# Prosjektbeskrivelse

|  |  |
| --- | --- |
| **Prosjekttittel:** | Utvikle kurs for å implementere Recovery i norske psykisk helse- og rustjenester |
| **Søkerorganisasjon:** | Rådet for psykisk helse |
| **Prosjektleder:** | Karl Johan Johansen |

# 1. Soliditet

## 1.1 Bakgrunn for prosjektet/tiltaket

Recovery er det nye paradigme innen psykisk helse- og rusarbeid i hele verden. Det skilles mellom personlig og klinisk recovery. Personer med levd erfaring har definert Recovery som en dypt personlig prosess, som «en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og bidragende liv» selv med eventuelle begrensninger forårsaket av sykdom (Anthony, 1993). Personlig recovery skiller seg fra klinisk recovery, som har vært det tradisjonelle synet på Recovery, og basert på en medisinsk modell og et symptomfokusert behandlingsperspektiv: «recovery as remission of illness» (MacPherson et al, 2016).

Resultater i empiriske studier av personlig og klinisk recovery har blitt sammenlignet og vist at de er konseptuelt forskjellige og ikke nødvendigvis har en sammenheng med hverandre (Roe et al, 2011; Leendertse et al, 2021). Tradisjonell, symptomfokusert behandling er ofte nødvendig, men trenger ikke være tilstrekkelig til å innfri kravene til recoveryorienterte helsetjenester, hvor pasienten/brukeren har kontroll på egen recovery-prosess. Personalet må også tilby intervensjoner og recoveryorientert støtte som retter seg mot både kliniske og personlige recovery (Leendertse et al, 2021).

Individuell/personlig recoveryorienterte praksiser i helsetjenester er viktig for livene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, da det fører til individualisert fleksibilitet, økt selvtillit, styrket selvansvar, og egenomsorg, personlig transformasjon og sosial inkludering (Crosse, 2003; Parker et al., 2017; Ramon et al., 2007). En recoveryorientert tilnærming vektlegger tjenestemottakernes styrke og ressurser snarere enn deres begrensninger (Rapp & Goscha, 2011) og plasserer tjenestemottakere først og fremst i sentrum av omsorgen (Horsfall, Paton, & Carrington, 2018; Jacob et al., 2015). Recoverytilnærmingen oppmuntrer og fremmer kultur og håpsspråk, og iverksetter handlinger som sikrer sosial inkludering (Moxham et al., 2017; Parker et al., 2019; Stuart, Tansey, & Quayle, 2017).

Internasjonalt har Recovery en betydelig lengre historie enn i Norge. Recoveryorienterte tjenester går utover tradisjonell klinisk behandling som er sentrert på symptomreduksjon, med sikte på å hjelpe mennesker å: gjenopprette sosiale forbindelser med andre mennesker og samfunnet forøvrig (C); utvikle håp og optimisme for fremtiden (H); rekonstruere en identitet utover å være «den syke pasienten» (I); oppdage mening med livet (M); og føle seg bemyndiget til å få kontroll over egen behandling (E), ellers kjent som CHIME-rammeverket, (Leamy et al 2011).

I de fem regionale brukerstyrte sentrene i Norge har CHIME vært en velkjent tilnærming, men uten at dette har informert om en systematisk implementering av recoveryorienterte tjenester. Tilsvarende har noen foregangskommuner, som Trondheim og Sandnes, søkt inspirasjon i recoverytenkning og CHIME-rammeverket, men uten noen systematisk oppfølging (Løken & Johansen 2019).

Hovedutfordringen ligger i hvordan visjonen om recoveryorienterte psykiske helse- og rustjenester, og recoverykunnskap kan bli en realitet. Det er en betydelig variasjon innen psykiske helsetjenester, når det gjelder helsepersonalets fokus på symptomreduksjon, klinisk recovery og å ta hensyn til ekspertisen av levd erfaring (Adnoy Eriksen, Arman, Davidson, Sundfor & Karlsson, 2014). Til tross for en økende konsensus om behovet for endring i helsetjenestene, er det ikke tydelig hvordan disse endringene i kunnskap, ferdigheter og holdninger hos alle involverte, skal skje (Gyamfi et al, 2020).

Det er fremdeles stort behov for å utvikle recoveryorienterte psykiske helse- og rustjenester i norske kommuner og særlig på tjenestemottakerens premisser. Recoverytilnærmingen kan utvikles ved å styrke tjenesteyteres og -lederes kunnskap og ferdigheter, samt skape rom til å diskutere og planlegge tjenesters implementeringsstrategier (Piat et al, 2021). Dette vil innebære å utvikle eller styrke en eksisterende recoveryvisjon og -kultur i tjenestene, som anerkjenner verdien av erfaringskunnskap og bygger recoveryfremmende samarbeid mellom tjenestene og utvikle et recoveryorientert helsepersonell (Mental Health Commission, 2015).

**Målet med prosjektet**

1. Styrke livskvaliteten til tjenestemottakere av psykisk helse- og rustjenester ved å sikre at tjenestene jobber recoveryorientert og involverer tjenestemottakere slik at deres styrker, behov og personlig verdier og mål blir identifisert og vektlagt.
2. Støtte ledere og ansatte i psykiske helse- og rustjenester til å implementere en recoveryvisjon, skape engasjement og kultur på tvers av deres organisasjon/enhet, og å øke kapasiteten og bærekraften gjennom utvikling av en recoveryorientert arbeidsstyrke.

For prosjektet er det inngått samarbeidsavtaler med kommunene Bærum, Sandnes, Tromsø og Trondheim. Kommunene tilbyr ulike recoveryorienterte psykiske helse- og rustjenester og er motivert til å videreutvikle og systematisere dette tilbudet. De fire kommunene vil heretter bli omtalt som deltakerkommunene.

## 1.2 Aktivitet/tiltak/metode

Hovedmålet er å utvikle og levere recoveryorienterte opplæringskurs for tjenesteytere- og ledere i psykiske helse- og rustjenester. Opplæringskursene skal ta for seg hva recovery går ut på og hvordan praktisk recoveryarbeid kan bli organisert og gjennomført i tjenestene.

Opplæringskursene utvikles i samarbeid med tjenestemottakere, -ytere og -ledere i psykiske helse- og rustjenester i deltakerkommunene. Tjenester er virksomheter, enheter eller organisasjoner i kommunen som tilbyr aktiviteter og tiltak rettet mot psykisk helse og rus. Tjenestemottakere er eksempelvis brukere, deltakere eller pasienter av tjenestene. Tjenesteytere er personer ansatt i tjenestene som for eksempel erfaringskonsulenter/medarbeidere, miljø- og sosialarbeidere og annen helsepersonell. Tjenesteledere er personer ansatt i tjenestene som for eksempel avdelings- og enhetsledere.

Prosjektdeltakerne er personer knyttet til et utvalg av 5 psykiske helse- og rustjenester i hver deltakerkommune. Dette vil gi et utvalg på totalt 20 tjenester. Utvalgskriteriene er at tjenesten er forpliktet til å utvikle et recoveryorientert tilbud, og at tjenesten tilbyr aktiviteter eller tiltak innen psykisk helse og rus. For eksempel lavterskel tilbud og møteplasser, sosiale velferdstjenester og boligtjenester til mennesker med psykiske helse- og/eller rusutfordringer.

Utviklingsprosessen for opplæringskursene innebærer følgende aktiviteter i kronologisk rekkefølge:

1. Kartleggingsmøter med tjenesteledere
2. Individuelle intervju med tjenestemottakere og -ytere
3. Feedbackmøter med tjenestemottakere og -ytere
4. Samarbeidsworkshops med tjenestemottakere, -ytere og ledere
5. Avslutningsarrangement
6. Recoveryorienterte opplæringskurs for tjenesteytere og -ledere
7. Oppfølgingsmøter med tjenesteledere etter gjennomført opplæringskurs

### 1.2.1 Beskrivelse av aktivitetene

1. **Kartleggingsmøter med tjenesteledere**

Formålet med kartleggingsmøtene er å identifisere eksisterende recoveryorienterte praksiser og rutiner i deltakerkommunens utvalgte tjenester. Resultatene fra møtene inngår i planlegging og utforming av kommende aktiviteter i prosjektet, slik som intervju og samarbeidsmøter.

Kartleggingsmøtene med tjenestelederne skal gi en oversikt over tjenesters prioriterte handlingsplaner og hvordan recovery er forankret i planene. Tjenestelederne kan bidra til å identifisere områder hvor de erkjenner at endring og videreutvikling er nødvendig og hensiktsmessig. Å engasjere tjenesteledere i kartleggingsprosessen er hensiktsmessig fordi de har innsikt i tjenestens beslutningsprosesser, ressurstilgang og utviklingsbehov. Dermed er tjenestelederne relevante lagspillere for å kartlegge og drøfte implementeringsstrategier for recoveryorienterte praksiser og rutiner i tjenestene.

Videre har kartleggingsmøtene en sosial funksjon og skal etablere samarbeidsrelasjoner mellom tjenestene og prosjektgruppen. Dette er viktig i det videre rekrutteringsarbeidet i prosjektet.

Det skal gjennomføres ett kartleggingsmøte i hver deltakerkommune med 1-2 tjenesteledere fra hver tjeneste. Dette gir et utvalg på 10 tjenesteledere per deltakerkommune og et utvalg på totalt 40 tjenesteledere. Møtene holdes fysisk i deltakerkommunen med en varighet på 4 timer. Møtene vil bli digitalt tatt opp, transkribert og tematisk analysert. Prosjektgruppen planlegger og gjennomfører kartleggingsmøtene.

1. **Individuelle intervju med tjenestemottakere og -ytere**

Formålet med de individuelle dybdeintervjuene er å samle tjenestemottakere- og yteres erfaringer med recoveryorienterte praksiser og rutiner. Intervjuene skal gi innblikk i hva som oppleves som god recoveryorientert praksis og hva som må forbedres.

Det skal gjennomføres 4 individuelle intervju med tjenestemottakere og 4 individuelle intervju med tjenesteytere i hver deltakerkommune. Dette gir totalt 32 individuelle intervjuer med tjenestemottakere og -ytere. Intervjuene gjennomføres digitalt med en varighet på 30 til 45 minutter. Intervjuene blir tatt opp, transkribert og deretter tematisk kategorisert og analysert. Resultatene fra intervjuene skal drøftes av tjenestemottakere og -ytere i feedbackeventene.

1. **Feedbackmøter med tjenestemottakere og -ytere**

Formålet med feedbackmøtene er å gi tjenestemottakere og -ytere som tidligere ble intervjuet rom til å drøfte og dele synspunkter og erfaringer med tjenestene. Resultatene fra møtene skal gi et utvalg av sentrale i målområder til opplæringskursene.

Det skal gjennomføres 3 feedbackmøter i hver deltakerkommune, som gir totalt 12 møter. I hver deltakerkommune skal det gjennomføres ett møte med tjenestemottakere og ett med tjenesteytere á 4 personer, samt ett felles feedbackmøte med tjenestemottakere og -ytere á 8 personer. Møtene gjennomføres fysisk i deltakerkommunen med en varighet på 2 timer. Prosjektgruppen utarbeider en tydelig agenda for møtene.

1. **Samarbeidsworkshops med tjenestemottakere, -ytere og -ledere**

Formålet med samarbeidsworkshopene er å samle tjenestemottakere, -ytere og -ledere som sammen med prosjektgruppen utarbeider innhold og materiell til opplæringskursene. Samarbeidsworkshopene vil ta utgangspunkt i resultatene fra de tidligere prosjektaktivitetene.

For å engasjere deltakerne til i fellesskap å utvikle idéer vil ulike metoder benyttes, som for eksempel tenke høyt, kartlegging på tavla, idédugnad eller «storyboarding (Brown et al., 2020). Prosjektgruppen vil fasilitere workshopene.

Det skal gjennomføres én samarbeidsworkshop i hver deltakerkommune á 4 tjenestemottakere, 4 tjenesteytere og 2 tjenesteledere. Dette gir totalt 4 workshops og 40 deltakere. Tjenestelederne er de samme personer fra kartleggingsmøtene. Samarbeidsworkshopene holdes fysisk i hver deltakerkommune.

**5. Avslutningsarrangement med prosjektdeltakerne**

Etter gjennomførte prosjektaktiviteter blir de involverte tjenestemottakerne, -yterne og -lederne invitert til et avslutningsarrangement. Formålet med avslutningsarrangementet er å dele informasjon og resultater fra prosjektaktivitetene og gi deltakerne et innblikk i de planlagte opplæringskursene. Prosjektdeltakerne får anledning til å gi tilbakemelding til prosjektresultatene.

Videre skal avslutningsarrangementet gi mulighet til å takke deltakerne for innsatsen og tiden de har investert i aktivitetene. Å bringe mennesker sammen på denne måten kan også fungere som en katalysator for fremtidige prosjekter.

1. **Recoveryorienterte opplæringskurs for tjenesteytere og -ledere**

Formålet med recoveryorienterte opplæringskurs for tjenesteytere og -ledere er å styrke tjenestenes recoverypraksiser og rutiner. Opplæringskursene skal gi støtte til tjenesteytere- og ledere til å implementere en recoveryvisjon i tjenesten og engasjere på tvers av tjenestene. Opplæringskursene skal ta for seg hva recovery går ut på og hvordan praktisk recoveryarbeid kan bli organisert og gjennomført i tjenestene.

Innhold og oppbygning av opplæringskursene utvikles i samarbeid med tjenestemottakere, -ytere og -ledere i psykiske helse- og rustjenester i deltakerkommunene. Resultatene fra kartleggingsmøtene, samarbeidsmøtene og workshops vil avgjøre hva som blir vektlagt i opplæringskursene.

Det skal gjennomføres ett opplæringskurs i hver deltakerkommune á 25 tjenesteytere og -ledere. Dette gir totalt 4 opplæringskurs, og 100 kursdeltakere. Kursene arrangeres fysisk i deltakerkommunen med en varighet på 2,5 timer. Kursene leveres via KBT Fagskole og prosjektgruppen. Opplæringskursene vil bli evaluert ved hjelp av et pre- og poststandardisert validert spørreskjema for å måle endringer i tjenesteyterens og -lederens recoverykunnskap og -holdninger, og deltakernes opplevelser av opplæringskursene.

For å sikre kvaliteten på opplæringskursene vil det første kurset som gjennomføres fungere som en pilot. Dette innebærer at det vil vies ekstra tid til evaluering kurset. Evalueringen vil være i tilknytning til kurset med 1 times tid for samtale og utfylling av et evalueringsskjema. Resultatene benyttes til å foreta endringer og justeringer av opplæringskursene om nødvendig. Etter tilpasset innhold og oppbygning av kurset vil de resterende opplæringskursene bli gjennomført.

1. **Oppfølgingsmøter med tjenesteledere etter gjennomført opplæringskurs**

Formålet med oppfølgingsmøtene er å møte tjenestelederne for evaluering og tilbakemelding etter gjennomførte opplæringskurs.

Oppfølgingsmøtene med tjenestelederne skal gi rom for refleksjoner og innspill til videre utvikling og implementering av opplæringskursene i tjenestene. Det skal drøftes og planlegges strategier for at deltakerkommunene kan videreføre opplæringskursene slik at flere av kommunens tjenester får opplæring i recoveryorienterte praksiser og rutiner. Eksempel på strategier som kan drøftes er opplæring av ansatte til å bli kursholdere og at dette blir inkludert som en utnevnt arbeidsoppgave i den ansattes stillingsbeskrivelse.

Det skal gjennomføres ett oppfølgingsmøte i hver deltakerkommune, med det samme utvalget som i kartleggingsmøtene. Møtene holdes fysisk i deltakerkommunen med en varighet på 2 timer.

### 1.2.2 Etikk og personvern

Dette prosjektet vil bli sendt inn for godkjenning til Health Facultys Research Ethics Subcommittee, King's College London samt REK i Midt-Norge. Ingen sensitive helseopplysninger blir etterspurt av prosjektdeltakerne. Prosjektdeltakere vil få utdelt et informasjonsskriv om prosjektet, databehandlingsavtale og deltakernes rett til å trekke seg fra studien til enhver tid.

### 1.2.3 Metodiske begrunnelser

Aktivitetene i prosjektet er valgt på bakgrunn av Experience-Based Co-Design (heretter EBCD) metodikk. Formålet med EBCD er å samle tjenestemottakere, -ytere, -ledere og forskere for å utvikle og bli enige om innholdet i prosjektets hovedmål: recoveryorienterte opplæringskurs (Robert et al, 2015).

EBCD bygger på et aktivt samarbeid hvor prosjektdeltakerne er eksperter på sine erfaringer, og får rom til å uttrykke sine ønsker og innspill, undersøke løsninger og utfolde forslag og ideer for god recoveryorientert opplæring i tjenestene. Det forventes at EBCD fører til et forbedret tjenestedesign (Thabrew et al., 2018) og betydelige forbedringer av helsetjenester (Locock et al., 2014b). Et EBCD-prosjekt har seks trinn (Tollyfield, 2014): 1) EBCD-planlegging; 2 og 3) Engasjere tjenestemottakere og -ytere og innhente erfaringer; 4) Feedbackmøter; 5) Samarbeidsworkshops og 6) Avslutningsarrangement.

Prosjektgruppen møtes for planlegging og forberedelser av EBCD-gjennomføringen. Minimum arbeidsmøter er: i) før EBCD-delen av prosjektet begynner, ii) før det første feedbackmøte, iii) før felles feedbackmøtet og iv) etter avslutningsarrangementet.

Resultatene av EBCD-arbeidet kan måles mot to sett med mål; a) levering av målene laget av co-design-gruppene, som vil fokusere på utviklingen av innholdet og materiellet for recoveryorienterte opplæringskurs, og b) mer prosessorienterte prosjektobjekter, for eksempel hvor mange mennesker som dukket opp regelmessig. Det vil være viktig å høre om prosjektresultatene fra EBCD-deltakerne selv, på Avslutningsarrangementet. Disse vil bli registrert og matet inn i den samlede prosjektevalueringen.

Videre vil vi vil bruke rammer og mål for recovery- og recoverysorientert praksis (f.eks. Recovery Self-Assessment (REF), Scottish Recovery Indicator 2 (SRI 2, McLean og Whitehead, 2008); CHIME-rammeverket for personlig recovery (Leamy et al, 2011) , for å kartlegge og vurdere gjeldende praksis, strukturere og fokusere samtaler, og for å prioritere handlingsplaner. Vi vil diskutere logistikken til disse møtene med deltakerne og være lydhøre for deres krav, men vi regner med at møtene sannsynligvis vil bli holdt ansikt til ansikt, lokalisert i hver av kommunene, i en halv dag. Diskusjonene vil bli tilrettelagt av to medlemmer av forskerteamet. Interessentmøtene vil bli digitalt tatt opp, transkribert og tematisk analysert.

Forklaring og beskrivelse av evalueringsskjema som skal benyttes: Vi vil be dem om å fylle ut evalueringsspørreskjemaer som vil inkludere validerte mål på kunnskap om recovery og s holdninger til recovery, intervensjon før og etter trening. Vi vil være fleksible når det gjelder de logistiske ordningene for treningene. Disse vil bli levert av KBT fagskole og kan gjennomføres ansikt til ansikt, online eller hybrid, eller som en kombinasjon av noen eller alle disse leveringsformatene.

# 2. Virkning

## 2.1 Antatt virkning av prosjektet/tiltaket

Overordned mål for dette prosjektet er å øke recovery og livskvaliteten til brukere av psykisk helse- og rustjenester.

Målet vil oppnås gjennom å utvikle og gjennomføre recoveryworkshops for å styrke recovery-kompetansen hos helsepersonell, med sikte på å spre denne til andre kommunale psykiske psykisk helse- og rustjenester, \ Målet er at kommuner og tjenester kan utføre egne recoveryerksteder etter at prosjekt er fullført.

Prosjektet er designet for å involvere et bredt spekter av interessenter i hver fase, med den hensikt å maksimere påvirkningen gjennom engasjement hos seniorledere, ledere, helsepersonell og tjenestemottakere..

Delmål: i) Å øke enhetenes forpliktelse til å implementere recoveryorientert praksis ved å involvere og forankre orienteringen hos ledere og å kartlegge gjeldende praksis og utvikle handlingsplaner; ii) EBCD arbeider for være en katalysator for fremtidige initiativer og prosjekter, iii) øke helsepersonells kunnskap, ferdigheter og holdninger til recovery gjennom deltakelse på recoveryverksteder;

Indikatorer for vellykket engasjement vil være at: i) Hver organisasjon/enhet har vurdert og kartlagt sin nåværende recoveryorienterte praksis og identifisert prioriterte områder å sikte seg inn mot de neste faser av prosjektet; ii) Deltagelse på tilbakemeldingsarrangementer, interessentmøter, opplæringsverksteder; iii) Opplæringsmateriell som er utviklet i fellesskap for recoveryorienterte praksisopplæring.

## 2.2 Tiltak for formidling og utnyttelse

### 2.2.1 Formidlingsplaner

Prosjektgruppen vil lage en detaljert formidlingsplan i samarbeid med prosjektdeltakerne, som nevnt i fase 4. Workshopdetaljer og ressurser for helsepersonell skal formidles på helsefaglige konferanser, pressemeldinger og kronikker, sosiale media, deling på relevante nettsider, lanseringsarrangementer, formidling via kliniske nettverk og instanser, bruk i undervisning og opplæring av studenter og fagpersoner. For å nå et bredere publikum og andre mulige målgrupper vil vi bruke sosiale media, rekruttere innflytelsesrike offentlige personer og delta på lanseringsarrangementer.

Resultatene fra EBCD-arbeidet og Recoveryworkshops vil bli publisert som fagfellevurdert artikkel i tidsskrifter med et akademisk og helsefaglig publikum med internasjonalt omfang, for eksempel Journal of Mental Health Work, Journal of Mental Health Training, Education and Practice, og International Journal of Environmental Research and Public Health, og i spesialutgaver for Recovery i psykisk helse og rusarbeid. KBT Fagskole vil publisere en rapport som presenterer funnene fra studien. Rapporten vil være tilgjengelig på nett og funnene vil bli delt og formidlet gjennom Rådet for psykisk helse og KBTs mange samarbeidspartnere innen psykisk helse, samt samarbeidspartner i prosjektet, som alle har omfattende nettverk.

KBT Fagskole’s informasjonsmedarbeider og kommunikasjonsteamene ved Council for Mental Health i Norge og i King’s College London, Storbritannia, vil samarbeide for å sikre en best mulig kommunikasjonsstrategi. Facebook og Instagram skal brukes for ekstern formidling av aktiviteter, rapport og artikler. Via sosiale media vil vi kunne dele prosjektet og resultatene i videoformat. Prosjektdeltakerne blir involvert i arbeidet om å spre kunnskap og resultater. Rådet for psykisk helse har for eksempel over 40 000 Facebook-følgere, og NAPHA har 17 000 Facebook-følgere. NAPHA’s nyhetsbrev og kunnskapsbank/nettside vil være viktig for å nå ut til flere norske kommuner og de som jobber i psykisk helsevern der.

De fem regionale brukerstyrte sentrene samarbeider om en årlig Recoverykonferanse, hvor KBT er primus motor. Prosjektet vil bli presentert årlig, også etter prosjektslutt, for å se hvordan det går med samarbeidskommunene og andre kommuner.

### 2.2.2 Videreføring etter prosjekt

Det forventes at aktivitetene i prosjektet vil fungere som en pådriver og skape en sammensveiset gruppe av tjenestemottakere, -ytere og -ledere, som blir inspirert til å utvide arbeidet til andre områder. Prosjektresultatene vil danne grunnlag for videre implementering av «beste praksis på recoveryorienterte tjenester» i kommuner og psykiske helse- og rusforetak. Prosjektets recoveryorienterte opplæringskurs skal kunne tilbys utover deltakerkommunenes utvalgte tjenester. Vi ser for oss at opplæringskursene etter hvert kan etableres som digitale kurs med studiepoeng, som kan drives via KBT Fagskole og Fakultet for sykepleie, jordmor og palliativ omsorg ved KCL, Storbritannia. Ved en senere anledning kan nye kartleggingsmøter gjennomføres for å kartlegge hva som har endret seg siden opplæringen og utarbeide forslag til handlingsplaner som andre kommuner kan ta i bruk.

# 3. Gjennomføring

## 3.1 Prosjektleder og prosjektgruppe

Prosjektgruppe: Møtes jevnlig gjennom prosjektperioden og har overordnet ansvar for gjennomføring av prosjektet. Består av 1) prosjektleder Karl Johan Johansen, rektor/KBT Fagskole, med ledeansvar for gjennomføring av prosjektet, 2) prosjektkoordinator Anne Hirrich master i sosiologi, kvalitetssikring og organisasjonsutvikling ved KBT Fagskole og tilknyttet arbeid fra tidligere CHIME-prosjekt, 3) professor Ottar Ness/NTNU; og 3) professor Dr. Mary Leamy/King's College. Samt en erfaringskonsulent som skal ansettes i 20% stilling og fungere som andre prosjektkoordinator.

Styringsgruppe: Prosjektgruppen rapporterer fremdrift til representanter fra hver samarbeidskommune i prosjektet. Representantene er sentrale beslutningstakere og fungerer som overordnede portvakter for prosjektgjennomføringen. Møtes fire ganger i prosjektperioden.

Ekspert- og rådgivningsgruppe: Består av uavhengige eksperter utenfor prosjektet. Skal gi råd og tilbakemelding på prosjektplaner og foreløpige funn. Møtes fire ganger i prosjektperioden. Representanter fra NAPHA, Rådet for psykisk helse, RIO/Midt-Norge, MH og FIRE-stiftelsen.

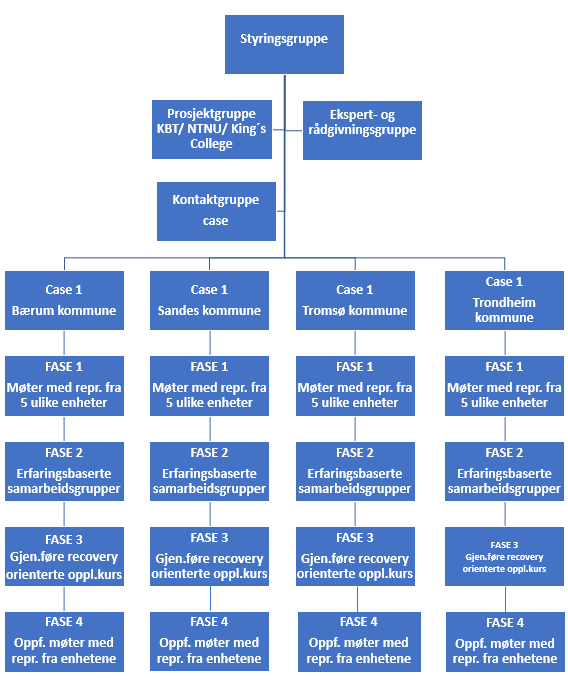
Kontaktgruppe: Består av minst én kontaktperson fra hver deltakerkommune. Bistår med planlegging av og rekruttering til prosjektaktivitetene. Lokal kontakt mellom prosjektgruppe og prosjektdeltakerne.

## 3.2 Arbeidsplan: Organisering og styring

**Figur 1: Aktiviteter/milepæler**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **År** |  | **2023** |  |  |  |  | **2024** |  |  | **2025** |  |  |
| **Aktivitet/kvartal** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Aktivitet 1 Planlegge, organisere, etablere informasjonsplattform |  |  |  | **x** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktivitet 2 Forberede, gjen.føre og oppsum. ulike prosj. styringsmøter |  |  |  | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** |
| Aktivitet 3 Rekruttere, kommunisere med ledere, ansatte, brukerrepr. |  |  |  | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** |
| Aktivitet 4 Gjen.føre og oppsum. møter med repr. og interessenter |  |  |  | **x** |  |  |  |  |  |  | **x** |  |
| Aktivitet 5 Forberede og gjen.føre codesigngrupper og utvikle kurs |  |  |  |  | **x** | **x** |  |  |  |  |  |  |
| Aktivitet 6 Gjen.føre kurs for ansatte, brukere og kursholdere |  |  |  |  |  | **x** | **x** |  |  |  |  |  |
| Aktivitet 7 Oppfølging og veiledning av kursholdere |  |  |  |  |  |  |  | **x** | **x** |  |  |  |
| Aktivitet 8 Pilot recoveryworkshop i én samarb.kom. og evaluering |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |  |  |  |
| Aktivitet 9 Hoved recoveryworkshop i de andre samarbeidskommunene |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |  |
| Aktivitet 10 Evaluere aktiviteter og prosjektresultater |  |  |  |  |  | **x** | **x** | **x** |  | **x** |  |  |
| Aktivitet 11 Utarbeide statusrapporter |  |  |  |  | **x** |  |  |  | **x** |  |  |  |
| Aktivitet 12 Ferdigstille sluttrapport |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** | **x** |
| Aktivitet 13 Formidlingsaktiviteter |  |  |  |  | **x** |  |  |  | **x** |  |  | **x** |

**Figur 2: Prosjekthierarki og organisering**



# Litteraturliste

Allott, P., & Loganathan, L. (2002). Discovering hope for recovery from a British perspective: A review of literature. UCE, Birmingham: Centre for Community Mental Health.

Badu, E., O’Brien, A. P., & Mitchell, R. (2019a). The conceptualization of mental health service quality assessment: consumer perspective. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 46(6), 790-806.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. [https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa](https://psycnet.apa.org/doi/10.1191/1478088706qp063oa)

Brown, M. C., (2020). Using qualitative and co-design methods to inform the development of an intervention to support and improve physical activity in childhood cancer survivors: a study protocol for BEing Active after ChildhOod caNcer (BEACON). BMJ Open, 10(12), e041073.

Crosse, C. (2003). A meaningful day: integrating psychosocial rehabilitation into community treatment of schizophrenia. Medical Journal of Australia, 178, S76-S78.

Horsfall, D., Paton, J., & Carrington, A. (2018). Experiencing recovery: findings from a qualitative study into mental illness, self and place. Journal of Mental Health, 27(4), 307-313.

Jacob, S., Munro, I., & Taylor, B. J. (2015). Mental health recovery: lived experience of consumers, carers and nurses. Contemporary Nurse, 50(1), 1-13

Knowledge and attitudes of mental health professionals and students regarding recovery-oriented practice: A systematic review Gyamfi N, Bhullar N, Islam S, Usher K. International Journal of Mental Health Nursing, in press.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry. 2011 Dec;199(6):445-52.

Locock, L., R. (2014a). Health Services and Delivery Research. In Testing accelerated experience-based co-design: a qualitative study of using a national archive of patient experience narrative interviews to promote rapid patient-centred service improvement. Southampton (UK): NIHR Journals Library

Locock, L., (2014b). Using a national archive of patient experience narratives to promote local patient-centered quality improvement: an ethnographic process evaluation of 'accelerated' experience-based co-design. J Health Serv Res Policy, 19(4), 200-207.

McLean and Whitehead, Evaluation of the Scottish Recovery Indicator pilot in five health board areas in Scotland. Scottish Government Social Research, 2008.

Moxham, L., Taylor, E. K., Patterson, C., Perlman, D., Brighton, R., Heffernan, T., & Sumskis, S. (2017). Goal setting among people living with mental illness: a qualitative analysis of recovery camp. Issues in Mental Health Nursing, 38(5), 420-424.

Parker, S., Dark, F., Newman, E., Hanley, D., McKinlay, W., & Meurk, C. (2019). Consumers' understanding and expectations of a community-based recovery-oriented mental health rehabilitation unit: A pragmatic grounded theory analysis. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28(4), 408-417. doi:https://doi.org/10.1017/S2045796017000749

Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. International Journal of Social Psychiatry, 53(2), 108-122.

Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2011). The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services: OUP USA.

Robert, G Cornwell J, Locock L, Purushotham A, Sturmey G and Gager M. Patients and staff as codesginers of healthcare services, BMJ, 2015, 350:g7714.

Thabrew, H., (2018). Co-design of eHealth Interventions With Children and Young People. Frontiers in psychiatry, 9, 481-481.

Tollyfield, R. (2014). Facilitating an accelerated experience-based co-design project. British Journal of Nursing, 23(3), 136-141.

Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. Journal of Mental Health, 26(3), 291-304.