

**Profesjonell kompetanse hos personer som arbeider
med pasienter med kombinert rus og psykisk
helseproblematikk (ROP lidelse)**

**Professional skills for employees that work with
patients with co-occurring substance use disorder and
mental health disorder (dual diagnosis)**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Rus og Psykisk helse

Student: Jelena Plazinic

Veileder: Thomas Solgård Svendsen

Mai 2022

Antall ord: 21178

Innhold

Professional skills for employees that work with patients with co-occurring substance use disorder and mental health disorder (dual diagnosis)	1
Forord.....	5
1.0 Sammendrag.....	5
2.0 Innledning.....	6
2.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
2.2 Avgrensinger.....	7
2.3 Studiens formål.....	8
2.4 Problemstilling.....	9
3.0 Tidligere forskning på området.....	9
4.0 Teori / Teoretisk fundament.....	12
4.1 ROP - pasienter.....	12
4.2 Kunnskap.....	14
4.3 Kompetanse.....	15
4.4 Recovery.....	16
4.5 Empowerment.....	18
5.0 Metode og metodiske overveielser.....	20
5.1 Design og utvalg.....	20
5.2 Forskningsetiske vurderinger.....	21
5.3 Validitet og reliabilitet.....	21
5.4 Innsamling av data.....	21
5.5 Analyse.....	22
6.0 Funn / Resultater.....	23
6.1 Relasjon og utfordringer.....	23
6.2 Rammer, prioritering og opplæring.....	27
6.3 Recovery.....	32
6.4 Kompetanse og samarbeid.....	35
6.5 Ønsker om faglig utvikling.....	37
6.6 Ledere.....	39
7.0 Diskusjon.....	41
7.1 Relasjon og utfordringer.....	41
7.2 Rammer, prioritering og opplæring.....	43
7.3 Recovery.....	46
7.4 Kompetanse og samarbeid.....	51
7.5 Ønsker om faglig utvikling.....	57

7.6 Ledere	59
8.0 Konklusjon	60
Litteraturliste.....	63
Vedlegg 1 – Forkortelser	69
Vedlegg 2 - Intervjuguide til ansatte	70
Vedlegg 3 - Intervjuguide til ledere.....	73
Vedlegg 4 - Informasjonsskriv	74
Vedlegg 5 - Informert samtykke	76
Vedlegg 6 - Godkjennelse fra klinikkjef ved Psykisk helsevern Stavanger.....	77
Vedlegg 7 - Tabeller	78

Forord

Jeg vil takke mine informanter som var så snille og stilte opp, gav av sin tid og delte sin kunnskap med meg. Takk til min veileder Thomas som hjalp mye med innspill og engasjement hele tiden. Jeg vil også takke mannen min for oppmuntring og IT-hjelp og min datter som var veldig tålmodig mens jeg studerte. Jeg skulle ønske jeg kunne si takk til moren min for all støtte, men dessverre døde hun nylig.

Disse 2 årene har gått veldig fort og jeg har fordypet meg i denne studien, noe som har gitt meg rom for ny læring. Jeg har fått nye tanker og perspektiver som kan gi nye muligheter.

1.0 Sammendrag

Ansatte er ofte uforberedt eller usikre i møte med pasienter med en kombinasjon av rus og psykiske lidelser (heretter ROP lidelser). Det er et stort behov for kunnskapsutvikling når det handler om kunnskap om ROP, og utvikling av profesjonell kunnskap. Dette kan påvirke behandlingsforløp og recovery hos pasienter.

Bakgrunn og hensikt: Formålet i min forskning er å styrke kunnskapsgrunnet hos ansatte som jobber i psykisk helsevern med ROP - pasienter. Jeg har lyst til å finne ut hva slags opplæring og veiledning ansatte trenger for at pasientene skal få riktig hjelp til riktig tid. Det er også viktig å vurdere hva slags kunnskap de har om recovery, fordi dette har betydning for måten pasientene blir møtt. Behandlingsinstitusjoner for ROP - pasienter krever at de ansatte jobber med sammensatte og komplekse pasientgrupper. Det trengs bestemt kompetanse, og de fleste avdelinger vil kreve at ansatte kan jobbe selvstendig, som krever faglig trygghet. Jeg har valgt dette temaet fordi det er spennende å undersøke hvordan man best kan yte hjelp til pasienter som tilhører en kompleks gruppe med sammensatte behov.

Problemstilling: 1. Hvordan blir ansatte som arbeider med ROP - pasienter i psykisk helsevern forberedt til å arbeide med sine pasienter?

2. Hvordan vurderer ansatte som arbeider med ROP - pasienter sin kompetanse og kunnskap om recovery?

Metode: For å fremskaffe bedre informasjon om deltakerens holdninger, meninger og erfaringer fra arbeid med disse pasientene, har jeg valgt å bruke kvalitative

forskningsintervju med personer som jobber ved tre avdelinger innenfor psykisk helsevern med ROP - pasienter. Data er innhentet ved hjelp av 10 dybdeintervjuer, og analysert med bruk av tematisk analyse.

Nøkkelord: ROP - pasienter, kompetanse, kunnskap, recovery, empowerment.

2.0 Innledning

Jeg har jobbet med ROP - pasienter i flere år, både i hjemmetjenester, på forskjellige sykehjem og på sykehus. I min praksis har jeg truffet personer med forskjellig utdanning, kompetanse og erfaring, og har opplevd hvordan kompetanse kan påvirke pasientens hverdag, og kvalitet i undersøkelse, omsorg, behandling og rehabilitering.

For å jobbe i psykisk helsevern må personer ha en kombinasjon av forskjellige egenskaper. De fleste ROP - pasientene har sammensatte behov, som krever bestemt kunnskap. Yrket stiller krav til utøverne om kunnskap og kompetanse, væremåte, omstillingsevne og etisk refleksjon for å kunne møte pasientene på en helhetlig måte. Miljøterapi er en viktig del av behandlingen av ROP - pasienter med fokus på forbedring av pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. På denne måten kan pasienten oppleve bedre selvfølelse og mestring av problemer. En god miljøterapeut skaper trygghet for pasienten, er det strukturert når det gjelder rutiner og planer for disse pasientene, gir pasienten opplevelse av støtte, og bidrar til engasjement ved å gi pasienten mulighet til å samhandle med miljøet (Mork Rokstad & Smebye Lislud, 2009, pp. 153 - 154). Pasientene innenfor psykisk helsevern har behov både for å forstå, og for å bli forstått. Kommunikasjon med disse pasientene kan være utfordrende, som krever at ansatte som jobber med ROP - pasienter må mestre teknikker i kommunikasjon i forskjellige og krevende situasjoner, ved hjelp av profesjonell toleranse, sympati, gjensidig respekt og dialog. Slik kan ansatte bedre respektere pasientens autonomi, integritet og rettigheter (Barbosa da Silva, 2012, p. 108).

Det finnes forskjellige teknikker og kurs som forklarer hvordan ansatte kan beskytte pasientene og seg selv, blant annet hvis utfordringer oppstår. Det er for eksempel viktig at alle som jobber i psykisk helsevern har selvforsvarskurs, hvor ansatte lærer både teoretiske og praktiske teknikker som skal være effektive, enkle og med minst mulig risiko for skader. Det kan oppstå situasjoner som kan utløse trusler, frustrasjon og aggresjon. Dette kan være

spesielt utfordrende hvis pasientene er innlagt mot sin vilje, noe som skjer jevnlig innenfor psykisk helsevern.

Arbeidsmarkedet er i kontinuerlig endring, og derfor må kompetanse som kreves i arbeidslivet tilpasses og endres. Forskning viser at arbeidsgivere vil ha kandidater med kompetanse som passer med deres behov på arbeidsplassen, men samtidig må de stå for samme verdier som arbeidsplassen har (Natland & Johannessen, 2020, p. 87). Dette handler dermed om andre faktorer enn utelukkende fagspesifikk bakgrunn. En belgisk studie fra helsefeltet viste blant annet at arbeidsgivere satte mer pris på kandidatenes ferdigheter i forhold til kommunikasjon og samarbeid, enn fagspesifikke ferdigheter. Ønske om å lære, være motivert og fleksibel på jobb var ofte viktigere enn formell utdanning (Natland & Johannessen, 2020, p. 89).

2.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven skal jeg belyse kompetanse og kunnskap om recovery hos ansatte som jobber med ROP - pasienter innenfor psykisk helsevern i Norge.

Studien er relevant for alle som jobber innenfor rus og psykisk helsevern - både i spesialisthelsetjenester, og i kommunale helsetjenester.

Hver dag møter helsepersonell pasienter med ulik bakgrunn. Institusjoner som sykehus, sykehjem eller bofellesskap er noen av stedene hvor pasienter kan være innlagt over tid. Vi som helsepersonell må være tilgjengelig for disse pasientene og sikre god kvalitet i omsorg og behandling. Helsepersonell må være i stand til å yte forsvarlig hjelp når de er på jobb. Derfor er det viktig for ansatte å få god opplæring, lære nye teknikker, og kunne anvende denne kunnskapen i sin hverdagspraksis. På denne måten kan pasientene føle seg tryggere og bli mer fornøyd og skal gi bedre respons til sine behandlere.

2.2 Avgrensinger

Denne studien er begrenset til spesialisthelsetjenesten, og bestemte avdelinger som jobber med ROP - pasienter. Det er også mange ansatte som jobber med denne gruppen i hjemmetjenester, omsorgsboliger og på ulike sykehjem, men jeg var fokusert på tre avdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten for å fokusere studien.

Oppgavens oppbygning: Etter innledningen presenteres tidligere forskning. Det er gitt oversikt over kunnskapsstatus med tanke på tema og studiens problemstilling.

Del 1 er sammendrag med kort beskrivelse av studiens bakgrunn og formål, metode og nøkkelord.

Del 2 er innledning med bakgrunn av valg av temaet, avgrensinger i studien, studiens formål og problemstillinger.

I del 3 presenteres tidligere forskning på området.

I del 4 beskrives teoretiske tilnærminger, som ROP - pasienter, kompetanse, kunnskap, recovery og empowerment.

I del 5 presenteres studiens metode.

I del 6 diskuteres resultatene i lys av studiens problemstillinger, teoretiske tilnærminger og tidligere forskning.

I del 7 presenteres studiens analyse.

I del 8 presenteres diskusjon.

I del 9 presenteres studiens avslutning med oppsummering, konklusjon og tanker omkring behov for videre forskning.

2.3 Studiens formål

Kompetanse er avhengig av hvordan ansatte lærer og praktiserer faglig informasjon og kunnskap. Lav kompetanse er knyttet til dårlig helse, større sykdomsforekomst og hyppigere sykehusinnleggelse ("Strategi for å øke helsekompetansen i befolkninger 2019-2023," 2019, pp. 6, 8). Hver institusjon må derfor ha godt kvalifisert personell som klarer å bruke sin faglighet, og øke sin kompetanse etter behov.

I min oppgave vil jeg studere: Hva slags utdanning har folk som jobber i psykisk helsevern og hvilken erfaring har de? Får de god opplæring før de begynner å jobbe med disse pasientene? Er de oppdatert nok på forskning og kunnskap i spesifikke temaer som recovery?

Jeg valgte å intervjuer både ledere og ansatte innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge. I intervjuene med både ledere og arbeidere med relevant fagutdanning eller erfaring var det interessant å finne ut om det er stor forskjell i mening hos disse to gruppene, og hvilke perspektiver de har når det gjelder utdanning, opplæring og erfaring. Jeg fant det interessant å undersøke på hvilke måter det legges til rette for veiledning i arbeidstiden, hvordan erfaringen hos ansatte er utnyttet eller tatt vare på, hva som kan gjøres for å sikre forberedning på dette feltet, og undersøke om det er samsvar mellom teoretisk kunnskap og undervisning og spesialisthelsetjenestes behov.

2.4 Problemstilling

1. Hvordan blir ansatte som arbeider med ROP - pasienter i psykisk helsevern forberedt til å arbeide med sine pasienter?

2. Hvordan vurderer ansatte som arbeider med ROP - pasienter sin kompetanse og kunnskap om recovery?

3.0 Tidligere forskning på området

Nøkkelord i denne studien er kompetanse, ROP- pasienter, kunnskap, recovery og empowerment. Det var utfordrende å finne tidligere studier, som inneholder kombinasjon av disse temaene. Jeg søkte både med norske og engelske ord, og jeg fant flere aktuelle treff. Flere av artiklene som jeg fant, var aktuelle for å belyse denne studien. Artikkelsøkene ble utført med ulike kombinasjoner av søkeordene på databaser som SWE Med+, Pub Med, CINAHL og Cochrane library.

Det kom en forskningsrapport i 2015 fra Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (Ose et al., 2019, p. 44). Der ble sykepleierens rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse og rusarbeid undersøkt. Det ble intervjuet 56 sykepleiere i psykisk helse- og rusarbeid i 12 kommuner. Det ble også gjort en kvantitativ kartlegging blant medlemmer i Norsk sykepleieforbund. Det ble inkludert 1240 personer i kartleggingen. 2/3 sykepleierne hadde videreutdanning, og halvparten av disse hadde videreutdanning i psykisk helse og rus. 85% av disse hadde mer enn 5 års erfaring fra generell sykepleie. De fleste var mellom 35 og 50 år. Gode arbeidsmåter som nevnes i rapport er klinisk arbeid, møter med

andre fagpersoner om/ med bruker og god dokumentasjon av klinisk arbeid (Ose et al., 2019, p. 44).

En annen rapport kom i 2017 fra Sintef, der sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble undersøkt (Ose et al., 2019, p. 44). Noen av problemstillingene handlet om hvilke behov for sykepleiefaglig kompetanse sykepleiere i psykisk helsevern og TSB opplever når de skal dekke psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov og hva behovet er for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB. Det ble omfattet 1918 personer i undersøkelsen, der det ble konkludert at sykepleiere har stort ansvar, og at de har omfattende og krevende arbeidsoppgaver. Mange nevnte at det er behov for større innsats for å møte pasientenes behov. Studien viste at det kreves mer kunnskap om medisin fri behandling, om pasienter med minoritetsbakgrunn og om ny teknologi for oppfølging og behandling (Ose et al., 2019, pp. 44 - 45). I 2019 kom også en studie om effekten av å gjennomføre opplæringskurs i psykisk helse for ikke - spesialisert personell i helsetjenestene som viste at det ble noen form for forbedring etter gjennomføring av opplæringskurs (Ose et al., 2019, p. 49). En undersøkelse i 2019 viste at mange av landets kommuner (n=112) har ansatte med erfaringskompetanse og brukererfaring innen psykisk helse og / eller rus, og at 16 kommuner har ansatte med disse kompetansene i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid (Ose et al., 2019, p. 73).

I en studie ble det undersøkt hvilken kompetanse erfaringskonsulenter burde ha for å kunne jobbe som erfaringskonsulent med ROP - pasienter (Brodahl, 2016, p. 374). Innenfor psykiske helsetjenester i Norge kan det finnes flere nye roller for erfaringskonsulenter, medarbeidere med brukererfaring og erfaringsformidlere. Det ble konkludert at erfaringskonsulenter styrker brukerperspektivet i tjenestene. Det ble også gjort et forskningsprosjekt om opplærings- og veiledningsbehov hos erfaringskonsulenter. Studien viste at 53_% erfaringskonsulentene hadde høyskole - eller universitetsutdanning. Det var også flere stillinger som hadde krav om både høyskoleutdanning og erfaringskompetanse, noe som kan påvirke ufaglærte erfaringskonsulenter for å finne en jobb. En tredjedel av informantene svarte at erfaringskonsulenter burde ha felles opplæring eller utdanning, en tredjedel svarte negativt på dette, og resten av dem var usikre om alle erfaringskonsulentene burde ha en felles opplæring eller utdanning. Denne studien viser også at dobbelt kompetanse som kreves forhindrer mange mulig gode kandidater i å søke på bestemte stillinger. Mange fagpersoner står frem med sine erfaringer

innen rus og psykisk helse, noe som kan være positivt, men det påvirker også de personene som skal bruke sine egne erfaringer på en åpen måte i arbeid med ROP - pasienter. Noen mener også at det kan bli veldig belastende å bruke sine egne erfaringer på jobb. Det ble også avdekket at mange fagpersoner ikke godkjenner erfaringskompetanse som en gyldig kunnskap, som er noe som kan påvirke samarbeid på jobb mellom disse to gruppene. Det er veldig viktig å understreke at erfaringskonsulentene i Norge har bedre utdanning enn i gjennomsnittet befolkninger for øvrig. De fleste informantene nevner at det finnes mange gode kurs og opplæring som tilbyr god kunnskap innenfor recovery og empowerment - baserte tilnærminger (Brodahl, 2016, pp. 374 - 379).

For å styrke kompetanse og innsikt hos studenter i videreutdanning for ROP problematikk, ble det gjort et prosjekt mellom Høyskolen i Oslo og Akershus og et DPS (Fødstad & Christiansen, 2014, p. 126). Hensikten med denne studien var å utvikle mer kunnskap og forståelse i arbeid med ROP - pasienter og forbedre samarbeid mellom praksisfelt og skole. Prosjektet startet i 2009 og en av medarbeidere var en person med brukererfaring fra Mental helse Oslo. Fokus var på brukerperspektivet. Fra 2011 begynte sykehus og kommuner over hele landet å søke prosjektmidler for å utvikle samhandling rundt ROP - pasientene som trengte hjelp. Det var 50 studenter som deltok i dette prosjektet fra 2009 til 2013 med mål om å øke sin kompetanse og kunnskap om ROP - lidelser. De skrev fordypningsoppgaver der problemstillingen var knyttet til ROP problematikk. De ansatte ved DPS hadde store utfordringer i møte med rusproblematikk, fordi deres grunnkompetanse primært var knyttet til psykiske lidelser. De følte seg hjelpeløse i kontakt med pasientene når de hadde uttalt et rusproblem, og mange ansatte nevnte at det var så vanskelig å tilby hjelp til ROP - pasienter. Det var helt vanlig at disse pasientene fikk avslag på grunn av rusproblematikk og utfordrende psykososiale problemer, eller alt for lite motivasjon for noen endringer. De fleste studentene hevdet at de ikke erfarte at det ble fokuset på sammensatte lidelser. Mange av disse pasientene sa at de ikke ville oppsøke hjelpeapparatet fordi de hadde dårlig erfaring fra tidligere og mange ganger ble de betraktet som en stigmatisert gruppe. De ville ikke ha noen hjelp før i alvorlig akutt fase. De hadde ikke så mye tro på helsevesen for mange ansatte i kontakt med dem manglet respekt og empati. Studentene fra denne studien sammenlignet det de erfarte i studien med sitt ordinære arbeid. De utalte blant annet at de ønsket å se på pasientene mer helhetlig,

betrakte alle problemer mer samtidig, legge mer vekt på brukermedvirkning, jobbe videre med å øke kompetanse på dette området (Fødstad & Christiansen, 2014, pp. 126 - 134).

En erfaringskonsulent ble involvert i et forskningsprosjekt i 2015. Prosjektet het Opplærings- og veiledningsbehov hos erfaringskonsulenter i Oslo (Brodahl, 2016, p. 375). Studiens mål var å se på hvilke opplærings – og veiledningsbehov erfaringskonsulenter hadde. Både kvantitativ og kvalitativ tilnærming ble utført i undersøkelsen, og undersøkelsen foregikk på Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Undersøkelsen viste at flertallet av erfaringskonsulentene allerede hadde høyskole - eller universitetsutdanning (53_%), en dobbeltkompetanse som kan bli enda mer populært i framtiden (Brodahl, 2016, p. 376).

4.0 Teori / Teoretisk fundament

Her vil jeg redegjøre og begrunne hvordan jeg vil forankre studien teoretisk. Det blir presentert teori som er egnet til å belyse og forstå området jeg vil studere.

4.1 ROP - pasienter

Begrepet ROP - lidelse betyr at en person har minst to selvstendige lidelser samtidig - både psykisk lidelse og ruslidelse. Internasjonalt brukes begrepet som «dual diagnosis» eller dobbeltdiagnose og «concurrent disorders» eller samsykelighet. Begrepet ROP - lidelse benyttes i «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse» - ROP – retningslinjen (<https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>, 2012). En kombinasjon av psykisk lidelse og ruslidelse kan føre til dramatiske konsekvenser både for pasienten selv, deres pårørende og nettverk. Det er mange av pasientene som faller utenfor behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten eller venter lenge på behandling. Mange blir også avvist av forskjellige grunner (Evjen et al., 2018, p. 24).

Mange ROP - pasienter har et liv preget av sosiale og økonomiske problemer, og andelen bostedsløse er høyere enn i den norske normal populasjonen. Pasientene har ofte behov for omfattende og langsiktig rehabilitering og oppfølging. De er oftere innlagt på tvang, enn andre pasienter med psykiske lidelser, blander oftere ulike rusmidler, har hyppige

akuttinnleggelser og avrusningsopphold, og har høyere risiko for selvmord. Avvikende atferd kan også forårsake mer kontakt med politi (Evjen et al., 2018, p. 25).

Noen pasienter utvikler psykiske problemer før rusmisbruk. Andre begynner med rusmisbruk først. Noen pasienter får begge lidelsene samtidig. Disse lidelsene kan bidra til å utløse, forsterke eller opprettholde hverandre (Almvik & Borge, 2017, p. 202).

Helsedirektoratet har gitt sine behandlingsanbefalinger i ROP - retningslinjer (2012). Der anbefales det at pasientens egne ressurser skal støttes under hele behandlingsprosess. Behandlingen skal være integrert, og individuell plan skal brukes (Almvik & Borge, 2017, p. 205). Behandling i oppsøkende behandlingsteam er aktuelt for pasienter som ikke responderer på sykehusopphold eller annen tradisjonell poliklinisk behandling. Andre viktige punkter er at pasienten ikke skal bli utskrevet hvis vedkommende bruker rusmidler under døgnbehandling og at pasienten må få kontinuerlig oppfølging. Det skal unngås brudd i behandlingen. Hvis pasienten har en bolig ved innleggelse i institusjon, bør denne beholdes, og hvis pasienten er bostedsløs, må institusjon og kommune samarbeide og finne en bolig. Pasienten bør også få opplæring i utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning (Almvik & Borge, 2017, p. 206).

Pasienter med ROP - lidelser er en utfordring for helsesektoren. Denne pasientgruppen får tjenester både av spesialisthelsetjenestene i rus og psykiatri, og ulike kommunale tjenester, NAV og fastleger (Vold Hansen, 2014, p. 55). ROP - pasienter viser stor variasjon i problemstillinger, behov og mål, og kunnskap om årsaker og effektive behandlinger for deres lidelser blir sett på som usikre. Prognoser for ROP - pasienter er dårligere enn for pasienter som ikke har dobbeltdiagnose (Bjørkquist & Vold, 2018, p. 233). Det er også utfordringer i organiseringen av tjenestene for disse pasientene. Både oppfølging og behandling kan være komplekst. Det finnes ikke i dag noe samlet register over forekomst av psykiske lidelser og rusavhengighet i Norge, men kommunene har gradvis oppdatert sine tjenester for denne målgruppen over de siste 20 årene og har økt antall ansatte involvert (Bjørkquist & Vold, 2018, p. 234).

I Norge har staten ansvaret for spesialisthelsetjenestene. Disse tjenestene er organisert i forskjellige helseforetak. I de siste årene, som i mange andre land, har det vært av institusjonalisering av pasientene i rus og psykisk helse. Flertallet av spesialisthelsetjenestene

er poliklinisk. En viktig utfordring i poliklinisk behandling er at pasientene må dekke sine egne grunnleggende behov som inntekt, mat og bolig. Hvis de ikke klarer det, kommunene skal yte disse tjenestene. Kommunen skal også yte hjemmebaserte tjenester, som renhold og matlaging for de pasientene som ikke klarer seg selv. Kommunen leverer også medisiner i tilfeller der ansatte ikke kan stole på pasientene at de selv tar medisiner. I tillegg, gir også kommunen ulike former for behandling, som støttende intervjuer og sosial ferdighetstrening (Bjørkquist & Vold, 2018, p. 234).

4.2 Kunnskap

Det kan være vanskelig for ROP - pasienten å vite hva som er hjelpsomt eller nyttig i bestemte situasjoner, men det er ikke påvist god effekt av at behandlere overstyrer personens eget valg (Ulvestad et al., 2012, p. 69). Mange pasienter klarer å vurdere hva som er godt eller vondt for dem, og mens noen uttrykker kritikk mot tilbudet, takker andre for god hjelp (Ulvestad et al., 2012, p. 70).

Faktisk eller eksplisitt kunnskap er bare en del av kompetanse ansatte erverver seg. Det er også viktig med implisitt eller taus kunnskap som kan utvikles gjennom erfaring og refleksjon over egne erfaringer. Implisitt kunnskap er en forståelse av hvordan andre personer virker inn på en selv og hvordan en selv virker inn på andre personer. En viktig forutsetning for denne kunnskapen er interesse for andre mennesker, deres følelser og tanker (Haugsgjerd et al., 2009, p. 25).

Det har vært endringer i kunnskapsfeltet knyttet til psykisk helse der pasienten har forandret rolle fra en passiv mottaker av tjenester til en mer aktiv deltaker i behandlingen. Den nye rollen krever at pasienten bruker sin erfaringskompetanse. Dette krever at ansatte lar pasienten utøve sin kunnskap i et samarbeid som likeverdige partnere (Sørly, 2017, p. 295).

Mennesker skaper kunnskap gjennom daglig interaksjon. Det er ikke noe vi eier, men noe vi kan skape sammen. Innsikt er et synonym til kunnskap, som kan knyttes til en forståelse av motivasjon bak ens egne tanker og handlinger. Omsorgsfagene omfatter flere kunnskapsformer, der teoretiske kunnskapsformer er en av disse. De er forskningsbaserte eller vitenskapelige, kjent som evidensbaserte kunnskapsformer. Det finnes også praktisk kunnskap. Den innebærer ulike metoder, teknikker og fremgangsmåter som kan brukes i

praksis, og tilpasses til ulike praksissituasjoner. Erfaringsbasert kunnskap er siste formen for kunnskap og den kan utvikles gjennom samtaler og relasjoner. Brukerens kunnskap er et eksempel på erfaringsbasert kunnskap (Sørly, 2017, p. 296).

Det finnes ulike kunnskapstradisjoner blant pasienter, pårørende, ansatte og helsemyndigheter. Det finnes blant annet to kunnskapssyn, som kan betraktes i form av det naturvitenskapelige perspektivet og det kontekstuelle perspektivet. En naturvitenskapelig tilnærming ser en person eller sykdom som et objekt eller en «ting». Dette perspektivet har en lang tradisjon. Det tilhører leger og andre medisinsk personell og har et bredt nedslagsfelt i psykiatri (Ørstavik, 2008, p. 113). Det kontekstuelle perspektivet har en lavere status på psykisk helsefelt og tilhører dem som har makt og status på feltet. Her forsøker ansatte å forstå pasienten i den sammenhengen vedkommende lever. Dette perspektivet har stor plass i tjenester som har fokus på bedringsprosesser, hverdagsliv og arbeidsliv (Ørstavik, 2008, p. 114).

Kunnskap kan gi trygghet, som blant annet er veldig viktig i kontakt med pårørende. God informasjon til pårørende gjør at de håndterer lettere situasjoner med ROP - pasienter. Pårørende er viktig og bør inkluderes på passende måter uansett om pasienten er barn eller voksen. Det kan hindre frustrasjon og uforstand (Ulvestad et al., 2012, p. 149).

4.3 Kompetanse

Personer som jobber i psykisk helsevern, bør kontinuerlig stå i en personlig utdannelsesprosess for å kunne forvalte sitt ansvar og sin posisjonsmakt. Dette er en krevende og langvarig læringsprosess. Utvikling av personlig dømmekraft er viktig i arbeid med ROP - pasienter og ansatte møter komplekse etiske spørsmål og dilemmaer. Etisk kompetanse er en kombinasjon av faglig etisk fundament og erfaringsbasert bevisstgjøring (Biong & Ytrehus, 2020, p. 78). Personer som jobber med ROP - pasienter må kunne reflektere og beslutte, må være bevisst sin egen identitet, og egne og andres innflytelse på dem. Dette krever en egen yrkesetikk med godt formulert verdigrunnlag og yrkesetiske retningslinjer (Biong & Ytrehus, 2020, p. 79).

Det er viktig å studere faktorer som påvirker samspillet mellom pasienten og behandleren. Disse faktorene er viktige for et godt resultat. Viktig informasjon i hele prosessen er

pasientens motivasjon for behandling, forventinger og tanker om sykdomsforløp. Klinisk kompetanse er viktig for diagnostiske vurderinger, planlegging av behandling og evaluering av klinisk arbeid. Målsettinger og innhold i behandlingen skal utarbeides i samarbeid med pasienten (Ulvestad et al., 2012, p. 271).

4.4 Recovery

Begrep recovery innen psykisk helsearbeid har blitt studert fra forskjellige perspektiver gjennom de siste 30 - 40 år. Fra dette perspektivet skal pasienter selv legge premisser for sitt liv og for det hjelpetilbudet som eventuelt trengs. Dette begrepet kan oversettes til svensk «återhentring» og til dansk som «om komme seg», men det har vært umulig å oversette det direkte til norsk antakeligvis fordi begrepet recovery lenge har blitt allment brukt (Almvik & Borge, 2017, pp. 99 - 100).

Amerikansk Patrisia Deegan, som selv var psykiatrisk pasient og senere psykolog og forsker ved Boston University, snakker om recovery både fra sin erfaring og fra fagkompetanse. Hun definerer recovery som en prosess, en måte å leve på og hvordan en møter dagens utfordringer. Hun hevder at det er særlig viktig å gjenetablere følelser av integritet og formål, innenfor og utover sine begrensninger. Hun flytter dermed fokus fra sykdommen, til noe som gjelder hele livet fra et eksistensielt perspektiv (Almvik & Borge, 2017, p. 101).

Innen psykisk helse er det vanskelig å beskrive og definere «feilen» hos en pasient, og enda vanskeligere å reparere dem. Pasientene med samme diagnoser kan ha helt forskjellige behov og mål. En diagnose kan bare gi begrenset informasjon om en pasient. Derfor er det viktig å bli godt kjent med pasientene og deres ulike historier. Ruth Ralph, som har vært både forsker ved University of Southern Maine i USA og har sine egne brukererfaringer, definerer recovery som en prosess hvor pasienten skal lære å overvinne sine handikapp, lære ferdigheter og leve uavhengig. I denne prosessen er det viktig å ha støtte av dem som tror på pasienten og gi ham håp (Almvik & Borge, 2017, pp. 103 - 104).

Recovery tar utgangspunkt i at bedring er en personlig og sosial prosess. I denne prosessen er målet at pasienten kan leve et meningsfylt liv til tross sine begrensninger. I recovery - praksiser stiller den profesjonelle hjelperen sin kompetanse til rådighet for et menneske som er hjelpetrengende. Grunnleggende i dette forholdet er tillit, og det betyr at ansatte har

autoritet til å kunne hjelpe, har kompetanse til dette, ønsker å hjelpe personen, og ikke bruker sin makt på feil måte. Det er viktig å prioritere kompetansebygging, kurs og utdanning som påvirker egenskaper, holdninger og ferdigheter som alle ansatte burde ha, fordi ansatte som er nysgjerrige kan jobbe bedre verdibasert (Karlsson & Borg, 2017, pp. 142 - 147).

Faktorer forbundet med recovery er støttende sosiale nettverk, trygt opphold, aktiviteter som bygger selvtillit og avholdenhet, og forberede mestringsstrategier.

Empowerment, livskvalitet, egen mestring, velvære og resiliens er beslektede begreper til recovery. Forsker Larry Davidson beskriver recovery som en prosess mot positiv identitet, uavhengig av pasientens tilstand (Evjen et al., 2018, p. 42). Recovery - orientert praksis har som mål at pasienten kan leve med sin psykiske lidelse, men med høy grad av håp, empowerment, velvære og livskvalitet. På engelsk brukes gjerne benevnelsen «being in recovery» istedenfor «being recovered». I recovery prosessen må pasienten finne ressurser i seg selv. Han finner støtte i venner, familie, kollegaer eller fagpersoner. Pasientens egen forståelse av livskvalitet er sentralt i recovery prosesser og ansatte må vite hva pasienter ønsker å oppnå og hvilke ressurser pasienten har. Mange har som mål å komme i arbeid eller å ha meningsfulle aktiviteter, skaffe en bolig eller å få et sosialt nettverk. Problemer som kommer i veien, forsøker å løse underveis (Evjen et al., 2018, p. 42).

Recovery er anbefalt i ROP retningslinjen (2012) hvor det understrekes at pasientens egne ressurser må støttes under hele behandlingsprosessen. Norske forskere intervjuet ROP pasienter og spurte hva de tror det er viktig vedrørende recovery (Evjen et al., 2018, p. 43). De fleste ROP - pasientene hevder at det er viktig for dem å klare å løse praktiske problemer, og, samtidig som man anerkjenner kompetanse hos ansatte. SAMHSA (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration) gjorde en studie som fokuserte på recovery - faktorer. Pasientene i denne studien snakket om det hva som er viktig for dem i recovery. Blant annet, nevnte de som vesentlige faktorer håp og optimisme, mulighet for individuelle variasjoner og mål, helhetlig tenkning, et perspektiv hvor alle er like mye verdt, respekt og ansvarlighet, mestring og gjensidighet i relasjoner (Evjen et al., 2018, pp. 43 - 44).

Marit Borg (2007) skriver om betydningen av hverdagsliv hos pasienter med psykiske lidelser. Dette betyr ikke bare helbredelse eller symptomfrihet, men om å ta kontroll over sitt eget liv på sin egen måte, og i eget tempo (Norvoll, 2019, p. 197).

Et dansk prosjekt «Recovery orientering» (2003-2006) fant ut at mange pasienter med psykiske lidelser, og deres pårørende mener at det er viktig å ha et liv der de kan være til nytte for samfunnet. Det er også viktig å bruke sine egne ressurser og få anerkjennelse for det de gjør. Selv om mange har symptomer og vansker, kan de anse sitt eget liv som tilfredsstillende om disse ikke er i hinder for å leve (Norvoll, 2019, pp. 197 - 198).

Antony (2006) hevder at det å møte disse pasientene med tillit og respekt er en veldig viktig forutsetning for recovery, men at det er veldig vanskelig å oppnå det i et system hvor tvang er ofte i bildet (Norvoll, 2019, p. 198).

Borg (2007) skriver at profesjonelle hjelpere må vite hva som faktisk hjelper (Norvoll, 2019, p. 198). Det kan være små ting som daglige aktiviteter, stelle hagen eller gå tur med hunden. Hjelpere kan ikke bare være opptatt av diagnoser og symptomer, men bør skal den de skal hjelpe i forskjellige livssituasjoner, med sine både positive og negative sider med hensyn til deres rettigheter. Det er vanskelig å planlegge recovery med ROP - pasienter og det kan oppstå uforutsigbare hendelser. Disse pasientene krever ofte bistand på ulike arenaer som arbeidsliv, fritid og hjem. Recovery må derfor bli en integrert del av pasientenes sitt liv og har sterk sammenheng med sosiale og kulturelle kontekster (Norvoll, 2019, p. 198).

Wampold og Brown (2005) konkluderer i sin forskning at mange pasienter sier at avgjørende faktor i behandlingsprosess var god relasjon mellom terapeuten og dem fra første stund. Det var mulig å avdekke slike forhold fordi forskerne tok i betraktning subjektive opplevelser og livshistorier mer enn utelukkende et «diagnose - medisin» perspektiv (Norvoll, 2019, p. 199).

4.5 Empowerment

Begrepet empowerment er veldig omfattende, og har sammenheng med makt og myndiggjøring. Mulighet til å ha kontroll over eget liv kan betraktes fra dette maktaspektet. Empowerment betyr ikke bare å ha en bolig eller en jobb. Viktige forutsetninger for å realisere empowerment er selvtillit, selvbylde, kunnskap og ulike ferdigheter. Begrepet empowerment handler om makt og avmaktrelasjoner og om at personen er bevisst på sine egne roller knyttet til selvstyring og egenkraftmobilisering. Eriksen (2007) beskriver empowerment som selvoppreisning. Det er en aktiv prosess hvor personen må dra seg selv opp for å få til endring i livet, som er en individuell prosess. Derfor er det viktig at alle som

jobber med ROP - pasienter har kunnskap om empowerment - prosesser slik at pasienten kan bli satt i posisjon til å realisere sin autonomi (Sjåfjell & Myhra, 2015).

Begrepet empowerment treffer vi overalt i samfunnet i dag. Asheim beskriver dette begrepet som «alle vil eie» brukt i ulike sammenhenger, med forskjellige definisjoner og meningsinnhold (Askheim & Starrin, 2007). Derfor er det viktig å definere begrepet på riktig måte når det tas i bruk. Empowerment er et begrep sammensatt av kraft, styrke og makt, som handler om å styrke kunnskap, ferdigheter, selvtillit og selvbilde slik at personen ta makt og kontroll i eget liv (Askheim, 2012, p. 12).

Makt er kjernen i empowerment. Makt kan forstås som makt over noen eller at man kan påvirke noen andre til å gjøre noe de ellers ikke ville gjøre (Askheim, 2012, p. 79). Den skjer ofte at hvis en får makt, mister en annen sin makt (Askheim & Starrin, 2007, p. 36). Makt knyttes ofte til noe negativt, men den kan også bety mulighet til å ta kontroll (Tveiten & Boge, 2014, p. 18). Begrepet empowerment er knyttet til borgerrettighetsbevegelser i USA og andre demokratiske prosesser rundt 1970 - tallet (Tveiten & Boge, 2014, p. 15). Det hadde også sammenheng med kvinnebevegelser, forskjellige selvhjelpsorganisasjoner og homsebevegelser (Askheim, 2012, p. 11). Her snakker vi om undertrykte grupper som hadde kamp for likeverdige rettigheter i samfunnet. Paulo Freire, som var pedagog, hadde sine teorier om herre - slave, hvor herre (for eksempel staten) får makt slik at slaver tror herskerens bilde av verden er helt korrekt og uten noen andre alternativer. Freire satte fokus på utdanning og bevisstgjøring slik at personen skulle kunne ta i bruk motmakten (Freire, 1999, pp. 9 - 16). Hans teorier kan også ses i et politisk perspektiv hvor fattige kjemper for rettigheter.

I dag handler empowerment - begrepet om individuell selvrealisering og selvstyrking (Askheim & Starrin, 2007, p. 15). Individuell empowerment betegnes av og til som individuell psykologisk empowerment, som setter fokus på at dette skjer i individet (Tveiten & Boge, 2014, p. 17). Videre beskrives dette som den enkeltes mulighet til å ta beslutninger og ta kontroll over eget liv.

5.0 Metode og metodiske overveielser

5.1 Design og utvalg

Min studie bygger på kvalitative intervjuer med 10 personer - 2 ledere og 8 ansatte som jobber ved 3 forskjellige avdelinger i psykisk helsevern med ROP - pasienter. Deltakerne ble rekruttert etter sin interesse i studie og hadde minst ett års erfaring i arbeid med psykiatriske pasienter og rusmiddelbrukere. De ble spurt om deltakelse etter at jeg hadde spurt deres ledere på de tre forskjellige om å dele informasjon om studien. De ble så kontaktet gjennom telefon og e-post for å gi mer informasjon og avtale intervju.

Informantene til min oppgave er ansatte i 3 forskjellige institusjoner som jobber med ROP - pasienter. Jeg hadde 10 informanter fordelt i 2 grupper - ledere og den andre gruppen er sammensatt av sykepleiere, vernepleiere, erfaringskonsulenter og en sosionom. Alder av informantene var fra 30 - årene til 60 - årene og kjønnene fordelte seg på 7 kvinner og 3 men. Intervjuene ble gjennomført mellom desember 2020 og februar 2021. Alle intervjuene ble tatt opp med diktafon. Jeg erfarte at det veldig praktisk å ha intervjuguiden fremme for å hjelpe meg og informantene å holde fokus. Det ble ikke forstyrrende for flyten i intervjuene. Alle intervjuene forløp for alle informantene hadde mye å si om hvert spørsmål jeg spurte. Jeg kunne bare sitte og lytte i lange perioder, uten å komme med utdypende spørsmål. Min vurdering var at informantene var informasjonsrike i forhold til problemstillingene. Intervjuguidene fungerte stort sett som sjekklister. Jeg kunne være tryggere at intervjuene inkluderte alle aktuelle temaer. Intervjuprosessen gikk veldig bra med små utfordringer på grunn av Covid - 19 og forandringene av tidspunkt til bestemte intervjuene. Tiden brukt på hvert intervju varierte mellom 40 til 60 min.

Jeg brukte mer tid til de tre erfaringskonsulentene. De hadde alltid mye å si, og intervjuene med dem tok en time. De var meget interessert i å prate med meg og de sa at de alltid tar intervju med studenter, når de får anledning. De var veldig detaljerte i beskriving og jeg hørte mange ulike historier, som hjalp meg til å forstå bedre problematikken som er aktuelt for min studie. Allerede i intervjuene kom til uttrykk helt annerledes perspektiv i forhold til ROP - pasienter enn de andre ansatte hadde, og de snakket mye mer åpenbart.

5.2 Forskningsetiske vurderinger

Min studie ble utført på Stavanger Universitetssykehus og krevde godkjenning fra sykehuset. Søknad og meldeskjema ble sendt før prosjektstart.

Alle deltakere fikk skriftlig informert samtykke før intervjuet. Deltakerne skal være beskyttet på flere nivåer. Personopplysninger ble ikke oppbevart lenger enn det som var nødvendig for min forskning, og de ble bare brukt til studiens mål. Dataene ble oppbevart i min låste PC og skal slettes straks jeg leverer masteroppgaven til universitetet. Formidling og publisering av prosjektmaterialet har blitt anonymisert. Navn på informantene ble byttet med andre navn.

5.3 Validitet og reliabilitet

Mitt eget ståsted er utdannelse som geriatrisk sykepleier og flere års erfaring med forskjellige psykiatriske og ROP - pasienter. Jeg har møtt pasienter med svært liten innsikt i egen sykdom. Alt dette kan bli en fordel i en forskning, men det kan også påvirke analyseprosessen i ønsket retning. Utvalget ble hentet fra et begrenset område, og derfor gir min studie ikke grunnlag for generalisering.

En av fordelene i min studie er bruk av temaanalyse som bidrar til å bevare deltakernes identitet. Det er også vanskelig for den enkelte deltakeren å bli gjenkjent av andre i en temaanalyse, på grunn av beskrivelsene som ikke presenteres i sin helhet. Og det er også vanskelig for deltakeren å kjenne seg igjen i teksten. Det er viktig å bli forsiktig med spesielle ord og uttrykker som kan føre til identifikasjon (Thagård, 2018, p. 180).

5.4 Innsamling av data

For å få svar på problemstillingen, og for å belyse og forstå problematikken, valgte jeg en kvalitativ tilnærming med intervju som metode for datasamling. For å få troverdige svar på det jeg søkte å belyse, valgte jeg to grupper, fordi jeg tenkte de kunne gi adekvat informasjon som kan gi best mulig svar på min problemstilling. Det viktigste her er at deltakere klarte å redegjøre for sine subjektive opplevelser av et fenomen. De kunne fortelle sin egen historie med egne ord og ble ikke påvirket av forskeren (Arntzen & Tolsby, 2010, p. 54). En gruppe var arbeidere med relevant fagutdanning eller erfaring som jobbet som miljøpersonell på tre ulike avdelinger innenfor psykisk helsevern, hvor jeg ønsket å finne ut hva slags kompetanse

de hadde, hva de opplevde på jobb, hvordan de så på utfordringer hver dag, om de kunne yte fullstendig hjelp når det krevdes, hva de trodde kunne bli bedre eller forandres på jobb slik at pasientene kunne få enda bedre hjelp.

Den andre gruppen for kvalitativt intervju var ledere i psykisk helsevern. Jeg ville undersøke hva de mente om læringsplanen ved skolen, om de nok hadde kvalifisert fagfolk til jobb, om de fikk tilstrekkelig opplæring, veiledning og kurs før starten av jobben og senere, og om de klarte å bruke det som var lært i praksis.

Jeg har både god og dårlig erfaring i min praksis når det gjelder kompetanse hos folk som jobbet / har jobbet med meg, og den dårlige erfaringen var akkurat min største årsak til å forske på dette området.

5.5 Analyse

Jeg brukte temaanalyse i min studie. På denne måten kunne jeg analysere data om hvert tema fra alle deltakere og gå i dybden på de enkelte temaene. Det gav mulighet til å vurdere beskrivelser av enkelte samhandlingssituasjoner hos deltakere. Jeg utviklet forståelse av dataene da jeg analyserte sammenheng mellom temaene. Temaanalyse inneholder fyldige beskrivelser fra alle deltakere (Malterud, 2018, pp. 171 - 172). Tematisk analyse i oppgaven min er inspirert av Braun & Clarke 2006. Jeg benytter også guiden til Moira Maguire og Brid Delahunt - «Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step - by - Step Guide for Learning and Teaching Scholars».

Det er 6 trinn i tematisk analyse:

- 1.Gjøre seg kjent med datamaterialet
- 2.Koding
- 3.Temaer
- 4.Redefinering av temaene
- 5.Beskrive og navngi temaer
- 6.Skrive rapport

I første fase av analysen ble jeg kjent med dataene. Jeg leste materialet gjentatte ganger og skrev mine observasjoner og tanker underveis. I andre fase kodet jeg relevante sitater fra dataene. Kodene ble delt i fire ulike kategorier (vedlegg 6). Jeg gjorde dette systematisk og brukte lang tid. I tredje fase brukte jeg ulike koder til mer overordnede temaer. I fjerde fase sjekket jeg at temaene passet til kodene og dataene. I femte fase lagde jeg tydelige navn på temaene. Sjette fase er siste mulighet for analyse. Jeg valgte ut sitater som var relaterte til forskningsspørsmål.

Analyseprosessen startet allerede i løpet av intervjuene. Jeg forsøkte å danne meningsheter og koder. Denne delen av analyseprosessen kan ifølge Malterud, sammenliknes med sortering av klær ved klesvask i ulike farger og typer stoff (Malterud, 2012, p. 796). Meningshetene ble oppsummert i ulike temaer. For hvert tema var det viktig at deltakere kunne fortelle noe som var viktig for å belyse mine forskningsspørsmål.

Undertegnede gjennomførte intervjuene, kodet og analyserte datamaterialet selv. Veilederen kom med innspill og tanker gjennom analyseprosessen. Jeg leste gjennom hele materialet gjentatte ganger og tok notater underveis. Jeg måtte klippe ut flere sitater gjennom analysen, og beholdt dem som var mest relatert til mine forskningsspørsmål. Veilederen og jeg diskuterte flere ganger sitater og temaer.

6.0 Funn / Resultater

6.1 Relasjon og utfordringer

Ansatte beskrev hva slags faglige styrker de har, og hvordan de bruker dem i arbeid med sine pasienter.

De fleste informantene mente at de er veldig flinke til å skape gode relasjoner til pasientene, noe som er kan bli avgjørende for behandlingsutfall. En av informantene kalte dette balanserelasjon, og settes opp sammen med evne til systematikk og grensesetting.

Intervjuene viser at god dialog med pasientene betyr enormt mye, selv om det er ofte uenigheter. Pasientene kommer til slutt til å få hjelp for de fleste føler at de tilhører til disse avdelingene. En av informantene sa:

... «Jeg får oversikt veldig lett, har god relasjon til pasientene som alle her, det er balanserelasjon ... Alt for lite utagering beviser det ... Vi har ganske god dialog med pasientene ... Får helheten i oversikten og er effektiv i medisinlegging, skrive henvisning, jeg er flink særlig i å skrive god henvisning ... Jeg har god kunnskap om psykiatri, diagnose og kartlegging» ... (Olav)

En av de ansatte har erfaringskompetanse, og selv om han ikke har formell fagkompetanse opplever han at relasjonsbygging fungerer fint:

...» Jeg har gode relasjoner til brukerne, jeg kjenner dem fra tidligere, jeg har ingen fagkompetanse, men jeg er flink til å finne måte å løse ting, er løs orientert og får lett ting gjort» ... (Erik)

Tone setter grensesetting og relasjonsbygging opp ved siden av hverandre:

... Jeg kan sette meg i pasientens situasjon ... Har god relasjon med pasientene ... Kan lett sette grenser og hjelpe til pasientene ... Det er mange som trenger at du blir «mor» eller «bestemor» til dem, men vi må bli tydelig» ... (Tone)

Alle informantene syntes at denne jobben var veldig spennende og opplevde positive utfordringer. Alle de erfaringskonsulentene hadde mye å si om temaet, særlig om selve kontakten med pasientene. De understreket at det var veldig spennende med forskjellige prosjekter og årskontroll til pasientene der de sjekket somatisk helse, hadde tannleggekontroll eller blodprøver. Dette var noe som førte til skadereduksjon og det ble avdekket en del smittesykdommer.

Noen av informantene mente at det var veldig utfordrende å se sin egen innsats i forebyggende skadereduserende tiltak hos ganske krevende pasienter:

...» Mest spennende i jobben er å klare å få til og gi pasienten en bedre hverdag. Mange har alvorlig psykoseproblematikk, dårlig boevne, komplekse historier og traumer. Det er godt å få etablert hjelpeapparat, adekvat medisinering, at rusen blir redusert eller at pasienten

kanskje blir rusfri, at de fungerer på en mye bedre måte. Vi har veldig unge pasienter som ikke har en lang rushistorie og det er viktig å klare å henvise dem til rusbehandling slik at de etter hvert blir rusfri, leve normalt liv, få normal jobb. Det er kjempespennende og ivrig å få strukturen på plass. «... (Anne)

En av erfaringskonsulentene innrømmet hva han opplevde som mest spennende for ham og hvordan hans egen erfaring påvirket relasjonene til pasientene:

...» Mest spennende i denne jobben er ruserfaring og ruskriminalitet. Jeg var person som hadde store problemer og utfordringer, måtte slitte mye til å komme til å bli et produktivt medlem av samfunnet. Mest utfordrende er relasjoner til urolige pasienter, pasienter med psykose eller når de trenger innleggelse. Det jobbes mye til å omplassere pasientene i et rusfritt miljø. Vi har mange organisasjoner som hjelper.» ... (Henrik)

Olav nevnte flere forskjellige prosjekter og forskninger i forhold til somatikken. Han snakket også om prosjektene som planlegges i framtiden:

...» Vi har begynt med forskning på hepatitt C, prosjekt sammen med LAR Bergen og Helsedirektorat. Alle med hepatitt C skal bli ferdig utredet frem til 2023, skanning av lever, hvilken type de har, hvilke tabletter de kan ikke ta. Vi skal begynne med prosjekt med pasienter med KOLS, skal se på trening, at de slutter å røyke. «... (Olav)

De fleste informantene ble helt enige i det at god dialog med pasientene var grunnleggende i kontakt med ROP - pasientene, selv de hadde veldig krevende pasienter:

...» Det er mange pasienter med vanskelig dialog, særlig de som trenger behandling.» ... (Emilie)

Det var også informantene som liker kompliserte saker og utfordringer:

...» Det er alltid noe spennende, vi har litt mer kompliserte saker. Jeg liker best å ha utfordringer for da lærer jeg best. «... (Marie)

Erik syntes at det er bra det er variasjoner på jobb, særlig når de får nye pasienter:

...» Det er store utfordringer når vi får nye pasienter, som krever litt mer tid og hjelp. Det er mye psykiatri. Det er mest utfordringer med de pasientene som er behandling resistente. Derfor må vi få god relasjon med dem. Jeg liker best de vanskeligste pasientene. Ingen dager er like.» ... (Erik)

Det var også de ansatte som selv følte veldig god effekt av sin jobb.

...» Mest spennende er personlig utvikling. Det er helt utrolig.» ... (Tone)

Nesten alle informantene hevdet at jobben var stressende på forskjellige måter, men at de mestret det godt på grunn av teknikker og kunnskap de hadde, kollegastøtte og godt samarbeid. Alle likte å komme på sin jobb, selv om de var helt bevisste på muligheter til å ha konflikter. De forventet ofte konflikter på jobb, men hvordan problemet skal bli løst var veldig avhengig av hvor mye ansatte kjenner sine pasienter og om det er mulig å forutsi situasjoner i framtiden.

Halvparten av informantene hevdet at de ikke hadde noen belastning eller stress på jobb:

...» Vi jobber med mange som har ganske høy voldsrisiko, mange har personlighetsforstyrrelse, men vi har faktisk veldig lite alvorlige hendelser. Vi er egentlig bare hjelpere og dette er grunn til å ha lite konflikter. De skjermes ikke, ansatte trekkes ut fra situasjon. Vi har regelmessige øvelser for å forebygge voldshendelser og vi lærer hvordan vi kan bruke samtale hos disse pasientene, TMA eller MAP kurs.» ... (Anne)

Det er en informant som hevdet at hun føler seg trygt på jobb og at ansatte er kjent med retningslinjene:

...» Vi har retningslinjer hvis det er verbale eller fysiske trusler, når vi kontakter politi, for eksempel. Jeg føler meg aldri usikker, jeg gruer meg ikke når jeg kommer på jobb. De kan skrike, hile, hive koppen i veggen.» ... (Tone)

Det var flere som syntes at jobben ikke er stressende, selv de jobber med krevende pasienter:

...» Jeg opplever ikke noe krenkende. De kan slå i veggen når de er sinte, men vi er kjempeflinke.» ... (Beate)

...» Jeg opplever ikke at det er så stressende jobb, selv om det er konflikter ofte, for eksempel, de vil ha medisiner i tillegg.» ... (Marie)

Den andre delen av informantene hadde helt annerledes mening. Denne jobben var stressende for dem på ulike måter:

...» Det er stressende jobb. Det er en belastning å se mange triste skjebner. De kan bli sinte, sparke i veggen, etter på unnskylder de seg. Mye frustrasjon.» ... (Erik)

...» Det er stressende jobb, vi kan havne i skikkelige krangler, vi er ikke enige. Det er mange pasienter med lav terskel til å treffe dem.» ... (Henrik)

En av informantene forklarte hvordan hun mestrer stress på jobb:

...» Ja, det er stressende jobb, men vi mestrer alt gjennom forskjellige kurs og gode kollegaer. Hvis noen trekker seg, kommer andre kollega, som kjenner bedre en pasient.» ... (Sofie)

6.2 Rammer, prioritering og opplæring

Det er mange forskjellige prioriteter i arbeid med ROP – pasienter, der de fleste informantene først og fremst fokuserte på god relasjon og dialog med sine pasienter. Mange pasienter avslo noen tilbud eller hjelp, men at de etter hvert kom til sin behandler og aksepterte hjelpen,

fordi de allerede hadde god kontakt med behandleren, og begynte å tro at dette var den beste løsningen for dem. For eksempel opplever mange pasienter store endringer i sitt liv når de får bolig. Det er mange som trenger en plass å bo for å fortsette med neste steg i hele prosessen, fordi det da kan åpnes for muligheter som kan føre til enda bedre behandling eller at de blir rusfri. Derfor prioriteres godt samarbeid med kommune og NAV, som disse sitatene viser:

... «Det viktigste er å skape stabile og trygge rammer rundt pasientene, å hjelpe til å få permanent boplass, stabil økonomi, å bli rusfri, begrense skader, å trygge hver dag ... Det alt må bli på plass før vi starter med behandlingsprosess» ... (Anne)

Det var også mening at det er viktig å prioritere tverrfaglig på jobb:

... «Det viktigste er å jobbe tverrfaglig hele tiden ... Overlege, psykolog spesialist, sykepleiere, vernepleiere, sosionom, barnevernspedagog må bli inkludert ... Dette er hele spekteret og de bruker hverandres kompetanse etter pasientens behov» ... (Sofie)

For en av informantene var det respekt på første plass som prioritet:

... «For meg, prioritet betyr å vise respekt til pasienten ... De har frivillige rettigheter hos oss ... det er viktig å skape relasjoner» ... (Henrik)

Erstatningsmedisiner er viktig for bestemte pasienter og noen av ansatte er veldig opptatt av at levering av medisiner gjøres på en riktig måte:

... «At medisiner, erstatning medisiner skal gå ut, det skal gjøres på riktig måte ... Det kliniske blikket er viktig, at de får plass når de trenger ... Vi er særlig forsiktig med de med psykoser, vi ser at de snakker med seg selv, er paranoide ... Obs på spesielle ting ... De får lov å ruse seg ved siden av medisiner. Vi legger medisiner for en måned ... Det kliniske blikket på pasientens hverdag er veldig viktig, rusbehandling, henvisning til rusbehandling, kontakt med fast lege og kommune, hjemmetjeneste og Nav på grunn av bolig» ... (Olav)

Meningsfylte aktiviteter hjelper mye pasienter for hverdagen får noen betydning, de føler tilhørighet og får litt av sosialt nettverk. Mange av dem får bedre helse, både psykisk og somatisk for de deltar i noen sport, til og med i konkurranse:

... «Først og fremst å komme i dialog med pasientene, bli kjent med dem, mål og plan for behandling, aktiviteter ... Det påvirker mye hvordan de skal være etter utskrivning ... Jeg er lite på kontor og mye mer ute hos pasientene, og det er best for dem» ... (Marie)

De 10 informantene som ble intervjuet hadde forskjellig utdanning og erfaring med ROP - pasienter. Det var 4 sykepleiere, 2 vernepleiere, 3 erfaringskonsulenter og 1 sosionom. To av dem jobbet som ledere. En av sykepleierne hadde master utdanning i rus og psykisk helsearbeid. Fagpersonene hadde jobbet fra 5 til over 30 år med denne pasientgruppen. Den korteste erfaringen på jobb hadde de erfaringskonsulentene, fra 3 til 5 år. De to lederne som var utdannet sykepleiere hadde erfaring fra rundt 30 år i psykisk helse. Fagpersonene nevnte at de fleste hadde jobbet på forskjellige plasser før de startet på nåværende jobb. De hadde jobbet i demensomsorg, hjemmesykepleie, bofellesskap, sykehus og i kommunen med ROP - pasienter. Erfaringskonsulentene hadde også veldig rik erfaring. De sa at de hadde jobbet med ungdom tidligere, støttegrupper, sengepost på sykehus, A - larm (brukerorganisasjon som har ulike tilbud som kaffepraten, yoga, grupper for pårørende, foreldre og barn grupper, kvinnegrupper), veksthuset (behandlingsinstitusjon for kvinner og menn over 18 år som er avhengige av rusmidler) og andre rusinstitusjoner.

Da informantene ble spurt hvorfor de ville jobbe akkurat med denne gruppen, fikk jeg forskjellige svar. En sykepleier snakket om at hun hadde praksis i dette feltet, og at hun ble veldig interessert i dette som student. Hun fikk tidlig jobb og tenkte ikke å bytte den. En annen sykepleier hadde lyst til å jobbe med disse pasientene fordi han følte seg så selvstendig i jobben, han fikk god oversikt i behandling, han fikk send henvisninger. Han ønsket å ha sin egen pasient og bli ansvarlig for årskontroll, medisinutlevering, kartlegging av psykisk helse, få eventuell henvisning til psykolog. En vernepleier sa at hun ville få det bedre og at hennes ønske hadde litt familiebakgrunn. De erfaringskonsulentene var helt enige i det at de ville gjøre noen forskjell. En av dem var så ivrig at han ville gjøre noen forskjell for pasientene på et høyere nivå og noen andre posisjon for å hjelpe dem.

Alle informantene sa at de klarte å mestre sin jobb godt. De likte å inneha forskjellige roller på jobb. Mange av dem likte mulighet til å få faglig utvikling på jobb. En av dem understreket at det var godt med variasjonene fra kjempehektisk levering av medisiner til ansvarsgruppemøter med kommune og fast lege. En vernepleier likte best sin rolle til å jobbe med disse pasientene, som trengte litt mer oppfølging. En erfaringskonsulent likte best sin rolle til å motivere sine pasienter i møter og å forbedre deres livskvalitet. Han likte særlig å møte sine pasienter «utenfor» hvordan han sa eller hjemme. En dame som var erfaringskonsulent, hadde mye å si om sine roller. Hun var ansvarlig for gravide og var selv gravid da hun var pasient på samme plass. Det skjedde for flere år siden, men hun hadde ganske dårlig erfaring fra den perioden. Hun sa at det var mange leger og sykepleiere som mente at de hadde mye rett på bare fordi de var lenge på skolen. Hun traff mange uhøflige fagpersoner med høy utdannelse da hun var pasient. Hun nevnte at mange pasienter var sårbare og usikre i kontakt med ansatte fra tidligere, antakeligvis på grunn av dårlig erfaring. Hun likte også sin rolle som gav mulighet til å ha daglige relasjoner med pasientene. Selv om hun ikke kunne mange medisinske uttrykk, kunne hun mye bruker basert og hadde mye om brukererfaring.

Prosedyrer og rutiner i alle disse institusjonene var veldig viktige, og alle informantene sa at de var godt iverksatt på jobb. Alle sa at ledere hadde hoved rolle når det gjaldt prosedyrer og rutiner som var aktuelle. Det var også aktuelt med håndbok og bestemte avdelinger hadde sine egne prosedyrer basert på erfaringene ansatte hadde - egen prosedyrehåndbok. En erfaringskonsulent sa at han måtte sette seg inn i pasientens rettigheter, pasientens retningslinjer og at han ble sendt på forskjellige kurs. En av sykepleierne sa at tidligere var det ganske dårlig situasjon i arbeid med denne gruppen, og at det var veldig krevende jobb og stort ansvar, men at det etter hvert ble litt forandret. En informant sa at hun ble veldig glad siden hun fikk alle prosedyrer skriftlig. Hun sa at de hadde mye fokus på utagering og at de måtte få mye opplæring i dette. Det var også nevnt fagdager, e - kurs, men at det var mye lettere når det ble gjort praktisk.

Det var mye fokus på opplæringen av nyansatte i alle disse tre institusjonene. En svarte at nyansatte fikk god tid til å lære prosedyrer og rutiner og daglig struktur de hadde på jobb. De hadde oppsøkende behandlingstimer før de gikk ut i pasientens arena. Noen hadde ikke egen bolig, noen hadde privat bolig, noen var i fengsel, og derfor var opplæringen veldig variabel og

den foregikk med å gå sammen med mentor for å bli tryggere. Det var alltid to sammen i kontakt med pasienten. Alle mente at ulike kurs for nyansatte var helt fantastiske, særlig MAP kurs, om pasientens behandling og etikk. En av informantene syntes at det var veldig godt arbeidsmiljø da hun var nyansatt. Hun sa at det var veldig lett å spørre og at oppgavene kom litt og litt. Det var meget bra at det var et delt team i to, så hun kunne spørre alt hun trengte. De gikk gjennom prosedyrene ved å skrive henvisning for eksempel. Hun understreket at hun rett og slett fikk opplæring for alt. En vernepleier sa at de prøvde å veilede så godt de kunne, at de jobbet i team der og at alle fikk mye bistand på jobb. En av informantene sammenliknet opplæringen for nyansatte med opplæringen med studentene da de kom. Det var veldig viktig at det nesten alltid var to i medisindeling. Derfor kjente de pasientene godt og hadde alltid telefon med seg. En erfaringskonsulent var veldig fornøyd som nyansatt for hun ble alltid med de andre ansatte og lærte teknikker og prater.

For alle informantene betydde opplæringen og veiledningen mye og var tilgjengelig for alle som jobbet. De fleste syntes at de fikk adekvat opplæring og veiledning på jobb i alle faser. De var veiledet godt, de veiledet selv studentene. Alle likte best opplæringen og veiledningen i direkte kontakt med pasientene.

Informantene hadde fokus på veiledning. En av informantene trakk frem at tverrfaglig samarbeid og innhenting av ressurser til veiledning var viktig:

...» Vi har ekstremt mye fokus på veiledning og gode kompetanse i avdelingen. Vi har kompetansesenter for rusmiddelforskning her og der er veldig lett å få opplæring og veiledning, det er ganske unikt her i avdelingen. De er ofte bestilt fra bofellesskap eller andre plasser.» ... (Anne)

Flere av informantene understreket at veiledning er viktig for å gjøre en god faglig jobb. Det å veilede selv, og motta veiledning, var viktig for flere av informantene:

...» God veiledning og opplæring skal gi oss forståelse om hvordan vi skal ha åpne kontakt og beholde forhold til pasienten, og åpne samtaler med ledere i faste møter.» ... (Henrik)

Det var veldig viktig å kunne veiledere og overføre kunnskap til andre. Det var særlig viktig at studenter får god veiledning:

...» God veiledning og opplæring for meg betyr at du for en person som er dedikert, har lyst til å gi opplæringen, som er flink, kan tingene sine og kan formidle. Vi har sykepleierstudenter hele tiden, også legestudenter som er i praksis hos oss. Jeg er vant til å veilede.» ... (Olav)

Det var en informant som ønsket seg kritikk og flere timer i veiledning:

...» For meg er det god veiledning og opplæring å få konstruktiv kritikk og jevnlig veiledningstimer.» ... (Marie)

Noen av informantene nevnte betydning av læremåte på jobb og hvordan ansatte skulle håndtere pasientene:

...» Jeg synes det er mye vanskelig å lære gjennom datamaskinen, det er mye bedre å trene ute med pasienter, bli engasjert.» ... (Erik)

...» Det betyr at jeg bør håndtere pasientene godt og at jeg kan godt om medisiner. Jeg får alltid hjelp jeg trenger.» ... (Tone)

De fleste var enige om at ledere hadde gode kompetanse. Minimum krav var Bachelor utdanning og de aller fleste hadde videreutdanning. Det var stort sett videreutdanning i psykiatri. Det var også ledere som var erfaringskonsulenter.

6.3 Recovery

Alle informantene syntes at de jobber med recovery prosesser på sin jobb. Mange forbinder begrep recovery med tilfriskning, bedring og endring. Informantene snakker om at pasientene må delta i recovery prosess og de må selv ønske å iverksette forandringer i livet sitt:

... «Det betyr at pasientene tar en egen del i sin behandling ... Jeg føler at vi er flinke i det ... Det er bedre å lære recovery prosess gjennom jobb ... Det er 5 år siden da vi startet med kurs for recovery» ... (Tone)

... «Recovery betyr at pasienten selv ønsker endring» ... (Emilie)

Ansatte med egen erfaringskompetanse gikk selv gjennom denne prosessen og vet hva det betyr for en pasient som trenger hjelp. Forskjellige møter, grupper, samtaler, samt frivillige organisasjoner er stor hjelp når vi snakker om ROP - pasienter.

... «Vi jobber recoveryorientert ... Jeg gikk selv gjennom recovery ... Det er viktig med stabilisering og tilfriskning ... Jeg lærte hele prosess gjennom min egen behandling - møter, anonyme narkomaner, selvhjelpsgrupper, kurs ... Recovery prosess må tilpasses til hver eneste pasient og det er viktig at pasienten selv påvirker mye» ... (Erik)

En av informantene påpekte at recovery er en komplisert prosess som inkluderer mange personer og forskjellige aktiviteter:

... «Recovery betyr tilfriskning eller bedring ... Det er hele tiden tilfriskningsprosess ... Bedringsprosesser betyr samtaler med psykolog ... Trekantsamarbeid med fast lege, helseverferdskontor og NAV er veldig viktig ... Det er mange aktiviteter, tilbud, A - larm, kulturaktiviteter på Gausel, forskjellige grupper ... Det er også tilbud fra Viking, de kan spille fotball, de får utstyr, de kan konkurrere med de andre ... Jeg lærte om recovery på skolen, men det er best å lære gjennom jobb ... Vi har behandlingsplan for dem, støttesamtaler, muligheten til å følge dem, å innse hva som er best for en person» ... (Olav)

Etter noen meninger læres det alt for lite om recovery på skolen, at det er relativt nytt begrep som har vært populært i det siste årene og at det ble feil at det ble brukt bare i somatikken tidligere. Ansatte hadde lyst på mer opplæring og forskjellige kurs på dette området:

... «Jeg lærte bare litt på skolen om recovery prosess, men skikkelig her på jobb. Det er best å lære gjennom jobb eller enda bedre er å ha kombinasjon av begge delene. Recovery er en del

av avdelingen ... Recoveryprosessen betyr mye for meg og jeg synes det er viktig med brukermedvirkning for å oppnå mål» ... (Marie)

De fleste hevdet at de allerede jobbet mye recovery og at de satt så mye fokus på endringsprosesser. Erfaringskonsulenter var største ressurs på jobb fordi deres egen erfaring hjalp til å se denne problematikken fra alle sider. De viste best hvordan de kunne hjelpe disse pasientene. Det var veldig viktig at pasientene kunne bestemme selv om sine behov og ønsker, at de kunne delta aktivt i utforming av behandlingen og recovery prosessen. Det var viktig at pasientene ble med i hele prosessen, noe som hjalp dem til å bli koblet litt bedre til samfunnet. Alle ansatte hadde sine egne metoder og meninger hvordan de kunne hjelpe sine pasienter. Mange mente at samtalen var den viktigste som hjalp i recovery prosessen. I det hele bildet kommer de forskjellige frivillige institusjoner med ulike aktiviteter. Alle fagpersonene var helt enige om at det var alt for lite snakk om recovery og empowerment på skolen. Noen sa at hun hadde bare noen få timer i recovery i studien. De eldre informantene sa at det ikke var noe om recovery på skolen i daværende tid, det var ikke aktuelt begrep, bare senere i somatikken. De erfaringskonsulentene sa at de lærte hele prosessen i recovery gjennom sine egne behandlinger - møter i anonyme narkomaner, selvhjelpsgrupper og kurs. Fagpersonene sa at de lærte mye om recovery og empowerment på jobb, men at det var best å lære ved å kombinere teori fra skolen og praksis fra jobben. De mente at det var helhet i recovery prosess på jobb, som betydde at alle pasientene hadde behandlingsplan, støttesamtaler. Det var mulighet til å følge dem hele tiden. Det var godt etablert ansvarsgrupper for pasienter og pårørende, hvor langsiktige mål var viktige.

Mange syntes at det alltid var noen muligheter på jobb som kunne utnyttes. Alle jobbet ulikt, de prøvde å gi beskjed eller noen tips til andre. Det kunne jobbes litt mer for dem som manglet bolig, noen ville trene, noen hadde recovery prosess, som var dårlig. En sa at de alltid kunne være litt flinkere i recovery. De hadde individuelle samtaler. Mange pasienter ble fornøyde bare med medisiner, 70_% av dem ville ikke ha noe endring, tok aldri noen prøver og ruset seg. 30_% ville ha forandringer og var motiverte. Mange gav opp helt. En erfaringskonsulent sa at han kjente mange av pasientene fra tidligere og han snakket fint med dem, men at de var uinteresserte, de hørte ikke. Det kan ødelegges god relasjon med dem, hvis du presser mye på dem.

Det var inkludert forskjellige frivillige og andre organisasjoner i recovery prosessen - Enå, A - larm, Veksthus, turgrupper, klatregrupper, idrettslag og samtalegrupper.

6.4 Kompetanse og samarbeid

Alle informantene syntes at det var veldig godt arbeidsmiljø på jobb, at alle støttet hverandre og at samarbeid var på et høyt nivå. De fleste mente at samtale og god kontakt med andre kollegaer var enormt viktig i denne jobben.

Noen av informantene påpekte at erfaringsutveksling og fagutveksling på jobb var på et høyt nivå:

...» Erfaringsutveksling og kollegastøtte benyttes i varierende grad, daglig debriefing som foregår mellom kollegaene, når de går ut og har oppdrag sammen, dialog, vi kontakter ledere eller andre kollegaer. «... (Anne)

...» Fagutveksling mellom erfaringskonsulenter og andre kollegaer er helt utmerket. Kollegaer er veldig flinke til å spørre hvordan de kan gjøre noen ting.» ... (Henrik)

De fleste deltakerne var enige i at god dialog og kommunikasjon var en av viktigste forutsetningene i jobb med denne pasientgruppen:

...» Vi har ganske godt arbeidsmiljø her, vi støtter hverandre, vi har mange møter hvor vi diskuterer om pasienter, behandlingsmøter, verneombud som støtter.» ... (Olav)

...» Jeg synes det er mer samarbeid nå, enn før pandemi.» ... (Marie)

...» Det er godt å prate med andre kollegaer. Alle støtter hverandre.» ... (Tone)

Alle informantene vektla at arbeid med ROP - pasienter krever faglige kompetanse. Kunnskap både i psykiatri og somatikk må bli på et høyt nivå for denne gruppen utgjør pasienter med veldig sammensatt problematikk og behov:

... «Dette er TSB feltet, mest kompetanse er på sosialfaglige feltet, vi går nå mye mer i tverrfaglig retning og det er også sterkt fokus på det helsefaglige. Mange pasienter har somatiske problemer, mange går rundt ubehandlet, med infeksjoner, hepatitt ... Og derfor trenger vi mye mer personer med høyere utdanning og jeg tror at det blir enda høyere krav til faglig utdanning» ... (Anne)

Alle i intervjuet understreket at erfaringskonsulenter er veldig stor ressurs. Pasientene får mye mer frihet i kontakt med dem, de er godt ivaretatt, og kollegaer får hjelp og støtte som er helt annerledes enn det som læres på skolen. Det er viktig når det gjelder tabubelagte og følsomme temaer:

... «Vi har mange ansatte med god utdanning, men vi mangler personer med egen erfaring, noe som egentlig er viktigere enn faglige kompetanse ... Vi trenger mye mer fokus på somatikken, mye mer erfaringskonsulenter, litt mer menn, det er kvinnedominert jobb ... Erfaringskonsulenter er veldig stor ressurs for kollegaer kan spørre mye ting som de ikke kan spørre pasientene» ... (Erik)

Det var også mening at alle ansatte trenger mer kompetanse, nye kurs og opplæring:

... «Vi har behov for veldig høyt faglig kompetansenivå ... Samtidig de med erfaring trenger også faglig kompetanse ... Vi skal alltid trenge psykiatere, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere, og de med videreutdanning ... Vi trenger kurs og opplæring for å styrke kompetanse» ... (Henrik)

For å jobbe med disse pasientene er det nødvendig at ansatte er forberedt til å komme i dialog med pasientene og oppnå kompromiss. Mange gav uttrykk for at de ikke får forståelse fra kommunen og at de ofte er oversett selv om de har bestemte behov i arbeid med denne krevende gruppen. De må ofte minne på kommunen at de arbeider med veldig syke mennesker med sammensatt behov, men kommunen har av og til mening at avdelingene ordner alt. Ansatte hadde ganske god oversikt over sine pasienter og deres behov, men det er ofte veldig stor gap mellom ønsker og muligheter og det går på bekostning av pasientene. De

uttrykket bekymringer for framtiden for de fleste tror at det skal bli enda mer behov for ansatte på dette området.

Både personer med faglige kompetanse og erfaringskonsulenter kan bli av stor hjelp til å begrense uønskede hendelser, konflikter og sterke uenigheter med sine pasienter. Blant informantene var mange som sier at tidligere var mye mer utagering enn nå og at det er på grunn av mange ansatte med god kompetanse eller erfaring i rusfeltet:

*... «Vi trenger alltid flinke personer som klarer å oppnå kompromiss med pasientene, de som kan skaffe i boliger for pasientene, som kan sette fokus på eldre med denne problematikken, særlig på somatikken ... Vi mangler en del av kommunalt bildet her ... Det blir sikkert noen forandringer, kanskje enda bedre samarbeid mellom alle som er inkludert i hele prosessen»
... (Marie)*

Alle påpeker også at det er meget viktig i denne utfordrende tiden at de er tilgjengelig til sine pasienter:

... «Jeg synes at alltid kan bli bedre, vi jobber med ganske krevende gruppe og det betyr at vi trenger personer med faglige kompetanse, egen erfaring med rusproblematikk ... Vi trenger personer som er glad i pasienter, de må like sin jobb ... Det er ønskelig med personer som har empati, som kan sette seg inn i situasjon til en pasient ... Vi har behov for engasjerte og tålmodige personer ... Du er rett og slett advokat til pasienten din» ... (Olav)

6.5 Ønsker om faglig utvikling

Alle informantene sa at de vil lære mer på dette området. Erfaringskonsulentene sa at de lærer på jobb hver eneste dag og at de hadde lyst til å utvikle seg faglig og studere en dag. Alle informantene var enige i det at de lærte og utviklet seg hele tiden, særlig i nye situasjoner. Noen nevnte at de vil bli litt mer oppdatert. En av dem var åpen for alt. Hun hadde lyst til å lære mer og pakkeforløp for gravide pasienter og retningslinjer. Det var veldig viktig for de alle informantene at de fikk faglig påfyll hele tiden i form av forskjellige temaer.

Informantene hadde forskjellige forslag for forbedring på jobb. Noen av dem hadde meningen at hele systemet trengte forandringer, men var enige i at store ressurser var erfaringskonsulenter, frivillige organisasjoner, pårørende organisasjoner og blå kors. Alle ville ha litt bedre samarbeid mellom institusjonene når pasienten er innlagt, når de skal gå ut og særlig når de er innlagt 1 - 2 dager. Noen av informantene mente at disse pasientene trengte samme rettigheter, som i somatikken. Det var ikke alltid at hjemmesykepleie var kontaktet når pasienten skulle gå ut og det betydde at de ikke fikk det de hadde rett på. Det var også situasjoner da ble det sendt beskjed at pasienten skal bli hjem om 2 timer. Noen ville ha forandring i observering fordi pasientene opplevde noe verdigende ting av og til. Men alle sa det var mye mer menneskelig i de siste 5 årene. Systemet var tungt av og til. Det måtte kartlegges mye mer for pasientene med lav terskel for hjelp.

Alle mente at det var behov for mer kompetanse, både på sosialfaglige feltet og på helsefaglige. Mange pasienter hadde somatiske problemer, mange gikk rundt ubehandlet, mange med infeksjoner. Dette krevde høyt kompetansenivå. Personlige kompetanse var veldig viktige for alle, samt faglige. De snakket om fokus på DPS og kommunalt nivå, boliger, og særlig på eldre. Det var det kommunale bildet som manglet. Noen syntes at personlige kompetanser var viktigere, enn faglige, og at det var mange sykepleiere med gode kompetanser på jobb.

Både fagpersonene og erfaringskonsulentene var enige om at det skal bli stort behov for høyre utdanning for ansatte som jobber med ROP - pasientene. En nevnte at hun hadde bare 3 timer i rusproblematikk i studien, det var alt for litte fokus på denne gruppen. Det skal alltid være stort behov for erfaring konsulenter, psykiatere, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. Det mente også at det var behov for mer kurs og opplæring for å styrke kompetanse. Alle snakket om ønskelig bedre samarbeid mellom alle institusjoner, samt at de ville jobbe mindre tabubelagte ting. En mente at det burde være bedre samarbeid med kvinnepoliklinikk. En annen sa at det skal være mer behov for, men på dette feltet, selv om det var ganske kvinnedominert jobb.

De informantene som tidligere hadde jobbet i kommune, sa at de forstod mye bedre hvordan hele systemet fungerte. Mange fra kommunen hadde forskjellig mening angående denne gruppen av pasientene. Kommunen trodde ofte at disse institusjonene for ROP - pasientene skal klare alt, men sannheten var at arbeidere måtte slåss av og til. Arbeidere klaget over at

kommunen ofte glemte deres behov. Det var to forskjellige sider i kommunen, men det var også systemet som krasjet. Det var spart mye penger, og det var forventet effektivitet. Det var også økonomi som styrte. Det var bestemte avdelinger som ble stengt på søndag. Det var også vanskelig å få takk i NAV, de etterlat så mye til disse institusjonene. Alle informantene hadde lyst til å fortsette på sin jobb og de fleste ville studere og lære noe nytt.

6.6 Ledere

Begge to lederne syntes at det var ganske godt samarbeid med universitet og at de hadde studentene hele tiden. En av lederne sa at de jobbet mye med det at informasjonene om ROP - pasientene skal nå ut. Alle hadde fokus på disse pasientene og hvordan det skal jobbes med dem og behandles. Det var til og med avtale med universitet at ROP - pasientene skal undervise på universitet.

Lederne var enige med andre ansatte at personlige kompetanse var enda viktigere, enn faglige:

...» Det er godt å ha høy kompetanse, men det må samsvare med det i praksis som forståelse og innsikt.» ... (Leder 1)

Samtidig framhevet lederne at de har sykepleiere som får faglig påfyll kontinuerlig:

...» De sykepleierne vi har er veldig positive og de lærer så mye.» ... (Leder 2)

Lederne hadde samme mening som andre ansatte når det gjelder kompetanse, at det var best kombinasjon med psykiatri og somatikk:

...» Vi må alltid huske somatikken, det er mange diagnoser som ikke blir avdekket. Fokus på total helse, du må ha hele bildet, hele pasienten.» ... (Leder 1)

De merket også at mange ROP - pasienter tar mer ansvar for sitt liv:

...» Det er merket litt mer deltakelse fra ROP - pasienter i behandling og forbedring, særlig i de siste 3 årene.» ... (Leder 2)

Lederne var ganske kjente med kompetanse som ansatte hadde og hvordan de kunne bruke dem på jobb, og samtidig styrke dem:

...» Vi er ganske nøye på intervju hvilke kompetanse de har og at de kan bruke dem, og øke selvfølgelig. Selv om du er velutdannet, må du forstå at det alltid er noe nytt, nye utfordringer og vi må oppdatere oss.» ... (Leder 1)

En av lederne nevnte at det skjedde forskninger i dette området:

...» Vi har ganske godt samarbeid med KVORFOR som driver med forskning i dette feltet.» ... (Leder 2)

Det ble forklart at nyansatte fikk ganske god opplæring slik at de kan settes i alt. Teamet var delt i to og de nye ble tatt imot i en av dem. Det var ganske mye opplæring og det tok ett år for å få alt i bildet. Det var litt avvik i pandemien angående kurs, både obligatoriske og andre. De ville ha litt mer fokus på kognitiv terapi og gruppeterapi kurs.

Det var mening mellom lederne at det var variabelt syn fra kommunen. Noen var veldig dyktige og samarbeidet og samhandlet godt, men det var også så tydelig at noen manglet kompetanse og innsikt i sin jobb. Men lederne viste at de som jobbet med ROP - pasientene, jobbet en god jobb. Tidligere var over 100 tilfeller av utagering i løpet av et år. Det var null tilfelle da de ble intervjuet.

Det satt mye fokus på erfaringer hos ansatte. De hadde, for eksempel, ressurspersoner ofte. De fikk også ressursperson som kom fra smitteavdeling, som hjalp mye da koronapandemi startet.

Fagutveksling mellom ansatte var på et høyt nivå etter meningen av lederne:

...» Så bra. Det er selvfølgelig avhengig av ansatte. Nå er de så selvstendige, tar god vurdering, de er fra forskjellige profesjoner og har ulik erfaring.» ... (Leder 1)

...» Det siste året har teamarbeidet fungert ganske bra.» ... (Leder 2)

Lederne syntes at recovery prosess var godt nok, selv om det var delte meninger om recovery. I disse institusjonene var stort fokus på brukermedvirkning. De hadde også mening at alltid kunne være litt bedre.

Tilbakemeldingene fra pasientene og pårørende var stort sett veldig bra. I starten ble det mange misfornøyde og de klaget over at de ikke ble hørt. Disse ansatte ble veldig flinke å tilby samtale til pårørende, når de fikk bekymringsmelding.

Lederne hadde samme forslag for forbedring i arbeidet med disse pasientene. De nevnte også at det burde være mye bedre samarbeid mellom alle institusjoner, når de er innlagt og når de skal gå ut. De syntes også at disse pasientene trengte å ha samme rettigheter som pasientene i somatikken.

7.0 Diskusjon

7.1 Relasjon og utfordringer

Mange ansatte sa at de møtes med «tidsklemme» på jobb, at de hadde det travelt de fleste dagene i uken, og at det var mye å gjøre innen noen tidsfrist. Noen av informantene sa at de likte dette, de hadde følelse at det skjedde noe hele tiden, men de fleste sa at det kunne være belastende. «Tidsklemme» knyttes til stress. Studier viser at 6-12_% av arbeidere kan føle seg stresset hele tiden på jobb eller en stor del av dagen (Ellingsæter, 2005, pp. 297 - 326).

Opplevd stress var størst blant kvinner som har små barn (48_%). Stressnivå på jobb er veldig høyt hos kvinner som jobber full stilling og treffer sine pasienter hver dag. Arnhild Skre (2004) skriver at tidsklemme ikke handler bare om tid, men også av ulike forventinger og forestillinger. (Ellingsæter, 2005, pp. 297 - 326).

Kommunikasjon med pasienter innen psykiatri skal være preget av gjensidig forståelser for partenes behov. Kommunikasjon betyr ikke bare empati i dialog, men også det å hjelpe pasienten til å se argumenter og motiver som ansatte har (Lorem et al., 2014, p. 122). Ansatte

fremhevet åpen kommunikasjon, der alle behov og synspunkter skal respekteres, kommuniseres og begrunnes. Ansatte kom i situasjon til å utfordre pasienten eller å sette grenser. Det er også viktig å respektere pasientens ønske om å være i fred, og å trekke seg, når det er nødvendig. For en pasient, særlig urolig er det viktig å bli anerkjent og respektert som person. Dette fører til at pasienten får innflytelse over egen situasjon (Lorem et al., 2014, pp. 115 - 124).

Flere deltakere i studien fortalte at de har en stressende jobb. Det er flere forskjellige måter å definere stress på. Noen synes det er ytre påkjenninger, som kan forårsake sykdom. Noen andre mener at stress oppstår som virkning av oppsamlede daglige små og store problemer (Kaufmann & Kaufmann, 2003, p. 219). På arbeidsplassen kan stress føre til alvorlig belastning. Stress defineres som opplevelsen av muligheter eller trusler som en person opplever som viktig, men klarer ikke å håndtere. Stress er som samspill mellom individ og miljø, som kan komme til uttrykk på forskjellige måter, og varierer fra person til person. Stress forårsaker forskjellige symptomer som konsentrasjonsvansker, svekket hukommelseskapasitet, dårlig fleksibilitet i tankegangen, irritabilitet og misnøye. Alt dette kan forårsake dårlig effektivitet på jobb (Kaufmann & Kaufmann, 2003, p. 219).

Samarbeid mellom sykehus og kommunen har lenge hatt problemer og det har vært største utfordringer omkring utskrivning av pasientene. Det har vært økt press for å redusere antall dager på sykehus og bestemte avdelinger. Kommunene har opplevd mye press for å ta imot pasientene så raskt som mulig. Det skjer veldig ofte at sykehuset har definert enkelte pasienter som utskrivningsklare, men de er ikke helt ferdig med behandling og de krever omfattende hjelp etter utskrivning. Det er begrunnet i behov for å kutte kostnader og gi pasientene mulighet til å få bedre behandlingstilbud i dens nærmiljø. Noen studie påpeker at flere ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenestene var frustrerte i situasjonene de fikk utskrevet pasienten og de klaget over at de ikke hadde noe innflytelse på pasientens sin utskrivning (Gautun et al., 2016, pp. 88 - 93). Mange sa også at ansatte manglet informasjon om pasienten. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen varierer også på grunn av skriftlige og elektroniske prosedyrer. Standardisering av prosedyrene skal sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester (Gautun et al., 2016, pp. 88 - 93).

Det er store utfordringer for helsevesenets behov for kompetanse i psykisk helsevern og det ser ut det skal bli slik i framtiden. Det er nødvendig at ansatte som arbeider med ROP -

pasienter har kompetanse både på rusbehandling, på behandling av psykiske lidelser og på hvordan de kan kombinere begge deler. Noen institusjoner tilbyr bare behandling av rusmiddellidelser, andre har begrenset ROP kompetanse. Det finnes institusjoner som tilbyr hjelp til pasienter med aktive og ustabile psykiske lidelser (Almvik & Borge, 2017, p. 213). Mange DPS - er (distrikts psykiatriske senter) har etablert sine egne ruspoliklinikker, men det mangler informasjon om pasienter, behandlingstilbud og pasientforløp. Psykisk helsevern har forsøkt å supplere flere eksisterende tilbud med rusbehandlingstiltak. Erfaringen fra behandlingsinstitusjonene innen psykisk helsevern sier at mange av disse stedene har tiltakene som er faglig inadekvate og dårlig integrert med de andre tilbudene. I Helsedirektoratets ROP - retningslinjer er det anbefalt tilbud for langtids gruppebasert rusbehandling, men det er begrensede muligheter til dette. ROP - pasientene behandles av psykolog, psykiater eller psykiatrisk sykepleier, men altfor få av dem har kompetanse på behandling. Det er TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) som tilbyr integrerte behandlingstiltak mot psykiske lidelser med andre rusbehandlingstilbud. Mange av disse tiltakene er ikke integrert nok i de øvrige virksomhetene (Almvik & Borge, 2017, p. 213).

7.2 Rammer, prioritering og opplæring

I løpet av en karriere kan man ha forskjellige roller - kan drive en avdeling, hjelpe til nyansatte, delegere ulike oppgaver, ha ansvar over forskjellige grupper eller drive sin en virksomhet. Budsjett kan også bli begrenset og det er nødvendig at de som jobber blir kreative. Derfor er det meget viktig å kjenne medarbeideres styrker og svakheter. På denne måten kan opplæring eller hjelp til personalet organiseres slik at avdelingen får de mest produktive arbeiderne. Lederen og avdelingen kan sette realistiske mål, både kortsiktige og langsiktige ved å kjenne evnene til sine ansatte (<https://no.careerie.com/91472-importance-knowing-strengths-weaknesses-employees-12282.html>, 2021).

Alle informantene sa at de måtte prioritere hver dag på jobb. Alle hadde forskjellige prioriteringer, men de sa det er veldig avhengig av pasientene, tid og bemanning. Profesjonalitet og prioriteringer endrer seg med endrede styringsbehov. Endringene kommer både «overfra» og «nedenfra». For å ha hensyn til pasienten og at han blir hele tiden «under lupen», er det viktig å prioritere (Aamodt, 2014, pp. 158 - 179). Når det blir positive forandringer og når det prioriteres på riktig måte, har pasienten tillit til å få hjelp og gir bedre

respons til sine hjelpere. Da er pasienten den som aktivt søker hjelp, som kommer i møter og har noe å snakke om. Dette gjelder mange, men særlig pasientene i psykiatri, og barn og unge. Når det prioriteres på riktig måte, kan alvorlige og vesentlige problemer løses. Det er fremdeles bekymring i feltet. Mange pasienter står i fare for å falle ut. Dette er pasientene hvor problemene er veldig sammensatte, omfattende og uoversiktlige. Pasientene og familien kan bli avventende, skeptiske eller ambivalente. Det er pasientene hvor ansatte må gjøre noe særskilt, det må finnes tillit som ikke finnes og ansatte må stå med dem. Disse pasientene kan lett bli borte, hvis hjelpere ikke møter dem på en måte de vil og hvis de ikke blir sett sammen med sine ønsker og behov. Alt dette kan skje på grunn av dårlig prioritering og manglende ressurser. Politisk prioritering er også veldig viktig. Dette er moralsk og verdimeslig spørsmål om hvordan det skal fordeles begrensede ressurser på. Det er også viktig hvordan ansatte skal bruke disse ressursene og når. Prioriteringer er fremdeles ganske institusjonalisert og mange ansatte som gjennomfører den, opplever den som ikke legitim (Aamodt, 2014, pp. 158 - 179).

Mange synes at motivasjon skal prioriteres i arbeid med ROP - pasienter fordi mange er ambivalente til å slutte med eller redusere bruken av rusmidlene. Motivasjon kan føre til endringer. Overdose er ofte dødsårsak knyttet til bruk av rusmidler, og av og til flere rusmidler samtidig. Behandlingen med Metadon eller Buprenorfin beskytter mot overdosedødelighet og derfor prioriteres utdeling av disse medisinene til pasientene. En god relasjon mellom pasienten og tjenesteyteren er stor forutsetning for å oppnå bedre behandlingsresultat og prioriteres høyt i arbeid med ROP - pasienter. Dette gjelder for både poliklinisk behandling og i institusjon (<https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>, 2012).

Utdeling av erstatnings - medisiner er også prioritet for noen av deltakere. Det har skjedd utvikling når det gjelder medisinsk behandling av ROP - pasienter, men det er også behov for endring og modning (Vartdal, 2013, p. 10). Flere mener at nulltoleranseidealet må bli erstattet av en medisinsk tilnærming, men mange rusmisbrukere har kommet i skyggen på grunn av pasienter, som trenger lindrende medisiner. Nedtrappingen av erstatningsmedisiner skal skje etter retningslinjene for LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Fastlege skal samarbeide med LAR konsulenter, og den siste delen av nedtrappingen skal skje på klinikk. LAR skal ikke være et isolert behandlingstilbud. Det har vært for lite fokus på nedtrapping i LAR, selv om det er mange pasienter, som har vært i behandling i flere år (Vartdal, 2013, p. 12). Medisinene som ROP - pasienter får er veldig avhengighetskapende, og mange ønsker

seg tilgang til medisiner utenfor LAR. LAR - medisiner kan sammenliknes med insulin for pasienter med diabetes, og pasienten er avhengig av sin medisin (Følling, 2010, p. 30).

Ansatte har oppgave å skape trygge rammer rundt pasienten slik at pasienten kan ta sin del i sin behandling. Norvoll (2007) hevder i sin studie at mange pasienter har behov for dialog og aktiv oppfølging fra ansatte (Gamme, 2009, p. 244). Derfor settes det stort fokus på mer dialogbasert arbeidsmåter. På denne måte kan ansatte stimulere pasienten til å bli selv med på utviklingen av sin behandling. Pasienten skal bli med på å planlegge sin hverdag, etter sine behov, ved hjelp av ansatte.

Ansatte må ha så god veiledning og opplæring for å jobbe faglig forsvarlig slik at de kan vite hvordan de skal handle i forskjellige situasjoner. Bruk av mer tid reduserer ansatte stress for pasienten, og opplærer lettere misforståelser (Gamme, 2009, p. 244).

Alle deltakere sa at de jobber tverrfaglig. Det skjer kunnskapseksplosjon i psykiatri med spesialisering, og et økende antall profesjoner (Schjøth, 2007, p. 206). Risiko ved denne utviklingen er at hver enkelt ansatt kan bli sittende i sitt eget felt, og mister oversikten, og psykiatri kommer til å sprike i flere retninger. Dette mangfold på jobb kan lett bidra til uenigheter. Derfor kreves det på jobb respekt på tvers av utdannelse, erfaringer og arbeidsområder. For å unngå disse problemene, er det behov for å få et tverrfaglig rammeverk, som skal bli grunnlag for kriteriene for holdbar kunnskap. Dette må bli retningsgivende både for utdanning, forskning og organisering. Innenfor denne rammen må det fortsatt være plass for uenighet og nye ideer (Schjøth, 2007, p. 207).

De fleste deltakere framhevet at god opplæring og veiledning er grunnleggende for denne jobben. Ofte er det vanskelig for nyansatte å vite hvilket arbeid de blir ansatt for å utføre. Det er av og til fastslått i stillingsbeskrivelse, og noen ganger får nyansatte tildelt et arbeidsområde (Teusen et al., 1998, p. 42). Alle arbeidsplasser har sine egne skriftlige prosedyrer, men det er ofte utskrevne regler i tillegg. En nyansatt trenger både tålmodighet og innlevelsesevne. Team arbeid er aktuelt allerede i intervjuet. Nye spørsmål og problemer kommer stadig i nye variasjoner. Derfor er det viktig at nyansatte får god opplæring fra starten (Teusen et al., 1998, p. 43).

Profesjonelle ledere kan bidra til å skape både fornøyde ansatte og pasienter, og er i posisjon til å observere og vurdere på jobben. Derfor skaper de rutiner og har bedre innsikt inn i

organisasjons hverdag (Ranglund et al., 2014, p. 41). En god organisasjon på jobb krever at ansatte bruker kompetanse, kunnskap og beslutningsmyndighet. Det er også viktig at lederen tar sin del i det som foregår på jobb, og involverer og kommuniserer med ansatte i forhold til rutiner og prosedyrer (Ranglund et al., 2014, p. 42).

7.3 Recovery

ROP - pasienter bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte. Mange har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet, mange har dårlig økonomi og mange har dårlig livskvalitet. I de siste årene har det vært økt oppmerksomhet på denne gruppen. Men det er fortsatt mye som mangler når vi snakker om dem. Arbeidet med ROP - pasienter krever planlegging og prioritering under hele prosessen – utredning, behandling og rehabilitering. Det prioriteres kontinuitet i behandlingen. Pasienten kan ikke utskrives når han trenger hjelp. Det er viktig å ta dialog med pasienten, forankre ansvarsgruppen og utarbeide kriseplan og individuell plan etter behov. Pasienten må også oppfølges i tiden utenfor institusjon. Brukermedvirkning er viktig ut fra flere perspektiver - humanistisk og behandlingsmessig for pasientene skal ha innflytelse på utformingen av tjenestene. Pasienten skal komme i stand til å ta sine egne valg. Samarbeid med pårørende er viktig, særlig hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse. Pårørende skal involveres i hele prosessen, hvis pasienten ønsker det. Kartlegging i tidlig fase er veldig viktig. Det betraktes både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, felles utløsende faktorer, andre sammenhenger og ulike kombinasjoner (<https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>, 2012).

I en studie som er publisert i *Journal of Recovery in Mental Health* understreker mange av deltakere at recovery inkluderer personlige, relasjonelle og sosiale prosesser (Topor et al., 2021, p. 41). Recovery kan ikke forekomme mot pasientens vilje. Disse pasientene skal bli i interaksjonene som forekommer både i spontane og organiserte sammenhengene og er preget av gjensidighet. Dette styrker håp om et mulig annet liv og følelse av selvtilit. Recovery innebærer også å unngå negativt ladede steder, situasjoner og mennesker. Noen av deltakerne i den studien sier at psykiske helsesentre kan bli steder der en ble behandlet som usynlig, men også som et medmenneske. Tjenestebrokerorganiserte steder i byen kan være steder for felleskap og integrasjon. Recovery er en historie om en vakker reise, som forbinder i motsetning til aspekter fra perioder av fortvilelse til utvinning - hvordan pasienten er i

forhold til andre usynlig eller sett (Topor et al., 2021, p. 42). Recovery støttes av sosiale støtter og empowerment av dem. Det er viktig å opprettholde eller utvikle forbindelser til verdsatte aktiviteter. Folk kan ofte bli kritisk. Mange pasienter nevner i intervjuer når de ble spurt om hva som hjelper folk i recovery, betydningen av å ha en person som tror på dem. Mange beskriver de positive effektene av ansatte i psykisk helsevern, når de lytter og tror på dem (Ralph, 2000, pp. 480 - 517).

Studien viste at ansatte som jobbet med ROP - pasientene ble opptatt av kontakt og samarbeid med dem, også med deres opplevelse av trygghet. Det kan bli sentralt i ansatte sine forståelse av recovery - orienterte praksiser. Sosiale og relasjonelle forhold i recovery blant ROP - pasientene er viktige, samt individorientering (Robertson et al., 2016, pp. 1 - 13). I denne forskningen nevnes trygghet, både i samarbeidet mellom ansatte og ROP - pasientene og understrekkes at pasientene ser på ansatte som hjelpere. Aspekter av recovery omfatter identitet, håp og empowerment. Hvis pasientene føler trygghet og hvis de tror på ansatte sine kompetanser, kan de mene at de har noe å bidra med. Studiens resultater viste også at ansatte ville hjelpe sine pasienter i de konkrete situasjonene de befant seg i. Det var ikke viktig for ansatte om det var hjemmeboende pasienter, pasientene på avdelingen, i fengsel eller på noen andre plass. Det var viktig at de var tilgjengelige med sine kompetanser og kunnskap til disse pasientene. Ansatte sa at de satte utrolig mye fokus på autonomi og valgmuligheter. Dette betyr at pasientene kunne bestemme når noen ansatte får tilgang til dem. Ansatte var følsomme og fleksible, og om det oppsto noen uvanlig situasjon som utagering eller uenighet i noe, var det vanlig at ansatte kunne byttes eller trekke seg tilbake. I disse situasjonene var det veldig viktig at pasientene ofte kunne velge etter sine ønsker eller behov (Robertson et al., 2016, pp. 1 - 13).

Pasientene opplevde at de ble hørt, og sett og at de hadde rolle i samarbeidet som ble muliggjort og styrket. Karlsson og Borg diskuterte hvordan erfaringsbaserte kunnskap, både hos ansatte og hos pasientene kan påvirke recovery prosess (Karlsson & Borg, 2017). Det ble også understreket i deres studie at både ledere og andre ansatte kunne se en ROP - pasient først og fremst som et menneske, ikke som en diagnose. Derfor sa ansatte at personlig kompetanse var enda viktigere enn faglige i arbeid med ROP - pasientene. Det er viktig å anerkjenne pasientenes «små skritt», bli tålmodig og finne ressurser og interesser hos hver enkelt pasient. I denne studien var det flere eksempler hvordan opplevelse av en

tryggbosituasjon og god kontakt med ansatte særlig erfaringskonsulenter kan påvirke pasientene. Det hjelper at pasientene kan utvikle seg videre og styrker mulighetene til å delta i forskjellige aktiviteter. Tro på ansatte og deres kunnskap kan også bidra til å få mer tillit til ansatte i alle disse institusjonene. Informantene hevdet at de forsøkte å bli kreative og hjelpe på ulike måter. De var opptatt til å være konkrete og prøvde å støtte opp om pasientenes sine ønsker og interesse, bolig og arbeid. I recovery prosesser framheves nettopp dette med å anerkjennes pasientenes sine ressurser, interesser og ønsker, noe som er forutsetning for å ha mulighetene for deltakelse i fellesskap. Recovery betyr at pasienten gjør en jobb og innsatser i sitt hverdags liv for å få opplevelse av trivsel og mening, og i denne prosessen trenger de ofte fagpersoner eller erfaringskonsulenter (Karlsson & Borg, 2017).

Ansatte sa at pasientene knyttet recovery ofte til opplevelsen av håp og noen mening. Mange sa de fikk tilbake noen de mistet tidligere. Ansatte satt mye fokus på recovery slik at pasientene kunne få sine rettigheter, muligheter og kontroll over sitt eget liv. Det er å få og ha et liv. Denne studien viste også hvordan ansatte i disse institusjonene beskrev på forskjellige måter sitt arbeid med de andre kollegaene, noe som bidro til at pasientene kunne oppleve mer meningsfull hverdag. Det var ikke lett å finne muligheter sammen med de andre kollegaene og pasientene i alle situasjonene som krevde hjelp og støtte. Samarbeid med kommunen, NAV og andre institusjoner var ofte svekket.

Schibbye snakker om anerkjennelse. Anerkjennelse inkluderer elementer som forståelse, lytting, aksept, toleranse og bekreftelse (Schibbye, 1996). Informantene nevnte at cirka 30% av pasientene ville ha noen endringer i livet sitt og de kunne bli veldig stolte, fikk meningsfulle aktiviteter og begynte å verdsette «små skritt». Det var viktig å få støtte i deltakelse i klatre- og turklubber, i Viking hvor pasientene fikk selskap, samtaler og samsvar. Borg og Kristiansen hevdet at å ha en jobb kan bli veldig viktig i pasientens recovery prosess. Jobben bidrar til å få muligheter til å delta på noen andre arenaer sammen med de andre og oppleve at andre har noen forventinger for dem (Borg & Kristiansen, 2008, pp. 511 - 533).

Ulike aktiviteter og arbeid gir pasientene mulighet til å ha en annen identitet. Det var viktig for både ansatte og pasientene at pasientene ikke ble betraktet bare som mennesker med psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Pasientene kunne oppleve følelse av å bli et medmenneske i kontakt av ansatte.

Pårørende har enormt stor betydning for pasientene i recovery prosessen. I en studie fra Australia beskrev pasientene at nesten hele familien var med i recovery prosess (Waller et al., 2019, p. 251). De nevnte både foreldre, besteforeldre, søsken, partnere og barn. Andre var mer selektive. De var fokusert på primær familien. En pasient svarte at han hadde kontakt bare med sin sønn og kjæreste. Han ville helst unngå kontakt med de andre på grunn av problemer og skuffelse. Det var også pasientene som inkluderte sine hjelpere for de beskrev dem som ny familie. Pårørende kunne bidra på ulike måter. En pasient sa at han ikke visste om han ville leve, men at familien gav mening. Noen av pasientene sa at kunne snakke med familien når de trengte, men noen hadde også klare grenser, særlig med søskenbarn. Mange fikk hjelp for å kontakte legen, fikk hjelp til å hente medisiner eller fikk oppfølging av familien. Noen pasienter fikk praktisk bistand. Noen fikk økonomisk hjelp, transport og bolig. Andre beskrev hvordan noe familiemedlem støttet foreldrerollen når de tok barna for pasientene som følte seg dårlig eller ble syke. Det var også de pasientene som sa at familieengasjement kan bli både godt og dårlig for dem. Mange sa at de ikke ville ha pårørende eller venner som er bekymret for dem. Disse pasientene ville ikke at noen skal dømme eller misforstå dem. Noen understreket at de ikke ville miste familien sin. En pasient sa at det er like stressende for henne å ha familien rundt. Mange strevde mye med å få forståelse av familien sin, men arbeidere måtte også hjelpe pasientene til å forstå familiemedlemmer. Mange pasienter fikk forståelse hvorfor familien reagerer som de gjør (Waller et al., 2019, pp. 251 - 252). Arbeidere kan også gi enkelte pasienter ferdigheter til å snakke med pårørende om sykdommen sin, hvordan de føler seg og hvorfor de gjør de tingene de gjør. Tre pasienter sa at de fikk lært hvordan de skal snakke med barna sine og hvorfor måtte de ta tabletter av og til. Familieengasjement var nødvendig gjennom hele recovery prosess. Familiemedlemmer bør være en del av planleggingsprosess, samt vite om medisiner og bivirkninger av dem. Arbeidere bør oppmuntre pasientene å ha noe familiemedlem når de har avtaler eller møter. Det er meget viktig å ha god kommunikasjon og kontakt med familien, særlig når pasienten er innlagt på sykehus. Spørsmålet om samtykke og konfidensialitet var tatt opp. Mange pasienter var veldig åpne for at informasjon kan bli delt med bestemte familiemedlemmer. Totalt sett, argumenterte alle at konfidensialitet måtte diskuteres på forhånd med den enkelte (Waller et al., 2019, pp. 247 - 255).

Lippestad og Steihaug sier at arbeid og aktiviteter påvirker egenverd, kompetanse og følelse av kontroll. Informantene sa også at de fikk hjelp fra ulike organisasjoner som organiserte forskjellige aktiviteter (Lippestad & Steihaug, 2015, pp. 217 - 228).

Norge er veldig kjent for ulike bruker- og pårørende organisasjoner innen psykisk helse- og rusfeltet. De omfatter mangfold av aktiviteter og oppgaver. Norge har en lang historie med brukerorganisasjoner. De fleste legger vekt på brukermedvirkning der man har alle sine rettigheter som innbygger, bruker og pasient. Politisk påvirkning og lobbyvirksomhet har en stor rolle her (Karlsson & Borg, 2017, p. 109). De fleste organisasjonene har ulike opplæringsstilbud til medlemmer og de andre som er interesserte. Noen organisasjoner prioriterer veilednings- og mentorvirksomhet og likepersonsstøtte, samt forskning og fagutvikling. Disse organisasjonene kan for mange ROP- pasienter være betydelig arena for å jobbe med recovery prosesser. Flere pasienter sier at de har opplevelse av fellesskap og erfarer egen utvikling. Her får de mulighet til å delta i samfunnet. Organisasjonene har ulike oppgaver som kan gjøres. Pasientene får mulighet til å gjøre små og avgrensede oppgaver. Pasientene opplever seg nyttig og de kan øve seg på å mestre ulike oppgaver. Mange pasienter beskriver at det er god følelse av å bli godtatt som den man er. Flere sier at det er veldig meningsfullt å bli med i brukerorganisasjon. Noen beskriver brukerorganisasjon som en trygghet. Stor betydning for ROP - pasientene her at de har valgmuligheter. Det er viktig for de har ulike ønsker og behov til ulike tider. Men de fleste pasientene har selv mye kunnskap og ressurser og vet hva som kan være til hjelp (Karlsson & Borg, 2017, pp. 109 - 111).

Det er mange brukerstyrte organisasjoner og sentre rundt om i landet. Helsedirektoratet har gitt tilskudd til 6 regionale brukerstyrte sentre siden 2006 (Karlsson & Borg, 2017, p. 110). Sentrene er innen psykisk helse og de setter fokus på brukermedvirkning. Dette skal inkludere samarbeid med ulike organisasjoner og lokale og regionale instanser. Bestemte evalueringer av disse sentrene viste at det finnes en rekke av aktiviteter og prosjekter. Disse aktivitetene inneholder forskjellige tiltak for som styrker pasientene og ulike tiltak som virker inn på fag- og tjeneste utvikling på systemnivå. Det finnes også andre kurs- og informasjonsvirksomheter som jobber med ulike målgrupper, har lavterskeltilbud og tilbud om arbeidspraksis (Karlsson & Borg, 2017, pp. 110 - 111).

Informantene opplevde i sin jobb at brukermedvirkning hadde veldig viktig plass, både gjennom formelle og uformelle former. De formelle formene oppfylles gjennom føringer og

lowverk (Syse, 2019). Alle informantene hevdet at de måtte bli godt kjent med lover og regler, samt prosedyrer og rutiner ved enkelte avdelinger. Å bli godt kjente med dette var en av hovedforutsetningene for å jobbe med ROP - pasienter og at pasientene kunne oppleve at de ble tatt på alvorlig. De ansatte har en viktig rolle i pasientens sitt liv for de hjelper dem til å bli mer selvstendige og kan hindre tilbakefall. Flere informanter sa at de satte så mye fokus for å forebygge tilbakefall og hindre overdosering. Pasientene får hjelp av ansatte til å forme sin hverdag, de får økt styrke til å ta mer makt i sitt liv. Dette er individuell form for empowerment hvor pasienten får ansvar og påvirkningsmulighet. Disse pasientene har ikke så mye av påvirkning på systemnivå for den er noe som er mer aktuelt på sengepost avdelinger. Flere ansatte sa at de merket at det var bedre samarbeid på jobb siden COVID - 19 pandemi startet, men at de opplevde problematisk det at bestemte avdelinger ble stengte noen dager i uker, noe som gikk på bekostning av disse pasientene. Dette kan tolkes som i form av empowerment som motmakt der de pasientene (undertrykte) kjempet mot staten / kommunen. Disse situasjonene krever bevisstgjøring og mobilisering av både ansatte og andre institusjoner som kan sammen utøve stor makt og innflytelse (Freire, 1999).

Informantene sa at de så på alle pasientene likeverdige, som på mennesker som hadde sine egne ressurser, behov og ønsker. Likeverd samarbeid og anerkjennelse er grunnleggende i psykisk helsearbeid (Karlsson & Borg, 2017). Det er også knyttet til empowerment prinsippene. Sosial tilhørighet av en av de sentrale faktorer i arbeid med ROP - pasienter. Informantene sa at de fleste pasientene opplevde dem som familien og hovedhjelpere. «Tilhørighet til flokken» er et begrep som Per Fugellis nevner og som viser at menneske er et sosialt vesen (Tveiten & Boge, 2014, p. 17).

7.4 Kompetanse og samarbeid

Vi lærer oss mange kompetanse gjennom hele livet. De fleste lærer gjennom utdanning, og mange oppgaver kan løses på egen hånd. Arbeidslivets oppgaveløsning i dag skjer sjelden på egen hånd (Vestli, 2017). Dette krever kunnskap og forståelse. Teamarbeid krever bestemt kompetanse - evnen til å bygge tillit, lytte til hverandre, gi tilbakemelding, se andres perspektiver og jobbe i endring. Hvis ansatte har en felles forståelse av oppdraget, er det allerede en god forutsetning for god kommunikasjon og samhandling. Arbeid med ROP - pasienter krever gjensidig teamavhengighet. Her må flere jobbe sammen for å løse noe,

ansatte må ha forskjellige kompetanser eller flere personens vurderinger bør være inkludert samtidig under arbeidsprosessen. Flere ansatte sammen kan skape bedre beslutninger og faren for å overse noen problem, minimeres her. Resultatene krever alltid stor innsats, særlig på lang sikt. Ansatte på jobb er sjelden en konstant gruppe. Det er vanskelig å ha oversikt og definere alt klart (Vestli, 2017).

I boken Team building forklares at ansatte må ha vise ferdigheter, holdninger og kompetanse som gjør det mulig å hjelpe klienter / pasienter. Disse arbeiderne fastsetter mål, tar avgjørelser, kommuniserer, håndterer forskjellige konflikter og løser problemer i en støttende og tillitsfull atmosfære. De er også klare over egne styrker og svakheter og har evnen til å gjøre endringer når de trenger å forbedre deres opptreden (Gibb et al., 2013)

Godt profesjonelt arbeid med ROP - pasienter krever høyt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter. Ansatte skal ha sterk interesse og holdninger. De skal ha respekt og empati. Situasjonene med disse pasientene veksler mellom fra god respons fra pasientens sin side til mye elendighet og avbrutte samtaler. Det er viktig å inneha kunnskaper om de spesielle problemene ROP - pasientene kan slitte med. Kravet til kunnskapen er avhengig av hvilke roller den enkelte arbeideren har. Men alle bør ha grunnleggende kunnskaper i dette området.

Kompetansesenter Rus og Region Øst (KoRus - Øst) har utarbeidet plan for implementering av Nasjonal retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging ROP - pasienter. Planen bygger på: forskningsbasert kunnskap om implementering, undersøkelse i spesialisthelsetjenesten om forskjell mellom praksis i dag og disse anbefalingene og undersøkelsene i utvalgte kommuner hva er som problematisk for å kunne gi ROP - pasientene best mulig behandlingstilbud og arbeidere med gode kompetanser. Hvordan tjenestene skal utformes og utgjøres er avhengig av kompetanse hos ansatte. Retningslinjen gir råd hvordan ansatte i spesialisthelsetjenesten skal utøve praksis og hvordan tjenestene skal organiseres. Implementeringen av retningslinjene krever tiltak både på individ- og systemnivå. Implementeringen på individnivået betyr at ansatte i spesialisthelsetjenesten skal følge disse anbefalingene og skal ha bestemte kompetanser. Systemnivået inkluderer politikere og administratorer (<https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>, 2012).

Helse og omsorgsdepartementet skal sørge for kompetansebygging i helsesektoren. Dette er prioritinger for helseforskningen (<https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/portefoljer/helse/portefoljeplanen-for-helse/litteratur-og-dokumenter/>, 2020). Helsevesenet må i framtiden bli enda mer effektive, helhetlige og koordinerte. Helsetjenestene må gjennomgå fornyelse og bidra til innovasjoner i sine sektorer. Der er nødvendig med mer forskning hva som bidrar til å skape bedre tjenestetilbud og gode kompetanse hos ansatte. Teknologibruk kommer også med nye utfordringer og der er stort behov for mer kunnskap om helse og teknologi blant ansatte i helsevern. ROP - pasienter er en gruppe som krever særlig oppmerksomhet og er sårbare. Det skal bli enda mer behov for kunnskap om organisering, samarbeid og finansiering i psykisk helsevern. I de neste 10 - årene skal demografiutviklingen påvirke sterkt hvordan ansatte skal levere helsetjenester til pasientene. Det skal bli store utfordringer med knapphet på helsepersonell. Nye arbeidsmetoder og tjenester og stadig høyere antall ROP - pasienter skal forårsake at personalets kompetanse skal brukes effektivt hele tiden. Covid - 19 pandemien skal også påvirke situasjonen på dette området (<https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/portefoljer/helse/portefoljeplanen-for-helse/litteratur-og-dokumenter/>, 2020).

Når vi snakker om makt og hvem som bestemmer er det viktig å nevne at skjult makt er veldig farlig og den er stor hindrer for brukermedvirkning (Askheim, 2012, p. 12). Mangel på informasjon eller dårlig kommunikasjon mellom institusjonene kan bli eksempel på dette. Mange ansatte sa at de ofte hadde problem da pasienten ble utskrevet og sendt hjem uten at kommunen og hjemmesykepleie var informert eller fikk pasienten ikke riktig informasjon om hva slags rettigheter han hadde og hvem han kunne kontakte for hjelp. De fleste ansatte hadde mening at det var stor maktasymmetri og at de som er i kommunen bestemte mye, til og med at de i kommunen trodde at ansatte ved disse avdelingene ble kjempeflinke og kunne løse alle problemer, selv om de ofte manglet bemanning, kunnskap eller penger til å utføre sin jobb. Det var ikke bare negative kommentarer angående kommunen, men alle ansatte understreket at de var veldig avhengig av kommunen og at det ofte var stor press på dem (Askheim, 2012, p. 12).

Det er også viktig teamarbeid, samarbeid og god kommunikasjon i arbeid med ROP - pasientene. Ansatte var stort sett fornøyd med disse elementene på jobb, men det var også

noen som sa at alltid kunne bli bedre. Det er alltid godt med noen endringer og nye ideer. Bestemte studier viser forskjellige problemer i jobb som er knyttet til dårlig samarbeid, kommunikasjon og ubrukte kompetanser. Bestemte studier viser at ansatte ofte har manglende involvering med sine posisjoner (Jakobsen et al., 2010, pp. 9 - 13). Det betyr at mange har deltidsstillinger eller ubrukte spesialkompetanse. Det er ofte mangel på informasjon eller dårlig informasjonsflyt. Mange vet ikke noe om integreringsprosjekter og skriftlige referater som ansatte kan lese for å bli mer oppdatert. De sier at lederne har møter, men at de ikke vet hvor mye kommer ut av det. De snakker også om konsekvenser for rutiner og drift. De hevder at uten noen positive endringer på jobb, er de bekymret for egen rolle og pasienter. Det mangler ofte åpenhet fra ledelsen når det gjelder konsekvenser for den enkelte og mange ansatte opplever at de står utenfor i prosessen. Ansatte er veldig ofte usikre om sine fremtidige roller og oppgaver. Det er mye snakk angående rutiner som er knyttet til organisering. Noen hevder at de er usikre både foran pasientene og ansatte. Mange ansatte gir uttrykk på manglende kontroll og forutsigbarhet. Saksvik sier at mest verdifulle utveksling av informasjon skjer uformelt. Den er tilfeldig og har ryktespredningsform. Rykter er uheldig informasjonsform og den er ikke alltid sant. Den formen av kommunikasjon brukes dessverre veldig ofte på jobb (Jakobsen et al., 2010, pp. 9 - 13).

Flere deltakere i studien sa at det er godt arbeidsmiljø på jobb. Dårlig arbeidsmiljø påvirker trivsel og arbeidsinnsats, og kan føre til sykdommer og oppsigelser. Det kan bli vanskelig å ta opp konflikter og løse dem. Psykolog Sara Aarseth hevder at det er sterk sammenheng mellom arbeidsliv og psykisk helse (Jacobsen, 2014, p. 1287). Det er fremdeles alt for lite informasjon om psykiske lidelser som er forårsaket av konflikter på jobb. I Meld. St. 29 er det omfattende dokumentasjon om arbeidsforhold og arbeidsmiljø i Norge. Ni av ti ansatte i forskning sier at de trives på jobb, og de fleste jobber under gode og forsvarlige arbeidsforhold. Regjeringen mener likevel at det er utfordrende å sikre godt arbeidsmiljø for alle (Detkongeligearbeidsdepartementet, 2011, p. 18). Forhold på arbeidsplasser er viktig for hver person. Trivsel på jobb er det et viktig bidrag til den generelle livssituasjonen. Et godt og helsefremmede arbeidsliv handler om balanse mellom arbeid og hjem (Detkongeligearbeidsdepartementet, 2011, p. 141).

Deltakerne i studien var også veldig opptatt av arbeidsmiljø. Ansatte som jobber i helse- og sosialsektoren er ofte utsatt for konflikter, trusler og vold. En rapport fra Statens

arbeidsmiljøinstitutt viser at 20_% av sykepleiere og 30_% av de andre ansatte i helsevesen opplever vold eller trusler på jobb (Lillevik & Øien, 2010, p. 85). Forklaring for dette er kvaliteten på forhold mellom ansatte og pasienter. Lene Lauge Berring (Berring 2006) viser til at ansatte kan øke faren for vold, hvis de selv er redde, eller dersom de ikke respekterer pasienten. Samtidig peker Isdal (2003) på at årsaker til vold kan bli innflytelse og det å bli sett, hørt og forstått (Lillevik & Øien, 2010, p. 85).

Det var veldig spennende å ha lange samtaler med erfaringskonsulenter. De hadde så mye å si om dette feltet, var så ivrig til å snakke om psykiske plager og rusproblematikk. Både i Norge og i andre land har det blitt vanlig å ansette personer som har erfaring i tjenestene som tidligere pasienter. Bestemte studier viser at pasientene opplever dette veldig positivt og har gjerne møter med erfaringsmedarbeidere (Borg et al., 2017). Det er positive erfaringer både på organisasjons- og individnivå. Samarbeid med erfaringskonsulenter kan bli en god alternativ til det faglige arbeid i psykisk helse og rusproblematikk. Erfaringskonsulenter hjelper til at pasientene får bedre tilgang til tjenestene. Det viser også at akutt tilbud reduseres og at rusmisbruk er mindre hos ROP - pasientene. Pasientene får økt håp og trivsel i hverdagen. Pasientene som får hjelp fra erfaringskonsulenter, har færre innleggelse og reinnleggelse. Disse pasientene opplever større selvstendighet og har bedre sosiale relasjoner. Recovery har to komponenter - «recovery fra problemer» og «recovery fra system). Den andre komponenten er viktig for pasienten kan få mer informasjon fra erfaringskonsulenter og ser annerledes på valgmuligheter. God informasjon og valgmulighet er ofte mang full når pasienten har kontakt med tradisjonelt hjelpesystem. Pasientene blir da mer selvstendige, det unngås reproduserende makt, noe som fører til kulturendringer og utvikling av tjenestene. Disse pasientene kommer seg raskere ut i arbeid. En norsk rapport viser at erfaringskonsulenter forstår ROP - pasienter på en annen måte, enn fagpersonene. Pasientene er også mer åpne og ærlige overfor erfaringskonsulenter, enn overfor de profesjonelle. Erfaringskonsulentene får ofte erfaring at de er oppfattet som venner av hjelpesøkende. Erfaringskonsulentene har større innsikt og kompetanse og kan vite bedre enn fagpersonene hva er sentralt i «peer support». Samarbeid med erfaringskonsulentene gir konkret og praktisk hjelp, emosjonell og sosial støtte og hjelp i møter med de andre hjelperne. Erfaringskonsulentene forbedrer også samarbeid mellom fagpersonene og pasientene (Borg et al., 2017).

Erfaringskunnskap er anerkjent i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998) (Rossen & Elstad, 2021, p. 61). Den er individuell og subjektiv. Person som selv har erfart hvordan det er å ha noen rusmisproblemer eller psykisk lidelse kan formidle denne erfaringskunnskapen. Erfaringskonsulenter kan også bli personer som har hatt erfaring som pårørende til pasientene med rusrelaterte eller psykiske problemer. Når det skal samarbeides på nye måter i psykisk helsevern, må det også videreutvikles psykisk helsearbeid. Erfaringskunnskap kan brukes når brukestemme og brukerperspektiv er på plass. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse (2006) har mål til å samle og systematisere erfaringskunnskap fra brukere og pårørende. (Rossen & Elstad, 2021, p. 61). 2016 registrerte nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse over 100 erfaringskonsulenter ansatt i ulike kommunale og statlige tjenester (Rossen & Elstad, 2021, p. 62).

Danielsen (2010) snakker om utfordringer ved bruk av erfaringskonsulenter i psykisk helsevern. Han beskriver erfaringskonsulenter som personer som gir håp til pasientene. Pasientene deler også lett sine erfaringer med dem (Rossen & Elstad, 2021, p. 62). Brandsø (2012) forklarer at erfaringskonsulenter innehar frie roller på jobb. På denne måten kan de delta på ulike nivåer i en organisasjon. Dette påvirker brukermedvirkning på alle nivåer, tjeneste-, system- og individnivå. En fagartikkel nevner at en ansatt erfaringskonsulent bidro til fagansatte og pasientene å øke bevissthet om brukermedvirkning og erfaringskunnskap (Rossen & Elstad, 2021, p. 62).

Flere studier konkluderer at ansettelse av erfaringskonsulenter kan ha positiv betydning for pasientene (Repper og Carter, 2011). I følge Gilland og Holley (2014) kan erfaringskonsulenter redusere kostnader og bruk av tjenester for de kan jobbe i flerfaglige team. Erfaringskonsulenter kan skape mer tillit mellom pasientene og fagansatte. Det er også nødvendig med tilstrekkelig veiledning, opplæring, støtte og annerkjennelse slik at erfaringskonsulenter skal ha en positiv rolle (Rossen & Elstad, 2021, p. 63). En studie sammenliknet tjenester gitt av fagansatte og erfaringskonsulenter (Pitt et al. 2013). Studien viste at ansettelse av erfaringskonsulenter ble utbredt i USA, England og Australia. Der var det tydelig forbedring pasientene i recovery prosess. Fagansatte konsentrerte seg om lidelser, og erfaringskonsulenter var mer opptatt av pasientens daglige funksjoner. Studien konkluderte at det ikke var noen forskjell på hvem pasientene fikk hjelp fra, og at erfaringskonsulenter brukte mer tid sammen med pasienter (Rossen & Elstad, 2021, p. 74).

7.5 Ønsker om faglig utvikling

Det finnes ikke så mange evidensbaserte behandlingstiltak for ROP - pasienter. Selv om noen tiltak har vist god effekt på depresjon og sosial angst i kombinasjon med ruslidelser, er det fremdeles stort behov for mer evidensbasert behandlingskunnskap om ROP - lidelser. Det er mange arbeidere som forsøker å finne andre former for kompetanse som de selv vektlegger. En kvalitativ undersøkelse viste at samhandlinger med ROP - pasientene som bygger på relasjon, tillit, erfaring og kreativitet, kan i kombinasjon i faglige kunnskaper, hjelpe ekstremt mye i akutte situasjonene med pasientene som beltelegging, skjerming og beroligende medikamenter (Almvik & Borge, 2017, p. 214).

Alle ansatte sa at de ville lære mer i rus og psykisk helse, og erfaringskonsulenter hadde lyst til å ta mer formell utdanning. Det etterlyses mer kompetanse på dette området. Mye av opplæring, kurs og skoleutdanning har vært rettet mot enten behandling i psykiatri eller rusbehandling. Det er viktig å møte begge lidelsene samtidig, og opplæringen bør prioriteres både i løpet av grunnutdanning og videreutdanning. Usikkerhet på egen kompetanse og manglende kunnskap i hensiktsmessige metoder fører til at mange ansatte vegrer seg mot å møte ROP - pasienter (Åkerholt, 2006, p. 227).

Noen av deltakerne mente at individuelle kompetanser er veldig viktig for jobben. I følge Skau (2005) omfatter individuelle kompetanse personlige kompetanser, teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter (Delås, 2011, p. 84). Personlig kompetanse viser hvem vi er som person, og vårt forhold til oss selv og til andre. Den inkluderer menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter. Det er viktig å prioritere å jobbe med denne kompetansen, fordi den påvirker i stor grad teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter. Den teoretiske kompetansen er basert på forskning. Den kan bli overflatisk eller godt forankret. De yrkesspesifikke ferdighetene er teknikker og metoder som brukes i praksis. Personer som er mer bevisst i forhold til egen væremåte, opptrer mer fleksibelt i forhold til andre. Disse personene er mer sensitive for sosiale signaler. De klarer å tilpasse seg i ulike situasjoner og forventinger. De er flinkere til å utrykke seg med ansikt og stemme (Delås, 2011, p. 85). Det er vanskelig å definere personlig egnethet for jobb, men i forskning betraktes dette som en av de «smarte boksene på feltet» (Natland & Johannessen, 2020, p. 88). Personlig egnethet er relasjonelt, og vurderingen av «spesifikke» ferdigheter hos en kandidat for jobb er avhengig av hvordan arbeidsgiveren skal forestille og oppleve kandidaten. I litteraturen brukes

personlig kompetanse både som en sentral del av profesjonell kompetanse og adskilt med kunstige grenser mellom person og profesjon (Natland & Johannessen, 2020, p. 90).

Informantene i studien hadde lyst til å lære mer om ulike temaer. Noen nevnte at de ville vite mer om pakkeforløp. Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal bidra til pasientens helsetjenester, og er basert på økt brukermedvirkning, og bedre samarbeid og samhandling. Pasienten skal kunne medvirke i alle prosesser gjennom behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2021). Pasienten unngår da faglig ubegrunnet ventetid. Pakkeforløp for psykisk helse og rus starter i kommunen med fastlege eller noen andre instans som henviser til spesialisthelsetjenesten. Særlig følsomme kategorier er gravide kvinner, barn og unge, eldre og pasienter uten samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2021).

Noen andre deltakere ville vite mer om pasientrettigheter. Pasientrettigheter og valgfrihet er veldig viktige i dagens samfunn. I helsevesenet får ansatte mindre å si, mens pasienter får mer (Heløe, 2012, p. 434). Endringen av Norge fra sosialhjelpstat til velferdsstat ble behovsprøving erstattet av rettighetsbasert lovgivning. Disse forandringene avspeiles blant annet i omtalen av målgruppen som får tjenester. De het først fattige, de nødstedte, de trengende, senere klientene, de trygdede og tjenestemottakerne. Nå er de pasientene, beboerne og brukerne (Heløe, 2012, p. 434). Pasientrettigheter overvåkes gjennom statlig tilsyn og klageordninger (Heløe, 2012, p. 436). Det er viktig å se på pasientrettigheter, når medikamentassistert behandling er utført. Pasientrettighetene har gjort det mulig at pasientene kan klage hvis de føler seg feilbehandlet. Men det er alt for lite pasienter fra LAR som gjør det. Disse pasientene er svært stigmatiserende, og det er store forskjeller i vårt land hvordan de behandles. De nasjonale retningslinjene tolkes forskjellig i ulike regioner i landet (Følling, 2010, p. 29).

Selv om alle informantene hadde lyst på videre faglig utvikling, framhevet de også at skolesystem trenger forandring. Moderne samfunn i dag krever konstant forandring og opplæring i forskjellige oppgaver hvor ansatte må tilpasses med sine ressurser for vilkår på jobb (Krejsler, 2007, p. 277). For at det skal sikres fleksibilitet på jobb, skal læring av nødvendige kompetanser løsnes fra tradisjonelle bindinger, og skolen skal bidra til å kvalifisere bestemt arbeidskraft. Det blir stadig et problem å komme til enighet om hva skal læres på skolen (Krejsler, 2007, p. 283). Tradisjonell definisjon av utdanning er at den er metodisk sosialisering av unge (Sakslind, 2002, p. 122). Sosialiseringen fremmer verdier og normer som er aktuelle for det spesifikke samfunnet, og viser hva som skal læres. Hansen

(2011) påpeker at samfunnet er i stadig forandring, og det er feil at unge får utdanning på bakgrunn av gamle erfaringer (Hansen, 2011, p. 13). Reformen må derfor baseres på det samfunnet som trolig skal eksistere i fremtiden. Det er veldig vanskelig å finne svar på det hva slags kompetanse som skal vektlegges i utdanning, og iverksettes videre i arbeid.

7.6 Ledere

Informantene som var ledere hevdet at de var godt kjent med kompetanse og kunnskap til sine ansatte og de satte stort fokus på det når de har nye kandidater for jobb i intervju. De sa at alle er kjempeselvstendige og har autonomi i arbeid med pasientene, men samtidig var de veldig forberedte for teamarbeid og for å gi støtte til andre kollegaene når det var nødvendig. Autonomi beskrives vanligvis som tilstand til å være uavhengig eller selvstyrende, men begrepet er mer bredt dedikert i etikk, helse og pleie. Selv om det er en vis klarhet om hva autonomi betyr i den etiske litteraturen, er det begrepet litt mer kompleks i sykepleie på grunn av mangel av konsistens når man definerer autonomi. Det var flere ganger diskusjon at begrep autonomi ble feil brukt. Det var ofte brukt som «tillit» og «kompetanse» som mer passende, men identifiserte også begynnelsen på en modell for jakten på sykepleie autonomi. Sykepleiere kan oppnå autonomi med evnen til å lage uavhengige valg, frihet for tvang, og rasjonelle og reflekterende tanke og tilstrekkelig informasjon og kunnskap. Når det brukes i faglig praksis, beskrives autonomi som kontroll over praksis og utøvelse av dømmekraft. Den autonome sykepleieren ville derfor ha kontroll over sin egen praksis og betydelig rom for vurdering (Rowe, 2010).

Samarbeid mellom ledere og ansatte innen psykisk helse er veldig viktig for ansatte er involverte når et menneske trenger hjelp. I Opptappingsplanen er samarbeid sentralt, og det kommer særlig til uttrykk i recovery orientering og psykisk helsearbeid (Iversen & Ødegård, 2010, p. 130). Profesjoner er yrkesgrupper der samhandling og identiteter kan bli både stabile og i endring. Det kan skje gjennom utdanning eller på arbeidsplass. Tverrfaglig samarbeid kan betraktes som samarbeidsprosesser mellom fagfolk med forskjellige utdanninger og erfaringer. Samarbeid inkluderer elementene av harmoni, spenninger og konkurranser (Iversen & Ødegård, 2010, p. 131). Slik samarbeid har stor betydning for ulike forståelser og tilnærminger kan utfylle hverandre til en god «helhet» (Iversen & Ødegård, 2010, p. 139). Forskning viser at en god ledelse er grunnleggende for å etablere et godt arbeidsmiljø, og

fagmiljø og yte kvalitativt gode tjenester (Thygesen & Tønsberg, 2004, p. 35). Det er også en viktig forutsetning for rekruttering og effektivitet. Derfor må det settes stort fokus på god ledelse, organisering og samarbeid.

Ledere har viktig rolle i å forløse ressursene som er latente hos ansatte. Det er et positivt lederskap. Positivt lederskap skal mobilisere den kompetansen, energien og kreativiteten de ansatte har (Johannessen & Olsen, 2009, p. 24).

Lederne i studien sa at det veldig viktig å sette fokus på total helse hos pasientene. Det er viktig å ha mulighet til å tilby den beste helsehjelpen, når en pasient trenger den. I Norge er det et avansert helsevesen, men vi møter alltid nye behov og muligheter. Mål er oppnå bedre psykisk og fysisk helse ved å forebygge sykdom og innleggelse på sykehus. I denne prosessen er det viktig å inkludere kommunale tjenester. Det bør også prioriteres bedre ledelse og oppgavefordeling i sykehus (Støre, 2013, p. 1561). Somatisk helse er tatt på alvor på mange steder, men i flere psykiatriske avdelinger er det ikke satt stor fokus på (Okkenhaug, 2016, p. 58). Stimulering av fysiske aktiviteter, kontroll av vekt, tannlegekontroll, blodprøver, i tillegg til utskrivningsproblemer fortjener stor oppmerksomhet hos pasientene innen psykisk helsevern. Det er viktig å inkludere somatisk helse, når behandlingsplaner og individuell plan skal utarbeides. Ansatte skal stimulere pasientene å få bedre kunnskap om mulighetene for forandring til det bedre. American Journal of Psychiatry (2006) hevder at ansatte innen psykiatri skal ha ansvar for sine pasienter og medisinsk oppfølging, fordi det ikke blir gjort av andre (Okkenhaug, 2016, p. 58).

8.0 Konklusjon

Et av målene i denne studien var å få mer innsikt i kompetanse hos ansatte som jobber med ROP - pasienter i psykisk helsevern. Det andre målet var å få innsikt i kunnskap om recovery hos ansatte og hvordan de selv vurderer den. Analysen ble bygget på informantenes erfaringer med ROP - pasientene som mottok tjenestene ved bestemte avdelingene i psykisk helsevern. Det var konkludert at ansatte skapte gode relasjoner til sine pasienter, som førte til skadereduksjon og altfor lite utagering. For halvparten av ansatte var det ikke stor belastning å jobbe med ROP - pasienter. De hadde mening at det er trygt på jobb, selv om de har

utfordringer hverdag. Det var utfordrende å ha kontakt med urolige og nye pasienter, løse kompliserte saker og oppleve tidspress på jobb.

Alle informantene måtte ha prioriteter på jobb hver dag. Det var nevnt prioriteter som: god relasjon og dialog med pasientene, godt samarbeid med kollegaene og andre instanser, tverrfaglig jobb, respekt til pasientene, pasientens motivasjon og utdeling av erstatningsmedisiner. Alle informantene klarte å mestre jobben sin godt. Prosedyrer og rutiner i alle disse institusjonene var meget viktige, og de var godt iverksatt på jobb. Både veiledning og opplæring på jobb var tilgjengelige for alle, og de hadde ekstremt mye fokus på gode kompetanser. De fleste ansatte lærte mye bedre i praksis når de ble engasjert.

Alle informantene jobbet recovery -prosesser på jobb. Erfaringskonsulenter lærte om recovery gjennom sine recovery - prosesser. Det var oppsummert at det læres så lite om recovery på skolen. Tilbud av aktiviteter for pasientene var på høyt nivå, men det er ofte problem med samarbeid og kommunikasjon med kommunale instanser. Arbeid med ROP - pasienter krever kontinuerlig planlegging og prioritering. Ansatte satte utrolig mye fokus på autonomi, valgmulighet og brukermedvirkning i kontakt med pasientene.

Det ble konkludert at ansatte tilegnet seg rusrelatert og psykisk kunnskap gjennom praksis, og evnet å beskrive sine kunnskaper, utfordringer og problemområder, og gav forslag hvordan jobben kan forbedres. Fagpersonene fikk en del av kunnskap gjennom utdanning, men stort sett på jobben gjennom opplæringen og i kontakten med pasientene. Erfaringskonsulentene var ansatte som manglet formell utdanning, men de var ressurspersoner med rik brukererfaring. Det viste seg at arbeidsmiljø, samarbeid og fagutveksling var på et utmerket nivå, men alle mente at de trenger mer kompetanse. Studien viste at alle informantene lærte og utviklet seg kontinuerlig, men alle informantene ville lære mer på dette området. Både teoretiske og praktiske kunnskaper er viktige, og informantene spesifiserte hvilke temaer de vil vite mer om.

Lederne var godt kjente med kompetanse og kunnskap til sine ansatte. Personlige kompetanse kan bli viktigere enn faglige, som viser ansettelse av erfaringskonsulenter. Det er best med kombinasjon av kunnskapene i psykiatri og somatikk, og lederne er veldig nøye på intervju hvilke kompetanser kandidater har. Lederne var også opptatt av opplæringen, særlig

for nyansatte. God fagutveksling og samarbeid mellom ansatte resulterte i gode tilbakemeldinger både fra pasientene og pårørende.

For å forstå sammenheng mellom kompetanse hos ansatte og arbeid med ROP - pasienter, er det behov for mer forskning. Tidlig opplæring, bedre bemanning, erfaringskonsulenter med bedre utdanning og bedre kommunikasjon mellom tjenestene kan hindre utvikling av store problemer og utfordringer i arbeid med denne gruppen. Alt dette skal gi bedre grunnlag for å jobbe mer effektivt og at pasientene får bedre tilbud i framtiden.

Jeg håper denne studien kan stimulere til fremtidig kompetanseheving på psykisk helsefeltet. Det er viktig både å utvikle kompetanse og holde på dem.

Litteraturliste

- Almvik, A., & Borge, L. (2017). *A sette farger på livet - Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.
- Arntzen, E., & Tolsby, J. (2010). Studenten som forsker i utdanning og yrke-Vitenskapelig tenkning og metodebruk. (Høgskolen i Akerhus, Oslo).
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid - Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* (1 ed.). Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment: i teori i praksis* (1 ed.). Gyldendal akademisk.
- Barbosa da Silva, A. (2012). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid* (G. A. Oslo, Ed. 1 ed.). Gyldendal Akademisk Oslo
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2020). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2 ed.). CAPPELEN DAMM AS.
- Bjørkquist, C., & Vold, H. G. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11(Faculty of Health and Welfare, Østfold University College, Halden, Norway), 233 - 243.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & Society*, 23 (5), 511 - 523. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1080/09687590802177072>.
- Borg, M., Sjøfjell, T. L., Ogundipe, E., & Bjørlykhaug, K. I. (2017). Brukerens erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsarbeidere innen psykisk helse og rus. *Forskningsrapport Nr. 1*(HSN - Senter for psykisk helse og rus og Høgskolen i Sørøst Norge).
- Brodahl, M. (2016). Hvilken kompetanse er vesentlig å ha for erfaringskonsulenter innen psykisk helse og rus? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13, 374 - 379. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-04-09>
- Delås, G. M. (2011). Bevisstgjøring av personlig kompetanse: Hvorfor bevisstgjøring av personlig kompetanse bør prioriteres i de sosialfaglige utdanningene. *Uniped (Lillehammer)*, 4(4), 82-89.
- Det kongelige arbeidsdepartementet. (2011). *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv : arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerheit* (Vol. 29(2010-2011)). Servicesenteret for departementa.

- Ellingsæter, A. L. (2005). "Tidsklemme" - metafor for tid. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 46, 297 - 326. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1504-291X-2005-03-02>
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp-Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4 ed.). Universitetsforlaget Oslo
- Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk* (1 ed.). Gyldendal akademisk.
- Fødstad, H., & Christiansen, B. (2014). Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus og psykiske vansker (ROP) hos ansatte og studenter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 Nr 2, 126 - 134. <https://doi.org/https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/tph/2014/02>
- Følling, K. L. (2010). Rusmisbrukerne – klient eller pasient? *Rus & samfunn*, 4(5), 29-31.
- Gamme, V. I. (2009). Skjerming med brukermedvirkning – Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(3), 241-249.
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2, 88 - 93. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03>
- Gibb, D. W., Jeffrey, D. H., & William, D. G. (2013). *Team Building - Proven Strategies for Improving Team Performance* (5 ed.). Jossey - Bass.
- Hansen, E. J. (2011). *Utdannelsessystemene i sociologisk perspektiv*.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse* (3 ed.). Gyldendal Oslo
- Heløe, L. A. (2012). Fra paternalisme til pasientrettigheter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 132(4), 434-436. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.1427>
- <https://no.careerie.com/91472-importance-knowing-strengths-weaknesses-employees-12282.html>. (2021). *Betydningen av å kjenne styrker og svakheter hos ansatte - Karriereveier - 2021*.
- <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/portefoljer/helse/portefoljeplanen-for-helse/litteratur-og-dokumenter/>. (2020). *Porteføljeplan for helse* <https://doi.org/https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/portefoljer/helse/portefoljeplanen-for-helse/litteratur-og-dokumenter/>

<https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse-ROP lidelser* [Hefte]. <https://doi.org/https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>

Iversen, H. P., & Ødegård, A. (2010). Samaebeid og ledelse i en akutenhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7, 130 - 141, Article 2.

Jacobsen, E. (2014). Å bidra til et godt arbeidsmiljø. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 134(12/13), 1287-1287. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0682>

Jakobsen, R., Sørli, V., Guttoormsen, T., & Finstad, H. H. (2010). Being at a margin during changing processes in the work place. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies - Vård i Norden*, 30 Nr. 3, 9 - 13. <https://doi.org/http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/detail/detail?vid=0&sid=591438c9-39d3-4bed-898a-b7db5273a869%40sdc-v-sessmgr01&bdata=JnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=104941065&db=c8h>

Johannessen, J.-A., & Olsen, B. (2009). Positivt lederskap: Jakten på de positive kreftene. 22 - 34.

Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery-Tradisjoner, fornyelser og praksiser* (G. A. Oslo, Ed. 1 ed.). Gyldendal Akademisk Oslo.

Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget.

Krejsler, J. (2007). Skolereform, livslang læring og individualisering - Tilpasset opplæring av nyttige og selvkørende borgere. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 91(4), 277-289.

Lillevik, O. G., & Øien, L. (2010). Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6(2), 84. <https://doi.org/10.7557/14.1191>

Lippestad, J. W., & Steihaug, S. (2015). Hva mener mennesker en schizofrenidiagnose er viktig for å komme i arbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11 (3), 217 - 228. <https://doi.org/https://ezproxy2.usn.no:2146/tph/2015/03/>.

Loem, F. G., Steffensen, M., Frafjord, J., & Katharina, W. E. A. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 115-124.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795 - 805, Article 8. <https://doi.org/https://www.jstor.org/stable/45150634>

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Universitetsforlaget.

- Mork Rokstad, A. M., & Smebye Lislud, K. (2009). *Personer med demens-Møte og samhandling* (O. Akribe AS, Ed.). Akribe AS, Oslo
- Natland, S., & Johannessen, A. (2020). Det er noe med den personlige egnetheten: arbeidsgiveres vurderinger av uformelle kompetanser og deres betydning for ansettelser innen helse- og sosialfeltet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 86 - 99.
- Norvoll, R. (2019). *Samfunn og psykisk helse-Samfunnvitenskapelige perspektiver* (1 ed.). Gyldendal Akademisk Oslo
- Okkenhaug, A. (2016). Fysisk helse som etisk dilemma. *Sykepleien forskning (Oslo)*(6), 58.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57891>
- Ose, O. S., Kaspersen, L. S., Hilland, G. H., Kalseth, J., & Ådnanes, M. (2019). Kommunalt psykisk helse og rusarbeid 2019 - Årsverk, kompetanse, og innhold i tjenestene. (Sintef).
- Ralph, R. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4, No 3, 480-517.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10973430008408634>
- Ranglund, O. J., Ellingsen, P., & Aasbrenn, K. (2014). Førstelinjens hemmeligheter. *Stat & styring*(2), 41-42.
- Robertson, R. P., Obradovic, A., & Morgan, B. (2016). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advance in Mental Health*, 10 (13), 1 - 13. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Rossen, B., & Elstad, T. A. (2021). Erfaringskonsulelters bidrag til faglige perspektivet og praksis hos fagutøvere i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(Universitetsforlaget), 60 - 71, Article 1.
- Rowe, J. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *JCN Journal of Clinical Nursing*, 19, 2226 - 2234. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1365-2702.2010.03350.x>
- Sakslind, R. (2002). Utdannings sosiologiens tideverv. *Sosiologisk tidsskrift*, 10(2), 112 - 141.
- Schibbye, A.-L. L. (1996). Anerkjennelse. En terapeutisk intervensjon. *Tidsskrift for norskpsykologforening*, 33, 530 - 537. <https://doi.org/http://anerkjennelse.com/wp-content/uploads/2017/04/C-10.pdf>

- Schjøth, A. (2007). Hva skal det psykiske helsearbeidet omfatte? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(2), 203-210.
- Sjåfjell, T. L., & Myhra, A.-B. (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid - mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12, 140 - 148.
<https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-05>
- Strategi for å øke helsekompetansen i befolkninger 2019-2023. (2019). (Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo).
- Støre, J. (2013). Hva er et felleskapsansvar: valg 2013. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 1561.
- Syse, A. (2019). *Norges lover-Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2019-2020* (29 ed.). Gyldendal Juridisk.
- Sørly, R. (2017). Relasjonell innsikt sett i lys av makt, kunnskap, kjønn og ansvar. En studie fra nordnorsk distriktpsykiatri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14, 290 - 301, Article 4.
- Teusen, G., Bjar-Kessler, I., Høgås, C., & Jacobsen, K. (1998). *Jeg har fått ny jobb : tips til en god oppstart*. LeoNora forl.
- Thagård, T. (2018). *Systematikk og innlevelse-En innføring i kvalitative metoder* (5 ed.). Fagbokforlaget.
- Thygesen, E., & Tønsberg, A. K. F. (2004). *Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse? : undervisningssykehjemmet i Agder*. Høgskolen i Agder.
- Topor, A., Fredwall, T. E., Svoren Hodoel, E. K., & Larsen, I. B. (2021). Before recovery: A Bind Spot in Recovery Research? Users' Narratives about the Origins and Development of their Mental Health and / orAddiction Problems. *Journal of Recovery in Mental Health* 4 No 2, 29 - 47.
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver* (1 ed.). Gyldendal akademisk.
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G., & Fjeldstad, T. (2012). *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (1 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vartdal, B. (2013). Vil hjelpe LAR-pasienter ut av LAR. *Rus & samfunn*, 7(4), 10-12.
- Vestli, P. (2017). *Teamutvikling - 5 smarte teamutviklingsgrep* (T. Ledelse, Ed.)
<https://doi.org/https://teamogledelse.no/2017/01/10/fremheve-styrker-eller-jobbe-med-svakheter/>

- Vold Hansen, G. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, 11(Universitetsforlaget), 54 - 63, Article 1.
- Waller, S., Reupert, A., Ward, B., McCormick, F., & Kidd, S. (2019). Family - focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 247-255.
<https://doi.org/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inm.12528>
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidskrift for norskpsykologforening*, 5, 111 - 119, Article 2.
- Åkerholt, A. (2006). Rus og psykisk lidelse - faglige og organisatoriske utfordringer. *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, 3(Universitetsforlaget), 222 - 231.
- Aamodt, I. (2014). Profesjonalitet og prioritering - Makt som styrigens resultat. 42, 158 - 179.
<https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN0807-7487-2014-02-05>

Vedlegg 1 – Forkortelser

ROP - pasienter - pasienter med samtidig ruslidelse og ruslidelse

SAMSHA - The Substance Abuse and Mental Health Services Administration

TBS - tverrfaglig spesialisert behandling

DPS - distrikts psykiatriske senter

LAR - legemiddelassistert rehabilitering

Intervjuguide til ansatte

I Utdanning og erfaring

- Hva er din utdanning?
- Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppen?
- Har du jobbet på andre felt før du startet her?
- Hvorfor ønsket du å jobbe med denne gruppen?
- Hva er dine styrker og hva mestrer du godt?
- Hvordan jobber du og hvilken rolle liker du å inneha?
- Hva prioriterer du i arbeid med denne gruppen?

II Avdeling

- På hvilke måter blir du kjent med prosedyrer og rutiner på avdelingen?
- Hvordan bør opplæring ta hensyn til nye ansatte?
- Hvordan er det mulig å legge til rette til for veiledning og opplæring i arbeid med ROP - pasienter?
- Hva betyr god veiledning og opplæring for deg?
- Hva slags kompetanse har veiledere?
- Hvordan fungerer erfaringsutveksling mellom kollegaene? Får du alltid kollegastøtte når du trenger det?

-Kan du fortelle om dine erfaringer med ROP - pasienter, hva er det mest spennende og det mest utfordrende med slikt arbeid?

-Hvordan mestrer du konflikter med pasienter og fysiske / verbale trusler? Hvordan takler du å jobbe under stress?

-Hva mener du om arbeid i skjermet enheter?

III Recoveryspørsmål

- Har avdelingen krav om recoveryorientert praksis i behandlingen?

-Lærte du om recovery prosess på skolen eller er det prosess som best kan læres gjennom arbeid med disse pasientene?

-Hva betyr for deg recoveryorientert praksis?

-Hvordan kan man sikre helhet i recovery prosess hos ROP - pasienter ved bruk av sine kompetanser ut fra ditt ståsted?

-Ser du noen muligheter som ikke er utnyttet i recovery prosess med ROP - pasienter og som dine kompetanser kan bidra til?

-Hvilke samarbeidsarenaer har dere i forhold til å jobbe mer recoveryorientert? Hvem kan trekkes inn?

-Hva vil du lære mer i arbeid med dine pasienter?

-Hva kan forbedres i forhold til recovery prosess hos ROP - pasienter?

IV Utviklingsmuligheter

- Hva mener du om deres og helsevesenets behov for kompetanse i arbeid med ROP - pasienter? Personlige? Faglige? Hva legges det mest vekt på?

-Tror du det blir noen forandringer i behov for fagfolk som jobber med ROP - pasienter i framtiden?

-Tror du at spesiell kompetanse kan benyttes på avdelingen?

-Er det samsvar mellom det du lærte på skolen og i praksis med ROP - pasienter?

-Hvordan opplever du synet på fagfolk som jobber med ROP - pasienter i kommunen?

-Hvordan ser du deg selv på jobb i framtiden?

*Er det noe jeg ikke har spurt om, som du vil si mer om før vi avslutter?

Intervjuguide til ledere

- Hva mener du om utdanning for fagpersoner? Har avdelingen godt samarbeid med skolen?
- Hva mener du om deres behov for kompetanse for denne yrkesgruppen? Personlige? Faglige? Hva legges mest vekt på?
- Kan du foreslå fem kompetanser som du mener ville inngå i nøkkelkvalifikasjoner for denne yrkesgruppen?
- Hva betyr for deg helhetlig kompetanse? Hva mener du hvordan den kan sikres i utdanningen og på jobb?
- Er du helt kjent med kompetanse, erfaring og opplæring hos fagpersoner når de starter å jobbe? Kan de bruke sin kunnskap?
- Hvordan er det vanlig å legge til rette for veiledning og opplæring på avdelingen?
- Hvilke krav stilles til avdelingen som tar imot fagpersonene?
- Hvordan kan dere sikre god opplæring og veiledning av nyansatte og om det er alltid mulig det?
- Hvordan kartlegger dere behov for kompetanseutvikling? På hvilke måter er det mulig å avdekke skjulte kompetanse?
- Hvordan opplever du synet på ansatte i psykisk helsevern i kommune? Tror du at noe kan bli bedre?
- Kjenner du eksempler på ressurser (utdanning, erfaring) som ikke ble utnyttet på avdelingen?
- Ser du noen muligheter som ikke er utnyttet på avdelingen?
- Hvordan fungerer erfaringsutveksling mellom kollegaene?
- Kan du beskrive litt samarbeidsarena? Hva går samarbeidet ut på?
- Synes du at fagpersonene kjenner nok recovery prosess? Kan du nevne noen positiv situasjon? Eller negativ?
- Hva slags tilbakemeldinger får dere fra pasientene og pårørende?
- Har du noen forslag for forbedring i arbeidet med ROP - pasienter?

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Kompetanse hos personer som arbeider med rus og psykisk helse»?

Dette er spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å beskrive hvordan kompetanse hos personer som jobber med ROP - pasienter påvirker recovery prosess og hva kan bli bedre i arbeid med disse pasientene. Du får informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med prosjektet er å belyse litt situasjon i arbeid med ROP - pasienter og finne eventuelle forslag for forbedring. Dette er masteroppgave hvor forskes på følgende problemstillinger: 1. Hvordan blir ansatte som jobber med ROP - pasienter i psykisk helsevern forberedt til å arbeide med sine pasienter? 2. Hvordan vurderer ansatte som arbeider med ROP - pasienter sin kompetanse og kunnskap om recovery? Datasamlingen vil bestå av 10 intervjuer.

Du har fått spørsmål til å delta i prosjektet fordi du har vist egen interesse til å delta etter at lederen din spurte deg.

Ansvarlig for forskningsprosjektet er student i Master i rus- og psykisk helsearbeid, Jelena Plazinic. Prosjektet utføres i samarbeid med forsker Thomas Svendsen, Universitet i Stavanger og Stavanger universitetssykehus – avdelinger for rus og avhengighet.

Dersom du velger å delta i studie, innebærer det et enkelt intervju. Det vil ta ca. 30 min. Intervjuet vil omhandle spørsmål om din utdanning, erfaring med ROP - pasienter, holdninger, tanker og eventuelle forslag for forbedring. Disse opplysningene registreres på et digitalt lydspor og skal oppbevares i form av tekst på PC. Etter at masteroppgaven er lagt fram på Universitetet, vil alt material bli slettet og makulert.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du trekke samtykke tilbake når som helst uten noen negative konsekvenser for deg.

Jeg vil bruke opplysningene om deg til formålene jeg har beskrevet i dette skrive. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun min veileder som vil ha tilgang til opplysningene.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31. mai 2021. Datamaterialet fra intervjuene vil da bli slettet.

Jeg behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

Hvis du har spørsmål om studien, ta kontakt med:

Student Jelena Plazinic, tlf nr 96952778, e-post jelena.cendic.plazinic@gmail.com

Veileder Thomas Svendsen, tlf nr 94865933, e-post thomas.solgard.svendsen@sus.no

Med vennlig hilsen

Student Jelena Plazinic

Veileder Thomas Svendsen

Vedlegg 5 - Informert samtykke

Informert samtykke

Jeg har blitt forespurt om å delta i enkelt intervju i forbindelse med Jelena Plazinic masteroppgave ved Universitet i Stavanger, avdeling for helse- og sosialfag. Jeg er informert om at intervjuet skal bli min utdanning, erfaring og tanker om arbeid med ROP pasienter.

Før intervjuet skal jeg få informasjonsskriv.

Intervjuet skal bli tatt opp på et digitalt lydspor, deretter vil alle intervjudata bli skrevet om til tekst på PC. Lydfiler vil ikke ha navn til deltakere. Lydfilene og datamaterialet fra intervjuene vil oppbevares nedlåst. Etter at masteroppgaven er lagt fram på Universitetet, vil lydfilene bli slettet og datamaterialet makulert. Opplysningene som gis skal ikke kunne føres tilbake til deltakerne.

I tilfelle spørsmål etter intervjuet, kan man kontakte studenten.

Informasjonen om undersøkelsen er lest og forstått. Deltakelse er frivillig, og deltakeren kan på hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra deltakelse i studien.

Dato _____

Sted _____

Deltaker / informant

Forsker

Vedlegg 6 - Godkjennelse fra klinikkjef ved Psykisk helsevern Stavanger

Notat

Til:

Lars Conrad Moe

Fra:

Randi Møbæk

Kopimottakere:

Thomas Solgård Svendsen

Dato: 16.09.2020

Arkivref: 2020/7966 - 86734/2020

Masteroppgave rus og psykisk helse UIS

KORFOR er involvert i planleggingen av en masteroppgave i rus og psykisk helse om Kompetanse for å jobbe med pasienter med rus og psykiske lidelser. Denne oppgaven bygger på intervjuer med 5 fagpersoner og 5 ledere i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling.

Jeg er innstilt på at vi stiller opp for en slik oppgave, men i henhold til regler skal klinikkjef godkjenne dette.

21/9-20 Godkjent


Vedlegg 7 - Tabeller

Tabellen 1

Kode	Beskrivelse
A1	Stabile og trygge rammer rundt pasienten
A2	Permanent boplass og stabil økonomi
A3	Bli rusfri
A4	Begrense skader
A5	Veldig positiv innstilling
A6	Lage gode relasjoner
A7	Frivillige rettigheter
A8	Få god oversikt veldig lett
A9	Like variasjoner på jobb
A10	Det kliniske blikket er viktig
A11	Oppmersom på «spesiele ting»
A12	Komme i dialog med pasientene
A13	Flink til å finne måte å løse ting
A14	Motivere pasientene i møter
A15	Hindre overdose
A16	Lett å sette grenser
A17	Sterkt ønske å hjelpe pasientene
A18	Bli «mor» eller «bestemor» til pasientene
A19	God relasjon som alfa og omega

Tabellen 2

Kode	Beskrivelse
B1	Gå ut i brukerens area
B2	Ekstremt mye fokus på veiledning
B3	Gode kompetanser i egen avdeling
B4	Det er godt å få etablert hjelpeapparat
B5	Henvise dem til rusbehandling
B6	Få strukturen på plass
B7	Veldig lite alvorlige hendelser
B8	Regelmessige øvelser for å forebygge voldshendelser
B9	Store problemer og utfordringer
B10	Slitte til å bli produktiv medlem av samfunnet
B11	Vi er ikke enige
B12	Lav terskel til å treffe pasientene
B13	Godt arbeidsmiljø
B14	Skadereduksjon
B15	Mye fokus på utagering
B16	Det er mer samarbeid nå
B17	Tidsklemme
B18	Ingen dager er like
B19	Mange triste skjebner
B20	Personlig utvikling

Tabellen 3

Kode	Beskrivelse
C1	Endringsprosess
C2	Erfaringskonsulenter i teamet
C3	Tilfriskningsprosess
C4	Pasienter bestemmer om sine behov
C5	Meningsfull hverdag
C6	Frivillige organisasjoner
C7	Pasientene får lov å si hva som er viktig
C8	Koblingen til samfunnet
C9	Støtte så langt det er mulig
C10	Det er ikke nok ansatte som kan møte pasientene
C11	Hele systemet trenger forandringer
C12	Helhet i recoveryprosess
C13	Alle jobber ulikt
C14	Jobbe recoveryorientert
C15	Recoveryprosess tilpasses til hver eneste prosess
C16	Systemet er tungt av og til
C17	Egen del i sin behandling

Tabellen 4

Kode	Beskrivelse
D1	Mange går rund ubehandlet
D2	Mer høyere utdanning
D3	Voldsrisikovurdering som irriterer ansatte
D4	Du må bli glad i mennesker og pasienter
D5	Ha empati
D6	Mangel på kommunalt bilde