

Forfatterens aksepterte manuskript (postprint)

Når illness management and recovery møter norsk psykisk helsevern : Fagpersoners erfaringer med illness management and recovery-manualen

Ørjasæter, K. B.

Publisert i: Tidsskrift for psykisk helsearbeid
DOI: 10.18261/tph.20.3.3

Tilgjengelig online: 19 Sept 2023

Sitering:

Ørjasæter, K. B. (2023). Når illness management and recovery møter norsk psykisk helsevern: Fagpersoners erfaringer med illness management and recovery-manualen. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 20(3), 187–198. doi: 10.18261/tph.20.3.3

Dette er et akseptert manuskript av en artikkel som ble publisert av Universitetsforlaget i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 19/09/2023. Tilgjengelig online: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/tph.20.3.3>

**Når Illness Management and Recovery møter norsk psykisk helsevern:
Fagpersoners erfaringer med Illness Management and Recovery-manualen**

**When Illness Management and Recovery meets Norwegian mental health care:
Professionals' experiences with the Illness Management and Recovery manual**

Kristin B. Ørjasæter

førsteamanuensis i helse- og sosialvitenskap, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

kristin.b.orjasater@nord.no

 <https://orcid.org/0000-0001-6873-0876>

Sammendrag

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvordan fagpersoner erfarer bruken av manualen Illness Management and Recovery (IMR) i norsk psykisk helsevern. Datamaterialet bygger på 7 fokusgruppeintervju med 36 ansatte ved distriktpsikiatriske senter og sykehus. En refleksiv tematisk analyse ble benyttet for å analysere data. Fagpersonene opplevde IMR-manualen som et nyttig hjelpemiddel i behandlingen, men at det var behov for økt sensitivitet til norsk språk, kultur og levesett. IMR-manualen bør gjennomgå en tverrkulturell tilpasnings- og oversettelsesprosess. For å lykkes i arbeidet kreves det tid, økonomiske midler og samarbeid mellom profesjonelle oversettere, fagpersoner og personer med egenerfaringer.

Nøkkelord: alvorlige psykiske helseproblemer, behandlingsmanual, evidensbasert behandling, IMR, psykososial behandling, recovery

Abstract

This study aimed to increase knowledge of how professionals use the Illness Management and Recovery (IMR) manual in a Norwegian mental health care context. The data was collected in seven focus group interviews with 36 professionals at district psychiatric centers and

hospitals. A reflexive thematic analysis was used to analyze the data. Professionals experienced the IMR manual as a useful aid in treatment, but perceived that the manual needed extensive revision to be suitable for the Norwegian language and culture. To accomplish this work, considerable resources will be required: time, financial resources and collaboration will be decisive.

Keywords:

evidence-based treatment, IMR, psychosocial treatment, recovery, severe mental health problems, treatment manual

Innledning

Psykososial behandling er hensiktsmessig for å fremme recovery og bedre livet til personer med alvorlige psykiske helseproblemer (Meneer & Briant, 2014). Psykososial behandling innebærer ulike typer psykologiske og sosiale tiltak og intervensjoner hvor målet er at individene tilegner seg emosjonelle, kognitive og sosiale ferdigheter som er sentrale for å leve et meningsfullt og verdig liv i deres lokalsamfunn (Cherry, 2022). Siden begynnelsen på 2000-tallet har flere psykososiale evidensbaserte program (Assertive Community Treatment (ACT), Supported Employment (SE) og Illness Management and Recovery (IMR) rettet mot personer med alvorlige psykiske helseproblemer blitt implementert i klinisk praksis (Bond et al., 2009). Et av de psykososiale behandlingsprogrammene som i liten grad har blitt undersøkt i Norge, er IMR. Derfor vil denne studien utforske fagpersoners erfaringer med å ta i bruk IMR-manualen i norsk psykisk helsevern.

IMR er et manualbasert psykososialt behandlingsprogram bestående av elleve moduler (tabell 1). Hensikten med programmet er å støtte mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer til å identifisere personlige mål og skaffe relevant kunnskap, erfaring og ferdigheter for å forfølge målene og håndtere lidelsen på best mulig måte (Mueser et al., 2006). Fem evidensbaserte teknikker inngår i programmet: (1) psykoedukasjon for å øke kunnskapen om psykiske helseproblemer, (2) sykdomsforebygging for å redusere tilbakefall og reinnleggelse, (3) atferdstrening for å forbedre medisinetterlevelse, (4) ferdighetstrening i

mestringsstrategier for å redusere alvorlighetsgraden og plager av vedvarende symptomer og (5) sosial trening for å styrke sosial støtte (Meyer et al., 2010).

Tabell 1. Moduler i IMR.

Modul	Tittel på modul
1.	Tilfriskningsstrategier
2.	Nyttige fakta om psykiske lidelser
3.	Nyttige fakta om ruslidelser
4.	Stress- og sårbarhetsmodellen
5.	Mestre stress
6.	Bygge sosial støtte
7.	Effektiv bruk av medisiner
8.	Mestre vedvarende symptomer
9.	Sunn livsstil
10.	Lage en plan for å forebygge tilbakefall
11.	Få hjelp til dine behov i den norske helsetjenesten

Vanligvis gis IMR over en nımånedersperiode, individuelt eller i gruppe. Enkelte institusjoner tilbyr intensiv IMR-behandling over 3–4 måneder (Meyer et al., 2010). Hver IMR-økt i gruppe har en varighet på 45–60 minutter og følger en fast struktur (tabell 2).

Tabell 2. Struktur IMR-øktene.

Struktur IMR øktene (45–60 min)		
1.	Sosialisering	2–3 min
2.	Gjennomgang av forrige økt	2–3 min
3.	Gjennomgang av hjemmeoppgave	2–3 min
4.	Oppfølging av mål (pasienters mål, ca. 2–3 pasienter hver gang)	5–10 min
5.	Sette dagens agenda	1–2 min
6.	Gjennomgang og læring av nytt materiell	30–40 min
7.	Bli enige om ny hjemmeoppgave	3–5 min
8.	Sammenfatte økten og hvilke fremskritt som er gjort denne gangen	1–2 min

Oversatt fra Meyer et al. (2010, s. 37).

Forskningen på IMR har primært fokusert på effektene av deltakelse. En oversiktsstudie (McGuire et al., 2014) har vist at deltakelse i IMR bidrar til økt kunnskap om psykiske helseproblemer, fremgang knyttet til egne recoverymål, forbedret psykososial fungering og reduksjon av psykiatriske symptomer. Videre har kvalitative studier synliggjort forbedret sykdomshåndtering, mer sosialisering med andre og økt håp og optimisme for fremtiden (Jensen et al., 2019; Roe, 2009; Van Langen et al., 2016). Med unntak av en norsk (Ørjasæter & Mueser, 2023) og en dansk (Dalum et al., 2015) studie har det vært lite fokus på fagpersoners erfaringer med IMR. En studie med kvasiekperimentelt design har fokusert på kulturell tilpasning av behandlingsprogrammet (Daas-Iraqi et al., 2020), men igjen er fokuset på effektene av programmet, ikke på fagpersoners erfaringer med selve manualen.

Økt fokus på kvalitetssikring (Stafset et al., 2011) og tilgang på effektiv behandling (Truijens et al., 2019) har bidratt til økt interesse for manualbasert behandling i psykisk helsetjeneste. Det eksisterer dog blandede oppfatninger om bruken av slike programmer (Cook et al., 2017; Johnson et al., 2016). Programmene blir kritiserte for å være rigide (Weisz & Simpson Gray, 2008), lite individtilpassede (Karlsson & Borg, 2017) og instrumentalistiske (Ekeland, 1999). Tilhengere av manualbasert behandling mener det eksisterer rom for frihet med hensyn til hvordan innholdet formidles og/eller hvilke teknikker som benyttes i behandlingsøktene, og at kritikken er basert på manglende erfaring (Neumer et al., 2011; Stafset et al., 2011). Truijens et al. (2019) har derimot vist at manualbaserte behandlingsprogram ikke er mer effektive enn ikke-manualbaserte behandlingsprogram.

I denne studien er fokuset på fagpersoner som benytter IMR-manualen i psykisk helsevern, mer spesifikt: *Hvordan erfarer fagpersoner i psykisk helsevern å benytte IMR-manualen i klinisk praksis?*

Metode

Design

Et fortolkende fenomenologisk design ble valgt (Finlay, 2011) for å få komplekse og rike beskrivelser av IMR-manualen slik den oppleves av fagpersoner som har førstepersonserfaring.

Rekruttering og utvalg

IMR-nettverket i Norge ble kontaktet for å få oversikt over institusjoner som tilbød IMR. 5 distriktspsykiatriske sentre (DPS) og sykehus i ulike deler av Norge ble forespurt om å delta i studien. Hver institusjon stilte med en person som hadde ansvar for å informere ansatte om studien og sikre rekruttering. For å delta måtte deltakerne: (1) være ansatt på sengepost eller på poliklinikk og (2) ha erfaring med å drive IMR-behandling. Totalt 36 fagpersoner ble inkludert i studien (tabell 3).

Tabell 3. Bakgrunnsinformasjon deltakere (N = 36).

Kjønn	Kvinne	27
	Mann	9
Profesjon	Sykepleier	19
	Vernepleier	5
	Lege/psykolog	4
	Annen helsefaglig bakgrunn	4
	Ergoterapeut/pedagog	4
Arbeidssted	Sengepost*	23
	Poliklinikk**	13
Oppstart IMR	< 2 år	10
	2–5 år	6
	> 5 år	20

*allmenn-, rehabiliterings- eller psykosepost, **psykose-, etterverns poliklinikk, FACT-team eller dagbehandling

Datainnsamling

Høsten 2021 ble det gjennomført sju fysiske fokusgruppeintervju. Fokusgruppene ble gjennomført i deltakernes arbeidstid og hadde et spenn på mellom 2–8 deltakere i hvert intervju. En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet på forhånd og lært utenat. Intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål for å muliggjøre erfaringsutveksling mellom deltakerne. Forsker tilstrebet minst mulig avbrytelser underveis i diskusjonene for å unngå å ødelegge flyten i intervjuet (Tritter & Landstad, 2020). Kjernespørsmål i fokusgruppeintervjuene var: (1) Kan dere fortelle hvordan dere arbeider med IMR? (2) Hva opplever dere er styrkene og svakhetene med IMR? (3) Hvilke rammebetingelser opplever dere er nødvendige for å drive med IMR?

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker og hadde en varighet på 81–98 minutter. Datamaterialet ble transkribert verbatim av en profesjonell transkriptør for å komme raskere i gang med analysene. Samlet bestod datamaterialet av 200 dataskrevne sider.

Dataanalyse

For å analysere datamaterialet ble Braun & Clarks (2019, 2021) refleksive tematiske analyse benyttet. I første fase var fokuset på å bli kjent med datamaterialet. Lydfiler og transkribert materiale ble gjennomgått flere ganger, og refleksjoner ble skrevet ned. I den andre fasen ble det gjennomført en systematisk datakoding. Alt som ble vurdert av interesse med tanke på forskningsspørsmålet, ble identifisert og kodet. I fase tre ble det generert innledende tema basert på det kodete materialet, mens i fase fire ble det reflektert over oppsatte tema, og en beskrivende tekst ble skrevet til hvert av temaene. I fase fem ble temaene og tilhørende sitat kritisk gransket med mål om å raffinere, definere og/eller sette nye navn på temaene. Temaene ble diskutert med medlemmer i ekspertgruppe bestående av tre personer med solid kunnskap om recoveryorienterte praksiser og/eller IMR. Dette ga forsker mulighet til å stille seg åpen til fenomenet, utforske egen forforståelse og hvordan denne hadde påvirket analyseprosessen, og åpne seg for en mangfoldig og kompleks forståelse av fenomenet som utforskes.

Etikk

Norsk senter for forskningsdata (NSD, nå SIKT) har vurdert forskningsprosjektet (ref.nr. 2021/200019). Deltakerne ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien og om deres rettigheter som forskningsdeltakere. Dette inkluderte informasjon om at deltakelse var frivillig, og deres mulighet til å trekke seg når som helst og uten å oppgi årsak. For å sikre anonymitet har deltakernes navn blitt endret til forskningskoder (D1, D2, D3 etc.).

Metodekritikk

Studien har noen begrensninger. For det første er utvalget bredt, ettersom det består av fagpersoner fra sengepost og poliklinikk, det har ingen avgrensninger knyttet til profesjonsbakgrunn og inkluderer fagpersoner som driver fullskala IMR individuelt og i grupper samt modifisert utgave av IMR. For det andre er utvalget overrepresentert av sykepleiere. Få leger og psykologer inngikk i datamaterialet.

Funn

Gjennom analyseprosessen ble det utviklet to hovedtema: (1) et nyttig hjelpemiddel i behandling og (2) lav sensitivitet til norsk språk, kultur og levesett. Temaene synliggjør mulighetene og begrensningene med å ta i bruk IMR-manualen i klinisk praksis og fagpersonenes anbefalinger knyttet til videre bruk av manualen i norsk kontekst.

Et nyttig hjelpemiddel i behandling

Deltakere opplevde IMR-manualen som et nyttig hjelpemiddel, men på hvilken måte var avhengig av arbeidskontekst. De som var ansatt som miljøterapeut på sengepostene, uttrykte frustrasjon over å ha vært undervurdert og lite anerkjent i behandlingsarbeidet. De opplevde at IMR bidro til at de fikk en nøkkelrolle i behandlingen, ettersom mer av deres kompetanse ble tatt i bruk.

D3: Vanligvis vil man møte psykiatriske sykepleiere som sier «nei, det må du snakke med psykologen din om». Etter å ha jobbet 45 år, hvorav 30 år i offentlig psykisk helsevern, har vi nå fått sving på den svære kunnskapsbasen som i stor grad har sovet i norsk psykiatri. Det synes jeg at vi får til [med IMR].

IMR-manualen bidro til å tydeliggjøre det miljøterapeutiske arbeidet på sengepostene. Deltakerne beskrev at manualens mange moduler ga faglig støtte til å gå målbevisst inn i pasientenes problematikk og økte fagpersonenes bevissthet og kommunikasjon om miljøterapeutiske valg.

D15: Vi skal vokte oss for å lage miljøterapi der vi plukker ukritisk fra en rikholdig meny, altså serverer en masse ting som vi skal jobbe med, og så ser vi hvordan det går. Nå [med IMR] arbeider vi mer målbevisst med temaene.

Deltakerne fra poliklinikkene fremhevet IMR-manualen som et viktig hjelpemiddel for å strukturere samtalebehandlingen. De opplevde at manualen presenterte et konkret forslag til struktur, og at denne strukturen sikret en mer effektiv gjennomgang av tema for behandlingsøkten.

D32: Timestrukturen har jeg hengende på veggen for at deltakerne skal kunne se hva vi skal gå igjennom. Den minner også oss [fagpersonene] på strukturen, selv om vi har holdt på en god stund. Den viser antall minutter som er tenkt på hver del.

D33: Ja, veldig nøyaktig.

D32: Én til tre minutter på sosialisering. Vi starter gruppen med å høre litt om hvordan uken har vært siden sist. Er det noe bra som har skjedd eller noe mindre bra? Hvordan har de det? Det er liksom for å sjekke.

D34: Den bør bli lengre hvis du har en utrygg gruppe, men [timestrukturen] gir oss noe å styre etter.

D32: Vi har en repetisjon fra forrige time hvor de skal fortelle hva vi snakket om sist. Så er det gjennomgang av hjemmeoppgavene og deretter gjennomgang av tilfriskningsmål for 1–2 av gruppemedlemmene (...) Hovedbolken har en varighet på ca. 25 min hvor ett tema løftes frem. Vi blir enige om hjemmeøvelsene og snakker litt om neste gang. Til slutt har vi en oppsummering om hva vi har snakket om i dagens økt, hvordan de har opplevd den. Ja, det skal altså være gjenkjennbart fra gang til gang.

Videre beskrev deltakerne fra poliklinikkene at enkelte pasienter hadde begrenset effekt av tradisjonell samtalerapi, og at dette kunne ha sammenheng med manglende struktur og trygghet i behandlingsøktene.

D1: Vanlige typer samtaler, fungerer ikke. Da finnes det ingen struktur, eller ingen skal jeg ikke si, men iallfall veldig løs struktur. I IMR så har vi et felles fokus og struktur. De vet hva som kommer (...) Vi følger en viss agenda hele tiden, og den strukturen glir jo inn etter hvert, så det blir trygt å komme til timen.

Deltakerne benyttet IMR-manualen overfor ulike pasientgrupper, men erfarte at pasienter med psykoseproblematikk profiterte spesielt godt på en fast og gjenkjennbar struktur.

D16: Jeg merker at deltakerne blir mer strukturert kognitivt sett. Jeg tror det er en grunn for at IMR har en så fast struktur, ettersom mange psykosepasienter ikke har en sånn indre fast struktur, at de av og til flyter ut.

Mange med psykoseproblematikk hadde også lav funksjonsevne. Deltakerne opplevde manualen særlig virksom i møte med dem med lavest funksjonsevne: «Jeg tenker at personene med dårligst funksjon har fått et verktøy, eller rettere sagt, vi har fått et verktøy som vi kan bruke inn mot dem, slik at de i større grad enn før får hjelp» (D1).

Uavhengig av arbeidssted opplevde deltakerne at IMR-manualen ga rom for informasjons- og erfaringsdeling. De avslørte at de tidligere var restriktive med hvilken informasjon de ga

pasientene: «I gamledager satt vi med mye informasjon uten at vi delte den; vi holdt det hemmelig, det vi visste, ikke sant! Mens nå deler vi» (D29).

At deltakerne kunne dele mer om seg selv og sitt liv, oppfattet de som et viktig grep for å endre maktbalansen mellom pasient og fagperson: «Min opplevelse er at [erfaringsdeling] er med på å redusere makt, hvis jeg skal koke det ned til noe enkelt» (D15). Delingen ble dermed et viktig grep for å bygge en tillitsfull relasjon hvor tanker, følelser og opplevelser kunne normaliseres: «Når du deler, så gjør det noe med relasjonene også. Det virker tillitsvekkende at deltakerne kan se på oss som vanlige mennesker med utfordringer» (D14).

IMR-manualen fungerte som en hjelpende hånd for deltakerne. Den ga miljøterapeutene ny giv og faglig støtte til å ta i bruk mer av sin fagkompetanse og innta en mer selvstendig rolle i relasjonsarbeidet på sengepostene. Deltakerne fra poliklinikkene fikk organisert behandlingsøktene bedre gjennom manualens faste struktur. Til sist ble IMR-manualen et nyttig verktøy uavhengig av arbeidskontekst for å sette informasjons- og erfaringsdelingen mer i system.

Lav sensitivitet til norsk språk, kultur og levesett

Deltakerne var gjennomgående fornøyde med IMR-manualen. Likevel poengterte flere at den norske IMR-manualen var for lite sensitiv til norsk språk, kultur, og levesett. Dette gjaldt både den første norske manualen og den reviderte versjonen.

Deltakerne beskrev at manualen hadde blitt direkteoversatt fra amerikansk til norsk, men at det i oversettelsesprosessen i liten grad hadde blitt tatt høyde for at det norske helsesystemet er ulikt det amerikanske.

D1: Innholdet [i manualen] kunne vært endret, vært mer tilpasset, litt mer norsk.

D2: Den er jo bygd opp etter det amerikanske helsesystemet, som er et utilgjengelig system (...) I Norge trenger vi ikke å fokusere på om man har den eller den forsikringen, for tjenesten er tilgjengelig for alle. Og selv om det er en del gode frivillige og hjelpeorganisasjoner i Norge, så er vi ikke avhengig av dem, sånn som i USA, som har et helt annet helsesystem.

At eksemplene brukt i manualen fortsatt er amerikanske, skapte daglig frustrasjoner blant deltakerne: «Når du skal lese opp eksemplet, så angrer du nesten det øyeblikket du har begynt, men dette blir jo helt latterlig» (D9). Samtidig påpekte noen av deltakerne at de hadde snudd

frustrasjonene til noe positivt; de benyttet eksemplene til å knytte bånd eller sette i gang diskusjoner mellom deltakerne.

D28: De [amerikanske eksemplene] gir rom for diskusjon, da. Vi kan si at det som står her, det er ikke vi enig i, altså dette her er jo enten amerikansk eller litt ugreit å skrive det på den måten (...)

D31: Det har jo vært litt latter. Du ler av det, så blir det greit.

Da den norske manualen ble revidert, var målet å endre språk, luke ut amerikanske eksempler og tilpasse manualen til norske forhold. Deltakerne opplevde at målet i begrenset grad ble innfridd.

D30: Det er noen som har prøvd å fornorske den [manualen] litt og endre den litt. Før så var det en tjukk håndbok i tillegg til alt det papirmaterialet, mens nå skulle det være bakt inn. Så nå er det liksom en ny norsk manual. Om den er så mye bedre, vet jeg ikke helt.

Den reviderte manualen beskrives som å være preget av dårlig språk, mange skrivefeil og tunge setninger. Selv om deltakerne er enige om at språket er noe forbedret i den reviderte manualen, uttrykte de fortvilelse over den visuelle fremstillingen av materialet: «Jeg blir nesten svimmel av å se på sidene; det er så mye tegnestifter og husk å ...» (D30). Etersom den gamle IMR-manualen ble oppfattet å ha en bedre visuell fremstilling og struktur, valgte enkelte deltakere å beholde den gamle inntil en ny og bedre revidering kommer.

D1: Vi er ikke fornøyde med den [den nyeste reviderte IMR-versjonen]. Vi får ikke til å bruke den. Vi bruker den gamle, rett og slett. Jeg synes ikke oppsettet er godt, og måten de har fremstilt materialet på, det er ikke godt håndverk.

D2: Det er strukturen vi reagerer på, ikke teksten, egentlig (...) Det har kommet litt ny faglighet i den nye versjonen, men de har ødelagt strukturen.

Deltakerne løftet også frem behovet for at manualen blir redusert i omfang:

(D30): Som det er nå, så er det innmari mye [tekst]. Hvor mange sider er det egentlig?

D28: Over 500, tror jeg.

Når hovedmålgruppen for IMR var personer med alvorlige psykiske problemer, mente deltakerne at det ville vært naturlig om innholdet ble både forenklet og redusert i mengde.

Deltakerne synliggjorde et behov for omfattende revidering av IMR-manualen og uttrykte skepsis til at tidligere versjoner hovedsakelig er utarbeidet gjennom dugnadsarbeid. De hadde forståelse for at begrenset tid og økonomiske midler har gjort det vanskelig å gjøre tilstrekkelige endringer og tilpasninger til norske forhold, men etterlyser nå midler og engasjement fra helsemyndigheter for å sikre at fremtidige revideringer blir av god kvalitet.

D36: Vi har etterlyst endring i mange år, men det er komplisert og dyrt å få til en endring (...) Det er stadig flere som bruker manualen, så det burde blitt prioritert å lage en god norsk oversettelse.

D32: Det må gjerne komme ovenfra.

D34: Men gi tilstrekkelig penger slik at dette [arbeidet med å utvikle en ny norsk IMR-manual] blir ordentlig.

D32: Ja, Helsedirektoratet burde fått vite om at vi holder på med kunnskapsbasert praksis, og at vi trenger å få en god manual på norsk.

D36: For det hadde vært veldig lett å si at dette gidder vi ikke (...) Men vi velger å bruke den, selv om vi ser at mye kunne vært bedre i selve manualen. Det betyr at vi har tro på IMR, og at vi ser effekt, ikke på alle deltakerne, men på en stor del.

Oppsummert oppfattet deltakerne at IMR-manualen var lite tilpasset norske forhold, og understreket et påtrengende behov for revidering av den norske manualen.

Diskusjon

Hensikten med studien var å utvikle ny kunnskap om hvordan fagpersoner i psykisk helsevern erfarer bruk av IMR-manualen i klinisk praksis. I diskusjonen vil jeg synliggjøre at manualen ga retning og struktur i behandlingen og fungerte som et praktisk og anerkjennende verktøy, men i liten grad har gjennomgått en tverrkulturell tilpasning til norske forhold.

Funnene viser at fagpersonene fikk noe håndfast å forholde seg til, en oppskrift på hvordan de kunne strukturere behandlingen på en god og effektiv måte. Manualen fungerte som en faglig støtte til å arbeide mer systematisk og målrettet med pasientene, hvor spesifikke teknikker tilknyttet hver modul kunne understøtte arbeidet. Selv om de fleste hadde arbeidet miljøterapeutisk i en årrekke og hadde god kjennskap til miljøterapeutiske teknikker, kunne det være tilfeldig når og hvordan disse ble tatt i bruk. Dette kan handle om rammebetingelsene fagpersonene arbeider innenfor (Aarre, 2018), men også ha sammenheng

med manglende konsensus knyttet til miljøterapi, dets ide- og teorigrunnlag, innhold og strategier (Skorpen & Øye, 2010). IMR-manualen bidro til at fagpersonene fikk et felles tenkningsgrunnlag, et innhold og en tydelig kobling til hvilke teknikker som kunne brukes når.

Fagpersonene hadde strevd med å finne behandlingsformer som var virksomme for pasienter med alvorlige psykiske helseproblemer. Når de valgte å benytte manualbasert behandling, var dette et ledd i å tilby behandling som kunne begrunnes i forskning, og som kunne vise til dokumentert effekt (Bøe, 2007; Håland & Melbye, 2017). Offentlige føringer (Departementene, 2017) om at oppfølging og behandling skal ha økt fokus på mestring, krever at fagpersonene inntar nye roller i møte med pasientene, bruker tidligere opparbeidete strategier og ferdigheter på nye måter (Ørjasæter & Almvik, 2022a) og støtter pasientene til å oppnå sine mål og drømmer (Ørjasæter & Almvik, 2022b). Da kan en psykososial behandlingsmanual være kjærkommen. I likhet med Stafset et al. (2011) ble manualen sett på som et konkret verktøy fagpersonene kunne nyttiggjøre seg av i en travel klinisk hverdag.

IMR-manualen ga fagpersonene, særlig de på sengepostene, en opplevelse av å bruke mer av sin kompetanse ved at de ble drivere av behandlingen, ikke kun en støttefunksjon til spesialistenes mandat. Tradisjonelt har miljøterapi vært underordnet psykoterapi og fungert som støtte til behandlingen gitt av spesialistene (Skorpen & Øye, 2010). Leger og psykologer har tradisjonelt hatt en særstilling i psykisk helsevern, men grunnet fokusskifte i behandlingen, begrenset økonomi og liten tilgang på leger og psykologer er det behov for å tenke nytt om hvordan og av hvem behandlingen skal gis (Aarre, 2018). Denne studien viser at IMR-manualen kan fungere som et muliggjørende og anerkjennende verktøy for at andre profesjonsgrupper kan drive mer av behandlingen i psykisk helsevern. Dette er i samsvar med Wilson (2007), som argumenterer for at manualbasert behandling gir fagpersoner med lavere grader tilgang til å drive behandling og tilegne seg spesifikke strategier og ferdigheter i behandlingsarbeidet. IMR utelukker ingen profesjoner, ei heller erfaringskonsulenter, til å få opplæring og veiledning i programmet. Det legges derimot mer vekt på personlig egnethet, om man forstår personer som lever med alvorlige psykiske problemer, har tro på at individene kan leve et meningsfullt liv i sitt lokalsamfunn, og innehar gode relasjonelle ferdigheter (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).

Mange behandlingsmetoder er utviklet i engelskspråklige kontekster (Coster & Mancini, 2015); dette gjelder også IMR. Ifølge Beaton (2000) må metoder og arbeidsformer utviklet i en engelskspråklig kontekst gjennomgå både språklig og kulturell tilpasning når den skal tas i

bruk i et annet land med annet språk. En tverrkulturell tilpasning innebærer dermed systematiske revisjoner i språk, kultur og kontekst for at programmet i størst mulig grad kan imøtekomme behovene og utfallet til dem som er tiltenkt behandlingen (Daass-Iraqi et al., 2020). I denne studien uttrykte fagpersonene et presserende behov for revidering av den norske IMR-manualen. Basert på fagpersonenes erfaringer kan det tyde på at den tverrkulturelle tilpasningsprosessen har kommet til kort. I likhet med Coster & Mancini (2015) ble det synliggjort et behov for omfattende innsats og ressurser for å utarbeide en god språklig og kulturell tilpasning. Når IMR-manualen består av nærmere 500 sider tekstmateriale, vil tilpasningsprosessen bli tidkrevende og kostbar. Før en slik prosess igangsettes, foreslår Coster & Mancini (2015) utforskning av (1) formålet med tilpasnings- og oversettelsesprosessen og i hvilken kontekst denne er tenkt brukt, og (2) hvorvidt programmet er det beste for å nå ovennevnte formål. At fagpersonene i denne studien opplevde at manualen ikke tilfredstilte deres behov, medførte utallige «egenproduserte» versjoner. Å igangsette et systematisk endringsarbeid hvor språk, kultur og kontekst står i sentrum der erfarne IMR-terapeuter og nåværende og tidligere pasienter deltar, kan bidra til at den neste norske IMR-manualen blir tverrkulturelt tilpasset norske forhold og pasientgrupper. En slik prosess vil lykkes bedre om et team med god kjennskap til de språklige og kulturelle utfordringene benyttes i arbeidet (Coster & Mancini, 2015).

Avsluttende kommentar

IMR-manualen ble opplevd som et praktisk, faglig og anerkjennende verktøy både av fagpersoner på sengepost og på poliklinikk. Den fungerte som en faglig ramme for det miljøterapeutiske arbeidet og bidro til ny giv i møte med personer med alvorlige psykiske helseproblemer. I tillegg ga IMR-manualen hjelp til å strukturere behandlingsøktene i poliklinisk virksomhet. Selv om IMR-manualen ble ansett som nyttig i behandlingsarbeidet, synliggjør studien et behov for å igangsette en tverrkulturell tilpasnings- og oversettelsesprosess av den norske manualen. En slik prosess kan ikke gjøres på dugnad. For å sikre at fremtidens norske IMR-manual holder god kvalitet når det gjelder visuell fremstilling, språk og tilpasning til norske samfunnsforhold, må det satses på teamarbeid, i tillegg til tilstrekkelig tid og økonomiske midler i revideringsarbeidet.

Referanser

- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bond, G., Drake, R.E., McHugo, G., Rapp, C.A. & Whitley, R. (2009). Strategies for improving fidelity in the national evidence-based practices project. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 569-581. <https://doi.org/10.1177/1049731509335531>
- Braun, V. & Clark, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V. & Clark, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative research in psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Bøe, T.D. (2007). Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid. Kan innenfra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(2), 194-202. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2007-02-06>
- Cherry, K. (2022, 12.05). What is psychosocial rehabilitation? Hollistic, person-centred approach to mental health care. *Verywell mind*. <https://www.verywellmind.com/psychosocial-rehabilitation-4589796>
- Cook, S.C., Schwartz, A.C. & Kaslow, N.J. (2017). Evidence-based psychotherapy: Advantages and challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
- Coster, W.J. & Mancini, M.C. (2015). Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 50-7. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p50-7>
- Daass-Iraqi, S., Mashiach-Eizenberg, M., Garber-Epstein, P. & Roe, D. (2020). Impact of culturally adapted version of Illness Management and Recovery on Israeli Arabs with serious illness. *Psychiatric Services*, 71(9), 951-954. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ps.201900424>

Dalum, H.S., Pedersen, I.K., Cunningham, H. & Eplov, L.F. (2015). From recovery program to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 419-425. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.013>

Departementene (2017). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Ekeland, T.J. (1999). Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36(11), 1036-1047.

Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists: Researching the lived world*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119975144>

Håland, E. & Melbye, L. (2017). Individualisert standardisering? Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1(5), 380-398. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03>

Jensen, S.B., Eplov, L.F., Gammelgaard, I., Mueser, K.T. & Petersen, K.S. (2019). Participants' lived experience with the Illness Management and Recovery (IMR) Program in relation to their recovery-process. *Community Mental Health Journal*, 55(6), 983-993. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00383-y>.

Johnson, S.U., Hoffart, A., Havik, O.E. & Nordgreen, T. (2016). A survey of clinical psychologists' attitudes toward treatment manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(5), 340–346. <https://doi.org/10.1037/pro0000108>

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.

McGuire, A.B., Kukla, M., Green, A., Gilbridge, D., Mueser, K. & Salyers, M.P. (2014). Illness Management and Recovery: A review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(2), 171-179. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201200274>

Meneer, M. & Briant, C. (2014). Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: Part 1—Review of major initiatives and

implementation strategies. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 59(4), 178-186.

<https://doi.org/10.1177/070674371405900402>

Meyer, P.S., Gingerich, S. & Mueser, K.T. (2010). A guide to implementation and clinical practice of Illness Management and Recovery for with people with schizophrenia. I A. Rubin, D.W. Springer & K.R. Trawver (red.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (s. 23-87). Wiley.

Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M. & Salyers, M.P. (2006). The Illness Management and Recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (S1), 532-543.

https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/32/suppl_1/S32/1914735

Neumer, S.P., Martinsen, K.D., Gere, M. & Villabø, M.A. (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: Utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 21-25. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/01/kognitiv-atferdsterapeutiske-programmer-i-klinikk-utfordringer-og-muligheter>

Roe, D., Hassan-Ohayon, I., Salyers, M.P. & Kravetz, S. (2009). A one year follow up of Illness Management and Recovery. Participant's accounts of its impact and uniqueness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2(4), 285–291. <https://doi.org/10.2975/32.4.2009.285.291>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009). Illness Management and Recovery: Building Your Program. HHS Pub. No. SMA-09-4462, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services,

Skorpen, A. & Øye, C. (2010). Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer. En litteraturoversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(3), 15-27.

<http://hdl.handle.net/11250/150750>

Stafset, L.K., Gomes, J.E.V. & Arnberg, K. (2011). Manualbasert terapi: Erfaringer, muligheter og utfordringer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(10), 994-997. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2011/10/manualbasert-terapi-erfaringer-muligheter-og-utfordringer>

Tritter, J. & Landstad, B. (2020). Focus groups. I C. Pope & N. Mays (red.), *Qualitative Research in Health Care* (4. utg.) (s. 57-65). John Wiley & Sons Ltd.

Truijens, T., Zühlke-van Hulzen, L. & Vanheule, S. (2019). To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 329-343.

<https://10.1002/jclp.22712>

van Langen, W.J., Beentjes, T.A., van Gaal, B.G., Nijhuis-van der Sanden, M.W. & Goossens, P.J. (2016). How the illness management and recovery program enhanced recovery of persons with schizophrenia and other psychotic disorders: A Qualitative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 552–557. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.005>.

Weisz, J.R. & Gray, J.S. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 54–65. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00475.x>

Wilson, G.T. (2007). Manual-based treatment: Evaluation and evaluation. I T.A. Treat, R.R. Bootzin & T.B. Baker (red.), *Psychological clinical science: Papers in honor of Richard M. McFall* (s. 105–132). Routledge.

Ørjasæter, K.B. & Almvik, A. (2022a). Challenges in adopting recovery-oriented practices in specialized mental health care: «How far should self-determination go; Should one be allowed to perish?» *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(4), 395-407.

<https://doi.org/10.1007/s40737-022-00276-6>

Ørjasæter, K.B. & Almvik, A. (2022b). Men hva er det?: Forståelser av recovery som perspektiv blant ansatte i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 25(4), 1-13.

<https://doi.org/10.18261/tfv.25.4.3>

Ørjasæter, K.B. & Mueser, K.T. (2023). Meaningful goal setting: Practitioners' perspectives on goal setting in the illness management and recovery program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(1), 94-100. <https://doi.org/10.1037/prj0000564>

Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.