



Recovery – et flydende begreb?

Hvordan man forstår recovery afhænger af synet på *hvem* der kan være i recovery, *hvordan* der kan arbejdes med recovery, og *hvad* målet med recovery bør være.

AF JEPPE OUTE HANSEN

Med den provokatoriske titel *'You are in recovery if you say you are - Views on recovery in drug treatment'* lagde Københavns Universitet i november 2016 (se den foregående artikel i dette nummer af STOF) lokaler til et velarrangeret og spændende seminar om recovery. Seminaret kan siges at være meget frugtbar, fordi seminarets titel, oplæg og diskussioner anskueliggjorde, at recovery er et flertydigt og flydende begreb, der er vanskeligt at diskutere blandt aktører med interesse i social- og sundhedspolitik, professionel praksis og brugeres hverdagsliv. Denne problematik har også gjort sig gældende i diskussionen af

recovery på psykiatriområdet, og den indebærer, at der på samme tid kan være flere konkurrerende forståelser af, hvad recovery er og bør være.

I dele af litteraturen om recovery, social inklusion og medborgerskab synes der ofte at være konsensus om, at begrebet stammer fra det psykiatriske område, selvom dette nok ikke er fyldestgørende, fordi denne formulering kan give det fejlagtige indtryk, at recovery er et biopsykiatrisk perspektiv. Tværtimod kan man sige, at en af de afgørende personer i udviklingen af recovery-begrebet er den psykiatriske psykiater Franco Basaglia, som arbejdede med demokratisering af psykiatrien, diagnosticerede personers rettigheder, de-institutionalisering og social

inklusion i Trieste i 60'ernes, 70'ernes og 80'ernes Italien. Siden da har arbejdet med og erklæret forskning i recovery i psykiatrien således fokuseret på, hvad mennesker med psykiske problemer oplever som hjælpsomt og støttende i forhold til at kunne leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv. I de senere år er disse typer af processer også blevet studeret på dobbeltdiagnoseområdet under navnet *dual recovery*. (1-4)

På to afgørende punkter er denne forståelse af recovery og social inklusion kritisk overfor (1) menneskesynet i psykiatriens traditionelle sygdomsbegreb og (2) de ledsagende hierarkier og praksisser i de behandlingsinstitutioner, som skulle (forestille at) normalisere afvigende borgere og patienter. For det første stilles der ofte spørgsmålstejn ved sandhedsværdien i forestillingen om, at en diagnosticeret patient kan reduceres til og bør identificere sig som en kronisk, omvandrende sygdomstilstand; fx det, at en patient 'er skizofren'. Som sådan kan (dele af) recovery-forskningen og -bevægelsen knyttes til den ret omfattende kritiske psykiatريفorskning i diagnoser, dehumanisering og institutionalisering, som betoner nødvendigheden af at anerkende diagnosticerede personers egne stemmer og erfaringer. (5-9) For det andet ses (lokal)samfundets stigmatisering og marginalisering af personer med psykiske problemer som en stor barriere for personens muligheder for recovery og inklusion. Derved har recovery-forskningen og tilgangen også rødder i begrebet empowerment (10), hvis teorihistorie har betydet, at recovery også har taget ideologisk farve af tressernes borge-rettighedsbevægelser og halvfjerdsernes klasse- og ligestillingskampe. Og endelig har de senere årtiers neoliberale betoning af plagede borgeres autonomi, eneansvar og pligt til at være sunde, funktionsdygtige og omkostningseffektive også sat sit præg på ideen om recovery og social inklusion. (9;11;12)

Grundet denne komplekse, teoretiske og ideologiske arv kan recovery – ligesom empowerment – ses som et flertydigt begreb (10;12), der kan udlægges meget forskelligt. Begrebets flydende karakter skyldes, at der ofte forudsættes helt forskellige menneskesyn, metoder, værktøjer og målsætninger. På den måde afhænger en given forståelse af recovery af synet på, *hvem* der kan være i recovery, *hvordan* der kan arbejdes

med recovery, og *hvad* målet med recovery bør være.

Fragmenter af både et biomedicinsk syn på psykisk lidelse og recovery-begrebets humanistiske, sociologiske og ideologiske arv kan også genfindes i en stor del af den nyere litteratur og politikker om recovery og social inklusion på psykiatriområdet. I den nationale strategi for psykiatrisk forskning (13), som i 2015 blev udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Uddannelses- og Forskningsministeriet og Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold, kommer kombinationen af disse forskelligartede perspektiver og ideologier ikke overraskende til udtryk som modsatrettede forståelser af recovery:

'Der er stigende fokus på begrebet 'recovery' i forhold til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Recovery handler om muligheden for at komme sig, hvilket både omfatter at blive rask og fri for sygdom, at overvinde funktionsnedsættelser og at opnå et for den enkelte meningsfuldt og tilfredsstillende liv. Recovery-begrebet er ikke entydigt defineret. I denne strategi anvendes begreberne 'helbredt' og 'at komme sig', som er udtryk for forskellige perspektiver på det, der betegnes 'recovery.' (p. 6)

Uddraget viser, at spørgsmålet om, hvad recovery er, ikke længere er lukket og entydigt, selvom begrebet oprindeligt voksede ud af en afstandstagen til psykiatriens traditionelle syn på psykisk lidelse og magtstruktur. I stedet gør det psykiatriske sygdomsbegreb sig nu gældende i forhold til at definere, hvad recovery er. Derfor kan man sige, at der foregår en form for 'kamp' om den endelige definition af recovery. Forenklet sagt kan der skelnes mellem en såkaldt 'psyko-ideologisk' og 'humanistisk-samfundsfaglig' forståelse af recovery, hvor den førstnævnte synes at have (delvist) kolonieret den oprindelige forståelse af begrebet og at have opnået størst anerkendelse blandt politiske og professionelle aktører i Danmark i dag. Nedenfor præsenteres disse to udbredte, men konkurrerende forståelser af recovery. Med udgangspunkt i præsentationerne fra recovery-seminaret i november måned (se ovenstående artikel derfra), afsluttes dette bidrag med nogle refleksioner over, om beslægtede forståelser også gør sig gældende på stofområdet. Som sådan er det denne artikels ærinde at stimulere en videre dialog om recovery på stof- og psykiatriområdet.



'Psyko-ideologisk' forståelse af recovery

Overordnet set henviser begrebet 'psyko-ideologisk' til, at forståelsen kombinerer et *psykiatrisk sygdomsbegreb* og *et ideologisk påbud*, som indebærer, at individet frivilligt bør påtage sig ansvaret for at blive 'rask og fri for sygdom'. Denne forståelse repræsenteres ofte af ministerielle aktører og Sundhedsstyrelsen og lignende. Det fremgår ofte af nationale politikker (se fx Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013), nationale og regionale strategier for psykiatrisk forskning (se ovenfor), sundhedspolitiske kampagner som fx *En af Os*-kampagnen (14) og andre nationale retningslinjer, som skal virke ved at sætte de forståelsesmæssige rammer for psykiatriens og civilsamfundets syn på recovery og nært beslægtede begreber som inddragelse, inklusion og antistigmatisering. (14;15) Ydermere kan denne forståelse også identificeres blandt humanistisk anlagte psykiatere, psykologer, sygeplejersker og patienter og pårørende på social- og behandlingspsykiatriske institutioner, i brugerorganisationer som fx Bedre Psykiatri eller hos Psykiatri

Fonden (se fx www.Psykiatrifonden.dk ;<https://www.psykiatri-regionh.dk/>).

Lidt mere specifikt abonnerer den 'psyko-ideologiske' forståelse af recovery typisk på psykiatriens sygdomsorienterede syn på psykisk lidelse. (14;15) Selvom dette traditionelle syn på psykisk lidelse ofte tages for givet i denne forståelse, ses der ret gennemgående et kritisk forbehold overfor, at personen reduceres til diagnosen. Fremfor at abonnere på idéen om, at 'patienten er skizofren' bruges læresætningen om, at 'personen har skizofreni'. Derved ses diagnosen som et øjeblikbillede. Det indebærer, at psykisk sygdom ses som noget, der kun periodisk maskerer, hvem personen også kan være. (16) Fordelen ved at bruge dette sygdomsbegreb er, at det netop er åbent overfor et sundhedspolitisk påbud om, at individet har pligt til både at modvirke sygdomstilstanden ved fx at (lære at) monitorere sine symptomer og forandre sit syn på sig selv ved at forene sig med sin diagnose og behov for behandling. Derved kan den psyko-ideologiske fremstilling af recovery ses som et neoliberalt

imperativ, der beror på, at den psykisk syge/ psykisk sårbare person selv bør tage aktivt ansvar for sine problemer i effektivitetens navn. (16-18)

På den måde forveksles betydningen af det at være i recovery, forenklet sagt, med det at være i remission i den forstand, at den plagede person aktivt identificerer sig med diagnosen og forener sig med kravet om forebyggelse og nødvendigheden af behandlingen. (14;15)

Det, at den plagede person selv bør identificere og behandle sig som svagelig, sårbar og psykisk syg, ses derved som en måde at modvirke det, at personen bliver psykisk syg og får brug for overvågning og behandling. (19)

På den måde udtrykker den 'psyko-ideologiske' forståelse reelt en perverteret afart af den oprindelige forståelse af recovery, da patientens eller borgerens identifikation med forståelsen og den professionelle praktisering heraf vil understøtte og måske endda forstærke det dominansforhold, som det i udgangspunktet skulle gøre op med. (11) Dette paradoks kommer til udtryk mange steder indenfor og i relation til det psykiatriske område.

For eksempel træder kombinationen af sygdomsbegrebet og det politiske påbud frem på Psykiatrifondens hjemmeside, som giver adgang til det '*mentale motionscenter*'. Med ordene '*tænk dig stærk*' påbydes svage eller sårbare personer med angst, depression, stress, søvnproblemer, kognitive problemer eller PTSD at vælge at lave mentale øvelser for at styrke deres mentale sundhed og modstandsdygtighed (forebyggelse) og for at supplere professionel behandling (se www.Psykiatrifonden.dk).

Den 'psyko-ideologiske forståelse' henviser dog også til begrebets teoretiske arv, da det ikke kun er patienten selv, men også vedkommendes pårørende (i bred forstand), professionelle (skolelærere, behandlere m.fl.), aktører fra beskæftigelsesområdet såvel som resten af civilsamfundet, der forpligtes til at samarbejde om at tage ansvar for tidlig opsporing, hurtig diagnosticering og effektivt behandlingen af psykisk lidelse (14;20):

'Overordnet set bør indsatsen bygge på åbenhed, herunder inddragelse, dialog og samarbejde, både med den enkelte og med dennes familie og øvrige netværk. Inddragelsen af familie og det øvrige netværk bør i alle dele af

indsatsen ske med afsæt i den enkeltes ønsker, behov og ressourcer. Herudover kan inddragelse af frivillige, foreninger og organisationer udgøre en vigtig og væsentlig ressource i recovery-processen for mennesker med psykiske vanskeligheder og for deres pårørendes vilkår og muligheder.' (Udvalget om psykiatri, 2013: 13)

For at undgå lidelse for den enkelte, unødigt brug af medicin og tvang og tabte gevinster for samfundet tager tilgangen til recovery og social inklusion sigte mod at lære patienter og pårørende (ibid.), at patienterne er personligt ansvarlige for at identificere sig med at have en psykiatrisk diagnose og deraf følgende behov for behandling, mens pårørende i en bred forstand ses som medbehandlere, der har pligt til at understøtte behandlingen. Som sundhedspolitisk imperativ fremstilles recovery derfor ofte som en effektiviserende forebyggelsesstrategi, som er med til at muliggøre reduktionen af psykiatriske behandlingsafsnit ved at legitimere det, at psykiatrisk behandling flyttes ind i borgernes privatsfære. (14;17) I visse klinisk-psykiatriske sammenhænge henvises der til mange forskellige recovery-orienterede metoder og tilgang: Fx recovery-stjernen, shared-decision making, psykoedukation, partnerskabsaftaler, brugerstyrede senge, telepsykiatriske teknologier som M(obile)-health, IPS (Individuelt planlagt job med støtte), recovery- og pårørendeskoler m.fl. (se fx <https://www.psykiatri-regionh.dk/>). Når disse begreber hver især kan siges at udtrykke en 'psyko-ideologisk' forståelse af recovery, så hænger det sammen med, at det oftest er et fællestræk ved dem, at patienter og pårørende (m.fl.) påbydes at skulle lære at tage frivilligt og aktivt ansvar for identifikation af tegn på psykisk sygdom og forebyggelse og behandling heraf.

Humanistisk-samfundsfaglig forståelse af recovery

Overordnet set hviler den 'humanistisk-samfundsfaglige' forståelse af recovery på et mere *humanistisk menneskesyn*, som tager udgangspunkt i personen, der oplever problemer – fx det at 'personen hører stemmer'. (16) Samtidig forudsættes det, at den plagede person er *den centrale aktør i forhold til at håndtere og skabe mening* i livet med sine ofte tilbagevendende, psykiske og sociale problemer. Professionelle og pårørende m.fl. ses derved 'kun' som hjælpsomme og



støttende relationer til personen, der oplever problemer. (1;2;4) I Storbritannien og USA har denne forståelse af recovery nydt betragtelig anerkendelse og opbakning i form af 'Mad In America'- og 'Recovery in the bin'-bevægelserne. I Danmark er forståelsen dog relativt underrepræsenteret, men den kan identificeres blandt kritiske brugere (fx 'Psykiatri-overlevende'), psykiatrikritiske brugerbevægelser som fx LAP (Landsforening af nuværende og tidligere psykiatribrugere), professionelle som fx socialarbejdere, ergoterapeuter eller socialpsykologer (m.fl.) i praksis og enkelte samfundsvidenskabelige og humanistiske psykiatriforskere (se referencer).

Modsat den ovenfor beskrevne idé om recovery som forebyggelse og behandlingseffektivisering ses recovery som en dybt personlig, psykosocial proces, hvor personens holdninger, værdier, følelser, livsmål og roller forandres. Det indebærer, at den plagede person aktivt genskaber en sammenhængende oplevelse af identitet og reetablerer et meningsfuldt og tilfredsstillende liv med, eller på trods, af sine problemer. (1;2;4) Den 'humanistisk-samfundsfaglige' forståelse af recovery rummer dog ofte to dimensioner:

På den ene side rettes blikket mod forholdet imellem personens sociale identitet og de former for støtte, personen selv finder hjælpsomme i sin situation. Arbejdet med recovery fokuseres således ofte på, at personen udvikler kompetencer og muligheder for at

handle i overensstemmelse med vedkommendes ønsker og drømme (ibid.).

På den anden side har denne forståelse af recovery også en social dimension, som orienteres mod inddragelse af familie, venner og professionelle og dels mod det at have et hjem, at føle sig elsket og anerkendt, at have adgang til skræddersyet hjælp og/eller meningsfuld beskæftigelse (ibid.). Arbejdet med disse typer af forhold kan indebære det at identificere og påvirke de muligheder og barrierer, der virker betingende for, at vedkommende kan - eller ikke kan - leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv med sine problemer (ibid.).

I den erklærede recovery-forskning er der ofte tendens til, at meningsfuld aktivitet, herunder beskæftigelse og IPS, ses som fremmede for plagede borgeres velbefindende, livskvalitet, recovery og sociale inklusion. Det hænger sammen med, at et aktivt arbejdsliv eller anden form for meningsfuld beskæftigelse både kan være en mulighed for reetablering af en sammenhængende og meningsfuld identitet, udvikling af nye kompetencer og håb for fremtiden - og på samme tid kan arbejdslivet eller anden form for meningsfuld beskæftigelse repræsentere en chance for social inklusion og potentiel anerkendelse. (3;21) Dette er dog ikke nødvendigvis et entydigt gode, da personens re-artikulation af en ny, meningsfuld identitet, velbefindende og vedkommendes oplevelse af håb også kan hæmmes af en række samtidige personlige, interpersonelle og systemiske faktorer. På det individuelle niveau beskrives det ofte, at personen oplever vanskeligheder med både at håndtere et for stort arbejdspress og sine psykiske problemer samtidig med, at vedkommende 'kun' får mulighed for at udføre arbejdsopgaver, der opleves som meningsløse og umotiverende. Samtidig forventes diagnosticerede personer ofte også at kunne navigere mellem modsatrettede krav på arbejdspladsen. På det interpersonelle og systemiske niveau er der tendens til, at plagede personer ofte mødes med stigmatiserende holdninger og kollegial eksklusion pga. frygt og mistro på arbejdspladsen samtidig med, at vedkommende forventes at imødekomme indimellem modstridende krav fra flere forskellige og ofte ukoordinerede velfærdssystemer, hvor vedkommende får behandling.

Som sådan anskueliggør en del recovery-litteratur

et forstemmende billede: at diagnosticerede personer ofte er underlagt et tidstypisk krav om at vende hurtigt tilbage til og fungere godt i arbejdslivet trods det forhold, at personen ofte oplever væsentlige, sociale og psykiske problemer. Det beskrives også, at personen ofte har meget lidt indflydelse på tilrettelæggelsen af sit arbejdsliv samtidig med, at personen ofte hverken opnår status som reelt ansat eller inkluderes socialt på arbejdspladsen. Det stiller ofte diagnosticerede personer i en paradoks og uløselig situation, da det ovenfor nævnte påbud om at skulle komme sig og herunder at have et arbejde gør det svært – hvis ikke umuligt – for personen at forlade situationen (ibid.). Derfor anskueliggør dele af recovery-litteraturen, at sygemelding, indlæggelse og stofbrug kan ses som legitime løsninger på en problematisk og sygeliggørende situation.

Forståelser fra recovery-seminaret – kan de sammenlignes med psykiatriens?

I udgangspunktet synes det indledningsvist nævnte seminar om recovery på stofområdet at være nærmest eksemplarisk for den gammelkendte pointe, at recovery grundlæggende er et ideologisk begreb, som ofte udlægges meget forskelligt. Som det fremgår af et uddrag fra seminaret, som præsenteres andetsteds i dette nummer af STOF, påpegede professor David Best, at recovery også er et komplekst begreb med flere betydninger på stofområdet, fordi recovery kan hvile på helt forskellige syn på målgruppen, metoder og endemål:

'Recovery handler om tre komponenter: om stoffrihed eller kontrol over sit stofbrug, om aktiv deltagelse og om helbred og generelt velbefindende.' (David Best)

Til trods for betragtelige overlap mellem oplæggenes – til tider – systemkritiske perspektiver og diskussioner fremkom der alligevel forskellige syn på målgruppen, metoderne og endemålet for recovery under seminaret. Som indikeret i indledningen til denne artikel anskueliggjorde seminaret derfor nogle forskelligartede idealer for, *hvem* der kan være i recovery, *hvordan* der kan arbejdes med recovery, og *hvad* målet med recovery bør være. Med udgangspunkt i de ovennævnte to forståelser af recovery fra det psykiatriske område kan det overvejes, hvilke forståelser af recovery, der fremkom på seminaret,

og hvordan de er beslægtet med eller adskiller sig fra psykiatriens syn på recovery.

Det var et gennemgående træk ved seminarets oplæg, at der blev peget på, at stofområdets dominerende forståelse af recovery kan være sammenlignelig med den 'psyko-ideologiske' forståelse, da den netop orienteres mod stofbrugere og kriminelle og deres truede sundhed. På baggrund af Bests seminaroplæg kan man måske sige, at der er en række generelle paralleller imellem stofområdets forståelse af recovery og det 'psyko-ideologiske' syn herpå. Det hænger sammen med, at begge områders forståelser synes at hvile på et menneskesyn, hvor borgeren ses som en, der kan og bør lære at være afholdende ved blive motiveret for at deltage aktivt i at opnå velbefindende og godt helbred.

Ydermere kan man måske sige, at Bendt Skjold Hansens præsentation af selvhjælps-konceptet SMART Recovery også synes at være beslægtet med Bests udlægning og den psykiatriske forståelse, hvor den enkelte kriminelle, stofbruger eller psykisk sårbar person frivilligt bør vælge at tage aktivt ansvar for sine problemer i effektivitetens navn:

'Vi tror på, at styrken til at ændre adfærd findes i det enkelte menneske, og at den er uafhængig af holdningen til åndelighed og religion.' (Skjold Hansen)

Ligesom påbuddet om, at individet bør tænke sig stærk eller styrke sin mentale sundhed, kan man se et fokus på styrke, personlig forandring, motivation, frivillighed og selvhjælp hos den enkelte i SMART Recovery.

Selvom der på seminaret kunne identificeres flere, skiftende formål med recovery som fx det at optimere den enkeltes livskvalitet, motivation, psykiatriske behandling, stofbehandling, opnåelse af stoffrihed, fremme af personens reintegration på arbejdsmarkedet og det at reducere den samfundsmæssige byrde forbundet med genindlæggelse eller fængsling, så synes flere af oplæggenes at forankre deres tilgang til recovery på idealer som medborgerskab, frivillighed, aktiv deltagelse og forbundethed.

I lighed med den 'psyko-ideologiske' forståelse fra det psykiatriske område, involverer stofområdets forståelse også en accentuering af pligten til at anvende civilsamfundets og frivillige organisationers ressourcer. Det viste Liese Reckes oplæg, da hun på



kritisk vis indvendte, at recovery-tilgangen oprindeligt handlede om at prøve at forandre verden, men nu handler om, at borgeren skal forandre sig selv. Denne lighed mellem de to områders forståelse af recovery betones ifølge Recke af, at arbejdet:

'...primært hviler på frivillige kræfter [og, at] den nye recovery-bevægelse i USA er Minnesota- og afholdenhedsbaseret, og det er den vej, vi også går her i Danmark. Her er stofbrug en sygdom, og de, der ikke kan identificere sig med forståelsen og retorikken, er ekskluderet.' (Liese Recke).

Med denne betoning synes Liese Recke at rejse et nyt spørgsmål: Hvor udbredt er den mere humanistiske og sociale forståelse af recovery på stofområdet? Og er den ligeså underrepræsenteret som på det psykiatriske område, hvor den har trange kår? Muligheden for, at den samme tendens gør sig gældende på stofområdet, blev understreget af det forhold, at professor Bengt Svensson netop afsluttede seminarets talerrække ved at fremhæve, at 'i fremtiden vil der slet ikke være det alternativ, der vil nok kun være metadon at få.' (Svensson)

Afslutning

På det seminar om recovery, som fandt sted på Københavns Universitet i november 2016, blev det synligt, at recovery principielt set kunne være et flydende og flertydigt begreb på stofområdet. Ved at sammenligne uddrag fra seminarets oplæg om recovery med to forståelser af recovery fra det psykiatriske område peger denne artikel på, at der synes at være flere ligheder end forskelle på psykiatriens dominerende syn på recovery, den psyko-ideologiske opfattelse, og forståelsen heraf på stofområdet. Selvom denne tendens med rimelighed bør bakkes op af langt mere systematiske gennemgange af litteratur og undersøgelser af recovery-orienterede praksisser, så ser det ud til, at begge områders forståelse af recovery grundlæggende indebærer det, at den enkelte borger og civilsamfundet forpligtes på at optimere psykiatrisk-og/eller vedligeholdelsesbehandling med det formål at reducere den samfundsmæssige byrde forbundet med genindlæggelse, fængsling og tabte gevinster forbundet med stofbrugeres og diagnosticerede personers disintegration med arbejdsmarkedet. ■

REFERENCER

- (1) Ness O, Borg M, Davidson L: Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis* 2014 Aug 12;7(3):107-17.
- (2) Topor A, Borg M, Di GS, Davidson L: Not just an individual journey: social aspects of recovery. *Int J Soc Psychiatry* 2011 Jan;57(1):90-9.
- (3) Davidson L, Andres-Hyman R, Bedregal L, Tondora J, Frey J, Kirk TA: From Double Trouble to Dual Recovery: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnosis* 2008 Jul 22;4(3):273-90.
- (4) Schon UK, Denhov A, Topor A: Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2009 Jul;55(4):336-47.
- (5) Goffman, E. (1976/1967): *Anstalt og menneske : den totale institution socialt set*. København: Jørgen Paludan.
- (6) Petersen A, Brinkmann S: *Diagnoser : perspektiver på en diagnosekultur*. 2015.
- (7) Moncrieff J, Rapley M, Dillon J: *De-medicalizing misery : psychiatry, psychology and the human condition*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2011.
- (8) Speed E, Moncrieff J, Rapley M: *De-medicalizing misery II : society, politics and the mental health industry*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan; 2014.
- (9) Ringer A: *Listening to patients : a study of illness discourses, patient identities, and user involvement in contemporary psychiatric practice*. Roskilde: Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning; 2013.
- (10) Askheim OP, Starrin B: *Empowerment : i teori og praksis*. 1. udgave ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
- (11) Hansen JO: *Den sociale konstruktion af pørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien : et flerstedsetnografisk feltstudie af politiske, kliniske og depressionsramte familiers diskurser om inddragelse og deres effekter*. [No. 1.], 220. 2016. Odense, Research Unit of User Perspectives, University of Southern Denmark. PhD-series. 2016. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (12) Paaske KAJ: *Empowerment*. In: Angel S, Aadal L, editors. *Rehabiliterende sygepleje: Fra begreb til klinisk praksis [Rehabilitating nursing: From Concept to clinical practice]*. 1. ed. København: Munksgaard; 2014. p. 95-111.
- (13) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn LloSF, Forskningsministeriet: *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser : en national strategi*. 2015.
- (14) Oute J, Huniche L, Nielsen CT, Petersen A: *The politics of mental illness and involvement – a discourse analysis of Danish anti-stigma and social inclusion campaigns*. *Advances in Applied Sociology* 2015 Nov 9;5:273-85.
- (15) Oute J, Petersen A, Huniche L: *Who and what does involvement involve? A multi-sited field study of involvement of relatives in Danish psychiatry*. *Issues in Mental Health Nursing* 2016 Jan 6;36:953-62.
- (16) Oute J, Ringer A: *Psykiatrien i krise - en kamp om definitioner*. *Sygeplejersken* 2014;114(7):78-82.
- (17) Harper D, Speed E: *Uncovering recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience*. In: Speed E, Moncrieff J, Rapley M, editors. *De-medicalizing misery II*. First ed. London: Palgrave Macmillan; 2014. p. 40-57.
- (18) Speed E: *Discourses of Acceptance and Resistance: Speaking Out about Psychiatry*. In: Rapley M, Moncrieff J, Dillon J, editors. *De-medicalizing misery - Psychiatry, Psychology and the human condition*. first edition ed. Palgrave Macmillan; 2011. p. 123-40.
- (19) Oute J: *Inddragelse og ansvarsfordyning i psykiatrisk behandling*. *Soc kritik* 2016 Dec 16;148.
- (20) Udvalget o.P: *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser : rapport fra Regeringens Udvalg om Psykiatri*. S.l.: Regeringens Udvalg om Psykiatri; 2013.
- (21) Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S: *Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders*. *Scand J Work Environ Health* 2012 Mar;38(2):93-104.



Nyopstartet EU-projekt om forebyggelse af stofbrug hos unge i kontakt med kriminalforsorgen

Dette EU-støttede projekt med forkortelsen EPPIC fokuserer på unge mellem 16 og 24 år, som har været i kontakt med kriminalforsorgen, og som har et forbrug af illegale stoffer. Disse unge anses for at være nogle af de mest socialt marginaliserede og udsatte unge, der er i højrisiko for at udvikle et egentligt stofmisbrug.

Ved at anvende en bred vifte af kvalitative tilgange er det overordnede formål med projektet at identificere innovative forebyggelsesstrategier og projekter til unge i kriminalforsorgsregi med et stofbrug samt at skabe ny viden om de unge menneskers veje ind og ud af stofbrug, herunder deres opfattelser og erfaringer med forskellige interventionsformer. Desuden skal det undersøges, hvordan professionelle, som arbejder med denne gruppe af unge, arbejder med forebyggelsestiltag og deres erfaringer med hvilke typer af forebyggelsestiltag, der har effekt. Udgangspunktet for projektet er forskellighed og dermed afsøgning af forskellige tiltag, dvs. at et forebyggelsestiltag måske er godt for nogle unge, men ikke for andre.

Projektet vil bygge på eksisterende viden, men også etablere ny viden om, hvilke metoder og interventioner der er mest effektive i forhold til at adressere stofbrug, især blandingsbrug, blandt unge i kontakt med kriminalforsorgen. Omkring 40 unge i kontakt med kriminalforsorgen vil blive interviewet. Derudover vil en række interessenter, der arbejder med denne gruppe, blive interviewet. Dette inkluderer ansatte i forebyggelsestiltag, i kriminalforsorgen, i kommuner osv.

En væsentlig styrke ved projektet er, at seks EU lande deltager (England, Tyskland, Østrig, Polen, Italien og Danmark). Den viden og erfaring, der hentes fra Danmark, vil blive sat i et komparativt perspektiv, og dermed vil flere og andre nuancer kunne komme frem.

Det samlede projekt ledes af Middlesex University London. Den danske del af projektet ledes og udføres af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, ved professor Vibeke Asmussen Frank og adjunkt Maria Herold. ■

EPPIC er støttet af EU's sundhedsprogram CHAFEA* og løber fra 2017 til 2020.
*<http://ec.europa.eu/chafea/health/index.html>

