarbejderstyrkens sammensætning ændres radikalt, f.eks. med det mål, at 50% af den direkte indsats i fremtiden skal leveres af professionelle med brugererfaring, men med den nødvendige uddannelse og støtte (bl.a. fra de foreslåede lokale Recovery Uddannelsescentre).

---

Disse ændringer har åbenlyse organisatoriske konsekvenser for HR og arbejdsmiljø, men det er i overensstemmelse med FN's Handicapkonvention og intentionerne om at få flere mennesker med psykiske problemer i lønnet beskæftigelse (i dette tilfælde inden for psykiatri/socialpsykiatri). De nye medarbejdere vil selvfølgelig kræve den samme slags ledelse, støtte og supervision som enhver anden professionel gruppe. Denne støtte bør leveres af andre medarbejdere med brugererfaring, som har haft mulighed for at opsamle større erfaring og sikkerhed i udfyldelsen af denne rolle. Derfor vil det tage tid at bygge dette op.

## 9. Støtte medarbejdere i deres recovery-rejse

Forandringerne har også dybtgående konsekvenser for medarbejderne. Folk, der arbejder i støtte og behandling, er også mennesker, og som led i den organisatoriske forandringsproces må vi forsikre dem om, at vi støtter dem (og de pårørende) i deres recovery-proces, så det bliver trygt for dem at prioritere brugernes behov og højne forventninger og håb. Medarbejderne vil fortsat være nøglepersoner, når det gælder at være 'bærere af håbet', og vi må udvikle en kultur, som værdsætter deres personlige erfaring med alvorlige psykiske problemer og giver medarbejderne friheden til at imødekomme brugernes prioriteter snarere end at leve op til bureaukratiske eller professionelle dagsordener.

## 10. Styrke mulighederne for at skabe et liv 'udover sygdommen'

Endelig betyder implementering af recovery-orienteringen, at såvel psykiatriske som socialpsykiatriske tilbud må åbne sig og blive udadvendte frem for indadvendte. Der må blive udviklet partnerskaber uden for psykiatrien og socialpsykiatrien, især i forhold til bolig- og beskæftigelsesområderne, som bliver de centrale fokusområder. Hele indsatsen må fokusere på samfundsmæssig inklusion og ikke på integration (som kan betyde, at man blot ikke længere er fysisk adskilt fra andre). Vi er af den klare opfattelse, at adgang til lønnet

beskæftigelse er helt afgørende i denne forbindelse.

Vi må også forholde os til problemerne med stigma og diskrimination. For mennesker med alvorlige psykiske problemer udgør stigma og diskrimination en stærk barriere i bestræbelserne for at skabe meningsfulde og tilfredsstillende liv. Psykiatrien og socialpsykiatrien må derfor fortsætte med at hjælpe hele lokalsamfundet til at blive i stand til at inkludere mennesker med psykiske problemer som medborgere på lige fod (for eksempel gennem målrettede anti-stigma kampagner, herunder også kampagner rettet direkte til sundhedssystemet – se Thornicroft, 2006). Lokalsamfundene må udvikle ejerskab til recovery-persepektivet: Fuldstændigt ligesom mental sundhed og velvære må recovery være en sag for alle og enhver (Future Vision Coalition, 2009).

## Konklusion

Vi mener stadig, at den største udfordring for recovery-ideerne er at oversætte den fine retorik til konkrete og jordnære forandringer. Vi håber på, at selve det at formulere udfordringerne for organisationerne vil hjælpe bestillere og udførere til at gribe fat i problemerne og udforme konkrete, praktiske forbedringer.

Denne proces kan efterhånden udvikle sine egne redskaber til selvevaluering således, at organisationerne bliver i stand til løbende at evaluere deres egne recovery-rejser. Alternativt kan man udvikle et fælles sprog mellem bestillere og udførere, som kan understøtte muligheden for at samarbejde om systemforandringer og for at udvikle og blive enige om lokale resultatomål (såvel subjektive som objektive). Vi tror på, at denne proces må foregå lokalt, da udgangspunktet er forskelligt for hvert enkelt psykiatrisk og socialpsykiatrisk tilbud, og eftersom prioriteringer er nødt til at bygge på lokale aftaler. Vi arbejder aktuelt på at udvikle begge tilgange.

Selvfølgelig vil ingen organisatorisk forandringsproces være hverken enkel eller lineær – den vil være kompleks, mangefacetteret, dynamisk og interaktiv. Ethvert

---

tilbud vil være nødt til at beslutte sig for, hvordan man vil gribe processen an, og hvilke mål man vil opstille. Vi håber, at de organisatoriske udfordringer, vi har peget på i dette udspil, vil kunne danne grundlag for at træffe disse valg.

### Referencer

Department of Health (2007) *Independence, Choice and Risk: A Guide to Best Practice in Supported Decision Making*. London: Department of Health.

Future Vision Coalition (2009) *A Future Vision for Mental Health*. London: NHS Confederation.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008) *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Thornicroft, G. (2006) *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.