

ET HÆFTE OM RECOVERY OG MED IDÉER TIL,

# HVORDAN VI STYRKER RECOVERY I PSYKIATRISK ARBEJDE



PSYKINFO

REGION SJÆLLAND  
PSYKIATRIEN

- vi er til for dig



**Udgiver**

Region Sjælland

PsykInfo

Anne Petersen

2. udgave

Marts 2023

**Illustrationer**

Frits Ahlefeldt

**Vil du vide mere?**

Kontakt PsykInfo:

Mail: [Recovery@regionsjaelland.dk](mailto:Recovery@regionsjaelland.dk)

Telefon: 70 25 02 60

## INDHOLD

- 4** Hvorfor taler vi stadig om recovery?
- 5** Hvad er recovery, og hvad skal vi med det?
- 6** Spiller klinisk og personlig recovery sammen?
- 9** 'CHIME' styrker personlig recovery
- 15** Hvordan kan vi styrke CHIME?
- 19** Lidt mere om HÅB
- 22** Det recoveryorienterede samarbejde
- 22** Resonans
- 23** Menneske og fagperson på én gang
- 27** Hvordan holder vi fokus på recovery i hverdagen?
- 32** Men, giver recovery mening i min enhed?
- 33** Vi skal have en recoveryorienteret tankegang
- 34** Principper for samarbejdet
- 36** Hvordan holder vi fast?
- 37** Det kræver også mod at leve og lade leve
- 40** Hvordan spiller recovery sammen med vores faglige metoder?
- 43** Litteraturliste

## HVORFOR TALER VI STADIG OM RECOVERY?

Recovery – at komme sig – er målet med al god psykiatrisk behandling. Vi arbejder allerede recoveryunderstøttende i vores region, og vi skal gøre det endnu mere.

Vi ved<sup>i</sup>, at mange ikke har et klart billede af, hvad recovery er, og hvordan man understøtter det. De spørger: »*Hvad er det, vi skal gøre? Hvad skal vi sige for at arbejde recoveryorienteret?*«.

Formålet med hæftet er, at vi i Psykiatrien Region Sjælland får et fælles indblik i,

- hvad recovery er,
- hvordan det kan integreres i klinisk praksis, og
- hvordan **du** kan styrke den personlige recovery hos de patienter, du samarbejder med.

Hæftet er relevant for *alle faggrupper og funktioner*.

Brug hæftet til at reflektere over dit samarbejde med patienterne og til at tale med kollegaer om jeres praksis. Drøft det over kaffen og på faglige møder. Drøft det med patienter.

God fornøjelse!

Psykiatrilædelser & Tovholdergruppen  
bag Recoverystrategien, Psykiatrien Region Sjælland



## HVAD ER RECOVERY, OG HVAD SKAL VI MED DET?

Recovery betyder at komme sig. Man kan skelne mellem **klinisk** og **personlig recovery**.

Den **kliniske recovery**s mål er symptomfrihed eller kontrol over symptomer, og at livet leves uden eller med minimal støtte.

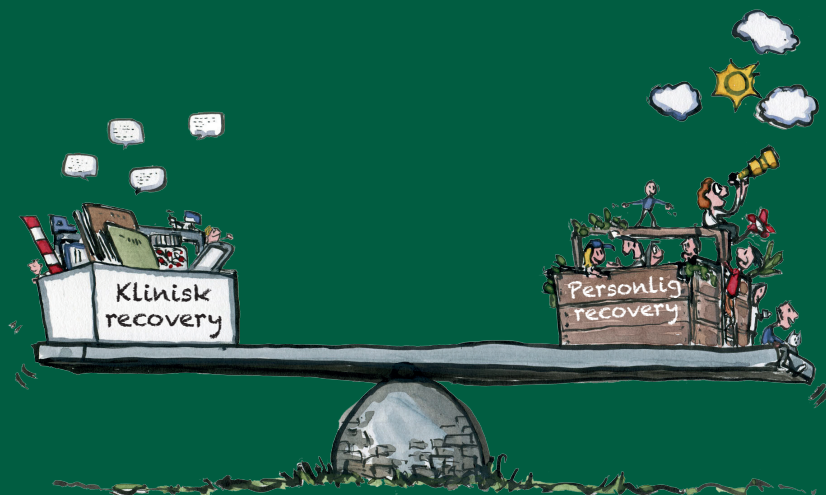
Den personlige recovery's mål er, at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv – med eller uden symptomer. Hvad *et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv* består i for den enkelte er netop personligt. Jeg ved, hvad det er for mig, og du for dig. Samtidig er personlig recovery afhængigt af de muligheder, man får fra sine omgivelser og de fællesskaber, man er en del af. Derfor retter arbejdet med personlig recovery sig også 'ud i verden', og ikke kun ind i individet.<sup>ii</sup>

Begge dele af recovery er vigtige, og de hænger tæt sammen. **Målet er**, at fra en patient kommer ind ad døren i Psykiatrien, til vedkommende går ud igen, skal hun eller han stå styrket på både den personlige og kliniske recovery, uanset diagnose, varighed, livsførelse osv. Og han eller hun må ikke stå svagere på hverken klinisk eller personlig recovery som følge af sit samarbejde med os.

Som **recoveryorienterede** skal vi altså arbejde bevidst med dette dobbelte – eller helhedsorienterede – mål.

## SPILLER KLINISK OG PERSONLIG RECOVERY SAMMEN?

Klinisk og personlig recovery er placeret på en balancebom i Figur 1. Det er for at understrege, hvor vigtigt det er, at vi altid forholder os bevidst til, hvordan vi *vil* styrke begge dele.



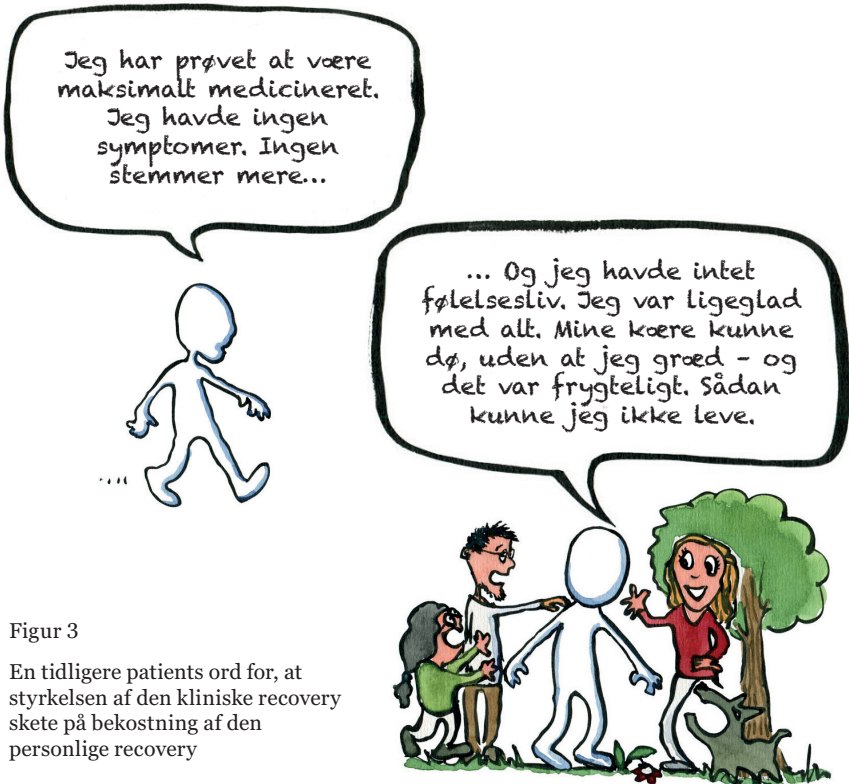
Figur 1 Recovery i balance

Klinisk og personlig recovery kan sagtens gå godt i spænd. For mange vil det hænge sådan sammen, at styrkes det ene aspekt, vil det give energi til det andet. I de tilfælde er en balancebom ikke det rigtige billede – for her er der jo i stedet tale om, at begge sider løftes samtidigt. Her er der snarere tale om luftballoner, der løfter i kraft af hinanden, som illustreret i Figur 2.



Figur 2 Når begge aspekter af recovery styrkes samtidig

Men, det er *ikke* givet, at det at styrke det ene aspekt af recovery løfter det andet med op. Og det er her vores pointe med at bruge balancebommen er at finde. For der er nemlig en balance at holde, så vi ikke kommer til at stække den ene form, i vores bestræbelser for at styrke den anden. Det viser eksemplet på næste side, hvor en ung mand, som i dag er afsluttet i psykiatrien, oplevede, at en målrettet indsats for at opnå klinisk recovery førte til, at hans personlige recovery blev svært stækket.



Figur 3

En tidligere patients ord for, at styrkelsen af den kliniske recovery skete på bekostning af den personlige recovery

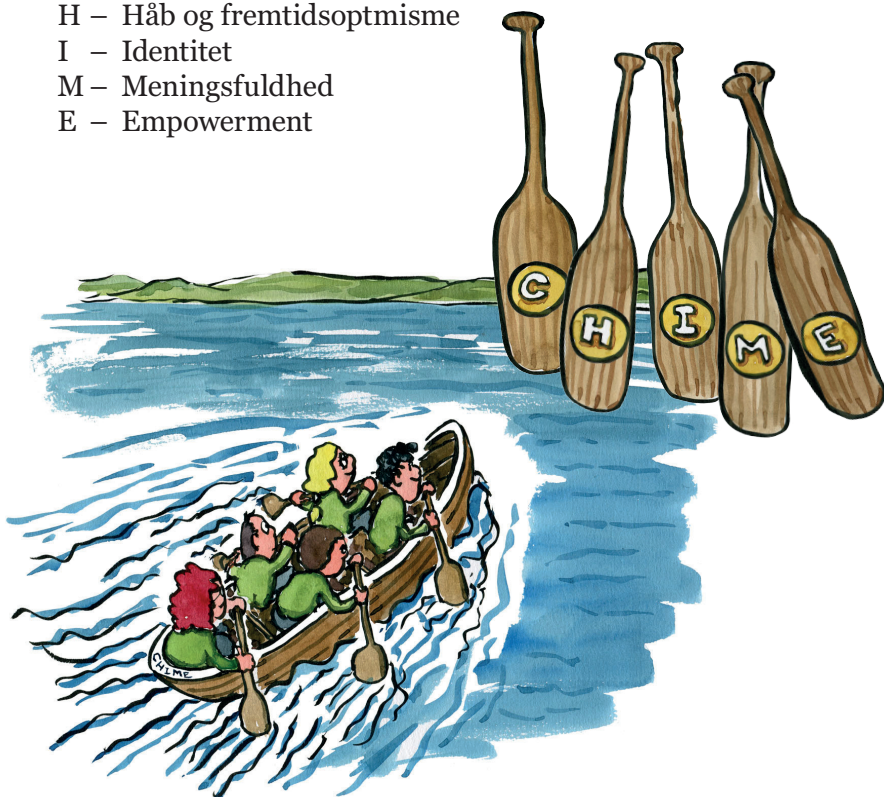
Fordi klinisk og personlig recovery sigter mod noget forskelligt, kan vi komme til at række ud efter 'værktøjer', der ikke nødvendigvis hjælper begge mål på vej samtidigt. Som i den unge mands oplevelse, hvor metoden til at fjerne symptomerne, medicinen, blev en hindring for ham i at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv.

## 'CHIME' STYRKER PERSONLIG RECOVERY

Forskere<sup>iii</sup> har fundet frem til fem faktorer, som er 'byggesten' i at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv, dvs. til personlig recovery. De byggesten kan man arbejde med at styrke alle steder, til alle tider og med alle patienter i psykiatrien.

**Byggestenen** – her illustreret som padler – forkortes **CHIME**, og er en forkortelse af engelske ord. På dansk står bogstaverne for:

- C – Forbundethed (connectedness på engelsk)
- H – Håb og fremtidsoptimisme
- I – Identitet
- M – Meningsfuldhed
- E – Empowerment



Er man plaget af symptomer, kan det være uoverskueligt at forholde sig til, hvordan man genvinder et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv. Men det er altid muligt at fokusere på, hvordan man kommer til at stå stærkere på et eller flere af CHIME-elementerne, og derfor skal vi **sætte mål** for, at vores arbejde med patienterne resulterer i 'mere CHIME'. Det kan gøres helt konkret og fx indskrives i behandlings- og patientplanerne.

CHIME-elementerne er alment-menneskelige. Vi har fx alle brug for at føle forbundethed, en positiv identitet, kontrol i eget liv osv.

Tag fem minutter og tænk over hvordan hvert CHIME-element er til stede i dit liv, og hvor meget de betyder for, at du lever et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv.

Man kan se på hvert CHIME-element som udspændt mellem to poler: en positiv pol, som fx når man oplever den bedste grad af nærhed til dem, man holder af, eller følelsen at *'her hører jeg til'*. Altså forbundethed. Den negative pol vil fx være ensomhed, fremmedgjorthed eller oplevelsen af at være usynlig i fællesskaber. Mellem de to poler, er alle forskellige oplevelser af at føle sig forbundet i større eller mindre grad. Det samme gælder for de øvrige CHIME-elementer.

På det næste opslag har vi lavet en figur, der netop opstiller CHIME-elementerne som udspændte mellem to poler. Vi har skrevet nogle typiske følelser og oplevelser ind i hver ende af polerne, men også levnet plads til andre følelser og oplevelser. Brug figuren sammen med patienterne til at kigge på, hvor de står på deres CHIME-elementer nu, og hvordan de har bevæget sig på elementerne. Tal om, hvilke forandringer, de ønsker skal ske.

Eller brug den til at kigge på dit eget liv for at se, hvad der skal forblive som det er eller styrkes. Det er altid interessant, og du vil opleve, at der også fra dag til dag kan være små variationer, som kan påvirke, hvordan du har det. Det er med andre ord virkelig vigtige og samtidig dynamiske elementer i vores liv.

**Fx**  
**Ensomhed,**  
**Fremmedgjorthed**



**Fx**  
**Håbløshed,**  
**Ligegyldighed,**  
**Frygt for fremtiden**



**Fx**  
**Selvhad,**  
**Selvstigma,**  
**Skam/selvudslettelse**



**Fx**  
**Meningsløshed,**  
**Tomhed i tilværelsen**



**Fx**  
**Mistillid til egne evner,**  
**Magtesløshed**







**Forbundethed**

Fx  
Forbundethed,  
Samhørighed



**Håb & fremtidsoptisme**

Fx  
Drømme og  
optimisme  
om fremtiden



**Identitet**

Fx  
Positivt selvbillede,  
En der udfylder  
vigtige roller,  
Godt selvværd



**Mening**

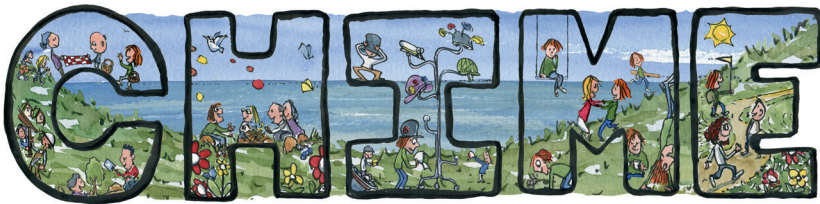
Fx  
Oplevelse af mening  
– i livet og brugen  
af tid



**Empowerment**

Fx  
Handlekraft,  
Kontrol,  
Selvtillid,  
Taleret,  
Taletid

Samtidig med at hvert CHIME-element er udspændt mellem to poler – mellem oplevelsen af at stå stærkest og svagest på elementet – er de også 'viklet ind i hinanden'. Med det mener vi, at de 'trækker' i hinanden. Hvis du fx falder ud af et fællesskab, der betyder meget for dig, kan det medføre, at du ser negativt på dig selv, altså at din *Identitet* lider skade, eller at du ikke længere kan bruge din tid *Meningsfuldt* eller måske se samme grad af mening med dit liv, som da du var med i fællesskabet. På lignende vis kan CHIME-elementerne også trække hinanden 'op'. Kommer du med i et godt fællesskab, kan du begynde at se dig selv mere positivt, fx opleve at du er vigtig, og bidrager med noget vigtigt. Det vil styrke din *Identitet* og oplevelse af *Meningsfuldhed*. CHIME-elementerne påvirker altså hinanden indbyrdes.

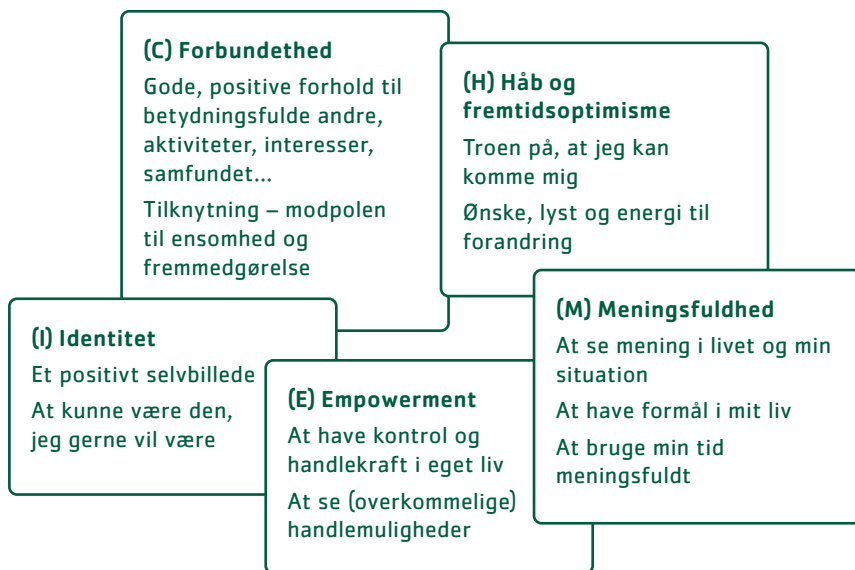


Mennesker, der er ramt af psykisk lidelse, oplever ofte at stå svagere på CHIME-elementerne, og oplever sig fx fremmedgjorte til forskel fra forbundet til andre; kan ikke se en god fremtid; føler sig utilstrækkelige eller forkerte osv. Derfor er det vigtigt, at vi både fokuserer på at forhindre, at patienterne bevæger sig (længere) over mod den negative pol af hvert CHIME-element, men også arbejder aktivt for, at de bevæger sig længere over mod den positive pol igen.

## HVORDAN KAN VI STYRKE CHIME?

Når vi vil styrke CHIME, skal der naturligvis ikke arbejdes med *Forbundethed*, *Håb*, *Identitet*, *Meningsfuldhed* og *Empowerment* i en bestemt rækkefølge eller med alle på én gang. Fokus og tilgang tilpasses det menneske, vi samarbejder med, og det vigtigste i forhold til at kunne det er at møde patienten med en oprigtig menneskelig imødekommenhed, nysgerrighed og åbenhed samt vilje til at samarbejde om det, der bringer patienten nærmere *sit* tilfredsstillende, håbefulde og bidragende liv.

På de næste sider zoomer vi ind på hvert CHIME-element. I Figur 4 nævner vi typiske oplevelser, man skal have, for at man står stærkt på CHIME-elementerne.



Figur 4  
Eksempler på, hvad der kan sikre, at man oplever at stå stærkt på CHIME-elementerne

Hvad vi kan gøre for at patienterne kommer til at stå styrkede på CHIME handler i bund og grund om, hvad der skal til for at patienterne *oplever* at stå stærkere på hvert element. Hvad det kan være, giver vi eksempler på, i kasserne der følger.

### **Forbundethed kan styrkes ved, at patienterne**

- *Oplever* at kunne spejle sig i andre, også os medarbejdere og gennem peerstøtte
- *Oplever* forbundethed til verden omkring sig, fx fællesskaber i og udenfor psykiatrien, lokalsamfundet, naturen, kunsten, det åndelige, 'det at gøre noget'...
- *Oplever*, at vi spørger til deres relationer, interesser, fællesskaber og hjælper med at skabe eller fastholde god kontakt – til dem man har kær såvel som den lokale sportsforening og alt herimellem
- *Oplever* støtte fra andre, både *professionelle og private*, i relationer hvor der er resonans (god personlig kemi, se senere afsnit)

### **Håb og fremtidsoptimisme kan styrkes ved, at patienterne**

- *Hører*, at vi tror på, at de kan komme sig, og at vi fortæller, at andre før dem er kommet sig
- *Hører*, at vi tænker og taler positivt om deres fremtid og deres ressourcer
- *Støttes* i at have drømme og mål, uanset om de for os virker realistiske i nuet
- *Oplever* vi 'gør' håbet, fx følger på vej, tænker i muligheder og hjælper med at åbne døre
- *Får fejret* succeserne, de små som store – også med os

### **Identitet kan styrkes ved, at patienterne**

- *Støttes* i at fastholde eller (gen)opbygge et positivt selvværd – og fx fralægger sig skam
- *Oplever*, at de er noget for andre
- *Oplever*, at vi ser dem som noget andet – og bedre – end 'den syge'
- *Oplever* at vi er oprigtigt interesserede i at være sammen med dem og samarbejde med dem. At vi gerne bruger tid med dem
- *Støttes* i at tackle og overkomme stigma – og aldrig møder stigmatisering fra os
- *Støttes* i at deltage i meningsfulde aktiviteter, hvor de er andet og mere end 'den syge'

### **Meningsfuldhed kan styrkes ved, at patienterne**

- *Støttes* i at finde mening i egen historie
- *Støttes* i at finde mening i erfaringerne med den psykiske sygdom
- *Oplever og støttes* i at have meningsfulde sociale roller fx som ven, tennisspiller eller far
- *Støttes* i at tiden bruges meningsfuldt – fx spirituelt, kreativt, ved at være noget for andre, arbejde eller... Den enkelte ved, hvad det kan være, og det betyder, at vi skal fokusere på livet udenfor psykiatrien.

### **Empowerment styrkes ved, at patienterne**

- *Tror* på sig selv – fx støttet af, at vi siger, vi tror på dem
- *Oplever* at have og kunne tage personligt ansvar – fx ved at vi *forventer* og *viser* tiltro til, at de kan
- *Oplever* at have kontrol over, hvad der skal ske i sit liv – fx ved at de næste trin er overskuelige såvel som, at man kan se handleveje. Det vil også sige at have kontrol i sit behandlingsforløb hos os.
- *Oplever*, at vi hjælper dem til at overskue og lægge konkrete planer i tiltro til, at de kan
- *Støttes* i at træffe beslutninger

## LIDT MERE OM HÅB

Alle dele af CHIME er vigtige, og hvert element har stor indvirkning på de øvrige. Det ses fx tydeligt, når vi over de næste sider zoomer ind på håbet.<sup>iv, v</sup> Se illustration 5, side 20-21 i hæftet.

Et håb handler om fremtiden, hvor man ønsker at noget skal forandres, eller at noget skal forblive som det er. På den måde kigger et håb altid frem i tid, men er formet af både nutid og fortid. Forandringerne, eller det man ønsker skal forblive, kan være store og små ting. At udgive en bog eller komme hjem til en daglig kop te og en hyggesnak med børnene.

Hvorvidt man tror på, at den fremtid er mulig påvirkes af, hvordan man har det i nu'et. Er man nedtrykt, kan det være svært at se, at det man ønsker, skal blive til eller forblive. Det samme hvis relationer fx tit går i hårdknude. Er man derimod fuld af livsmod, kan alt opleves muligt.

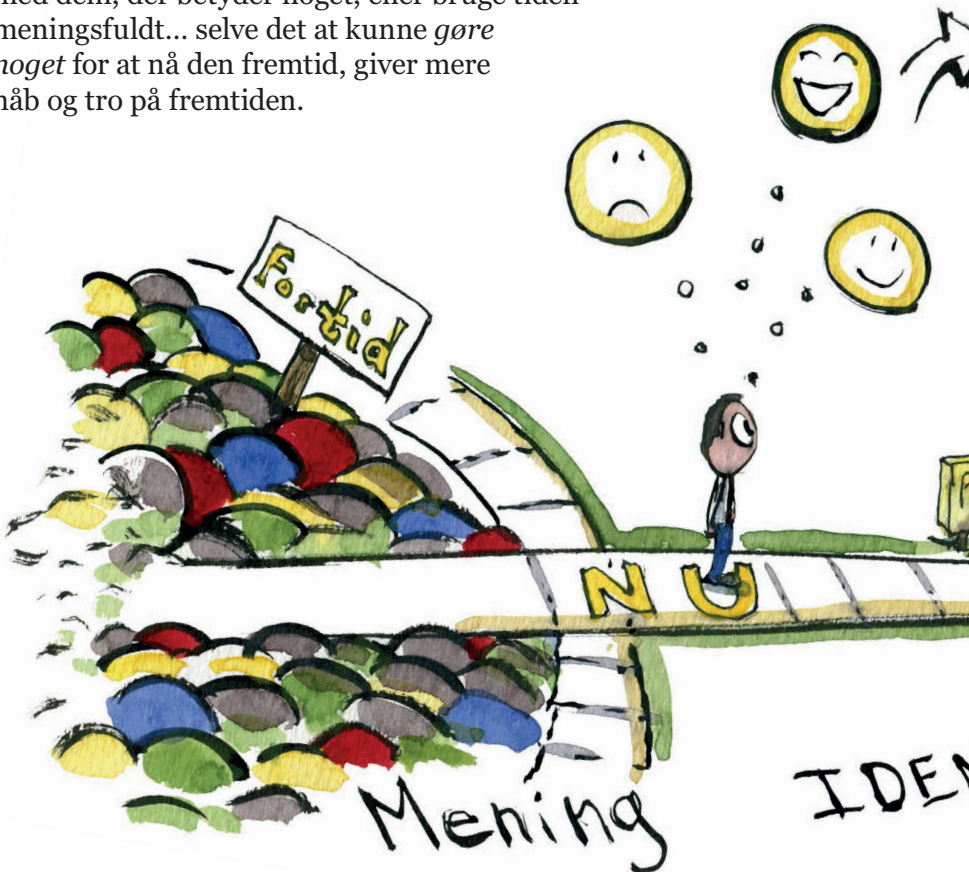
Hvordan man har det i nu'et, er påvirket af fortiden. Erfaringer, minder og relationer former både, hvordan man har det, og hvordan man ser fremad. Og på den måde spiller fx relationer – eller **forbundethed** – en stor rolle i, både hvad man håber på, og hvorvidt man tror på, at det vil blive til virkelighed.

Når man står i nu'et og kigger frem såvel som tilbage, har **meningsfuldhed** også meget stor betydning for, hvad man ser, og hvad man tror på er muligt. Kan man finde sammenhæng – forklaringer og forståelse – mellem fortid og nutid, kan det være nemmere at se, *hvad* man ønsker for sin fremtid, og også at se vejen til den fremtid, man ønsker. Om man kan bruge sin tid meningsfuldt i nu'et, har også stor betydning. Kan man fx bruge tiden på de relationer der

er vigtige for en, eller sine interesser, eller... så er det også nemmere at forestille sig en fremtid, der giver mening.

**Identitet** påvirker også håbet, bl.a. ved at være nært knyttet til meningsfuldhed og relationer. Fx når man spørger sig selv *hvem var jeg, hvem er jeg, hvem vil jeg gerne være og hvem kan jeg blive?* – hvor svarene igen er formet af sindstilstanden, situationen, hvad der giver mening og hvem der er omkring en, eller hvem man ønsker omkring sig.

Alt dette er selvfølgelig knyttet til **empowerment**, for selve det at kunne tage skridt imod sin ønskede fremtid, eller mod at være den, man gerne vil være, eller være sammen med dem, der betyder noget, eller bruge tiden meningsfuldt... selve det at kunne *gøre noget* for at nå den fremtid, giver mere håb og tro på fremtiden.





Når vi skal arbejde med at styrke en patients håb, så kan vi samarbejde med patienten om alle disse elementer. Vi kan fx tale om selve fremtidsønsket og vejen dertil. Vi kan også forsøge at fastholde eller fremdyrke drømme og håb ved at arbejde med mening, identitet, forbundethed og empowerment. Og selvfølgelig spørge patienten, om vores samarbejde styrker hans/hendes håb. Tegningen herunder sætter elementerne i spil i 'Håbet'. Brug tegningen, evt.

sammen med patienterne, til at finde drømmene frem og styrke håbet.



Figur 5

Illustration af elementer, der former håb og fremtidsoptimisme.

## DET RECOVERYORIENTEREDE SAMARBEJDE

Den måde vi er på i samarbejdet med patienterne har stor betydning for, hvorvidt vores indsats kommer til at styrke CHIME-elementerne og herved den personlige recovery.

### RESONANS

Samarbejdet har bedre forudsætninger, når der er resonans<sup>vi, vii, viii</sup> – eller kemi – mellem os og patienten. Resonans vil sige, at der opstår en positiv energi mellem os, som kan gøre det lettere for medarbejderen at bidrage positivt til CHIME-elementerne. Oplever patienten resonans, vil der fx ofte også være en større tillid til medarbejderen, og betydningen af dét, medarbejderen gør, udstråler og siger, vil have større indvirkning. Er der resonans, vil dét at høre ordene: *»jeg synes, du gør det så godt – jeg tror på, at du kommer i mål med...«* have meget større indvirkning på fx håbet, identiteten og handlekraften.

Ofte kan man mærke, om man har resonans med et andet menneske. Men – vi skal spørge patienterne, om de oplever, at samarbejdet fungerer, for vi kan ikke vide det. Om de mærker lyst, livsgnist, håb, tro og tillid sammen med os, eller om vi kan finde et bedre match. Spørger vi, så får vi også den sidegevinst, at vi viser patienterne, at deres oplevelse er vigtig – at *de* er vigtige, og det kan i sig selv gøre noget godt for identiteten.

Når vi har fået svar, skal vi forsøge at organisere vores arbejde så de kollegaer, der har den gode, forandringsskabende kemi med patienten får mest mulig samarbejde med patienten.

## MENNESKE OG FAGPERSON PÅ ÉN GANG

Med resonans giver vi vægt til andet end 'den kliniske faglighed', som for nogle år siden var den dominerende værdi, vi skulle bringe ind i samarbejdet med patienten. Det har betydet, at mange har – og stadig kan – opleve, at det er svært at finde balancen i, *hvordan* de skal bringe deres faglighed såvel som deres personlighed i spil, og også hvor grænsen mellem personlig og privat går.

Sagens kerne er, at vi netop skal være gode til at være både faglige og personlige, for det er i det *mellemmenneskelige rum*, vi bedst kan styrke både personlig og klinisk recovery. Der er en klar og tydelig vilje til det, og mange er det allerede, så det følgende kommer til at handle om, hvordan balancen kan holdes.

Vi er fx personlige ved at være til stede som 'almindeligt menneske'. Når vi indleder et møde – formelt eller uformelt – med patienterne ved at være nysgerrig på, hvad der rører sig i dem, skaber vi netop en meget almindelig, mellemmenneskelig situation.

Det betyder meget, at vi reagerer naturligt på patienternes fortællinger. Siger '*Shit en rutsjebanetur, du har været på...*', hvis det er vores eget, naturlige sprog. Eller '*Jeg er faktisk rigtig imponeret over den måde du...*', når vi imponeres.

Pointen er, at vi skal bruge de recoveryunderstøttende ord og kropssprog mm., der falder os naturligt og gør, at man kan mærke vores indlevelse eller empati. Det at opleve, at et andet menneske er oprigtigt interesseret og vælger at bruge tid på én, kan i sig selv gøre en forskel for fx selvværdet, og dermed den personlige recovery.

En måde at være personlig er også, at relatere til det patienten fortæller ved at være ærlig om, at vi selv kan have det svært. Det kan give oplevelsen af en lidt mere ligeværdig relation og give grundlag for identifikation. Det kan også være at give et ærligt undskyld, hvis vi tænker, vi ikke har fået samarbejdet godt nok med patienten. Herigennem underbygges også ligeværdigheden i vores samarbejdsrelation.

Vi skal absolut stadig være faglige og bringe faglig viden og erfaringer i spil sammen med patienterne. Fx ved at drøfte hvordan den faglige viden taler ind i deres erfaringer med, hvad der virker for dem, og hvad de tænker er meningsfuldt for deres recoveryproces. For at holde balancen er det vigtigt, at faglig viden som hovedregel først bringes i spil efter, vi har talt



med patienten om sin situation, erfaringer, samt mål, ønsker og drømme. Heri er det også vigtigt at huske, at livssituationer ændrer sig hele tiden, og vi derfor skal være nysgerrige på det i hvert møde med patienten. På den måde kan vi sikre, at det faglige bidrag kommer til at passe til patientens recoveryproces.

Det kan som skrevet opleves svært at 'være menneske og fagperson' samtidig, fordi det kan stå i kontrast til ens faglige skoling og de værdier, der tidligere er vægtet højt i det psykiatriske arbejde. I forandringsfortællingen på næste side kan du læse en kollegas fortælling om netop det – og om den forskel det gør, når man 'er sig selv' og 'deler lidt personligt om sig selv'.



## **DET ER 'MENNESKE TIL MENNESKE'...**

### **Det recoveryorienterede...**

At arbejde recoveryorienteret indebærer, at man møder hinanden 'menneske til menneske'. Man skal være autentisk og ligeværdig...

### **Men...**

Jeg er uddannet til at være meget formel. Til ikke at bruge mig selv, til ikke at være privat – og faktisk heller ikke rigtig være personlig, som recoveryorienteret arbejde jo indebærer, at man er.

### **Der skete det at...**

Jeg lærte om recovery, og syntes det var svært, at jeg nu skulle være personlig – jeg var 'opdraget' til at være formel. Faglig. En slags superwoman.

Men, jeg kastede mig ud i det og bød en patient indenfor og sagde, »undskyld jeg ser sådan her ud, jeg har sovet så dårligt i nat«, og han sagde »Ej hvor er det dejligt at høre, at sådan en som dig også kan sove dårligt!«

Jeg begyndte at sige undskyld til patienter, når jeg havde den her murrende fornemmelse af, at jeg ikke havde gjort det godt nok – fx »Jeg tror jeg skylder dig en undskyldning. Jeg synes selv jeg var så hurtig sidst, fik du overhovedet et ben til jorden?« Det kan åbne og genstarte, at man finder hinanden.

### **Hvad var den vigtigste forandring?**

Den vigtigste forandring var reaktionerne fra patienterne. Når de slappede af og åbnede op, fordi de og jeg også bare turde være fælles om at være mennesker.

### **Hvad gjorde – eller gør – du så nu?**

Jeg tør være uperfekt og uformel. Jeg tager tiden til det i møderne med patienterne.

Og så minder jeg mig selv om, hvor sejt det er at turde at række ud efter hjælp – og hvor skræmmende jeg selv ville synes, det ville være at række ud efter hjælp. Det gør, at jeg føler ligeværdigheden og også beundrer patienterne deres mod.

## HVORDAN HOLDER VI FOKUS PÅ RECOVERY I HVERDAGEN?

Der er mange greb til det.

Et greb er, altid at indlede et samarbejde med at fortælle patienter og evt. pårørende om både klinisk og personlig recovery; om CHIME. Om at det absolut er muligt at komme sig. Allerede her kan vi gøre en stor forskel for *Håbet*.

Et andet godt greb til at holde fokus på recovery er at sætte ord på patienternes ressourcer, store som små, for så vil ressourcerne også komme til at fylde i vores samarbejde med patienten. Det følger mantraet, at *det vi fokuserer på, bliver der mere af*. Og at blive set for sine ressourcer kan gøre en stor forskel for fx *identitet og håbet*. Tømmefingerregler kan være, at vi skal fokusere lige så meget på patientens ressourcer som udfordringer, og at vi skal tale og skrive om ressourcer, styrker, erfaringer i faglige fora, notater, planer mm.

Et godt forslag er også, at sætte **konkrete mål om at nå begge former for recovery**. Der arbejdes allerede konkret med at mindske eller fjerne symptomer, dvs. den kliniske recovery. Der kan også fint arbejdes med mål for den personlige recovery. Et mål udviklet sammen med en patient kan fx lyde

- *'Jeg skal igen være den mor/ven/partner/kollega osv., som jeg ønsker at være...'* (Det mål arbejder ind i identitet, forbundethed, håb, handlekraft og mening – ja, alle CHIME-elementerne)

Det næste er så sammen med patienten og pårørende at beskrive, hvad der skal til for, at målet bliver til virkelighed. Med patientens ord kan det fx være *'jeg skal lave mad til...'*

*jeg skal sidde sammen og tegne med min datter, og skabe små eventyr om tegningerne', 'tage på café med min ven', 'gå til...' osv.*

Sørg for at alle i teamet ved, hvordan I og patienten arbejder med hans/hendes recovery, så der kan skabes sammenhæng og synergi mellem os alle. Til det har vi bl.a. redskaberne patientplaner, behandlingsplanen, konferencer, boardmøder, notater og dét at tale med hinanden. Vi skal invitere patienterne med ind i drøftelserne og skrivearbejdet, fx ved at de deltager i egen behandlingskonference og er med til at formulere de skrevne ord.

Vi vil bruge dette afsæt til kort at dvæle ved, hvordan netop beskrivelser af patienten kan påvirke recovery.

Hver dag beskriver vi patienterne mange gange, både i tale og på skrift. At se eller høre sig beskrevet som symptomer, diagnoser eller med fagtermer kan gøre, at man som patient føler sig magtesløs eller 'usynlig' som menneske. Det skjuler de ressourcer og interesser, der skal bygge én op, og kan føre til selvstigmatisering, dvs. gøre skade på identiteten, og det kan hindre empowerment.

De mål, der står i behandlingsplanerne, fokuserer ofte på klinisk recovery, dvs. symptomreduktion mm. I nogle planer står der blot, at målet er *stabilisering* eller lign.

De mål, der står i behandlingsplanerne, fokuserer ofte på klinisk recovery, dvs. symptomreduktion mm. I nogle planer står der blot, at målet er *stabilisering* eller lign., og der ses ikke nogen kobling mellem *symptomreduktionen* eller *stabiliseringen*, og det at patienten kommer til at leve det liv, h\*n ønsker. Det bliver utydeligt, hvilke ønsker, mål og drømme der arbejdes for at nå, hvilke CHIME-elementer







der skal styrkes. Det kan føre til, at behandlingen ikke giver mening for patienten, at fremtidsoptimismen ikke styrkes, eller at behandlingsindsatsen bare ikke fungerer i patientens hverdagsliv. En kollega har reflekteret over dette (se boks herunder).

## EN PLAN MAN KAN HANDLE PÅ...

### **Det recoveryorienterede...**

Vi skal bruge behandlingsplanen – og den skal være dén plan, som patienterne og vi giver hinanden håndslag på, er vores fælles plan for, at vi styrker patientens recovery, altså både den personlige og kliniske recovery.

### **Men...**

Jeg gennemgik bare behandlingsplanen med patienterne. Jeg fortalte, hvad der stod, og planen havde oftest et biomedicinsk fokus og et mål om symptomfrihed.

### **Der skete det at...**

Jeg opdagede, at patienterne ikke forstod, hvad vi snakkede om, og at planen ikke rigtig handlede om dem. Det var ikke skrevet i deres sprog, og de blev fx til tredje person ental eller forkortelsen 'pt'.

Jeg opdagede også, at det ikke nødvendigvis var deres mål. Et mål kunne fx være, at patienten skulle blive fri af at høre stemmer – men intet om, hvad livet uden stemmer var.

Det var heller ikke deres handlinger, planen beskrev. Hvad kan

For at arbejde recoveryunderstøttende er rettesnoren derfor, at det vi aftaler, gør, siger og skriver, skal være forståeligt, genkendeligt og meningsfuldt for alle samarbejdspartnerne, dvs. patienterne, pårørende, og os medarbejdere.

patienten selv gøre? Hvad skal vi behandlere og plejepersonale gøre og hvorfor?

For patienten var det altså en masse uforståelige ord om, hvordan »vi« skulle nå en klinisk recovery, og ikke en plan for, hvordan vi kunne arbejde for et godt liv.

### **Hvad var den vigtigste forandring?**

Jeg stoppede med at se på recovery som noget, man skal gøre ved siden af, eller parallelt med, at man arbejder med patientens bedring. Det skulle ind i midten af samarbejdet.

### **Hvad gjorde – og gør – du så?**

Jeg tog – og tager – fat i egne hårrødder og

- Er altid nysgerrig på, »hvem er du? Hvem gør dig til den du er? Hvor er du på vej hen?«
- Holder øje med mit eget og kollegaers sprog – det skal altid være forståeligt og meningsfuldt for patienten
- Sikrer, at enhver plan indeholder, hvad patienten og vi hver især skal gøre – og at vi selvfølgelig er enige om det. Planen skal udspringe af patientens ønsker og drømme – ikke vores.

## MEN, GIVER RECOVERY MENING I MIN ENHED?

Ja, det gør det alle steder. En del kollegaer tænker at recovery er et urealistisk mål for de patienter, der er tilknyttet deres enhed. Men, det er vist og bekræftet ved forskning, at de fleste kommer sig fra psykisk sygdom – og det inkluderer alle diagnoser fra depression til skizofreni og alle livssituationer. Betydningen af CHIME for recoveryprocessen er således også velunderbygget for fx retspsykiatriske patienter.<sup>ix</sup>

Det kan især være svært at være bevidst om at de fleste kommer sig, hvis man kun samarbejder med mennesker, mens de har det meget dårligt, som det kan være tilfældet på sengeafsnit med kortere indlæggelser. Her ser man måske ikke alle de skridt, patienterne tager for, at livet bliver godt igen. Men, for at kunne arbejde recoveryunderstøttende er det vigtigt at vide, at det sker og *at tro på det*. En vej til det kan være at minde hinanden om – sige til hinanden – at **Patienterne kommer sig!**

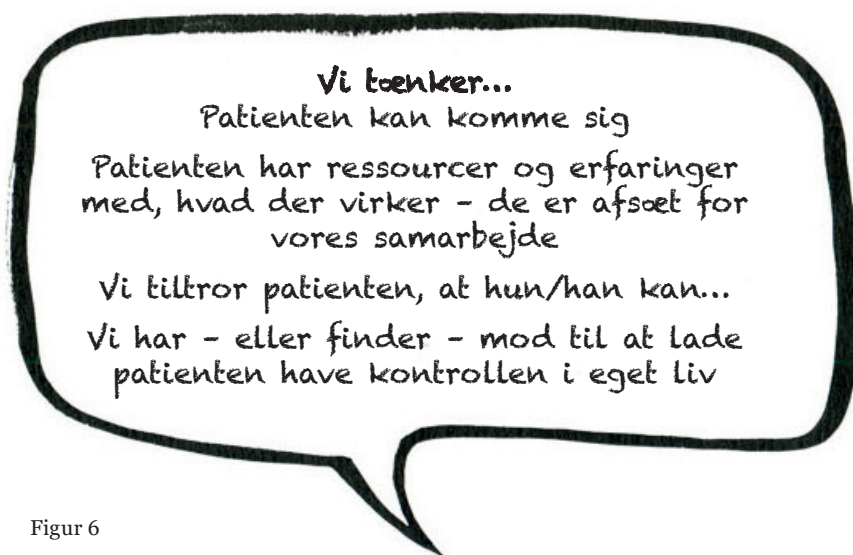
Et godt greb til at se at *recovery sker* i forhold til patienter, der har svære liv, er en simpel øvelse, hvor vi kigger på en patients 'CHIME-elementer' ved ankomst og igen ved afslutningen på afsnittet. Ofte vil vi kunne pege på udvikling i fx relationer, håb og drømme, selvværd, i at se mening i sit liv og bruge sin tid meningsfuldt... Det viser personlig recovery i god proces, og kan give energi til os medarbejdere.

Endelig er det vigtigt, at vi også holder fast i, at recoveryprocessen finder sted, *mens man lever* – livet holder ikke pause, mens man kommer sig. Vi medarbejdere er kun med et stykke af det liv. Mange timer i træk, mens patienten er indlagt, og få dryp af timer, når man er i ambulant behandling. Uanset hvor i patientens liv vi er med,

kan vi arbejde for at styrke recovery, fx ved at arbejde med byggestenene i personlig recovery: CHIME-elementerne.

## VI SKAL HAVE EN RECOVERYORIENTERET TANKEGANG

Vi har allerede været inde på det – vi skal tro på, at patienterne vil komme sig. I taleboblen herunder har vi opsummeret de grundoverbevisninger, der skal fylde i vores tanker, for at vi kan arbejde recoveryorienteret. Du kan lave et tjek af, om du tænker sådan i forhold til konkrete patienter såvel som generelt.



Figur 6

Tanker der skal dominere vores samarbejde med alle patienter

## PRINCIPPER FOR SAMARBEJDET

Ligesom der ligger en bestemt tankegang bag en recoveryorienteret praksis, er der også principper for samarbejdet med patienten:

### DE HER PRINCIPPER FORMER VORES TILGANG

Ethvert forløb er individuelt: Patienten og vi planlægger i reelt samarbejde patientens vej til at nå recoverymål, fx indenfor CHIME.

Det vi foreslår, skal give mening for patienten i livet udenfor psykiatrien.

Vi tjekker løbende ind med patienten, om han/hun (stadig) tror på planen, og om den virker for patienten.

Vi taler altid om og med patienten på en måde, der taler ham/hende op. Vi sætter ord på patientens ressourcer og erfaringer.

Vi har blik for, om der er resonans i relationen til patienten.

Føler vi os fremmede over for hinanden, eller er relationen disharmonisk, tager en kollega over.

Inddragelse er lig deltagelse og indflydelse, og det er patienten, der inddrager mig i sit liv.

Vi går ind i samarbejdet som menneske og fagperson – patienten skal mærke, at vi er begge dele.

Vi er nysgerrige og lyttende i erkendelsen af, at vi ikke sidder med svarene.

Vi tager patientens håb og drømme alvorligt – og arbejder for at de realiseres.

Tag fem minutter og tænk på konkrete patienter – får du/I overholdt principperne, og i så fald hvordan?

Hvad kan gøre, at du/I fraviger principperne – og hvad skal der til for, at du følger dem?

## HVORDAN HOLDER VI FAST?

Det kan være svært altid at holde *fast* i tankegangen, og derfor er det vigtigt, at vi i vores teams hjælper hinanden til at se ressourcerne og tro på den enkeltes muligheder for recovery. Det kan være særligt vigtigt at være opmærksom på i samarbejdet med patienter, der genindlægges.

Skal vi hjælpe hinanden til at holde fast i troen på recovery, skal vi have modet til at sige til hinanden, hvis vi fx taler en patient ned i stedet for op, bliver vurderende i forhold til patientens drømme eller glemmer at se patientens livssituation, fordi vi fokuserer på symptomer alene. Læg fx mærke til, om der siges sætninger a la »*Han er jo xx (diagnose)*« eller »*han kan jo ikke...*«. Ordet 'jo' betyder ofte, at man taler om noget som om det er indlysende rigtigt, og ofte sker det uden, at man har forholdt sig reelt til om det nu også er sandt.

Det er ikke nok, at vi har modet til at tale med hinanden om vores tilgang. Vi skal også have mod til at tage imod input og sammen omsætte den til et nyt og mere positivt billede af patienten.

Tag fem minutter og tænk på konkrete patienter, hvor det har været hhv. let og svært at holde fast i en recoveryunderstøttende tankegang.

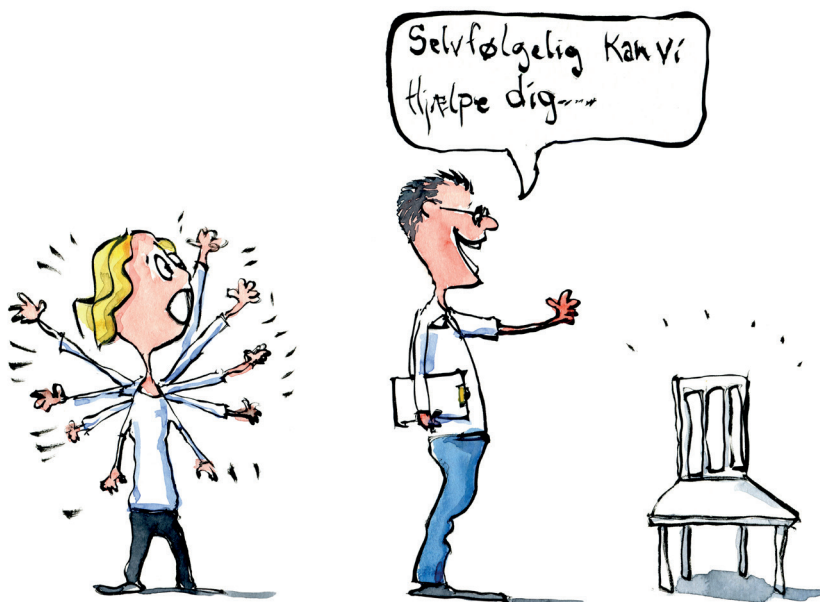
Hvordan påvirker dine tanker din og jeres tilgang?



## DET KRÆVER OGSÅ MOD AT LEVE OG LADE LEVE

Andet der også kan kræve mod, er at støtte patienterne i dét, de tænker, vil bringe dem videre i deres recoveryproces. Man kan måske frygte, at det vil medføre en forværring i symptomer.

Men, med en recoveryorienteret tankegang støtter vi patienterne i at finde og betræde deres vej til et godt liv. Vi skal ikke gå ind i samarbejdet med patienterne for at løse deres udfordringer for dem, men for, med vores faglighed, erfaring og menneskelighed, at støtte patienterne i at gøre sig egne erfaringer, udvikle sig og forme deres liv. Mange medarbejdere har dog oplevet, at de netop var 'fanget i' at ville patienterne det så godt, at de lagde deres løsninger ned over patienternes liv. En kollega fortæller...



## **JEG FIKSER DIG!**

### **Det recoveryorienterede...**

Recovery er en personlig rejse hen til, at man lever et håbefuldt, tilfredsstillende og bidragende liv. En byggesten i recovery er at have Empowerment – at have handlekraft og kontrol i eget liv.

### **Men...**

Jeg blev helt fanget af patienternes problemer og ulykkelighed, og sagde »jeg tager den herfra, jeg fikser det«. Og det er jo det modsatte af at hjælpe på vej til, at man kan klare sine problemer på den måde, der er den rette for én selv.

### **Der skete det at...**

Jeg arbejdede i B&U, og mange gange kontaktede forældrene os, når lokummet brændte. Jeg følte rigtig meget med dem, og syntes også, at de var super modige, når de rakte ud efter hjælp. Så jeg tog en fikserrolle på mig. Jeg ville jo gerne hjælpe.

Så gik der ofte lidt tid, og når jeg så havde haft en 2-3 møder med patienten, altså barnet eller den unge, så opdagede jeg, at det faktisk var noget helt andet, patienten oplevede eller ønskede. Ikke at jeg nødvendigvis havde modarbejdet noget – men jo bare heller ikke samarbejdet med patienten og familien om, at de skulle mestre, eller leve, deres liv på en måde der var god og meningsfuld for dem.

### **Hvad var den vigtigste forandring?**

Da jeg erkendte, at jeg fik fikset noget, der faktisk ikke var patientens ønsker og behov. Og jeg erkendte, at jeg netop var den der 'fikser', i stedet for at tænke med og hjælpe på vej.

### **Hvad gjorde – og gør – du så?**

Jeg sørger for at tage mig tid til at høre og tænke ordentlig efter, og til at få hørt alle de relevante perspektiver, før jeg tænker med på, hvad de og vi sammen kan gøre.

Vi skal med andre ord være opmærksomme på, at vi ikke kommer til at 'tage patienterne under vores vinger', for vi risikerer, at vi så ikke arbejder med det, der giver mening for patienten, og at vi kommer til at være en hindring for, at patienten lever sit tilfredsstillende, håbefulde og bidragende liv.

Hvad skal vi så gøre med vores medmenneskelige frygt for, at patienten vil belastes og opleve en forværring? Vi skal vide, at det er en del af at arbejde recoveryunderstøttende at støtte patienterne i at tage chancer, når det er meningsfuldt for dem – og indenfor loven selvfølgelig. Ligesom vi alle sammen gør i vores egne liv. Vores rolle i samarbejdet med patienterne er at være en god, lyttende, nuancerende, oprigtig og fleksibel sparringspartner, som hjælper patienten til at rejse sig igen, hvis han eller hun falder. Mange fortællinger om personlig recovery har netop et element af, at tage et valg om at gøre noget meningsfuldt – med usikkerhed om, hvordan det ville gå – og at det blev et positivt vendepunkt i recoveryprocessen.



Når symptomer hos en patient forværres, oplever nogle, at kollegaer ser skævt til dem. At de tænker, at man er en dårlig fagperson, fordi symptomerne forværres. Der kan altså også være brug for mod til at stå fast overfor kollegaer på, at det er et godt recoveryorienteret samarbejde, der førte til midlertidig forværring, og at det recoveryorienterede arbejde fortsætter ved at støtte patienten i at komme ovenpå igen og videre ad vejen mod sit meningsfulde liv.

**Tag fem minutter og tænk over dit og kollegaernes mod til at følge en patient i det, der er meningsfuldt for ham/hende.**

Mærker du nervøsitet i forhold til, hvad dine kollegaer måtte tænke, hvis patienten får det dårligt undervejs?

Hvad kan du og I gøre for at give hinanden mod i kollegafællesskabet?

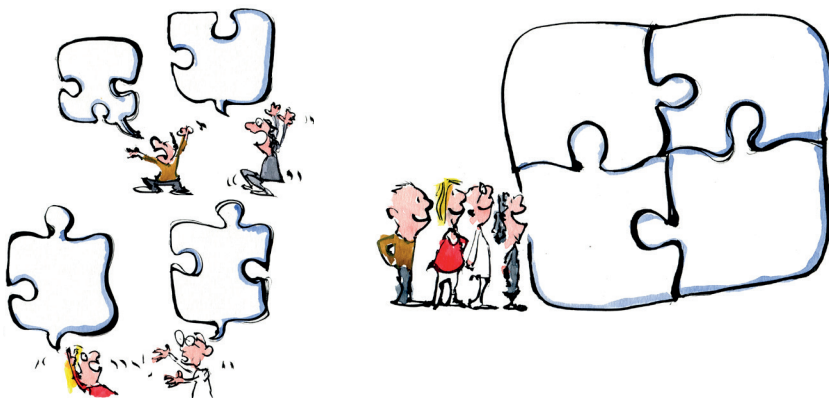
## HVORDAN SPILLER RECOVERY SAMMEN MED VORES FAGLIGE METODER?

Med alt dette skrevet om recovery – hvordan spiller recovery så sammen med faglighed og metoder?

Recovery er et mål, en tilgang, et mindset og principper. Det er ikke én metode. Men der er metoder, som – hvis de anvendes rigtigt – fungerer i overensstemmelse med tankegangen og principperne i en recoveryunderstøttende praksis, og kan dermed bidrage til at styrke den personlige recovery.

I den metoderygsæk vi har her i Psykiatrien Region Sjælland, er der metoder som mere eller mindre naturligt arbejder ind i at styrke CHIME-elementerne og personlig recovery.

Fundamentet for **Mentalisering** er fx at *have sind på sinde*. Her er man ydmygt vidende om, at man ikke ved, hvad der sker i et andet menneske, men man er oprigtigt interesseret i at vide det, og at etablere samarbejdet derfra. Kombineres Mentalisering med *en målrettethed mod recovery, tankegangen og principperne* er der derfor god sandsynlighed for, at vi får styrket CHIME og den personlige recovery.



**I Den Traumebevidste Tilgang og Tidevandsmodellen** er udgangspunktet bl.a., at vi alle har bagage med, som former vores videre færd. I **Safewards** og **Tidevandsmodellen** er der bl.a. fokus på altid at tale patienterne op. Alt sammen også måder at møde mennesker på, der også kan skabe et godt samarbejde om recovery.

## LITTERATURLISTE

- i Jørgensen, K., Præstegaard, J., Holen, M. (2020). The conditions of possibilities for recovery. A critical discourse analysis in a Danish psychiatric context. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15- 16), 3012-3024. <https://doi.org/10.1111/jocn.15311>
- ii Topor, A., Larsen, IB., Bøe, TD. (2020). At komme sig – Fra personlig udvikling til social forandring. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, [www.psykosocialrehabilitering.dk](http://www.psykosocialrehabilitering.dk)
- iii Leamy, M., et al (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- iv Sælør, KT. & Bank, RM. (2021). »Hvis du opgiver håbet, opgiver du vel også livet – håb, recovery og alt andet end trivialiteter. I: Oute J. & Jørgensen K. (red) Recoveryorienterede praksisser, (1. udgave, s. 201-218). Samfundslitteratur
- v Schrank, B. et al. (2011): Hope in psychiatry. *Advances in psychiatric treatment*, 17(3), s. 227-235.
- vi Lorentzen, L. (2014): Resonansen det livgivende i relationen. *Social Kritik*, 138 (juni), 6-13.
- vii Freiesleben, M. (2014): Resonansen det livgivende i relationen. *Social Kritik*, 138 (juni), 16-23.
- viii Tønder, E.S. & Karlsson B.E. (2020). Resonans i relationer. I: Buus, N., Askham, B., Berring, L.L., Hybholt, L., Stjernegaard, K., Tønder, E.S. (Red.), *Psykiatrisk Sygepleje*, (2. udg. s. 375- 398). København: Munksgaard
- ix Sennesth M. et al (2021). Personal recovery and its challenges in forensic mental health: systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *British Journal of Psychiatry Open*, 8(1).

Mere inspiration kan fx findes her:

<http://intra.regionsjaelland.dk/Psykiatrien/samarbejde/recovery-strategi-psykiatrien/Sider/Viden.aspx>

# Recovery i psykiatrien



## PSYKINFO

Vil du vide mere?

Kontakt PsykInfo:

Mail: [psykinfo@regionsjaelland.dk](mailto:psykinfo@regionsjaelland.dk)

Telefon: 70 25 02 60