

Mike Slade, Michaela Amering, Marianne Farkas,
Bridget Hamilton, Mary O'Hagan, Graham Panther,
Rachel Perkins, Geoff Shepherd, Samson Tse,
Rob Whitley

Brug og misbrug af recovery:

AT IMPLEMENTERE RECOVERY-
ORIENTERED E PRAKSISSE R I
PSYKIATRISKE OG SOCIALE SYSTEMER

Indhold

Forord	1
Om oversættelsen	3
Brug og misbrug af recovery: at implementere recoveryorienterede praksisser i psykiatriske og sociale systemer	5
Referencer	26

Forord

AF CHRISTIAN CIESLA GULD

Førhen indeholdt psykiatriske diagnoser i reglen en negativ prognose. De tider er forbi, de fleste steder. Recoveryparadigmet har medført betydelige forandringer, også i Danmark hvor det landede omkring år 2000. Systemforventningen er blevet overvejende optimistisk. Stort set alle kan “komme sig” – blot de får den rette behandling eller det rette tilbud i form af en evidensbaseret indsats. Men det er ikke bevist at alle der kommer sig helt eller delvist (bliver raske eller oplever recovery), gør det som følge af kontakten med professionelle. Alligevel er der en tendens til at betydningen af recovery flytter fra den personlige, unikke og ikke mindst uforudsigelige proces til det planlagte resultat. Kort sagt: Den kliniske forståelse af recovery som det positive udfald af en intervention vinder terræn. Andre trends medvirker utvivlsomt til at forstærke denne udvikling, ikke mindst New Public Management og krav om dokumentation og effekt.

I Brug og misbrug af recovery: at implementere recoveryorienterede praksisser i psykiatriske og sociale systemer gør en række internationale eksperter for det første op med nogle udbredte misforståelser og fejlagtige måder at anvende begrebet recovery på (“misbrug”). De vil også være genkendelige for danske læsere, fx anvendelsen af recovery som en direkte eller skjult begrundelse for besparelser. Forfatterne advokerer for den personlige frem for den kliniske forståelse af recovery som grundlag for politikudvikling og organisatoriske forandringer. (De forskellige betydninger af begrebet recovery og dets historie er overskueligt fremstillet i: Marit Borg, Bengt Karlsson og Anne Stenhammer, *Recoveryorienterede Praksisser. En systematisk vidensopsamling*, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, 2014.)

For det andet anbefaler artiklen ti interventioner der alle gennem eksperimentelle undersøgelser har demonstreret kapacitet til at understøtte menneskers chancer for recovery. Flere af dem er allerede afprøvet i Danmark eller ved at blive det, fx beskæftigelsesmetoden Individual Placement and Support.

Den danske rehabiliteringsdefinition (*Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabilitering*, Marselisborgcentret, 2004) fremhæver at rehabiliteringsindsatser skal være *vidensbaserede*. Hvad det vil sige er omstridt. Hvilken – og ikke mindst *hvis* – viden tæller? På det psykosociale felt er der i Danmark ikke tradition for en stærk kobling til landets forskningsmiljøer. Der er derfor grund til at knytte nogle forhåbninger til den nationale strategi *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser* (maj 2015) som akkurat giver mulighed for at rette op på denne mangel og for i højere grad at tilføre forskningsmidler til dette felt.

Brug og misbrug af recovery tilbyder en oversigt over nyere forskning i recoveryorienterede indsatser. Med udgivelsen af denne vigtige forskningsartikel vil Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering yde et bidrag til at gøre international forskningsbaseret viden tilgængelig for fagfolk, brugere og andre interesserede her i landet. God læselyst!

Om oversættelsen

Tilbud til mennesker med psykiske lidelser er i Danmark i det store hele organiseret i en regional psykiatri og i kommunale psykosociale tilbud. Denne opdeling svarer ikke til strukturen i engelsktalende lande. Det medfører en velkendt udfordring ved oversættelsen af faglige tekster indenfor dette område.

Nærværende artikel påpeger bl.a. en række fejlagtige anvendelser af begrebet *recovery*, og de gælder bestemt ikke udelukkende for psykiatrien (i dansk forstand), hvorfor det ville være misvisende konsekvent at oversætte *mental health* med “psykiatri”. – Denne oversættelse har valgt følgende:

(a) *Mental health* henviser i konteksten nogle steder til psykiatri i snæver forstand, altså til psykiatrisk behandling. Det gælder således i afsnittet om forhåndstilkendegivelser (i Danmark reguleret af Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien).

(b) *Mental health* oversættes dog enkelte steder med psykiatri i den brede betydning vi bruger i Danmark (psykiatri som områdebetegnelse) når vi taler om “psykiatriudvalg”, “psykiatriområdet” – eller Det Sociale Netværks årlige “Psykiatritopmøde”. I denne oversættelse er *mental health dialogue* således gengivet med “psykiatritrialog”.

(c) Mange steder er det, som nævnt ovenfor, nødvendigt at præcisere at *mental health* omfatter eller kan omfatte (psyko-)sociale forhold. Fx er *mental health professionals* fordansket til “fagfolk indenfor psykiatrien og det psykosociale felt”. *Mental*

health systems der indgår i artiklens titel, er oversat med “psykiatriske og sociale systemer”.

(d) *Mental health* som tema forekommer få gange og er oversat med “mental sundhed”. Det er tendensen på dansk, og begrebet psykisk sundhed har ikke en kobling til området. Til gengæld hedder *mental health problems* som regel stadigvæk “psykiske problemer” (!).

Artiklens referencer er angivet i fortløbende parenteser i brødteksten, som i den engelske original.

Alle fodnoter er oversætterens. Nogle af de ti interventioner artiklen præsenterer, kan kun vanskeligt oversættes eller bliver normalt ikke fordansket. I de tilfælde er der tilføjet en forklarende fodnote.

Brug og misbrug af recovery:

AT IMPLEMENTERE RECOVERYORIENTEREDE PRAKSISSE I PSYKIATRISKE OG SOCIALE SYSTEMER¹

MIKE SLADE¹, MICHAELA AMERING², MARIANNE FARKAS³, BRIDGET HAMILTON⁴, MARY O'HAGAN⁵, GRAHAM PANTHER⁶, RACHEL PERKINS⁷, GEOFF SHEPHERD⁷, SAMSON TSE⁸, ROB WHITLEY⁹

¹ King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK; ² Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Austria; ³ Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, West Boston, MA 02215, USA; ⁴ University of Melbourne, School of Health Sciences, Parkville, Melbourne 3010, Australia; ⁵ Education House, Wellington, New Zealand; ⁶ Redpanther Research, Auckland, New Zealand; ⁷ Centre for Mental Health, Maya House, London, UK; ⁸ Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong, Hong Kong; ⁹ Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal, Canada

1 Oversat efter "Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems", *World Psychiatry* 2014;13:12–20. Engelsk abstract og engelske keywords er selv-sagt gengivet direkte efter originaludgaven.

ENGELSK ABSTRACT

An understanding of recovery as a personal and subjective experience has emerged within mental health systems. This meaning of recovery now underpins mental health policy in many countries. Developing a focus on this type of recovery will involve transformation within mental health systems. Human systems do not easily transform. In this paper, we identify seven mis-uses (“abuses”) of the concept of recovery: recovery is the latest model; recovery does not apply to “my” patients; services can make people recover through effective treatment; compulsory detention and treatment aid recovery; a recovery orientation means closing services; recovery is about making people independent and normal; and contributing to society happens only after the person is recovered. We then identify ten empirically-validated interventions which support recovery, by targeting key recovery processes of connectedness, hope, identity, meaning and empowerment (the CHIME framework). The ten interventions are peer support workers, advance directives, wellness recovery action planning, illness management and recovery, REFOCUS, strengths model, recovery colleges or recovery education programs, individual placement and support, supported housing, and mental health dialogues. Finally, three scientific challenges are identified: broadening cultural understandings of recovery, implementing organizational transformation, and promoting citizenship.

ABSTRACT

En forståelse af recovery som en personlig og subjektiv erfaring er kommet til syne indenfor psykiatriske og sociale systemer. Denne betydning af recovery underbygger nu politikken på psykiatrimrådet i mange lande. At udvikle et fokus på denne type af recovery vil kræve forandringer indenfor psykiatriske og sociale systemer. Men menneskelige systemer forandrer sig ikke så let. I denne artikel identificerer vi syv forkerte anvendelser (“misbrug”) af begrebet recovery: recovery er den sidste nye model; recovery gælder ikke for “mine” patienter; tilbuddene kan få mennesker til at komme sig gennem effektiv behandling; tvangstilbageholdelse og -behandling er befordrende for recovery; recoveryorientering betyder lukning af tilbud; recovery handler om at gøre mennesker uafhængige og normale; og bidrag til samfundet forekommer kun efter at personen er kommet sig. Derefter identificerer vi ti empirisk underbyggede interventioner som understøtter recovery ved at være målrettede centrale recoveryprocesser: forbundethed, håb, identitet, mening og empowerment (CHIME-rammen²). De ti interventioner er peerstøttemedarbejdere, forhåndstilkendegivelser, Wellness Recovery Action Planning, Illness Management and Recovery, REFOCUS, Strengths Model, recoveryrskoler eller uddannelsesprogrammer i recovery, Individual Placement and Support, boliger med støtte og psykiatritrialoger. Til slut bliver tre videnskabelige udfordringer identificeret: udvidelse af kulturelle forståelser af recovery, implementering af organisatorisk forandring og fremme af medborgerskab.

Engelske keywords: Recovery, mental health services, peer support workers, advance directives, wellness recovery action planning, individual placement and support, supported housing, mental health dialogues, organizational transformation, promoting citizenship

2 Eng. Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment.

Forståelsen af recovery som en tilbagevenden til en symptomfri normalitet er blevet udfordret i psykiatriske og psykosociale tilbud. Mennesker der personligt er berørt af psykisk lidelse, har i stigende grad taget til orde for at formidle hvad der hjælper til at bevæge sig udover rollen som “patient”. Recovery er blevet defineret som “en dybt personlig, unik proces hvor man forandrer sine holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og/eller roller”, og som “en måde hvorpå man kan leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger lidelsen forårsager” (1). Denne definition underbygger politikken på psykiatriområdet i den engelsktalende verden (2-6) og andre steder (7).

I sin kerne er personlig recovery en subjektiv erfaring (8). Overlap mellem individer forekommer, men der vil være mange subjektive definitioner af recovery, ikke mindst fordi individets forståelse af sin egen recovery kan forandre sig over tid. Til trods for konsensus om politikken har det vist sig udfordrende at udvikle recoveryorientering i psykiatriske og psykosociale tilbud som giver individets forståelse forrang. Nogle kommentatorer mener ligefrem at begrebet er blevet “kapret” (9) af professionelle.

Denne artikel skitserer nogle forkerte anvendelser (“misbrug”) af recovery og nogle empirisk understøttede pro-recoverytilgange (“brug”). Forfatterne omfatter internationale eksperter fra syv lande, og artiklen dækker levet erfaring (dvs. personlig erfaring med psykiske vanskeligheder) tillige med perspektiver fra forskning, beslutningstagning og klinisk praksis.

Vi identificerer syv former for misbrug af begrebet “recovery”.

MISBRUG 1

RECOVERY ER DEN SIDSTE NYE MODEL

Med udbredelsen af den internationale bevægelse henimod recoveryorienterede psykiatriske og psykosociale tilbud prøver organisationer i stigende grad at implementere recoveryorienterede praksisser.

Nogle organisationer ansætter peers som en konkret manifestation af recoveryorientering. For eksempel har 13 stater i USA forpligtet sig til at ansætte peers, og organisationer i disse stater kan nu modtage refusion for peerstøttetilbud gennem en national forsikringsplan (10).

Selvom det stemmer overens med de praktiske værdier i recovery (11), skaber tilføjjelsen af peers til arbejdsstyrken i en psykiatrisk eller social organisation simpelthen ikke i sig selv det tiltrængte paradigmeskifte. Mangel på organisatorisk engagement kan netop underminere den effektive virkning af peermedarbejdere hvis medarbejderne ikke respekteres eller marginaliseres, eller hvis rollerne helt og holdent tilpasses til generisk eller klinisk sagsbehandling (12).

Implementering af recoveryorienteret praksis bør være personcentreret og fokusere på at hjælpe individer til at leve et meningsfuldt liv (13), i modsætning til opstilling af kliniske mål som i det store hele er dikteret af professionelle (14). Skiftet til en praksis der bygger på ligeværdigt partnerskab, fremmer håb og faciliterer selvbestemmelse, kræver forandring af tilbud, praksisser og det paradigme indenfor hvilket de bliver leveret.

MISBRUG 2

RECOVERY GÆLDER IKKE FOR "MINE" PATIENTER

Udviklingen af recoveryideologi og -praksis har – ligesom psykiatrien – haft sit tyngdepunkt indenfor psykoser. Nogle klinikere antyder at recovery som tilgang ikke er relevant for de mennesker de arbejder med, fordi individerne enten er "for syge" eller ikke har diagnosen psykose.

Intet af de to standpunkter er empirisk forsvarligt. Mange af de pro-recoveryinterventioner der er beskrevet i denne artikel, er direkte brugbare for, og er blevet evalueret med, mennesker i akut krise. Tilsvarende er empiriske undersøgelser af recovery påbegyndt i mange ikke-psykotiske kliniske populationer (fx borderline personlighedsforstyrrelse (15), retspsykiatriske patienter (16), spiseforstyrrelser (17)) og forskellige demografiske grupper (fx børn (18), ældre voksne (19), etniske minoriteter (20)). Selvom evidensgrundlaget er mindre udviklet end det er i forhold til psykoser, er det klart at recovery i det mindste er relevant for et bredt udvalg af kliniske populationer.

MISBRUG 3

TILBUDDENE KAN FÅ MENNESKER TIL AT KOMME SIG GENNEM EFFEKTIV BEHANDLING

Fagfolk indenfor psykiatrien og det psykosociale felt er ofte mere vant til den kliniske betydning af recovery end til personlig recovery som den forstås af recoverybevægelsen indenfor mental sundhed (1).

Ved klinisk recovery diagnosticerer og behandler professionelle for at gøre mennesker raske eller reducere deres symptomer. Et review af alle epidemiologiske studier med mere end 20 års opfølgning viste at størstedelen af mennesker med diagnosen skizofreni opnår klinisk recovery (21), selvom den varians i forekomstraten der kan tilskrives effektiv behandling, er ukendt. Ved personlig recovery leder personen sin egen rejse mod et meningsfuldt liv og værdsatte roller (22).

De to udgaver af recovery kan være indbyrdes forbundne, men en person kan erfare den ene uden den anden. Traditionelt har psykiatriske og psykosociale tilbud været baseret på enten en klinisk udgave af recovery eller – i værste fald – en overbevisning om at recovery af nogen art ikke er mulig for mange mennesker. I mange lande forlanger politikken på psykiatriområdet nu at tilbuddene bygger på den personlige udgave af recovery og tror på den viden der er afledt af levet erfaring med psykisk lidelse og recovery (23).

For at understøtte personlig recovery vil psykiatriske og sociale systemer være nødt til at skifte væk fra den dominerende stilling institutionelle svar, medikamentel behandling og interventioner baseret på tvang har. Fokus er nødt til at være på at nære håbet og en tro på mennesker, på at støtte selvbestemmelse, sikre adgang til en bred vifte af lokalbaserede tilbud (inklusive boliger, uddannelse, beskæftigelse, peerstøtte, recoveryuddannelse, krisehjælp, støtte til dagligliv, medikamentel behandling, samtalerterapi og aktive fortalere) og fremme social inklusion og menneskerettigheder (24). Behandling kan fremme personlig recovery, men den kan også hindre den, særligt hvis den er det dominerende svar og er forbundet med praksisser baseret på tvang.

MISBRUG 4

TVANGSTILBAGEHOLDELSE OG -BEHANDLING ER BEFORDRENDE FOR RECOVERY

Tvangsbehandling promoveres som en effektiv vej til at “tage vare” på individer når de ikke kan tage vare på sig selv. For eksempel var hensigten bag indførelsen af tvungen distriktpsykiatrisk behandling i England i 2008 at reducere antallet af individer der tvangsmæssigt blev tilbageholdt på et hospital. Til trods for at tvungen distriktpsykiatrisk behandling blev iværksat i 4.220 tilfælde i 2011/12 er hyppigheden af tvangsindlæggelse faktisk steget (fra 44.093 i 2007/08 til 48.631 i 2011/12) (25).

Et systematisk review af litteraturen om tvangsbehandling fandt ringe evidens for effektiviteten med hensyn til brug af sundhedsydelser, social funktionsevne, sindstilstand, livskvalitet eller tilfredshed med støtten (26). Endvidere fandt reviewet at det ville kræve 85 tvungne ambulante opfølgninger at forebygge én genindlæggelse, 27 at forebygge ét tilfælde af hjemløshed og 238 at forebygge én anholdelse.

Tvangsbehandling forekommer at være en bredt anvendt intervention som nyere evidens viser er ineffektiv i forhold til at reducere genindlæggelse (27). Endvidere modarbejder den recoverymålet om at generobre et meningsfuldt liv – en proces der er baseret på selvbestemmelse og respekt for individet som samfundsborger. Et studie af 136 akutpsykiatriske afdelinger i England konstaterede faktisk at et fokus på kontrol (reduceret adgang til lægeligt personale, større brug af sikkerhedsvagter, ringe afdelingsstruktur) var forbundet med øget brug af fysisk tvang og magtdemonstrationer fra personalets side (28).

Mange lande finansierer nu initiativer til reduktion af brugen af tvang (29). For eksempel har Norge siden 2006 haft en national handlingsplan til reduktion af tvang (30).

MISBRUG 5

RECOVERYORIENTERING BETYDER LUKNING AF TILBUD

Recoveryorientering er ikke en gyldig begrundelse for besparelser.

Det er rimeligt at antage at et meningsfuldt liv ikke leves indenfor grænserne af psykiatriske og psykosociale tilbud, og øget kontakt med aktører udenfor dette område og naturlige former for støtte ses af brugere ofte som mere værdifulde end kontakt med formelle tilbud (31). Derfor er en gradvis aftrapning af kontakten med formelle psykiatriske og psykosociale tilbud, som del af en plan der er aftalt i fællesskab, og med hjælp til at få adgang til naturlig støtte i lokalsamfundet (venskaber, peerkontakter, grupper i lokalsamfundet, beskæftigelse etc.), sandsynligvis hjælpsom støtte til en persons recovery.

Men recovery er ikke-lineær (32), og tilbuddene må være tilgængelige og genoptage kontakten med mennesker når der er brug for dem. Ineffektive tilbud skal selvfølgelig erstattes, men som et anliggende der har at gøre med forbedret levering af psykiatriske og psykosociale tilbud, ikke som et spørgsmål om implementering af recoveryorienterede tilbud. Nedskæringer i tilbuddene kan ikke begrundes med indfrielsen af målet om at understøtte recovery.

MISBRUG 6

RECOVERY HANDLER OM AT GØRE MENNESKER UAFHÆNGIGE OG NORMALE

Den kliniske ramme der underbygger de fleste psykiatriske og psykosociale tilbud, lokaliserer i det store hele eksklusionsproblemer inde i individet. Kliniske bestræbelser fokuserer derfor på at forandre mennesker gennem behandling (terapi, færdighedstræning etc.) så de “passer ind”, dvs. bliver “normale” og “uafhængige” af støtte og tilbud.

Men recovery handler ikke om at “få det bedre” eller at ophøre med at have behov for støtte – det handler om “at komme sig til et liv”, retten til at deltage i alle aspekter af det civile og økonomiske liv som en ligeværdig borger (33). Dette kræver en ramme der er baseret på en menneskerettighedsmæssig og social model af eksklusion: “Det er samfundet der handicapper mennesker. Det er holdninger, handlinger, antagelser – sociale, kulturelle og fysiske strukturer som handicapper ved at oprette barrierer og at pålægge begrænsninger og løsninger” (34).

Inklusion og medborgerskab handler ikke om at “blive normal”, men om at skabe inkluderende fællesskaber der kan rumme os alle. Ikke om at “blive uafhængig”, men om at have ret til støtte og tilpasninger (på linje med valg og ønsker) for at sikre fuld og lige deltagelse og medborgerskab (35).

Menneskerettighederne for “personer med handicap” – inklusive personer med psykiske vanskeligheder – er beskrevet i De Forenede Nationers Konvention om rettigheder for personer med handicap (36). Disse inkluderer “retten til et selvstændigt liv og til at være inkluderet i samfundet” (artikel 19). En rettighed er ikke betinget af at “få det bedre” eller at leve uden støtte og indbefatter eksplicit retten til at få adgang til “den nødvendige personlige bistand for at kunne leve og være inkluderet i samfundet samt for at forebygge isolation fra eller udskillelse af samfundet”³.

Deltagelse og inklusion indebærer ikke at forandre mennesker til at passe ind, men at forandre verden: “At have et psykiatrisk handicap er, for mange af os, simpelthen noget givet. Det virkelige problem eksisterer i form af de barrierer i omgivelserne der afholder os fra at leve, arbejde og lære i omgivelser vi selv vælger... [Opgaven er] at konfrontere, udfordre og forandre de barrierer ... som hæmmer og hindrer vores anstrengelser for at leve selvstændigt og opnå kontrol over vores liv og de ressourcer der påvirker vores liv” (37).

MISBRUG 7

BIDRAG TIL SAMFUNDET FOREKOMMER KUN EFTER AT PERSONEN ER KOMMET SIG

Arbejde, hvad enten det er betalt, frivilligt eller i hjemmet, er for de fleste mennesker den vigtigste måde at bidrage til samfundet på. Arbejde understøtter recovery (38). De fleste mennesker der bruger psykiatriske og psykosociale tilbud, er i stand til at arbejde det meste af tiden. Alligevel er 70-80% af de mennesker der bruger psykiatriske og psykosociale tilbud, i de fleste vestlige lande ledige, en større andel end nogen anden handicapgruppe (39, 40).

3 Begge citater fra konventionsteksten er her gengivet efter den danske udgave, Det Centrale Handicapråd, *De Forenede Nationer. Konvention om rettigheder for personer med handicap*, 2. udgave, 2. oplag, København, 2010, s. 17.

Selvstigmatisering, forventet diskrimination og diskrimination i tilbuddene og i samfundet medvirker til disse høje ledighedsrater (41-43). Det samme gælder tilbud der har en mangeltilgang og lave forventninger til beskæftigelse for mennesker med alvorlige psykiske problemer, og arbejdsgivere der mangler viden om god beskæftigelsespraksis for denne gruppe (44).

Aktuelt forsøger regeringer i mange vestlige lande at reducere antallet af mennesker der modtager velfærdsydelse eller pensioner, ofte med en tilgang der bygger på sanktion frem for incitamenter. De forkæmpere for de berørte grupper der lobbyer imod denne tilgang til velfærd, har uafvendeligt skabt en diskurs der fokuserer på retten til velfærd frem for retten til arbejde for mennesker med psykiske problemer.

Velfærdsreformer der indfører sanktioner, er ikke den fundamentale uretfærdighed; det er antallet af mennesker som er uden arbejde. Hele samfundet nyder godt af det når det antages at mennesker med psykiske problemer kan arbejde, når de har de samme rettigheder som andre til at bestemme deres bidrag, og når de har pålidelig adgang til velfærdsydelser hvis eller når de ikke kan arbejde.

AT MAKSIMERE STØTTE TIL RECOVERY

Er recovery bare gammel vin på nye flasker (45)? Med andre ord, betyder understøttelse af recovery mere end blot optimal implementering af det vi allerede ved er best practise? Det er bestemt en rimelig antagelse at konsistent implementering af best practise er bedre end inkonsistent implementering; nogle beregninger viser at optimal behandling og udbredelse af behandling i befolkningen ville afværge 28% af sygdomsbyrden (sammenlignet med de 13% der afværgeres i dag) (46). Men et systematisk review har identificeret fem centrale recoveryprocesser som forbundethed, håb og optimisme, identitet, mening og mål og empowerment (CHIME-rammen) (32). Disse recoveryprocesser adskiller sig fra traditionelle kliniske resultatmål, og interventioner der er målrettet disse processer, er tiltrængte.

Vi beskriver nu ti empirisk underbyggede pro-recoveryinterventioner. Kriterierne for at inkludere interventionerne er at de er målrettet recoveryudfald så som CHIME-rammen og er underbygget af begyndende eller etableret empirisk evidens baseret på eksperimentel undersøgelse. De er ment som illustrative eksempler snarere end en prækriptiv liste med interventioner. Sigtet er at identificere de typer af interventioner man kan forvente leveret i et recoveryorienteret psykiatrisk eller socialt system.

PEERSTØTTEMEDARBEJDERE

Peerstøtte brød frem fra bruger-/overleverbevægelsen og udviklede sig oprindeligt udenfor det psykiatriske systems mainstream. Den er baseret på recoveryværdier som håb, selvbestemmelse over ens eget liv, deltagelse i indsatsen, gensidighed og brugen af viden fra levet erfaring for at hjælpe hinanden.

Uformel peerstøtte kommer fra naturlige støtter så som familie og venner. Til forskel herfra involverer formel peerstøtte medarbejdere som enten er ansatte i selvstændige peerdrevne tilbud udenfor de traditionelle psykiatriske eller sociale tilbud eller er partnere med professionelle indenfor et traditionelt psykiatrisk eller socialt tilbud.

Peerstøttemedarbejdere er individer med psykisk lidelse der identificerer sig selv som sådanne, og som bruger deres levede erfaringer til at støtte andre i at komme sig. De centrale egenskaber ved deres rolle er klare (47), og guidelines for implementering er nu tilgængelige (48).

Der eksisterer nu et omfattende og positivt evidensgrundlag for peerstøttetilbud (47) som identificerer erfaringen med og udbyttet af at være peerstøttemedarbejder (49-51), forandringer i arbejdspladsstrukturen der er gennemført for at fastholde leveringen af peerstøttetilbud (52-54), og beskrivelser af forandringer der er påbegyndt af peerstøttemedarbejdere (55, 56).

Evidens fra syv randomiserede, kontrollerede studier der evaluerer effekten af peerstøttemedarbejdere, fandt konsistente gavnlige virkninger i forhold til kliniske resultater (engagement, symptomatologi, funktionsevne, indlæggelsesrater), subjektive resultater (håb, kontrol, handlekraft, empowerment) og sociale resultater (venskab, tilknytning til samfundet) (57). Randomiserede, kontrollerede studier af peerledede mestringsinterventioner i Holland (58) og USA (59, 60) viste gavnlige virkninger i forhold til at have en recoveryrollemodel, at forfølge recovery, håbefuldhed, selvoplevet recovery, symptomscore og livskvalitet. Et Cochrane-review identificerede 11 randomiserede studier der involverede 2.796 personer i tre lande (Australien, Storbritannien, USA), og som viste tilsvarende resultater af peerstøttemedarbejdere sammenlignet med fagfolk der er beskæftiget i lignende roller (61).

FORHÅNDSTILKENDEGIVELSER

Mennesker med psykisk lidelse er næsten per definition sårbare overfor erfaringen af følelsesmæssige kriser. Nyere sundhedsteknologier kan støtte mennesker i at bevare kontrollen under en krise. For eksempel indebærer en forhåndstilkendegivelse at fastsætte hvilke handlinger der skal foretages af hensyn til personens helbred hvis denne mister beslutningsevnen i fremtiden. Handlinger kan bestå i behandling eller i at udpege en beslutningstager med fuldmagt.

Forhåndstilkendegivelser har et stærkt empirisk belæg (62). En variant der i stigende grad bruges i en psykiatrisk kontekst, er fælles kriseplaner som er udviklet i samarbejde med det kliniske team. Evidens fra randomiserede, kontrollerede studier af fælles kriseplaner ved psykoser viser gavnlige virkninger i forhold til reduceret tvangsbehandling (63), brug af tilbud (64) og øget kontrol (65). Studier i andre kliniske populationer er på vej (66).

WELLNESS RECOVERY ACTION PLANNING⁴

Mestring af symptomer er en større trend på tværs af alle grupper med langvarige eller kroniske sygdomme. Redskaberne i Wellness Recovery Action Planning (WRAP) understøtter mestring med et specifikt fokus på recoveryorienterede psykiatriske og psykosociale tilbud.

WRAP bruges til at skabe recoveryplaner ved at guide individer og grupper af mennesker til at reflektere over hvad der tidligere har hjulpet dem med at blive ved med at have det godt, og til at overveje strategier som har hjulpet andre med deres recovery (67). Planlægningsredskaber i “velvære-værktøjskassen” fokuserer på mestring, lige fra at identificere fundamentale strategier der styrker det daglige velbefindende, til gennem kriseplanlægning at anerkende og håndtere faktorer der udløser bekymring.

Der er fokus på tilnærmelsesmotivation (at definere velvære og understøtte stræben efter mål) frem for undgåelsesmotivation (fx symptomlindring), på linje med indsigten fra den positive psykologi at positive mål (“tilnærmelse”) har større udsigt til at blive levedygtigt opnået end negative mål (“undgåelse”) (68). Processen beror på peerfacilitering og aktiverer de gavnlige virkninger af autentiske rollemodeller der fremkalder håb (69).

Evalueringen i et randomiseret, kontrolleret studie af resultaterne for deltagerne (n=519) ved otte distriktpsykiatriske centre i en otte ugers peerledet intervention der blev sammenlignet med sædvanlig støtte og venteliste til WRAP, viste gavnlige virkninger i forhold til symptomprofil, håb og livskvalitet (60).

4 “Metoden er et undervisningsbaseret selvhjælpsprogram, hvor mennesker med psykiske vanskeligheder afdækker egne ’personlige trivselsressourcer’ og arbejder med at bruge disse aktivt i deres hverdagsliv. WRAP øger den enkeltes mulighed for at deltage i beslutningsprocesser. Begrebet oversættes oftest med ’personlig arbejdsbog’.” Socialstyrelsen, *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser der virker*, 2013, s.14.

ILLNESS MANAGEMENT AND RECOVERY⁵

Programmet Illness Management and Recovery (IMR) er en empirisk underbygget standardiseret intervention der lærer mennesker med en alvorlig psykisk lidelse strategier til at mestre lidelsen (70).

IMR kan leveres i et individuelt format eller i et gruppeformat, tager fem til ti måneder at gennemføre og omfatter fem empirisk baserede strategier: psykoedukation for at forbedre forståelsen af psykisk lidelse og behandling; kognitive adfærdsmæssige tilgange for at forbedre overholdelsen af medicinering; træning i forebyggelse af tilbagefald; social færdighedstræning for at dæmme op for stress og styrke social støtte; og undervisning i coping-færdigheder for at reducere sværhedsgraden af symptomerne og den plage de medfører.

Den centrale stilling som overholdelse af medicinering og psykoedukation om psykisk lidelse har i IMR, kan udgøre en barriere for at programmet bruges af mennesker der prøver at styrke recovery. Understøttelse af recovery er ikke uforenelig med diagnoser og medicinering, men der opstår en barriere når diagnoser og medicinering antages at komme først af trinene på vejen til recovery (71) (se Misbrug 3). IMR begynder imidlertid med og fokuserer på selvstændig problemdefinition, problemløsning og forfølgelsen af personligt meningsfulde mål, alle vitale elementer i understøttelsen af recovery (72, 73).

5 “Metoden er et undervisningsbaseret rehabiliteringsprogram for mennesker med psykiske vanskeligheder. IMR er udviklet til at hjælpe den enkelte med at erhverve sig viden om og udvikle strategier til at mestre de psykiske vanskeligheder og opsætte individuelle og meningsfulde mål for tilværelsen. Formålet med IMR er at styrke den enkeltes evne til at håndtere vanskelighederne, reducere tilbagefaldenes antal og sværhedsgrad samt forfølge personlige mål. Varighed: Et gruppebaseret undervisningsprogram over ni måneder, inddelt i 11 undervisningsmoduler. Metoden anvendes bl.a. i Københavns Kommune og Region Hovedstaden.” Socialstyrelsen, *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker*, 2013, s. 13.

Evalueringer i randomiserede, kontrollerede studier indikerer at IMR signifikant kan forbedre symptomatologi, funktionsevne, indsigt og fremskridt i forhold til mål for personer i botilbud (74), ambulante tilbud (75) og lokalbaserede rehabiliteringscentre (76).

REFOCUS⁶

Interventionen REFOCUS øger recoveryorienteringen i lokalbaserede psykiatriske og psykosociale teams for voksne.

Den manualiserede intervention (77) er teoribaseret (32, 78). Personalet trænes og støttes gennem refleksionssessioner og supervision til at bruge tre arbejdspraksisser. For det første diskuterer personalet brugerens værdier og behandlingspræferencer for at gøre planlægningen af støtten så personcentreret som muligt, i det de bruger samtaler og narrative og visuelle tilgange. For det andet bruger personalet en standardiseret vurdering (79) til at identificere brugerens styrker så planlægningen af støtten bliver fokuseret på at øge styrkerne og evnen til at tilgå støtte i nærmiljøet såvel som på at forbedre svaghederne. For det tredje støtter personalet brugerens aktive stræben efter hans eller hendes personligt værdsatte mål. Endvidere bliver der taget fat på forholdet mellem personale og bruger ved at træne personalet i at bruge coaching-teknikker.

Interventionen REFOCUS er ved at blive evalueret i et multi-center cluster randomiseret studie (80) der bruger innovative tilgange til at vurdere understøttelse af recovery (81) og håb (82).

6 REFOCUS var et engelsk forskningsprogram der blev gennemført i perioden 2009-2014 med denne artikels hovedforfatter Mike Slade som en af de bærende kræfter. REFOCUS handler om at revidere forholdet mellem fagpersoner og brugere og om at fremme personligt defineret recovery. Læs mere på: www.researchintorecovery.com/refocus.

STRENGTHS MODEL⁷

Case management-modellen hvis omdrejningspunkt er ressourcer, sigter mod at hjælpe mennesker med psykiske problemer med at opnå mål de sætter for sig selv, ved at identificere, sikre og opretholde en række ressourcer, i omgivelserne såvel som personlige, der er påkrævede for at leve, trives og arbejde på en gensidigt frugtbar måde i samfundet (83).

Modellen har været anvendt bredt og gennem årtier i den sociale sektor i USA og i kliniske tilbud i Japan, Hong Kong og Australien (84). Evidensgrundlaget omfatter fire randomiserede, kontrollerede studier (85-88) og adskillige før- og efter-evalueringer (89) der viser forbedrede psykosociale resultater (især for symptomatologi og social funktionsevne) og forbrugertilfredshed (84). Højere grad af trofasthed overfor modellen er forbundet med øget forbedring af forbrugerresultaterne (90).

RECOVERYSKOLER ELLER UDDANNELSESPROGRAMMER I RECOVERY

Mennesker med psykiatriske handicaps har fremhævet vigtigheden af uddannelse som et redskab til at bistå dem i at opnå de påkrævede kompetencer til at påtage sig fuldt medborgerskab (91).

Recoveryskoler eller uddannelsesprogrammer i recovery er en uddannelsesmæssig tilgang til at understøtte recovery og reintegration af mennesker med psykiatriske handicaps. Denne model blev oprindeligt udviklet i 1984 på Boston University (92) og er nu ved at blive indført i Italien, Irland og England (93).

7 The Strengths Model er udviklet af Charles Rapp fra University of Kansas. Se Charles A. Rapp, *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*, New York: Oxford University Press, 1997. Der er tale om en model for socialt arbejde der bygger på de ressourcer og den modstandskraft mennesker med psykiske vanskeligheder har. Relationen mellem bruger og professionel ansues som et samarbejde, og sidstnævnte tildeles således ikke en ekspertrolle.

Der er robust evidens der underbygger adskillige centrale kendetegn (94), inklusiv samskabelse (95) og understøttelse af mestring gennem uddannelse (96). Skolespecifik evalueringsdokumentation er positiv, men begrænset (97).

INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT⁸

Mennesker der ikke kan arbejde, burde have let adgang til velfærdsydelser og positive tilskyndelser til at komme i arbejde igen. Men de fleste mennesker med psykiske problemer ønsker at arbejde (98) omend de har brug for støtte til at vælge, finde og fastholde arbejde (99).

Individual Placement and Support er en intervention som leverer denne støtte (100) og har et stærkt evidensgrundlag (101). Et Cochrane-review dannede en syntese af 18 randomiserede, kontrollerede studier af rimelig kvalitet og viste beskæftigelsesfrekvens efter 18 måneder på 34% for modtagere af interventionen, sammenlignet med 12% for forberedelseskurser (102). For eksempel viste et randomiseret, kontrolleret studie gennemført i seks europæiske lande at Individual Placement and Support var bedre end de lokale alternativer på hvert sted i forhold til at hjælpe mennesker med at finde og fastholde lønnet beskæftigelse (103).

Opfølgingsstudier gennemført efter 8-12 år bekræfter at denne interventions større effektivitet opretholdes over længere perioder (104, 105), og der er evidens for udgiftsbesparelser gennem reduceret brug af psykiatriske og psykosociale tilbud og lavere afhængighed af velfærdsydelser (106, 107).

8 “IPS er en jobkabelsesmetode og oversættes ofte til håndholdt, individuel jobindsats. Her integreres borgere med psykiske vanskeligheder på det ordinære arbejdsmarked frem for i beskyttet beskæftigelse. Metoden er en ottetrins jobkabelsesmodel. Varighed: individuelt. Metoden anvendes i flere danske kommuner, bl.a. Odense, Herning og Københavns Kommune. Der foretages aktuelt randomiserede, kontrollerede forsøg med IPS i Danmark.” Socialstyrelsen, *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker*, 2013, s. 13.

BOLIGER MED STØTTE

Der er forskning der tyder på, at omkring 30-40% af hjemløsebefolkningen i byerne lever med en alvorlig psykisk lidelse. En tryk og sikker permanent bolig kan tjene som en base hvorfra mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan opnå talrige recovery mål og forbedre livskvaliteten (108, 109). Interventionen Housing First indebærer at der hurtigt retableres en selvstændig boligløsning. Denne tilgang har et begyndende evidensgrundlag der viser forbedrede udfald (110) og reducerede udgifter (111).

Mennesker med en alvorlig psykisk lidelse burde have adgang til en vifte af boligmuligheder og være i stand til at foretage valg i forhold til deres præferencer.

PSYKIATRITRIALOGER

Den aktive involvering af brugere af psykiatriske og psykosociale tilbud, familie-medlemmer og venner er essentiel for udviklingen af en recoveryorienteret psykiatrisk og psykosocial praksis og forskning (112). Men ideen om at mental sundhed er et anliggende for alle, uanset deres baggrund og erfaring, og accepten af hinanden som lige berettigede eksperter forbliver en udfordring. Trialoggrupper (også kendt som psykoseseminarer) er en tilgang til at gøre noget ved denne udfordring.

Et psykiatritrialogmøde er et lokalt forum hvor brugere, støttepersoner, venner, medarbejdere på området og andre med en interesse i mental sundhed deltager i en åben dialog. Møderne tager fat på forskellige emner, fx en task force om at bryde med stigmatisering eller en arbejdsgruppe om traumer og psykose. I tysktalende lande bliver godt og vel 100 trialoggrupper regelmæssigt besøgt af 5000 mennesker (113), og internationalt er interesse og erfaringer voksende (114).

Trialogerne faciliterer en særskilt og uafhængig form for tilegnelse og frembringelse af viden og driver recoveryorienterede forandringer i kommunikation og sociale strukturer.

TILBAGEVÆRENDE VIDENSKABELIGE UDFORDRINGER

Selvom et review har vist at CHIME-rammen er anvendelig på tværs af de kulturer der producerede de guidelines der er inkluderet i dette review (115), forbliver generaliserbarheden af begrebet recovery en betænkelighed. Konkret kan de antagelser der er indlejret i recovery, være “monokulturelle”, og bredere begreber om samfund og kulturel resiliens og velbefindende kan være påkrævede. For eksempel er en vigtig problemstilling det kollektivistiske versus det individualistiske værdiparadigme (116). I kollektivistiske kulturer, så som Maorierne (New Zealands indfødte befolkning) og kinesiske kulturer, vægter man den gensidige afhængighed mellem familiemedlemmer og slægtninge højere end den uafhængighed som ofte promoveres i vestlige kulturer (117). Udover kultur er også det psykiatriske og det sociale system og konteksten for indsatsen (118) vigtige overvejelser. For eksempel har middel- og lavindkomstlande måske ikke infrastrukturen, så som budget og tilbud i lokalsamfundet, til at understøtte basal psykiatrisk og psykosocial omsorg (119), for slet ikke at tale om recoverytilgange.

Det er vigtigt at undersøge hvordan begrebet recovery bliver fortolket af brugere og sundhedsprofessionelle indenfor en ikke-vestlig kulturel kontekst (120-23). Kan recoveryrelaterede evaluerings- og trofasthedsmålinger anvendes med pålidelighed og gyldighed (124)? Ved at undersøge faktorer der faciliterer eller hindrer recovery for individer med forskellige baggrunde, kan der udvikles mere kulturelt anvendelige recoverybegreber som vil tage sig bedre af brugernes behov og rettigheder.

En forståelse af hvordan man kan forandre tilbud er i sin vorden. En syntese af international vejledning om understøttelse af recovery identificerer fire praksisniveauer: understøttelse af personligt defineret recovery (hvilke interventioner tilbydes), arbejdsforhold (hvordan interventioner tilbydes), organisatorisk engagement (hvad er det psykiatriske eller det sociale systems “kerneforretning”) og fremme af medborgerskab (at understøtte erfaringen af en bredere berettigelse af medborgerskab) (78). De fleste af de interventioner der er gennemgået i denne artikel, tager fat på de to første af disse niveauer. Initiativet Implementing Recovery – Organizational Change (ImROC) på tværs af England tager fat på kulturen i psykiatriske og

psykosociale tilbud (93) ved at bruge en læringstilgang til at hjælpe organisationer med at gøre noget ved ti organisatoriske nøgleudfordringer (125).

Den sidste opgave består måske i at reducere og fjerne de barrierer der forhindrer individer i at opleve fuldstændig ret til medborgerskab (126). For psykiatriske og sociale systemer vil dette indebære en transformation væk fra et “behandl-og-kom-dig”-verdensbillede hvor det har prioritet at levere behandling med det mål at personen så vil blive klar til igen at indtage sit liv. Empiriske undersøgelser af begreberne “arbejdsmarkedsparathed” (i Individual Placement and Support) og “boligparathed” (i Housing First) har fundet at de er uafvendeligt giftige begreber som reducerer håb og begrænser forventninger. Man har argumenteret for at denne vægtforskydning gælder bredere end bare støtte til beskæftigelse og bolig (127).

Men den bredeste – og vigtigste – udfordring er samfundsmæssig forandring som vil indebære at professionelle og mennesker med levede erfaringer bliver partnere (112) og sociale aktivister (128) for at udfordre de stigmatiserende antagelser om at mennesker med psykiske lidelser ikke kan eller ikke bør have de samme medborgerskabsrettigheder som enhver anden i deres samfund.

BEMÆRKNINGER

Interventionen REFOCUS er et uafhængigt forskningsprojekt der er finansieret af National Institute for Health Research (NIHR) i regi af dets program for bevillinger til anvendt forskning (bevillingens referencenr. RP-PG-0707-10040), og forbundet med NIHR Specialist Mental Health Research Centre ved Institute of Psychiatry, King’s College London og South London and Maudsley NHS Foundation Trust. De synspunkter der er udtrykt i denne udgivelse, er forfatterens og kan nødvendigvis tillægges nogen sundhedsorganisation eller finansieringsfond.

Referencer

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
2. Department of Health and Ageing. Fourth national mental health plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
3. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2012.
4. Department of Health Social Services and Public Safety (Northern Ireland). Service framework for mental health and wellbeing. Belfast: Department of Health Social Services and Public Safety, 2010.
5. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
6. Her Majesty's Government. No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
7. Slade M, Adams N, O'Hagan M. Recovery: past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:1-4.
8. Bellack A, Drapalski, A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
9. Mental Health "Recovery" Study Working Group. Mental health "recovery": users and refusers. Toronto: Wellesley Institute, 2009.
10. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskity E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 2010;61:520-3.
11. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.
12. Richard A, Jongbloed L, MacFarlane A. Integration of peer support workers into community mental health teams. *Int J Psychosoc Rehabil* 2009;14:99-110.

13. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
14. Andresen R, Oades L, Caputi P. Psychological recovery: beyond mental illness. London: Wiley, 2011.
15. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One* 2012;7(5).
16. Drennan G, Alred D (eds). *Secure recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings*. Milton: Willan, 2012.
17. Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2006;39:550-5.
18. Friesen BJ. Recovery and resilience in children's mental health: views from the field. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:38-48.
19. Daley S, Newton D, Slade M et al. Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:522-9.
20. Sass B, Moffat J, McKenzie K et al. A learning and action manual to improve care pathways for mental health and recovery among BME groups. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:472-81.
21. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:128-37.
22. Slade M. *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
23. Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia mauri tau! Narratives of recovery from disabling mental health problems*. Wellington: Mental Health Commission, 2002.
24. Mental Health Advocacy Coalition. *Destination: recovery: Te nga ki uta: te oranga*. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand, 2008.
25. Health and Social Care Information Centre. *Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/12*. London: Health and Social Care Information Centre, 2012.
26. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(2):CD004408.
27. Burns T, Rugkasa J, Molodynski A et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:1627-33.

28. Bowers L, Van Der Merwe M, Paterson B et al. Manual restraint and shows of force: the City-128 study. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:30-40.
29. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
30. Helsedirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern [National action plan for reducing use of coercion in mental health care]. Oslo: Norwegian Health Department, 2006.
31. Davies S, Wakely E, Morgan S et al. Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers. Brighton: Pavilion Press, 2012.
32. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
33. Perkins R. UK mental health policy development – An alternative view. In: Phillips P, Sandford T, Johnston C (eds). *Working in mental health: practice and policy in a changing environment*. Oxford: Routledge, 2012:14-24.
34. Oliver M. If I had a hammer: the social model in action. In: Sawin J, French S, Barnes C et al (eds). *Disabling barriers – Enabling environments*. London: Sage, 2004:7-12.
35. Disability Rights Commission. *Independent living and the Commission for Equality and Human Rights*. London: Disability Rights Commission, 2007.
36. United Nations. *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations, 2006.
37. Deegan P. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our lives. *Psychosoc Rehabil J* 1992;15:3-10.
38. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374-80.
39. Office of the Deputy Prime Minister. *Mental health and social exclusion*. Social Exclusion Unit report. June 2004. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
40. Australian Government. *People living with psychotic illness 2010*. Canberra: Department of Health and Ageing, 2011.
41. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
42. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013;381:55-62.

43. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;9661:408-15.
44. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
45. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
46. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
47. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
48. Repper J. ImROC briefing paper 7. Peer support workers: a practical guide to implementation. London: Centre for Mental Health, 2013.
49. Moran GS, Russionova Z, Gidugu V et al. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research* 2012;22:304-19.
50. Grant EA, Reinhart C, Wituk S et al. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community Ment Health J* 2012;48:477-81.
51. Moran GS, Russionova Z, Stepas K. Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and growth processes of peer providers. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:376-80.
52. Kemp V, Henderson AR. Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:337-40.
53. Singer G. Managing my life as a peer support worker. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:149-50.
54. Creamer MC, Varker T, Bisson J et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. *J Trauma Stress* 2012;25:134-41.
55. Pickett SA, Phillips H, Nobiling J. Recovery international groups for mental health consumers. *Psychiatr Serv* 2012;63:295.
56. West C. Powerful choices: peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2012;37:445-50.
57. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011;20:392-411.

58. van Gestel-Timmermans JA, Brouwers EPM, van Nieuwenhuizen C. Recovery is up to you, a peer-run course. *Psychiatr Serv* 2010;61:944-5.
59. Cook JA, Steigman P, Pickett SA et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophr Res* 2012;136:36-42.
60. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull* 2012;38:881-91.
61. Pitt V, Lowe D, Hill S et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(3):CD004807.
62. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(1):CD005963.
63. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:136-40.
64. Flood C, Byford S, Henderson C et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:729.
65. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:369-76.
66. Moran P, Borschmann R, Flach C et al. The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010;11:18.
67. Doughty C, Tse S, Duncan N et al. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008;16:450-6.
68. Sheldon KM, Williams G, Joiner T. Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health. New Haven: Yale University Press, 2003.
69. Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S. Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:11.
70. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1272-84.
71. Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006;57:1636-9.
72. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL et al. The Illness Management and Recovery program: ra-

tionale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S32-43.

73. Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ et al. Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatr Serv* 2009;60:202-9.

74. Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatr Serv* 2009;60:1629-36.

75. Fardig R, Lewander T, Melin L et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011;62:606-12.

76. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatr Serv* 2007;58:1461-6.

77. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011.

78. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.

79. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M et al. Assessing the strengths of mental health service users – systematic review. *Psychol Assess* 2012;24:1024-33.

80. Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.

81. Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1827-35.

82. Schrank B, Bird V, Rudnick A et al. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012;74:554-64.

83. Rapp C, Goscha R. The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2012.

84. Hamilton B, Bichara E, Roper C et al. Gaining strength: consumers' experiences of case management with the strengths model. Melbourne: St Vincent's Health, Victorian Department of Health, 2012.

85. Modrcin M, Rapp CA, Poertner J. The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1988;11:307-14.

86. Macias C, Kinney R, Farley OW et al. The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Ment Health J* 1994;30:323-39.

87. Macias C, Farley OW, Jackson R et al. Case management in the context of capitation financing: an evaluation of the strengths model. *Adm Policy Ment Health* 1997;24:535-43.
88. Stanard RP. The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1999;35:169-79.
89. Teague GB, Mueser KT, Rapp CA. Advances in fidelity measurement for mental health services research: four measures. *Psychiatr Serv* 2012;63:765-71.
90. Fukui S, Goscha R, Rapp CA et al. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatr Serv* 2012;63:708-10.
91. Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005;50:7-20.
92. Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50.
93. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
94. Perkins R, Repper J, Rinaldi M et al. Im-ROC 1. Recovery Colleges. London: Centre for Mental Health, 2012.
95. Boyle D, Harris M. The challenge of co-production. London: New Economics Foundation, 2009.
96. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;4:CD005108.
97. Dunn EC, Sally Rogers E, Hutchinson DS et al. Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Adm Policy Ment Health* 2008;35:357-69.
98. Grove B, Secker J, Seebomh P. New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe, 2005.
99. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48-70.
100. Grove B, Locket H, Shepherd G et al. Doing what works – Individual Placement and Support into Employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
101. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
102. Crowther R, Marshall M, Bond GR et al. Vocational rehabilitation for people with severe

mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(2): CD003080.

103. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.

104. Becker D, Baker SR, Carlson L et al. Critical strategies for implementing supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2007;27:13-20.

105. Salyers MP, Becker DR, Drake RE et al. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55:302-8.

106. Sainsbury Centre for Mental Health. Commissioning what works: the economic and financial case for supported employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.

107. Knapp M, Patel A, Curran C et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013;12:60-8.

108. Padgett D. There's no place like (a) home: ontological security among people with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 2007;64:1925-36.

109. Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and security in small-scale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv* 2008;59:165-9.

110. Padgett D, Gulcur L, Tsemberis S. Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Res Soc Work Pract* 2006;16:74-83.

111. Larimer ME, Malone DK, Garner MD et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.

112. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.

113. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv* 2005;56:1441-3.

114. MacGabhann L, McGowan P, Ni Cheirín L et al. Mental Health Trialogue Network Ireland: transforming dialogue in mental health communities. Dublin: Dublin City University, 2012.

115. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353-64.

116. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Ment Health J* 2013; 49:270-80.

117. Tse S. Use of the recovery approach to support Chinese immigrants recovery from mental illness: a New Zealand perspective. *Am J Psychiatr Rehabil* 2004;7:53-68.
118. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? *Int Rev Psychiatry* 2012;24:29-39.
119. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
120. Ng RKM, Pearson V, Chen E. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of psychiatrists. *Int J Cult Ment Health* 2008;1:118-30.
121. Lam M, Pearson V, Ng RKM et al. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of young first episode patients. *Int J Soc Psychiatry* 2009;57:580-7.
122. Thara R. Consumer perception of recovery: an Indian perspective. *World Psychiatry* 2012;11:169-70.
123. Katontoka S. Consumer recovery: a call for partnership between researchers and consumers. *World Psychiatry* 2012;11:170-1.
124. Shanks V, Williams J, Leamy M et al. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2013;64:974-80.
125. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing recovery. A methodology for organisation change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.
126. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12:155-64.
127. Slade M. Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv* 2012;63:702-4.
128. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.

Brug og misbrug af recovery: at implementere recoveryorienterede praksisser i psykiatriske og sociale systemer er oversat fra engelsk og foreligger på dansk med tilladelse fra udgiveren.

Original: "Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems", *World Psychiatry* 2014; 13: 12-20

Oversættelse, redaktion og forord til den danske udgave: Christian Ciesla Guld
Layout: Mark Gry Christiansen

ISBN 978-87-994728-5-7

Den trykte udgave af publikationen koster 100 kr. og kan bestilles på www.psykosocialrehabilitering.dk

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering
www.psykosocialrehabilitering.dk

**Brug og misbrug af recovery:
at implementere recoveryorienterede
praksisser i psykiatriske og sociale
systemer** udkom oprindeligt på engelsk
i tidsskriftet *World Psychiatry* i 2014.
I artiklen gør en række internationale
eksperter i *recovery for det første* op
med den efterhånden udbredte misbrug
af begrebet. Fx anvendelsen af *recovery*
som begrundelse for besparelser.
Derefter præsenterer og anbefaler de
for det andet ti interventioner der alle
gennem eksperimentelle undersøgelser
har demonstreret kapacitet til at
understøtte menneskers chancer
for at komme sig fra en psykiske
lidelse. Udgivelsen er dermed et
vigtigt bidrag til udviklingen af bedre
tilbud til mennesker med psykiske
vanskeligheder.

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering er etableret for at styrke det psykosociale rehabiliteringsperspektiv i Danmark til gavn for mennesker med psykiske vanskeligheder. Selskabet arbejder for dette formål gennem deltagelse i faglige og politiske debatter og ved at formidle viden til fagpersoner, brugere og andre interessenter.

Læs mere på:

www.psykosocialrehabilitering.dk

Brug og misbrug af recovery er den første udgivelse i en skriftserie der vil formidle aktuel viden om psykiske vanskeligheder, recovery og psykosocial rehabilitering.



Dansk Selskab for
Psykosocial Rehabilitering