



# Helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblem i arbeidet (HEPRA)

En undersøkelse blant ansatte i psykisk helsevern  
og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Forfattere: Johan Siqveland og Pia Jensen

# Takk

Vi vil rette en stor takk til alle de ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som tok seg tid til å besvare spørreundersøkelsen.

Dette prosjektet har vært et samarbeid mellom avdeling forskning og utvikling, divisjon psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Prosjektet er basert på finansiering av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Vi vil takke deltakerne i prosjektgruppa og styringsgruppa som har bidratt med viktige innspill i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. En spesiell takk til Arnhild Lauveng, Tone Larsen Hoel, Eskil Skjeldal og Olav Nytingnes som har bidratt med verdifulle tilbakemeldinger på ulike stadier i utarbeidelsen av rapporten.

## Prosjektgruppe:

- » Prosjektleder Johan Sigveland, forsker, Akershus universitetssykehus HF
- » Arnhild Lauveng, forsker, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
- » Tone Larsen Hoel, seniorrådgiver, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
- » Olav Nytingnes, postdoktor, Akershus universitetssykehus HF
- » Pia Jensen, prosjektmedarbeider, Akershus universitetssykehus HF
- » Bodil Skiaker, prosjektkoordinator, Akershus universitetssykehus HF

## Styringsgruppe:

- » Eskil Skjeldal, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
- » Ketil Hanssen-Bauer, Akershus universitetssykehus HF



# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>	<b>6. Diskusjon</b> .....	<b>45</b>
<b>1. Sammendrag</b> .....	<b>9</b>	6.1. Styrker og svakheter med undersøkelsen .....	48
<b>2. Introduksjon</b> .....	<b>11</b>	<b>7. Konklusjon og implikasjon</b> .....	<b>51</b>
2.1. Sammenhengen mellom personlige erfaringer og holdninger .....	13	<b>8. Referanser</b> .....	<b>53</b>
<b>3. Hensikt og forskningsspørsmål</b> .....	<b>15</b>	<b>9. Vedlegg</b> .....	<b>57</b>
<b>4. Metode</b> .....	<b>17</b>	Vedlegg 1 .....	57
4.1. Forskningsdesign og metode .....	18	Vedlegg 2 .....	58
4.2. Utvalg og prosedyre .....	18	Vedlegg 3 .....	59
4.3. Måleinstrumenter .....	19		
4.4. Statistiske analyser .....	20		
4.5. Etikk og personvern .....	21		
<b>5. Resultater</b> .....	<b>23</b>		
5.1. Deltagernes bakgrunn og forekomst av egen- og pårørendeerfaringer .....	24		
5.2. Typer og alvorlighet av egenerfaring og pårørendeerfaring .....	25		
5.3. Andel som deler egen- og/eller pårørendeerfaringer .....	27		
5.4. Hva ved personlige erfaringer deles med pasienter/pårørende? .....	28		
5.5. Hva er grunner for å dele personlige erfaringer? .....	30		
5.6. Hva er grunner for å ikke dele personlige erfaringer? .....	36		
5.7. Hva er fordeler og ulemper ved å ha personlige erfaringer? .....	40		
5.8. Hva er sammenhengen mellom personlige erfaringer, jobbtilfredshet og holdninger? .....	42		



# Forord

Dette forskningsprosjektet er et samarbeid mellom Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og avdeling forskning og utvikling, divisjon psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF (Ahus).

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse er et offentlig finansiert kompetansesenter med nasjonalt oppdrag om å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendeerfaringer på rus- og psykisk helsefeltet. Vi jobber for at erfaringsbasert kunnskap kan brukes til å videreutvikle tjenestene til å i enda større grad treffe brukere og pårørendes behov, og vi jobber for å styrke brukermedvirkningen og pårørendemedvirkningen.

Senteret skal jobbe tematisk og prosjektbasert med de kunnskapshull som avdekkes i kontakten med enkeltpersoner, brukermiljøer, interessegrupper og fag- og forskningsmiljøer.

## Bakgrunn for undersøkelsen

Vårt senter oppfatter at det i det offentlige ordskiftet ofte snakkes om to tydelig avgrensede kategorier: brukere/pasienter og fagpersoner. Ikke sjelden polariseres det mellom disse kategoriene, og mellom erfaringskompetanse og fagkompetanse. Etter langvarig kontakt med både ulike brukere og brukermiljøer og ulike fagmiljøer, opplever vi dette skillet som både galt og uhenksom. Vi har sett at det finnes brukere og pårørende med fagkompetanse (bl.a. har mange erfaringskonsulenter også fagutdanning) og fagpersoner med erfaringskompetanse. Samarbeid og bruk av ulike menneskers kompetanse er ofte nødvendig for å sikre best mulige tjenester.

Erfaringskompetanse blir videre stadig mer vektlagt innen psykisk helsearbeid. Mange kommuner og helseforetak har opprettet egne stillinger for medarbeidere med brukererfaring for å inkludere erfaringskompetanse. Det er imidlertid rimelig å anta at også helsepersonell med egen/pårørende-erfaringer relatert til rus og/eller psykiske vansker også kan bidra med relevant erfaringskompetanse. Dersom om det er ønskelig, og dersom det er rammer for det. Vårt inntrykk er at pasienters erfaringskompetanse blir omtalt som verdifullt og ønsket i tjenestene, men at fagfolks erfaringsbaserte kompetanse som bruker eller pårørende i stor grad virker å være usynlig og dermed ikke anvendt på målrettede måter.

Det er foreløpig lite kunnskap om hvilken erfaring helsepersonell selv har med psykiske vansker eller rusproblem, egne vansker og/eller som pårørende. Det er heller ikke kartlagt hvordan de som har egenerfaring anvender denne i yrkesutøvelsen. Vi gjennomførte derfor høsten 2018 en pilotundersøkelse med spørsmål om dette blant 600 klinikere i spesialisthelsetjenesten. Denne undersøkelsen viste blant annet at det finnes egen- og pårørendeerfaringer relatert til rus og psykiske vansker også blant helsepersonell. Helsepersonell bruker disse erfaringene i yrkesutøvelsen og opplever dette primært som positivt for arbeidet sitt. En artikkel om denne pilotstudien (Hoel, Ruud, Skjeldal & Lauveng 2021) er publisert i Tidsskrift for Norsk psykologforening nr.5, 2021.

Ahus ble engasjert til å følge opp pilotundersøkelsen med en større studie som er presentert i denne rapporten.

Vi ønsker å bidra til mindre stigma, finne og fylle kunnskapshull, løfte flere stemmer og belyse tema fra ulike vinkler. Helsepersonell med egenerfaringer anvender disse erfaringene i yrkesutøvelsen, og opplever det primært som positivt for arbeidet. Empati og evne til å forstå pasienter anses som sentralt for god og effektiv terapi. Dersom egenerfaring kan bidra til å fremme slike terapeutkvaliteter, kan funnene våre være av betydning. Hvordan forholde seg til og anvende sine egenerfaringer i kontakt med pasienter og pårørende, bør i økt grad tematiseres i utdanningsforløp, på arbeidsteder, i veiledning og i fagmiljøene.

På arbeidsplasser innen psykisk helse og rustjenestene bør det tilrettelegges for åpenhet om egenerfaringer og tematiseres hvordan den erfaringsbaserte bruker- og pårørendekunnskapen som helsepersonellet besitter eventuelt kan anvendes til det beste for tjenesteutviklingen, for pasienter og for pårørende. Kanskje kan også en større åpenhet bidra til å normalisere rus- og psykiske vansker, redusere stigma og redusere skillet mellom «dem» og «oss»?

Undersøkelsen vår dokumenterer at egen- og pårørandeerfaringer ikke er et fenomen som utelukkende finnes på pasientsiden av behandler- og brukerrelasjonen. Dette kan påvirke hvordan vi tenker og omtaler «brukere» og «fagfolk» og hva de besitter av kompetanse.

### Noen sentrale funn

Vedlagte rapport beskriver undersøkelsens funn og diskuterer disse. Utgiver har likevel lyst til å løfte frem følgende, som vi tenker er særlig interessant i denne studien:

- » At det er en betydelig andel helsepersonell som har egenerfaringer
- » At de opplever erfaringene hovedsakelig som en styrke i arbeidet
- » At de fleste selv opplevde at erfaringene ga dem økt empati og forståelse for pasienter og pårørende, og var nyttig kunnskap og erfaringer
- » At de bruker erfaringene sine mer indirekte enn direkte
- » At de ofte ikke deler egenerfaringer direkte fordi de opplever at dette vil være en belastning for pasienter/pårørende

Vi vet imidlertid ikke om helsepersonells egen- og pårørandeerfaringer, og eventuelt deling av disse, gir pasienter og pårørende gevinster i kontakten med helsepersonellet, da vi ikke har spurt dem om deres opplevelse. Dette bør imidlertid undersøkes.

Vi anerkjenner at studien har begrensinger, slik også rapporten selv beskriver om eksempelvis antall informanter og et mulig skjevt utvalg. Vi mener samtidig at studien gir viktig informasjon om et tema som er lite undersøkt.

Det er behov for ytterligere forskning. Vi mener det er viktig å finne ut mer om blant annet

- » hvordan egen- og pårørendeerfaringer og erfaringskompetanse anvendes og påvirker helsepersonellens praksis, og på likheter og ulikheter mellom profesjoner og behandlingsoppgaver når det gjelder dette
- » hvordan pasienter og pårørende opplever helsepersonell som har og deler egen- eller pårørendeerfaringer. Opplever også de det som noe positivt? Når passer det i så fall å dele, og når passer det ikke? Hvilke fordeler og ulemper erfarer de?

Dersom det er ønskelig med mer åpenhet og bruk av ansattes erfaringskunnskap med å være bruker av, eller pårørende i, tjenestene:

- » hvor og når er denne kunnskapen relevant?
- » hvordan kan man legge til rette for anvendelsen av den? Hvilke rammer og kultur må man ha på arbeidsplassen for at erfaringskunnskapen skal være trygg å tilkjenne og kunne brukes profesjonelt og målrettet til pasienter og pårørendes beste? Hvordan sørge for at helsepersonellet får tilstrekkelig og god veiledning til å kunne bruke denne kunnskapen

som en del av sin kliniske «verktøykasse» uten negative følger for pasienter og pårørende og samtidig slik at de kan ivareta seg selv?

- » hva er likheter og ulikheter ved når fagansatte og erfaringskonsulenter bruker og deler sin egenerfaring i arbeidet?

Takk til informanter, foretak og samarbeidspartnere som gjorde det mulig for oss å få mer kunnskap om helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblem i arbeidet.

#### **Hilde Hem**

*Daglig leder ved Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*





# 1. Sammendrag

**Bakgrunn:** Blant ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har flere personlige erfaringer med egne eller pårørendes psykiske lidelser og rusproblem. Det er imidlertid lite kunnskap om hvorvidt helsepersonell deler disse erfaringene og hvordan de eventuelt bruker disse i arbeidet.

**Hensikt:** Undersøke forekomsten av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer blant ansatte, og hvorvidt de deler erfaringene med pasienter, pårørende og kolleger. I tillegg undersøke sammenhengen mellom personlige erfaringer og holdninger til psykiske lidelser, selvmordsproblematikk, rusproblemer og bruk av tvang, samt jobbtilfredshet.

**Metode:** Vi gjorde en anonym tverrsnittsundersøkelse blant ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i flere helseforetak i Norge. Deltagerne besvarte et internettbasert spørreskjema basert på et skjema fra en tidligere pilotundersøkelse. Skjemaet inneholdt spørsmål om kjønn og profesjon, om egen-/pårørendeerfaringer, bruk og deling av egen-/pårørendeerfaringer i yrkesutøvelsen og opplevde gevinster og ulemper av å ha egen-/pårørendeerfaringer.

**Resultater:** En betydelig andel deltagere rapporterte egen- og pårørendeerfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer. Et mindretall delte egen- og pårørendeerfaringer med pasienter og veileder, mens flere delte erfaringene med kolleger og leder. Grunnene til å ikke dele var flere, men både hensynet til pasienter og behovet for å beskytte seg selv var vanlige grunner. Få ansatte synes at egen- og pårørendeerfaringer gir utfordringer i yrkesutøvelsen, mens mange synes de gir fordeler i form av økt empati, nyttig kunnskap og erfaringer.

**Konklusjon:** Ansatte i psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling deler i liten grad sine personlige erfaringer med pasienter, mens flere deler med kolleger og leder. De som har egen- og pårørendeerfaringer opplever det som overveiende positivt i jobbsammenheng.



## 2. Introduksjon

Erfaringskompetanse blir stadig mer vektlagt innen psykisk helsearbeid. Mange kommuner og helseforetak har opprettet egne stillinger for medarbeidere med brukererfaring for bedre å inkludere erfaringskompetanse. Det er imidlertid rimelig å anta at helsepersonell med egen- og/eller pårørendeerfaringer relatert til rus og psykiske vansker også kan bidra med relevant erfaringskompetanse dersom det er ønskelig og det er rammer for det.

Vi har imidlertid for lite kunnskap om ansatte i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sine erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer; hvor mange har egen- og pårørendeerfaringer, hvilke erfaringer har de og hvordan forholder de seg til erfaringene i jobben? Mer kunnskap om disse spørsmålene kan bidra til mer åpenhet og aksept av egen- og pårørendeerfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer innen helsetjenesten og kanskje føre til at ansatte kan bruke erfaringene mer bevisst i det kliniske arbeidet.

Egenerfaringer med psykiske vansker er vanlig i befolkningen, og slik er det også blant klinikere innen PHV og TSB. Internasjonale studier har funnet at mellom 12 % - 63 % av klinikerne har egenerfaringer med psykiske vansker (Edwards & Crisp, 2017; Hassan, Ahmed, White & Galbraith, 2009; Hassan et al., 2013; Hassan et al., 2016; Kočański & Cechnicki, 2017; Tay, Alcock & Scior, 2018; White, Shiralkar, Hassan, Galbraith & Callaghan, 2006), mens 15 % - 35 % har hatt moderate til alvorlige alkoholproblemer (Hassan et al., 2016; Raistrick, Russell, Tober & Tindale, 2008). Enda mer vanlig er pårørendeerfaringer; 31 % - 88 % rapporterer at de har familie eller venner med nåværende eller tidligere psykiske vansker (Kočański & Cechnicki, 2017; Oates, Drey & Jones, 2017; Yuan et al., 2017). En norsk pilotstudie med 103 klinikere i PHV og TSB, fant at 81 ansatte hadde egen- og/eller pårørendeerfaringer (Hoel, Ruud, Skjeldal & Lauveng, 2021).

Om det er ønskelig eller riktig å dele personlige erfaringer med psykiske lidelser eller rusproblemer i profesjonelle relasjoner er omdiskutert. Klinikere har historisk, av ideologiske grunner, blitt advart mot å dele fra eget liv, og det er lite forstått hvordan erfaringsdeling påvirker pasienten (Benko, 2018). Deling av personlige

erfaringer i psykisk helsearbeid kan ha blitt mer akseptert de senere årene, men blir fortsatt ansett som kontroversielt blant behandlere (Kaufman, 2016). Kanskje spesielt når det omhandler deling av egenerfaringer med psykiske lidelser. I enkelte former for rusbehandling blir deling av personlige erfaringer ansett som positivt. For eksempel bygges anonyme alkoholikere (AA) og anonyme narkomane (NA) på prinsippet om at personer med tidligere rusproblemer hjelper andre med å bli rusfri, og deling av erfaringer er derfor en selvfølge. I tillegg blir behandlere med egenerfaring i rusfeltet ofte foretrukket, fordi de har høyere kredibilitet av brukerne (White, 2000, sitert i Kaufman, 2016, s. 51). Det meste av holdninger til bruk av personlige erfaringer i behandling og endringsarbeid synes å være ideologisk tuftet heller enn på empiriske data. Selv om endel studier har undersøkt forekomsten av egenerfaringer blant klinikere, har få studier undersøkt hvordan disse erfaringene håndteres eller brukes i klinisk praksis og hvordan dette eventuelt påvirker kvaliteten på behandlingen (Gough, 2016).

Den norske pilotstudien fant at et flertall mente at egenerfaringen hadde gitt dem økt empati og forståelse for pasienter og pårørendes situasjon. Det var få som rapporterte at egen- eller pårørendeerfaringer var et hinder eller en ulempe i jobbsammenheng (Hoel et al., 2021). På tross av at det er en del opplevde gevinster med å dele generelle livserfaringer, kan ansatte i psykisk helsevern generelt være tilbakeholdne med å dele erfaringene med pasienter (Unhjem, Vatne & Hem, 2018).

Ved spørsmål om hvem ansatte i psykisk helsevern og TSB ville delt eventuelle eller mulige fremtidige personlige erfaringer med psykiske vansker med, ville flest delt med venner og familie (Hassan et al., 2009; Hassan et al., 2013; Hassan et al., 2016; White et al., 2006). Samme resultat ble funnet i en studie med ansatte som hadde reelle egenerfaringer med psykiske vansker (Tay et al., 2018). Færre ansatte oppgir at de ville valgt å dele slike erfaringer med kolleger (Hassan et al., 2009; Hassan et al., 2013; Hassan et al., 2016; Tay et al., 2018; White et al., 2006). I en studie av hvordan ansatte opplever det å dele personlige erfaringer med psykiske vansker, var det mest positive opplevelser knyttet til å dele med venner, etterfulgt av familie og kolleger.

De mest negative opplevelsene ble knyttet til å dele med arbeidsgivere (Tay et al., 2018). Viktige barrierer mot å dele egenerfaringer er karriere-implikasjoner, stigma, hensyn til profesjonell integritet og negativ innvirkning på selvbildet (Hassan et al., 2009; Hassan et al., 2013; Hassan et al., 2016; White et al., 2006). En litteraturgjennomgang fant at oppmuntrende miljøfaktorer (som støttende arbeidskultur og synet på at egenerfaring er en ressurs), begrensede miljøfaktorer (som diskriminering og synet på at egenerfaring er en byrde) og personlige faktorer (som trygghet og frykt, stolthet og skam) påvirket hvorvidt ansatte delte egenerfaringer med kolleger (King, Brophy, Fortune & Byrne, 2020).

Sett bort fra klinikerens eget perspektiv, kan erfaringsdeling også være positivt fra et pasientperspektiv og oppleves nyttig (Lovell, 2017). Vignettstudier viser at pasienter opplever terapeuter som deler en historie om psykiske vansker som mer empatiske (Kaufman, 2016; McCormic, 2017; Somers, Pomerantz, Meeks & Pawlow, 2014). McCormic, Pomerantz, Ro og Segrist (2019) fant imidlertid at deling av egenerfaring med psykiske vansker bør skje i moderate mengder, og Moody (2020) fant at erfaringene bør være vel tilbakelagt, det vil si over fem år siden. Avslutningsvis fant en annen studie at pasientene oppfattet at delingen påvirket terapeutens profesjonelle kvaliteter og terapigrenser i en både positiv og negativ retning (Audet, 2011). Det er dermed ikke nødvendigvis utelukkende positivt at terapeuter deler personlige erfaringer med psykiske vansker.

## 2.1. SAMMENHENGEN MELLOM PERSONLIGE ERFARINGER OG HOLDNINGER

Ansatte i psykisk helsevern og TSB rapporterer generelt litt mer positive holdninger til personer med psykiske vansker (Kochański & Cechnicki, 2017; Stuber, Rocha, Christian & Link, 2014; Yuan et al., 2017) og rusproblemer (Wheeler, Crozier, Robinson, Pawlow & Mihala, 2014), sammenlignet med den generelle befolkningen (se Kochański og Cechnicki (2017) for et unntak).

Egen- og/eller pårørendeerfaringer kan påvirke holdninger til psykiske lidelser og rusproblemer fordi stigma svekkes med økende grad av erfaringer (Corrigan & Nieweglowski, 2019). Både blant helsepersonell og i befolkningen er egen- og pårørendeerfaringer med psykiske vansker assosiert med mer positive holdninger til personer med psykiske vansker (Fujii et al., 2018). Ebrahimi, Namdar og Vahidi (2012) fant videre at ansatte som bor med, eller er i slekt med, en person med psykiske vansker hadde mindre fordommer og var mindre diskriminerende mot pasienter med psykiske vansker. Erfaringskonsulenter som selv har opplevd hvor krenkende det er å bli møtt som en diagnose av helsepersonell, har ført til at de er mer opptatt av å møte pasienter som personer (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 37). Derfor kan det tenkes at ansatte i psykisk helsevern og TSB med personlige erfaringer har mer positive holdninger enn de uten, men forskningsgrunnlaget for dette er begrenset.

Til vår kjennskap har ingen undersøkt hvorvidt personlige erfaringer med psykiske lidelser påvirker holdninger til bruk av tvang, hvilket understreker behovet for mer forskning.

Et annet relevant tema å undersøke i lys av personlige erfaringer er jobbtilfredshet. Generelt rapporterer ansatte i psykisk helsevern moderat til høy jobbtilfredshet (Oliveira et al., 2019; Payne, Koen, Niehaus & Smit, 2020; Trevisan, Haas & Castro, 2019). Hvorvidt personlige erfaringer er relatert til opplevelsen av jobbsituasjonen er lite undersøkt, men kan gi nyttig informasjon om hvordan ivareta klinikere med ulike personlige erfaringer.



# 3. Hensikt og forskningsspørsmål

Bakgrunnen for prosjektet er å skaffe mer kunnskap om hvorvidt ansatte er åpne om sine personlige erfaringer, og om de bruker erfaringene i jobbsammenheng. Det er behov for mer kunnskap om temaet for å hjelpe helsepersonell til å ta gode valg om personlige erfaringer kan være nyttige å dele, og eventuelt hva de bør dele og til hvem. I tillegg ønsket vi å undersøke sammenhengen mellom egenerfaringer og jobbtilfredshet og holdninger til bruk av tvang, psykiske lidelser, rusproblemer og selvmordsproblematikk.

Forskningsspørsmålene vi vil belyse gjennom undersøkelsen er:

- » Hvor stor andel av våre informanter deler egen- og/eller pårørendeerfaringer med pasienter?
- » Hva oppfatter ansatte med egen- og/eller pårørendeerfaring som fordeler eller ulemper med å bruke disse erfaringene i yrkesutøvelse?
- » Er jobbtilfredshet og holdninger til psykiske lidelser, selvmordsproblematikk, rusproblemer og bruk av tvang relatert til helsepersonell sine egen- og/eller pårørendeerfaringer?





# 4. Methode

#### 4.1. FORSKNINGSDESIGN OG METODE

Spørreskjema med ett måletidspunkt (tverrsnittstudie).

#### 4.2. UTVALG OG PROSEDYRE

##### Utvalg

Alle helseforetak med avdelinger innen psykisk helse og rus ble invitert til å delta. Av 17 mulige helseforetak takket 9 ja til å delta. Alle ansatte i psykisk helsevern eller TSB med pasientkontakt med voksne pasienter over 18 år kunne delta i undersøkelsen. For å begrense ressursbruken knyttet til deltagelse, ble ikke alle ansatte fra hvert foretak invitert. Fra hvert deltakende foretak ble ansatte fra en av sykehusavdelinger, DPS eller TSB invitert til å delta. Vi inviterte kun klinikere som arbeidet med voksne pasienter fordi grunner for å dele personlige erfaringer med barn kan være ganske annerledes enn for å dele med voksne. Totalt ble 2885 invitert til å delta, 431 besvarte undersøkelsen. Dette ga en responsrate på 14,9 %.

##### Prosedyre

Deltakerne ble rekruttert gjennom en link i e-poster sendt fra en ansatt ved de deltakende foretakene. Datainnsamlingen foregikk i to perioder, den første fra mai-juni 2021 og den andre fra september-oktober 2021. Dataene ble elektronisk samlet inn via Nettskjema, et verktøy for utforming og administrering av internettskjema. Nettskjemaet var innstilt til ikke

å samle inn eller lagre personopplysninger slik at ingen svar kunne spores tilbake til deltakerne, deres IP-adresse eller enheten de tilhørte. Undersøkelsen ble derfor vurdert som anonym. Alle inviterte deltakere fikk 2 påminnelser, etter 1 og 2 uker. Det ble beregnet at det ville ta mellom 5-20 minutter å besvare undersøkelsen, avhengig av erfaringsbakgrunn. Dataene ble lagret, oppbevart og analysert i databasen "Tjeneste for Sensitive Data (TSD)", en godkjent plattform for oppbevaring og behandling av data i tråd med lovene om personvern og sikkerhet.

##### Spørreskjema

Spørreskjemaet var en videreutvikling av skjemaet brukt i en tidligere pilotundersøkelse, se Hoel et al. (2021) for mer informasjon. Dette spørreskjemaet ble utviklet ved å følge anbefalte prosedyrer for utvikling av spørreskjema (De Vellis, 2017). Aktuelle temaer ble definert, og spørsmål og utsagn ble deretter utviklet basert på litteratur, tidligere erfaringer og kunnskap. I tillegg mottok vi viktige innspill fra studiens personer i prosjekt- og styringsgruppen. Skjemaet ble videreutviklet for denne undersøkelsen med at enkelte spørsmål ble lagt til og endringer ble gjort på bakgrunn av tidligere erfaringer med bruken av skjemaet og en mer omfattende litteraturgjennomgang.

Spørreskjemaet inkluderte flere typer spørsmål: (1) bakgrunnsspørsmål om kjønn, profesjon og antall år med arbeidserfaring, (2) erfaringer med psykiske lidelser eller rusproblemer (enten egenerfaringer eller pårørendeerfaringer) og mottatt behandling, (3) bruken av personlige erfaringer og opplevde fordeler og ulemper ved

personlige erfaringer, (4) holdninger til psykiske lidelser, selvmord, rusproblemer og tvang, samt jobbtilfredshet. Skjemaet ble pilotert på et lite antall Ahus-ansatte.

I skjemaet brukte vi begrepsdefinisjoner for å gjøre besvarelsen mer ensartet:

- » **Psykisk lidelse:** Tilstander med en alvorlighetsgrad som førte til at man oppsøkte profesjonell hjelp.
- » **Rusproblem:** Tilstander med en alvorlighetsgrad som førte til at man oppsøkte profesjonell hjelp.
- » **Egenerfaring:** Her definert som selv å ha, eller tidligere ha hatt, psykiske vansker eller rusproblemer.
- » **Pårørendeerfaring:** Her definert som å være, eller tidligere ha vært pårørende definert som «nærstående personer i livet til pasienten eller brukeren; nærmeste familie, besteforeldre, barnebarn, tanter, onkler, venner, m.fl.» (Helsedirektoratet, 2018, s. 7), til noen med slike vansker.
- » **Personlig erfaring:** Her definert som å ha egenerfaring og/eller pårørendeerfaring

### 4.3. MÅLEINSTRUMENTER

#### Job Satisfaction Index (JSI)

Jobbtilfredshet ble målt med den norske kortversjonen av «Job Satisfaction Index (JSI)» (Spehar, 2009). De fem spørsmålene i skalaen besvares på en 5-punkts Likert-skala fra svært uenig (5) til svært enig (1) (Roelen et al., 2013). De to siste spørsmålene i skalaen er reversert, slik at en høyere skår reflekterer høyere jobbtilfredshet. Skalaen benyttes som en gjennomsnitt-sumskår, med en variasjonsbredde fra 1-5. Denne kortversjonen med fem spørsmål har tidligere vist tilfredsstillende reliabilitet og validitet (Bono & Judge, 2003; Judge, Bono & Locke, 2000). Se vedlegg 1.

#### Holdninger til psykiske lidelser, selvmordsproblematikk og rusproblemer

Ettersom litteratursøk ikke viste noen eksisterende måleinstrumenter som passet i forhold til lengde og vårt utvalg, utviklet vi en skala for å måle holdninger til psykiske lidelser, rusproblemer og selvmordsproblematikk. Skalaen består av 10 spørsmål, (6 spørsmål om holdninger til psykiske lidelser, 2 spørsmål om selvmordsproblematikk og 2 spørsmål om rusproblemer) som skåres på en 5-punkts Likert-skala fra svært uenig (1) til svært enig (5). Skalaen benyttes som et gjennomsnitt av alle fem spørsmålene, der variasjonsbredden går fra 1-5. Spørsmålene som omhandler psykiske lidelser ble inspirert av «The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)» (Kassam, Papish, Modgill & Patten, 2012). Se vedlegg 2.



#### **The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)**

Holdninger til bruk av tvang ble målt med «The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)» (Husum, Finset & Ruud, 2008). Skalaen består av 15 spørsmål som skåres på en 5-punkts Likert-skala fra svært uenig (1) til svært enig (5). Skalaen benyttes som en gjennomsnitt-sumskår, der variasjonsbredden går fra 1-5. Skalaen deles inn i tre underskalaer: tvang som overgrep (kritisk holdning, 6 spørsmål), tvang som omsorg og sikkerhet (pragmatisk holdning, 6 spørsmål) og tvang som behandling (positiv holdning, 3 spørsmål). SACS anses å ha tilfredsstillende validitet og reliabilitet (Husum et al., 2008). Se vedlegg 3.

#### **4.4. STATISTISKE ANALYSER**

Forekomst av egen-/pårørendeerfaringer ble analysert ved frekvensanalyse. Det ble også benyttet frekvensanalyse for å undersøke andelen som deler egen- og pårørendeerfaringer med pasienter og/eller pårørende, leder, kolleger og veileder. Sammenhengen mellom utfallsvariabler og bakgrunnsvariabler er presentert i krystabeller og forskjeller mellom grupper blir analysert med kji-kvadratanalyser. For å undersøke forskjeller i holdninger (til psykiske vansker, rus, selvmord og tvang) og jobbtilfredshet mellom de med og uten egen- og/eller pårørendeerfaringer, ble det brukt ANOVA-analyser. Alle analysene ble gjort i SPSS versjon 27.



#### 4.5. ETIKK OG PERSONVERN

Prosjektet er en anonym spørreundersøkelse. Deltagelse og samtykke skjer ved at deltagerne, etter å ha lest et informasjonsskriv om prosjektet, samtykker ved å velge å svare på spørsmålene i skjemaet og trykke «send».

Det vil alltid være vanskelig å slå sikkert fast at en datainnsamling er 100 % anonym. Vi tok flere hensyn for å beskytte deltagerens anonymitet, som i sum tilsier at undersøkelsen er anonym. Den tekniske løsningen lagret ikke IP-adresser eller annen informasjon. Vi inviterte et stort antall deltagere til undersøkelsen og spurte kun lukkede spørsmål slik at respondenter ikke ufrivillig kunne

gi identifiserbare opplysninger. Vi delte videre bakgrunnsvariabler som alder og yrkestilhørighet i grove kategorier, som ga flere deltagere i hver kategori.

Undersøkelsen er tilrådd av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus (saksnr. 2021\_13). Pilotprosjektet ble meldt til Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som vurderte prosjektet som helsetjenesteforskning og ikke fremleggingspliktig for REK (ref.nr: 2018/1311/REK sør-øst). Derfor ble ikke denne aktuelle undersøkelsen vurdert av REK.



# 5. Resultater

### 5.1. DELTAGERNES BAKGRUNN OG FOREKOMST AV EGEN- OG PÅRØRENDEERFARINGER

Det var 431 deltagere i undersøkelsen, de fleste kvinner, noe som også reflekterer kjønns sammensetningen blant ansatte i psykisk helsevern og TSB. Oversikt over deltagerens kjønn, profesjon, lengde på arbeidserfaring og arbeidssted er gitt i tabell 1.

Det var 21,6 % deltagere som hadde egenerfaringer, og det var ingen forskjell i

egenerfaring basert på kjønn, profesjon, antall år med yrkesutøvelse eller arbeidssted. Det var 45,7 % deltagere som hadde pårørende erfaringer. Vi fant en kjønnsforskjell, hvor signifikant flere kvinner enn menn hadde pårørende erfaringer. Det var ingen forskjeller i pårørende erfaringer basert på profesjon, antall år med yrkesutøvelse eller arbeidssted.

Om vi ser på forekomsten av egen- og pårørende erfaringer, hadde 43,6 % av deltagerne enten egen- eller pårørende erfaring, mens 12,1 % hadde begge deler.

Tabell 1. Deltagere delt etter egen- og pårørende erfaring (N=431)

		Egenerfaring 93 (21,6 %)	Pårørende erfaring 197 (45,7 %)
Kjønn <sup>a</sup>	Menn (N=111)	30 (32,3 %)	37 (18,8 %)
	Kvinner (N=320)	63 (67,4 %)	160 (81,2 %)*
Profesjon <sup>a</sup>	Sykepleier/vernepleier (N=208)	40 (43 %)	99 (50,3 %)
	Lege/psykolog (N=111)	33 (35,5 %)	55 (27,9 %)
	Annet (N=112)	20 (21,5 %)	43 (21,8 %)
Antall år med yrkesutøvelse <sup>a</sup>	0-5 år (N=98)	27 (29 %)	48 (24,4 %)
	6-10 år (N=71)	14 (15,1 %)	27 (13,7 %)
	11-19 år (N=125)	24 (25,8 %)	58 (29,4 %)
	Mer enn 19 år (N=134)	28 (30,1 %)	63 (32 %)
Arbeidssted <sup>a</sup>	Psykisk helsevern (N=270)	61 (65,6 %)	124 (62,9 %)
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (N=156)	31 (33,3 %)	71 (36 %)

<sup>a</sup> Kji-kvadrat

\*  $p = .002$



## 5.2. TYPER OG ALVORLIGHET AV EGENERFARING OG PÅRØRENDEERFARING

Blant deltagerne med egenerfaring (se tabell 2) rapporterte 65,6 % at de hadde hatt kontakt med helsetjeneste på grunn av en psykisk lidelse mens 6,5 % hadde hatt kontakt på grunn av rusproblemer. Flertallet beskrev vanskene som milde/moderate av lang varighet (60,2 %),

etterfulgt av alvorlige og langvarige vansker (30,1 %). De fleste oppga at de hadde hatt psykisk lidelse i løpet av de 10 siste årene (41,4 %), mens 19,5 % rapporterte pågående psykisk lidelse. Det var ingen som rapporterte å ha et pågående rusproblem. De fleste som hadde fått hjelp for en psykisk lidelse eller rusproblem, hadde fått denne hjelpen i spesialisthelsetjenesten (65,6 %).

Tabell 2. Kategori og alvorlighet av egenerfaring (N=93)

	N (%)
Har/har hatt psykisk lidelse <sup>a</sup>	
Nei	7 (7,5 %)
Ja, hatt kontakt med helsetjeneste	61 (65,6 %)
Ja, fått en eller flere diagnoser	45 (48,4 %)
Hatt/har rusproblem <sup>a</sup>	
Nei	61 (65,6 %)
Ja, hatt kontakt med helsetjeneste	6 (6,5 %)
Ja, fått en eller flere diagnoser	9 (9,7 %)
Alvorlighet og varighet	
Milde/moderate vansker, kort	6 (6,5 %)
Milde/moderate vansker, lang	56 (60,2 %)
Alvorlige vansker, kort	3 (3,2 %)
Alvorlige vansker, lang	28 (30,1 %)
Tidspunkt for psykisk lidelse	
Pågående	17 (19,5 %)
0-10 år siden	36 (41,4 %)
11-20 år	21 (24,1 %)
21 eller mer	10 (11,5 %)
Tidspunkt for rusproblem	
Pågående	0 (0 %)
0-10 år siden	2 (2,2 %)
11-20 år	9 (9,7 %)
21 år eller mer	4 (4,3 %)
Hvor fikk du hjelp <sup>a</sup>	
Kommunehelsetjenesten	19 (20,4 %)
Spesialisthelsetjenesten	61 (65,6 %)
Andre steder	29 (31,2 %)

<sup>a</sup> Kan sette flere kryss

Blant deltakerne med pårørendeerfaring (se tabell 3) var den mest vanlige relasjonen at de var søsken (36,5 %) eller barn (36,5 %) av noen med psykisk lidelse eller rusproblemer. Det mest vanlige var å være pårørende til noen med psykisk lidelse (55,8 %), mens færre var pårørende til

noen med rusproblemer (40,1 %). Flertallet var pårørende til noen med alvorlige og langvarige vansker (66,5 %), og vanskene var ofte pågående (54,3 %). I likhet med egenerfaring hadde de fleste fått hjelp fra spesialisthelsetjenesten (68,5 %).

Tabell 3. Kategori og alvorlighet av pårørendeerfaring (N=197)

	N (%)
Relasjon til person med psykiske plager eller rusproblem <sup>a</sup>	
Barn/stebarn	39 (19,8 %)
Ektefelle/samboer	34 (17,3 %)
Forelder	72 (36,5 %)
Søsken	72 (36,5 %)
Annen slektning	55 (27,9 %)
Nær venn	33 (16,8 %)
Pårørendeerfaring psykisk lidelse <sup>a</sup>	
Nei	15 (7,6 %)
Har hatt kontakt med helsetjeneste	110 (55,8 %)
Fått en eller flere diagnoser	95 (48,2 %)
Pårørendeerfaring rus <sup>a</sup>	
Nei	43 (21,8 %)
Har hatt kontakt med helsetjeneste	79 (40,1 %)
Fått en eller flere diagnoser	37 (18,8 %)
Alvorlighet og varighet	
Milde/moderate vansker, kort	5 (2,5 %)
Milde/moderate vansker, lang	51 (25,9 %)
Alvorlige vansker, kort	10 (5,1 %)
Alvorlige vansker, lang	131 (66,5 %)
Tidspunkt for plager	
Pågående	107 (54,3 %)
0-10 år siden	59 (29,9 %)
11-20 år	18 (9,1 %)
21 år eller mer	13 (6,6 %)
Hvor fikk de hjelp <sup>a</sup>	
Kommunehelsetjenesten	68 (34,5 %)
Spesialisthelsetjenesten	135 (68,5 %)
Andre steder	45 (22,8 %)
Vet ikke	27 (13,7 %)

<sup>a</sup> Kan sette flere kryss

### 5.3. ANDEL SOM DELER EGEN- OG/ELLER PÅRØRENDEERFARINGER

Tabell 4 viser andelen som deler sine personlige erfaringer. Rundt 1 av 3 (32,3 %) av de som hadde egenerfaringer deler dem aldri med noen. Det var mest vanlig å dele egenerfaringer med kolleger og leder, som utgjorde over halvparten (62,4 %).

Andelen som delte egenerfaringer med pasienter og veileder var henholdsvis 31,2 % og 16,1 %.

Blant deltagere med pårørendeerfaringer rapporterte 36,5 % at de aldri deler dem med noen, mens over halvparten rapporterte at de deler med kolleger og leder (55,3 %). Det var 23,4 % som deler pårørendeerfaringer med pasienter og 8,6 % som delte med veileder.

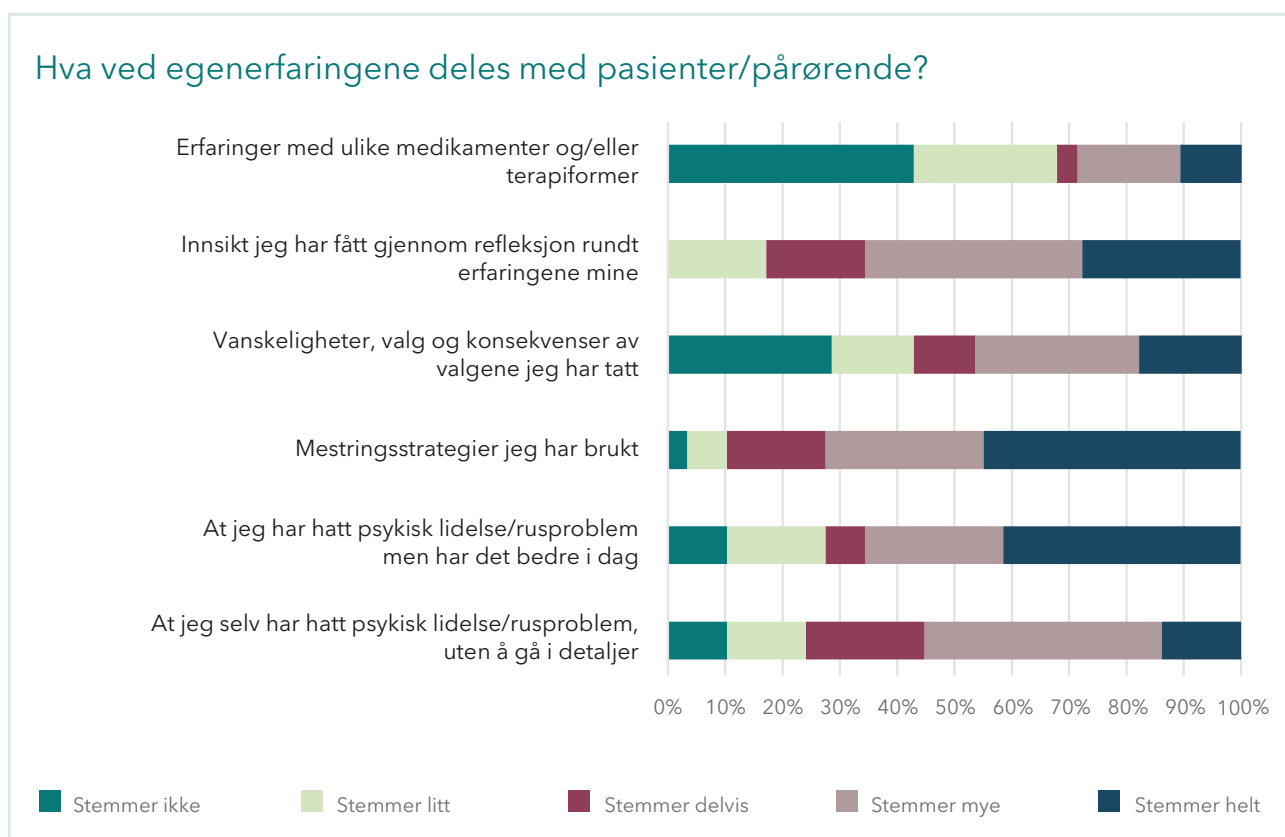
Tabell 4. Andel som deler egen- og/eller pårørendeerfaringer

	Egenerfaring 93 (21,6 %)	Pårørendeerfaring 197 (45,7 %)
Deler personlig erfaring med *		
Deler aldri	30 (32,3 %)	72 (36,5 %)
Pasienter	29 (31,2 %)	46 (23,4 %)
Leder/kolleger	58 (62,4 %)	109 (55,3 %)
Veileder	15 (16,1 %)	17 (8,6 %)

\* Kan sette flere kryss

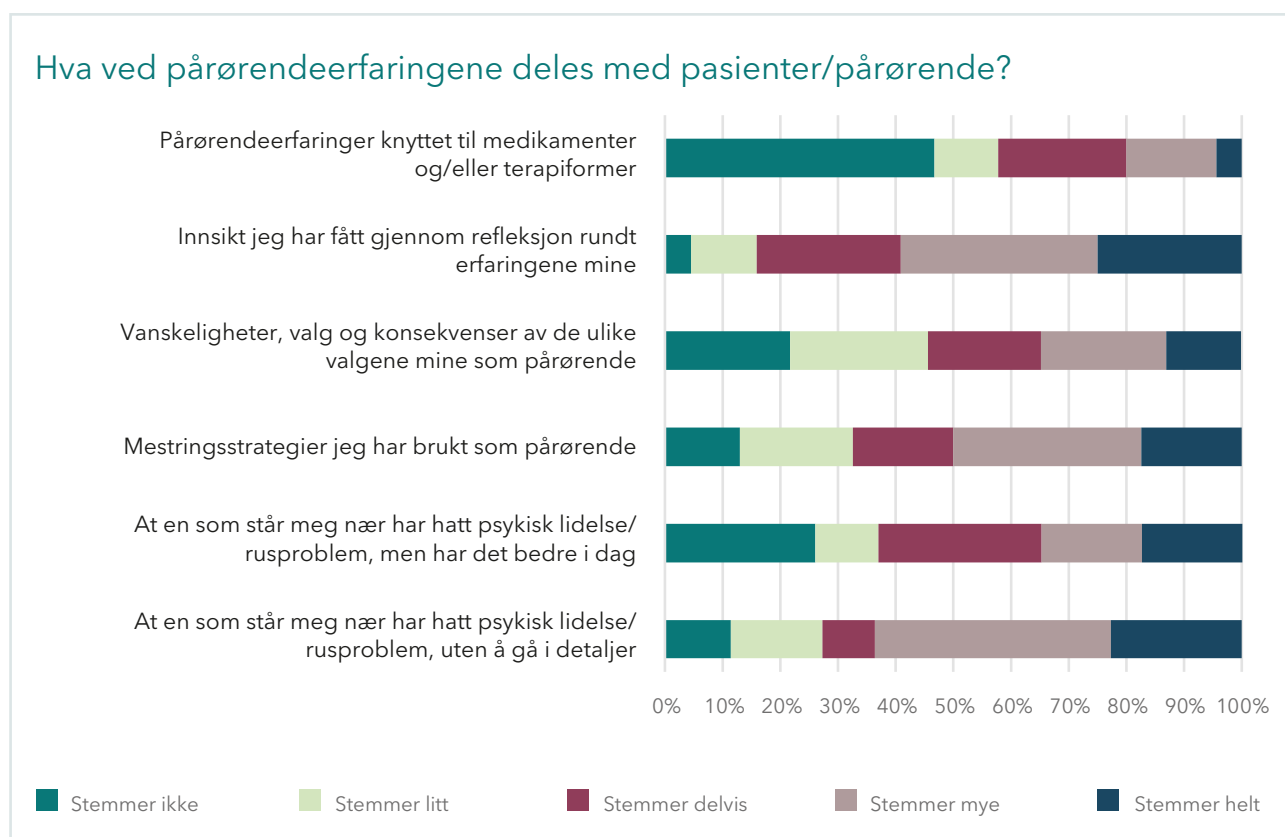
#### 5.4. HVA VED PERSONLIGE ERFARINGER DELES MED PASIENTER/PÅRØRENDE?

Fire tema innen egenfaringer ble oftest delt med pasienter og/eller pårørende (se figur 1): at en selv har hatt psykisk lidelse/rusproblem uten å gå i detaljer (55,2 %), at en selv har hatt psykisk lidelse/rusproblem, men har det bedre i dag (65,5 %), mestringsstrategier en har brukt (72,4 %) og innsikt en har fått (65,5 %).



Figur 1. Hva ved egenerfaringene deles med pasienter/pårørende?

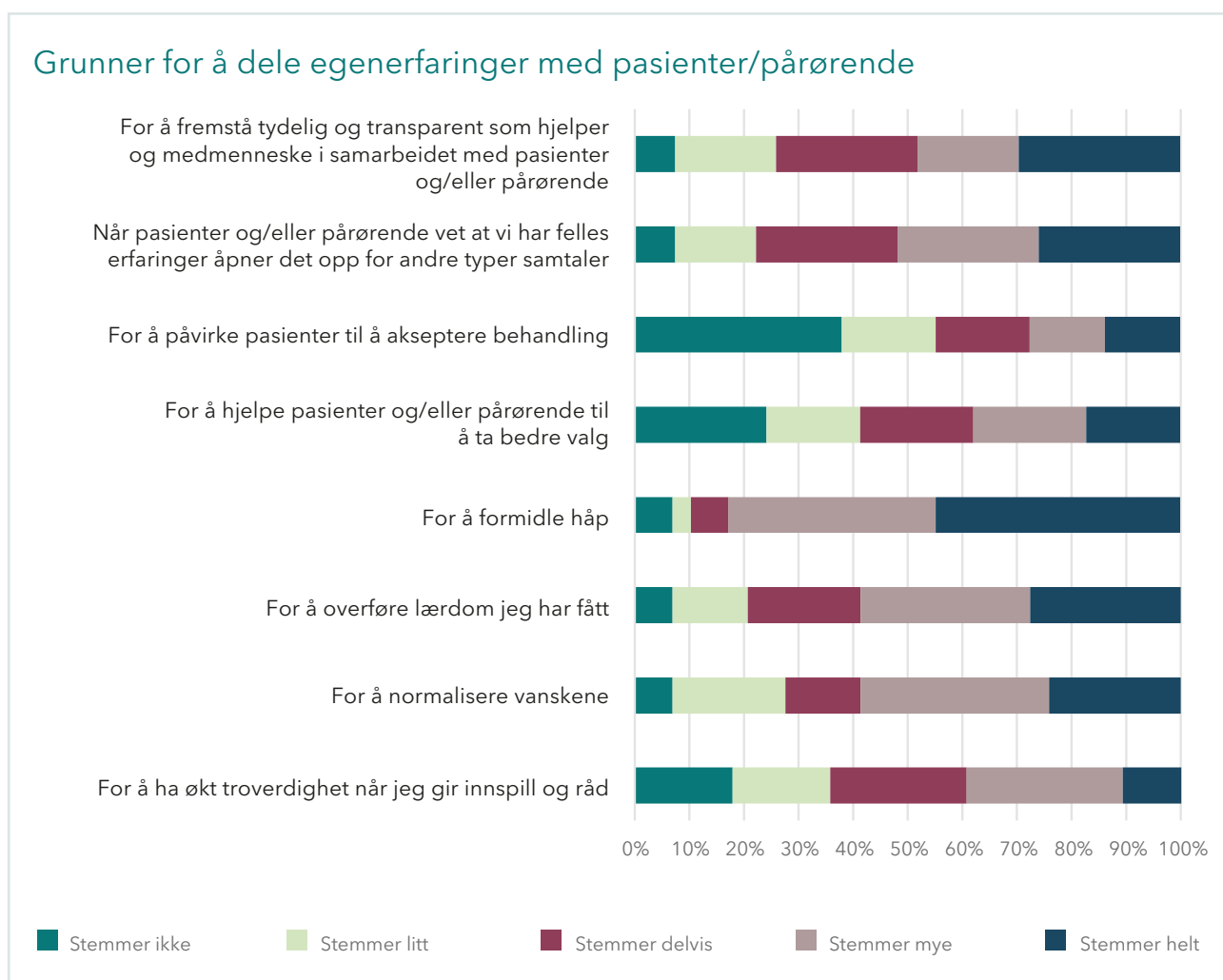
Blant pårøndererfaringer var tre tema oftest delt (se figur 2): at en som står dem nær har hatt psykisk lidelse/rusproblem, uten å gå i detaljer (63,6 %), innsikt de har fått (59,1 %) og brukte mestringsstrategier (50 %).



Figur 2. Hva ved pårøndererfaringene deles med pasienter/pårørende?

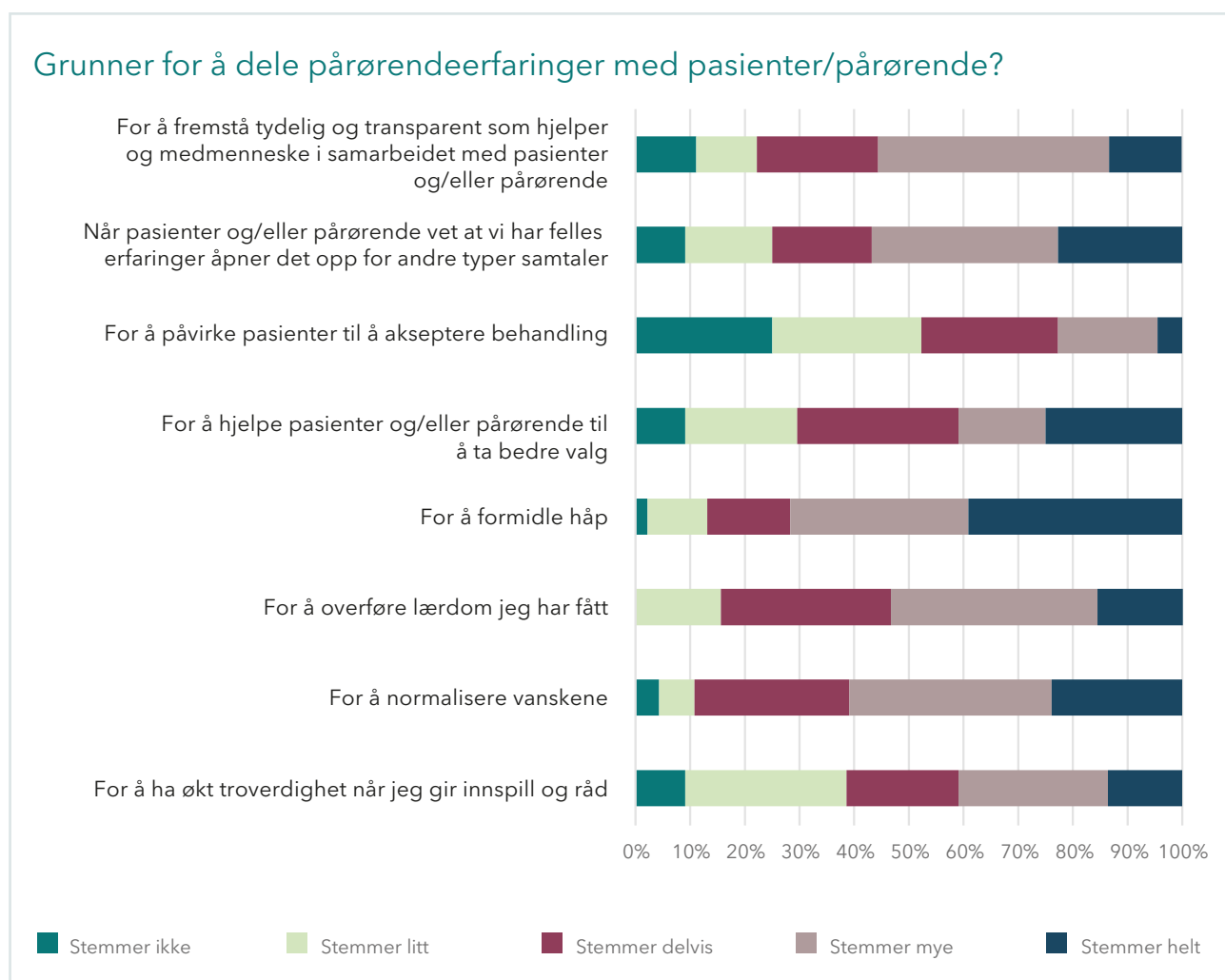
### 5.5. HVA ER GRUNNER FOR Å DELE PERSONLIGE ERFARINGER?

I møte med pasienter og pårørende (se figur 3), delte deltakerne med egenerfaringer oftest for å formidle håp (82,7 %), for å overføre lærdom (58,6 %) og for å normalisere vansker (58,6 %).



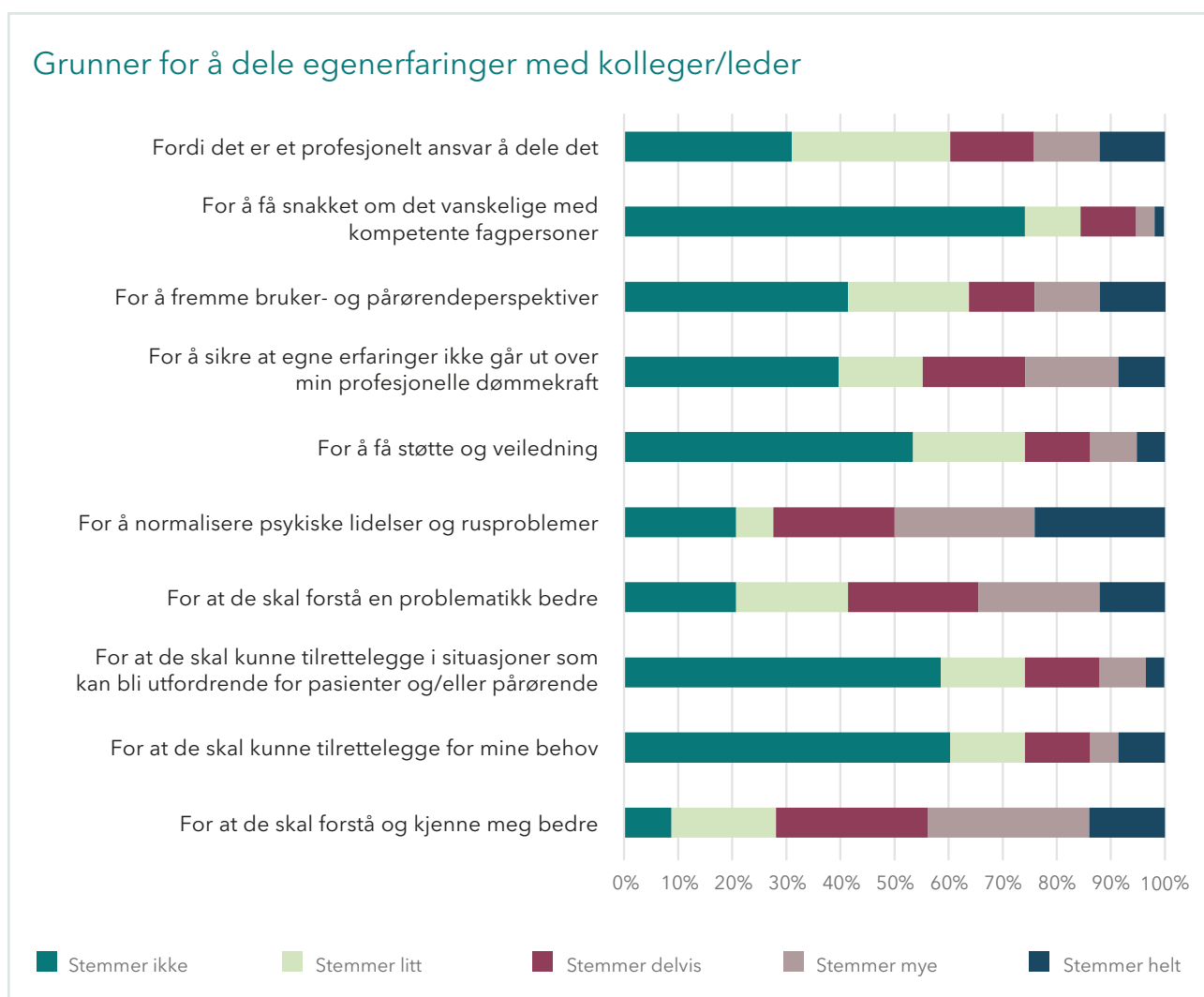
Figur 3. Grunner for å dele egenerfaringer med pasienter/pårørende

De med pårøndererfaringer delte oftest for å formidle håp (71,7 %), for å normalisere vanskene (60,9 %) og for gjennom å vise til felles erfaringer, åpne opp for andre typer samtaler (56,8 %) (se figur 4).



Figur 4. Grunner for å dele pårøndererfaringer med pasienter/pårørende

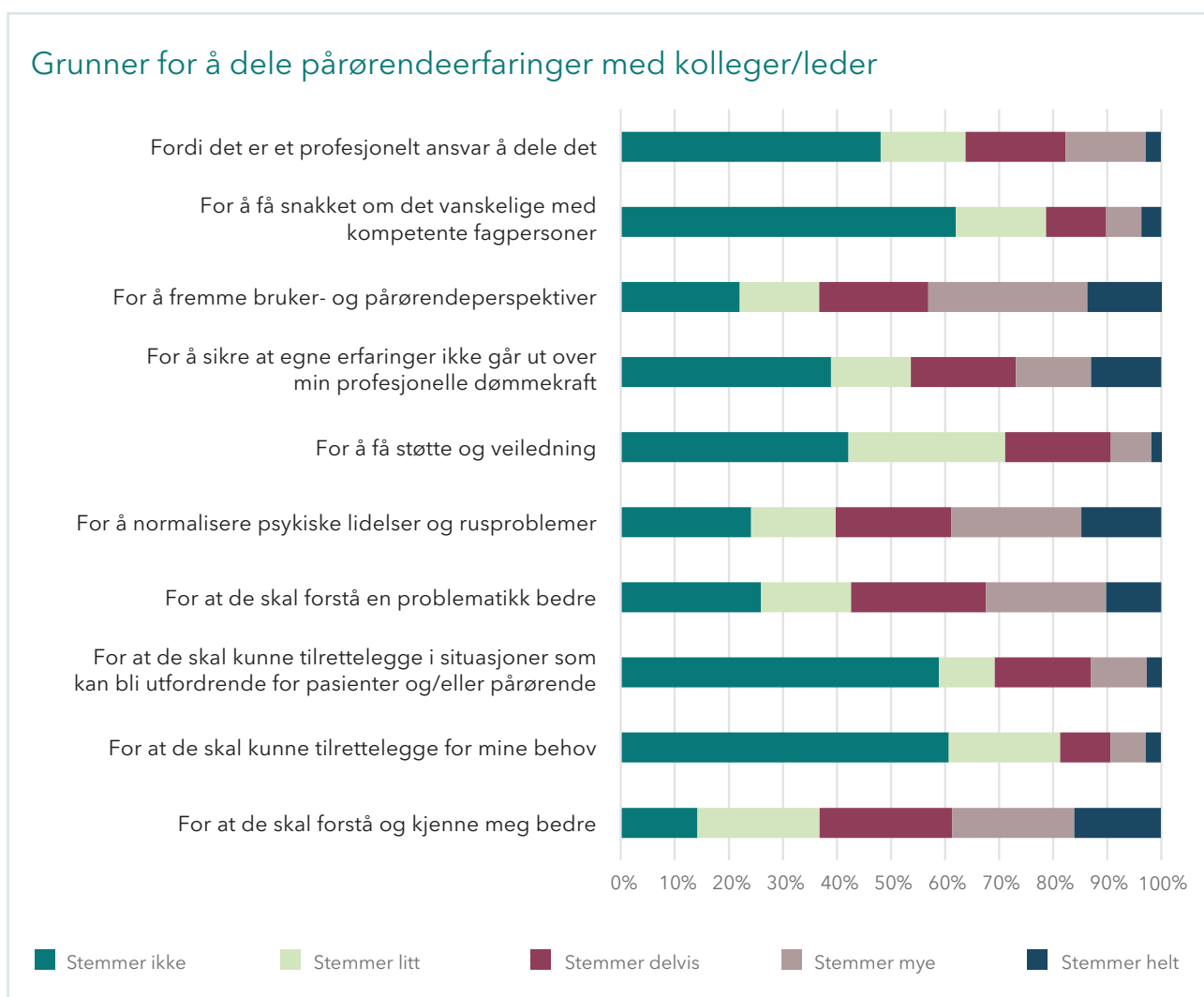
De vanligste grunnene for å dele egenerfaringene med kolleger og leder (se figur 5) var for å normalisere vansker (50 %), for å bli bedre forstått som person (43,8 %) og for at kolleger skal forstå en problematikk bedre (34,5 %).



Figur 5. Grunner for å dele egenerfaringer med kolleger/leder

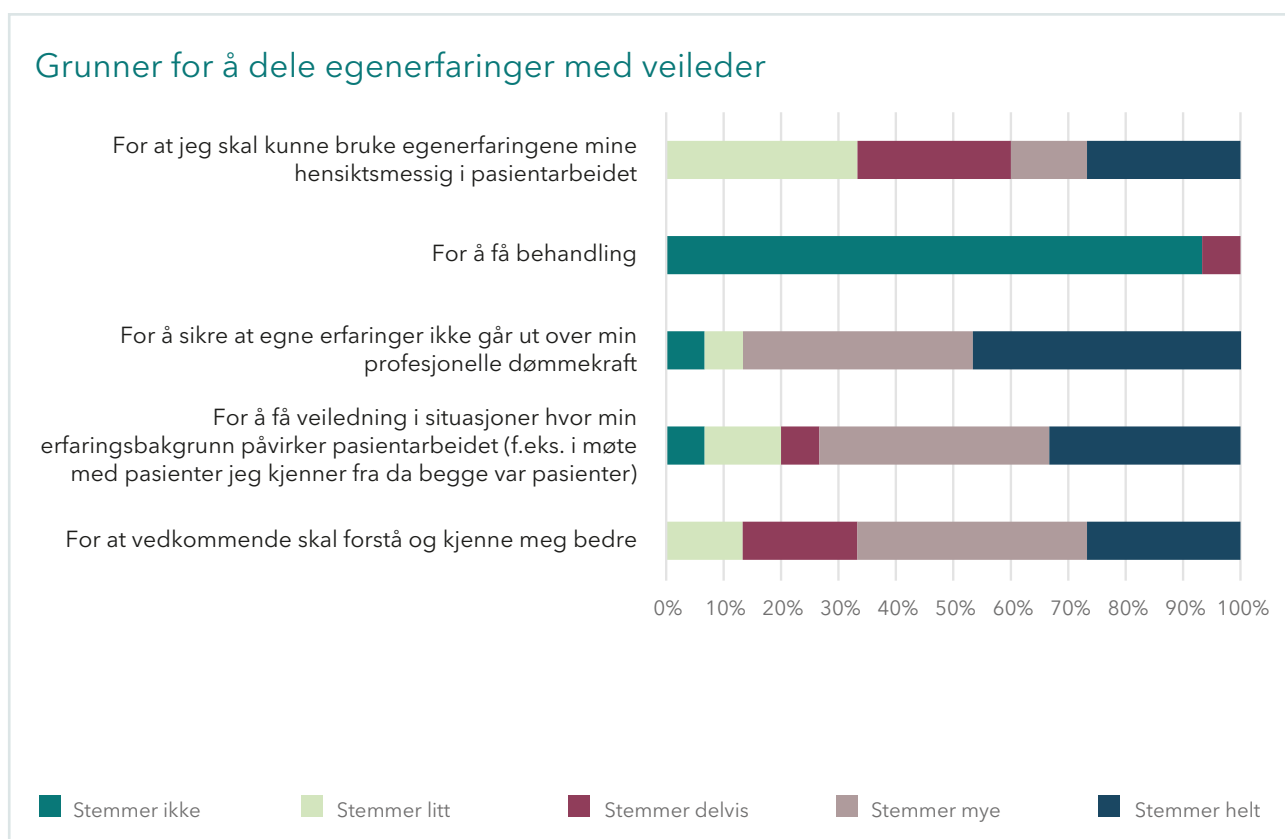


Vi fant lignende resultater for pårøndererfaringer (se figur 6), der de vanligste grunnene for å dele var for å fremme bruker- og pårønderperspektiver (43,2 %), for å normalisere vansker (38,9 %) og for at de skal forstå og kjenne meg bedre (38,6 %).



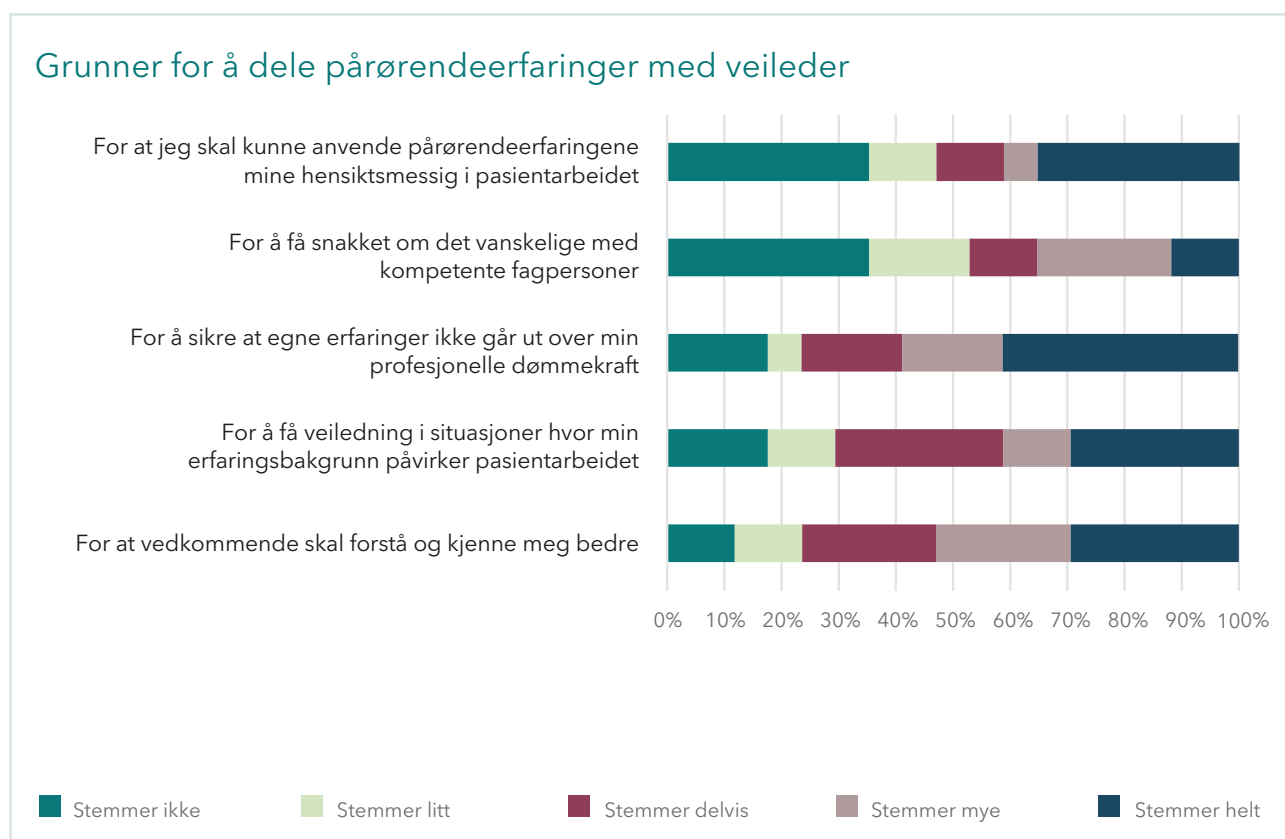
Figur 6. Grunner for å dele pårøndererfaringer med kolleger/leder

Blant deltagere med veileder, var vanlige grunner for å dele egenerfaringer (se figur 7) for å sikre at egne erfaringer ikke skulle gå ut over profesjonell dømmekraft (86,7 %), for å få veiledning i situasjoner der erfaringsbakgrunn kan påvirke pasientarbeidet (73,3 %) og for at vedkommende skal forstå og kjenne meg bedre (66,7 %).



Figur 7. Grunner for å dele egenerfaringer med veileder

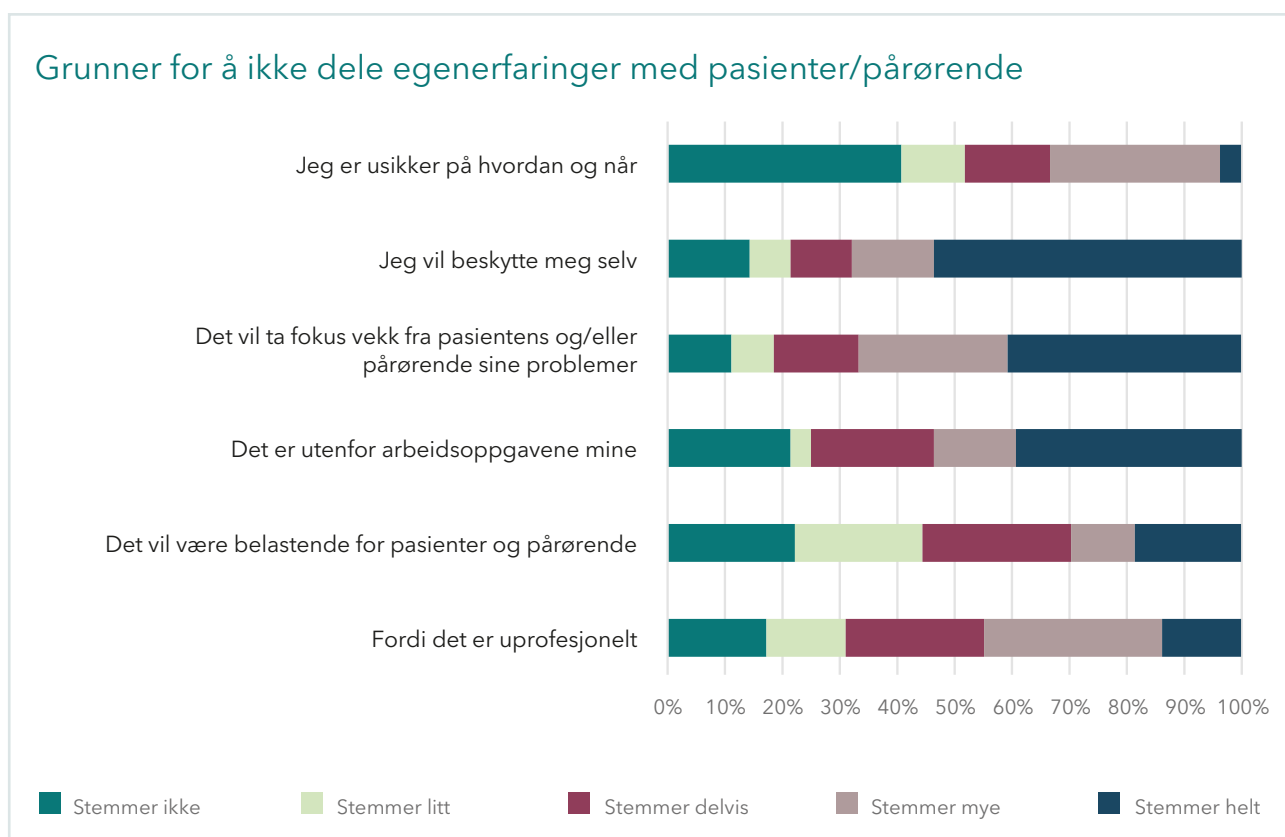
Lignende resultater ble funnet for pårørendeerfaringer (se figur 8), hvor de vanligste grunnene var for å sikre at egne erfaringer ikke går ut over profesjonell dømmekraft (58,8 %), for at vedkommende skal forstå og kjenne meg bedre (52,9 %), for å få veiledning i situasjoner der erfaringsbakgrunn kan påvirke pasientarbeidet (41,2 %) og for å kunne anvende pårørendeerfaringer hensiktsmessig i pasientarbeidet (35,3 %).



Figur 8. Grunner for å dele pårørendeerfaringer med veileder

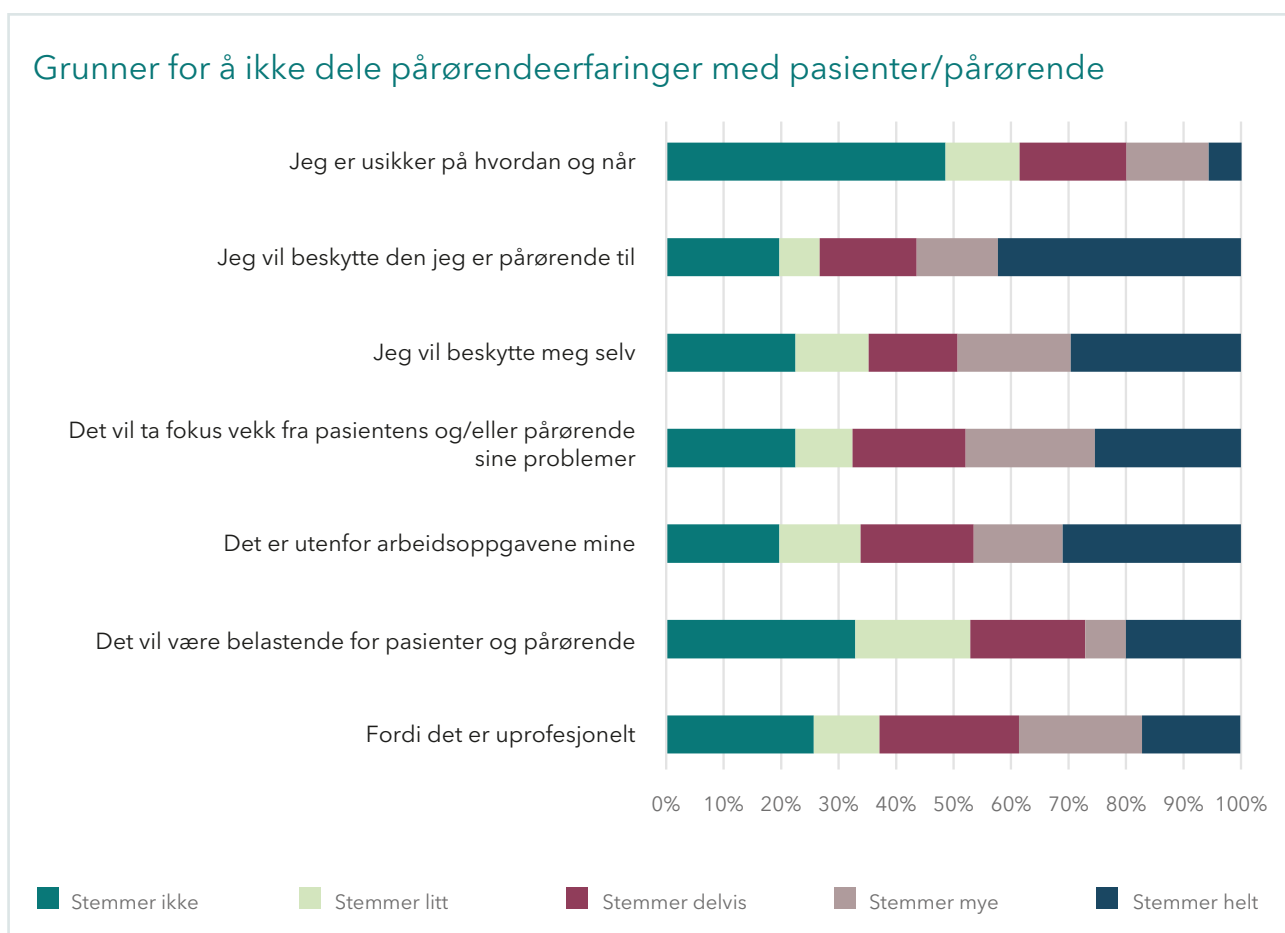
## 5.6. HVA ER GRUNNER FOR Å IKKE DELE PERSONLIGE ERFARINGER?

De vanligste grunnene for å ikke dele sine egenerfaringer med pasienter og pårørende var et ønske om å beskytte seg selv (67,9 %), at det vil ta fokus vekk fra pasientens/pårørendes problemer (66,6 %), at det er utenfor deres arbeidsoppgaver (53,6 %) og at det er uprofesjonelt (44,8 %) (se figur 9).



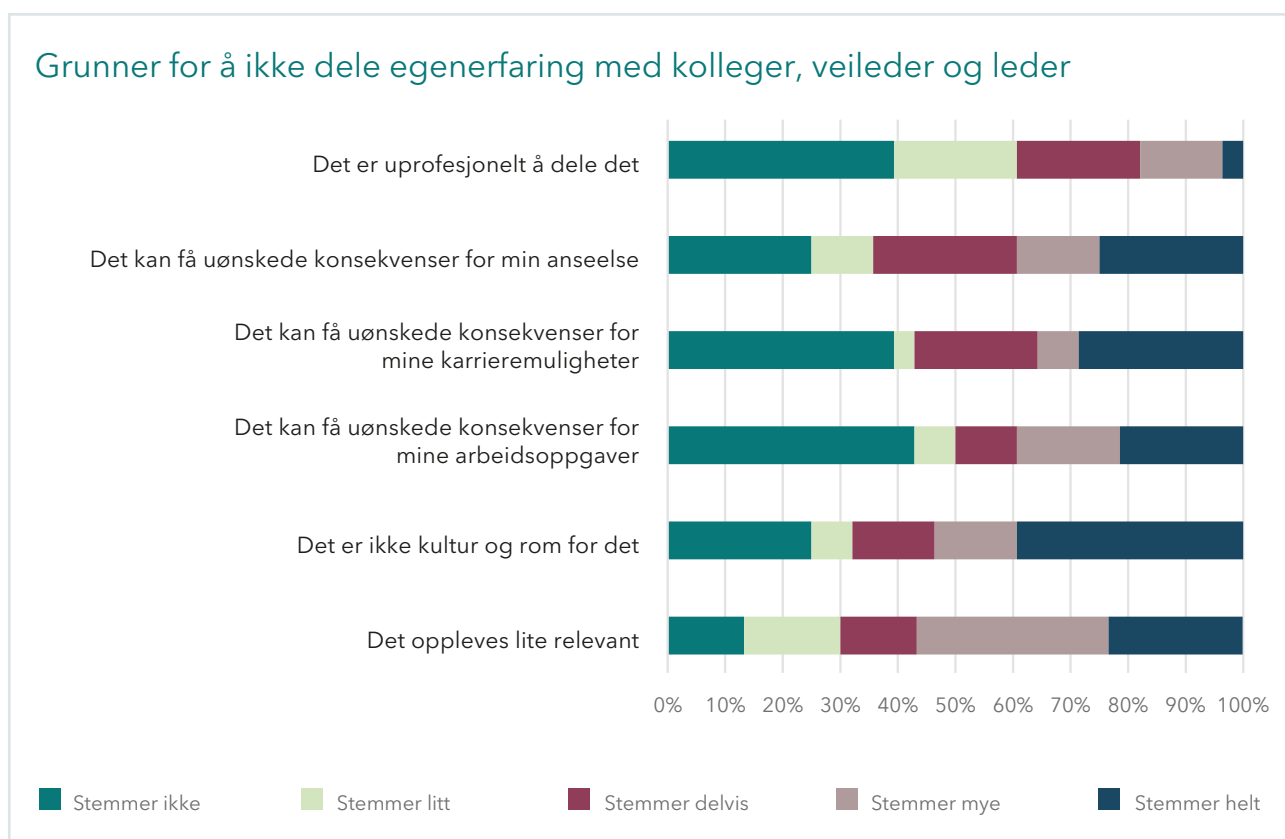
Figur 9. Grunner for å ikke dele egenerfaringer med pasienter/pårørende

De samme grunnene gikk igjen angående pårøندهerfaringer, der den viktigste grunnen var å beskytte den man er pårøنده til (56,4 %), etterfulgt av å beskytte seg selv (49,3 %), at det vil ta fokus vekk fra pasientens/pårøndes problemer (47,9 %), at det er utenfor arbeidsoppgavene (46,5 %) og at det er uprofesjonelt (38,5 %) (se figur 10).



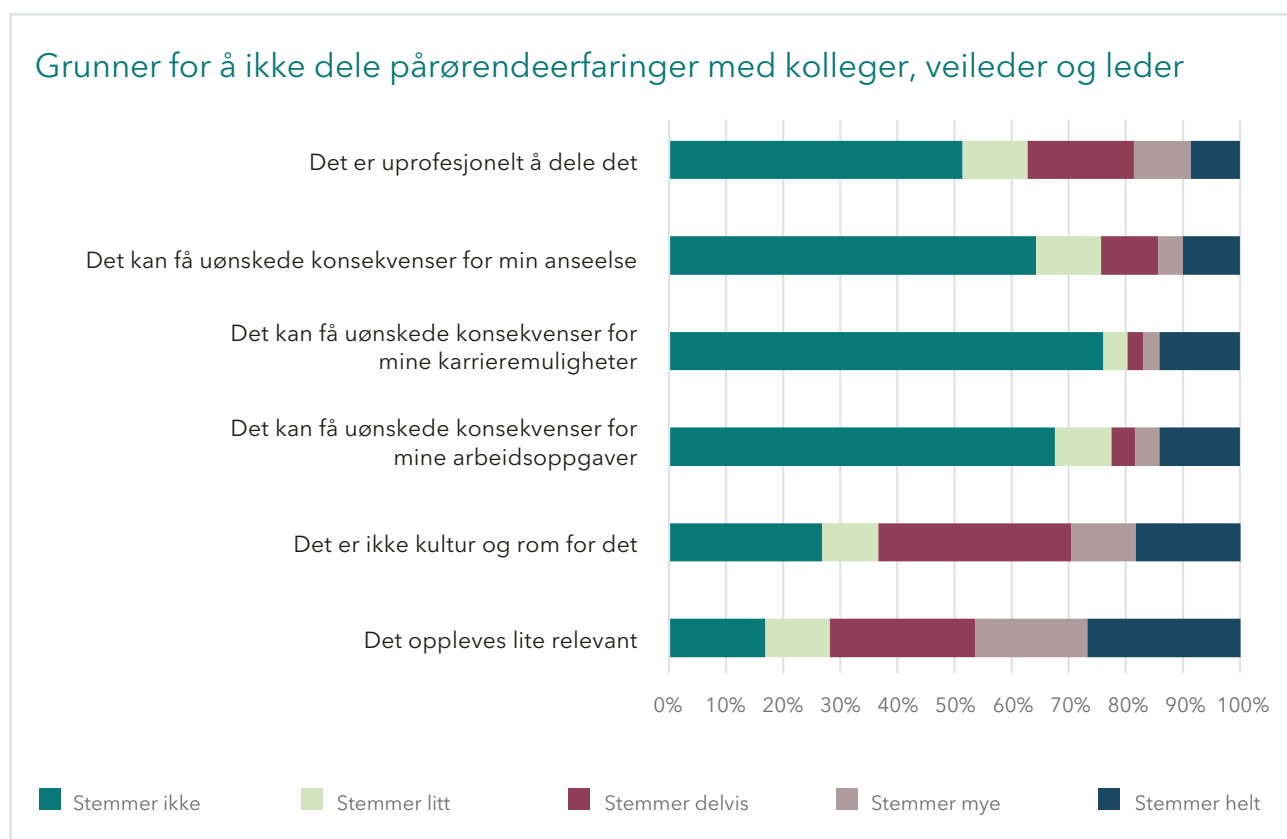
Figur 10. Grunner for å ikke dele pårøندهerfaringer med pasienter/pårøنده

De vanligste grunnene for å ikke dele egenerfaringer med kolleger, veileder og leder var fordi det oppleves lite relevant (56,6 %), det er ikke kultur og rom for det (53,6 %) og fordi det kan få uønskede konsekvenser for deres anseelse (39,3 %) (se figur 11).



Figur 11. Grunner for å ikke dele egenerfaring med kolleger, veileder og leder

I motsetning til de med egenerfaringer, var flesteparten av de med pårørendeerfaring (se figur 12) kun enig i at de ikke deler sine erfaringer fordi det oppleves lite relevant (46,5 %).

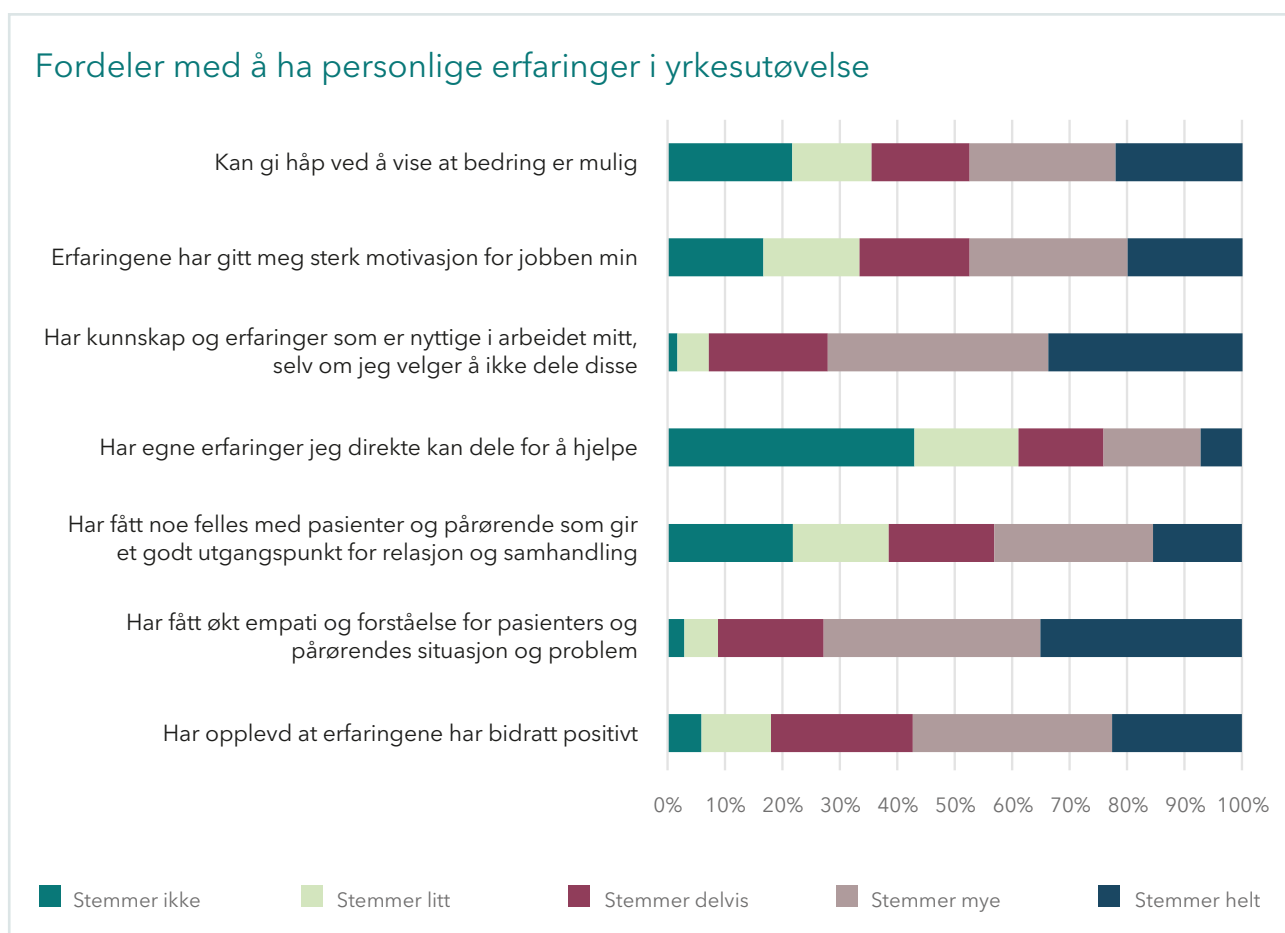


Figur 12. Grunner for å ikke dele pårørendeerfaringer med kolleger, veileder og leder

## 5.7. HVA ER FORDELER OG ULEMPER VED Å HA PERSONLIGE ERFARINGER?

Avslutningsvis ble deltakere med egen- og pårøndererfaringer spurt om opplevde fordeler og ulemper ved å ha personlig erfaring.

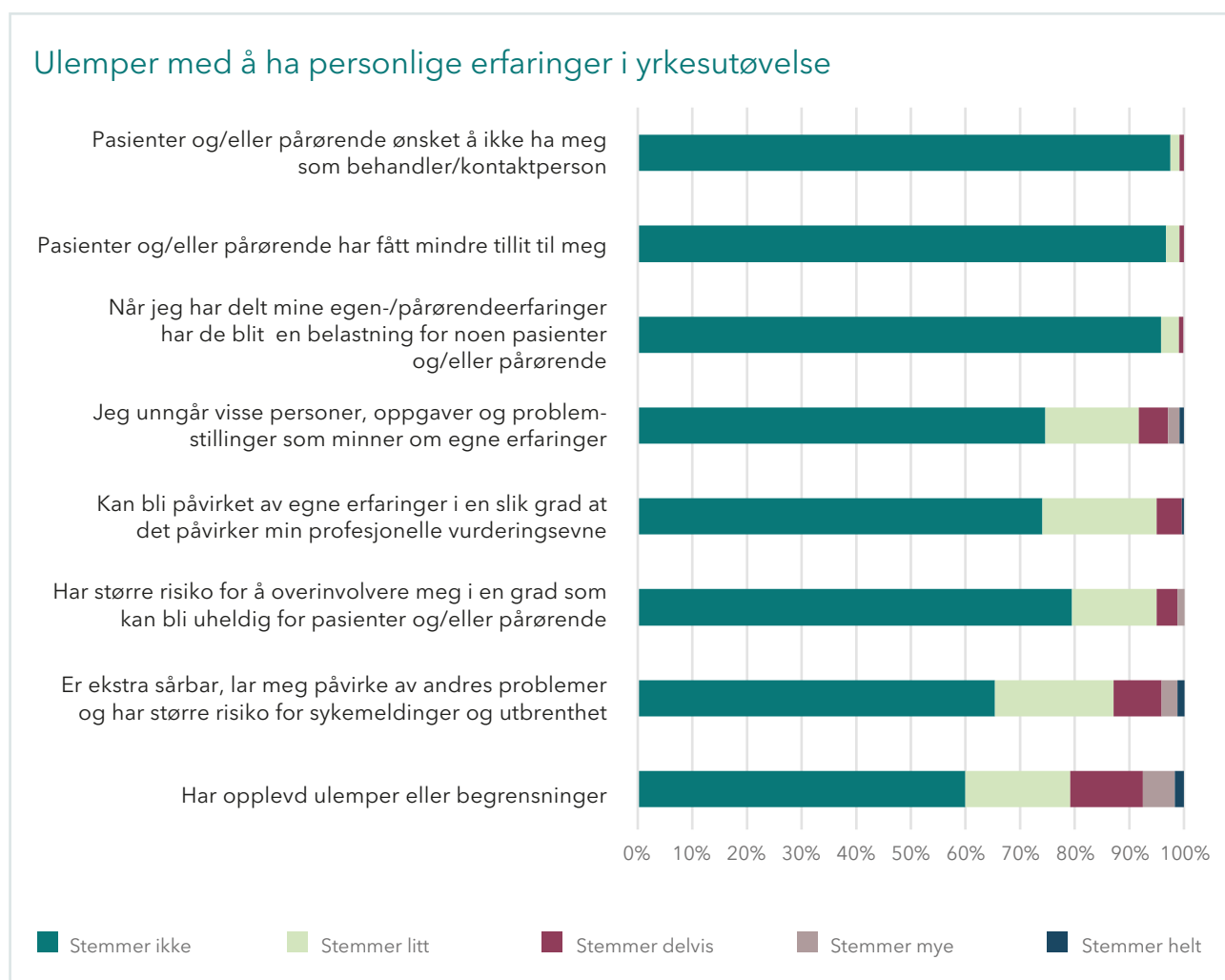
Av fordeler rapporterte 72,8 % at de har fått økt empati og forståelse for pasienter og pårørende, 72,2 % at de har nyttig kunnskap og erfaringer og 56,9 % at erfaringene har bidratt positivt i yrkesutøvelsen (se figur 13).



Figur 13. Fordeler med å ha personlige erfaringer i yrkesutøvelse



Et lite mindretall (7,5 %) svarte at det stemte mye eller helt at de hadde opplevd ulemper eller begrensninger med å ha personlige erfaringer i yrkesutøvelsen. På spørsmål om spesifikke ulemper ved å ha personlige erfaringer, rapporterte 2,9 % at det stemte helt eller mye at de unngår visse personer, oppgaver og problemstillinger som minner om egne erfaringer. Resten av påstandene var nærmest alle deltakerne uenige i (se figur 14).



Figur 14. Ulemper med å ha personlige erfaringer i yrkesutøvelse

### 5.8. HVA ER SAMMENHENGEN MELLOM PERSONLIGE ERFARINGER, JOBBTILFREDSHET OG HOLDNINGER?

For å undersøke sammenhengen mellom personlige erfaringer, holdninger til psykiske lidelser, selvmordsproblematikk, rusproblemer, bruk av tvang og jobbtilfredshet, delte vi deltakerne i fire grupper. Gruppene var basert på deres erfaringsbakgrunn: ingen personlige erfaringer, egenerfaringer, pårørendeerfaringer og både egen- og pårørendeerfaringer. Forskjeller mellom gruppene ble først undersøkt ved ANOVA-analyser. Siden variablene var skjervfordelte, gjentok vi analysene med det ikke-parametriske alternativet til ANOVA kalt Kruskal-Wallis test, uten at resultatene forandret seg.

De fire gruppene rapporterte høy jobbtilfredshet (se tabell 5), og det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene:  $F(3, 418) = 2.09, p = .101$ .

Deltakerne hadde positive holdninger til psykiske lidelser, selvmordsproblematikk og rusproblemer (se tabell 6), og det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene innen holdninger til psykiske lidelser ( $F(3, 420) = 0.48, p = .70$ ) eller selvmordsproblematikk ( $F(3, 424) = 0.22, p = .880$ ).

Innledningsvis antydte resultatene at det var en signifikant forskjell i skårer på holdninger til rusproblemer ( $F(3, 425) = 2.84, p = .038$ ), men post-hoc sammenligninger ved bruk av Tukey HSD test indikerte likevel at det ikke var noen forskjeller i gjennomsnittsskårene til de fire gruppene ( $p = .136$ ).

Det var heller ikke signifikante forskjeller i holdninger til bruk av tvang, målt ved «Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)» blant de fire gruppene på noen av sub-skalaene: tvang som overgrep ( $F(3, 413) = .49, p = .691$ ), tvang som omsorg ( $F(3, 415) = 1.01, p = .390$ ) og tvang som behandling ( $F(3, 425) = 1.39, p = .245$ ). Ved å se på hvordan deltakerne stilte seg til de tre underskalaene, var deltakerne verken enig eller uenig i tvang som overgrep (gjennomsnittsskår mellom 2,9-3,3), enig i tvang som omsorg (gjennomsnittsskår mellom 4,0-4,1) og til dels uenig i tvang som behandling (gjennomsnittsskår mellom 2,5-2,7) (se tabell 7).

Tabell 5. Jobbtilfredshet

	Ingen erfaringer		Egenerfaringer		Pårørende- erfaringer		Egen- og pårørende- erfaringer		F (DF)	P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Jobbtilfredshet	4,12	0,61	4,15	0,71	4,26	0,56	4,04	0,64	2,09 (3)	,101

Tabell 6. Holdninger til psykiske lidelser, selvmord og rus

	Ingen erfaringer		Egenerfaringer		Pårørende- erfaringer		Egen- og pårøndeerfaringer		F (DF)	P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Holdninger, psykiske lidelser	3,94	0,44	4,02	0,48	3,97	0,40	3,96	0,48	0,48 (3)	,700
Holdninger, selvmord	4,05	0,64	4,11	0,66	4,09	0,63	4,11	0,58	0,22 (3)	,880
Holdninger, rusproblemer	4,21	0,63	4,41	0,51	4,33	0,55	4,42	0,49	2,84 (3)	,038*

\*Post hoc test,  $p = .136$

Tabell 7. Holdninger til bruk av tvang

	Ingen erfaringer		Egenerfaringer		Pårørende- erfaringer		Egen- og pårøndeerfaringer		F (DF)	P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
SACS overgrep	2,78	0,54	3,18	0,61	3,26	0,61	3,32	0,61	0,49 (3)	,691
SACS omsorg	3,97	0,55	4,07	0,52	4,44	0,64	4,07	0,55	1,01 (3)	,390
SACS behandling	2,61	0,67	2,71	0,61	2,54	0,65	2,73	0,68	1,39 (3)	,245



## 6. Diskusjon

En betydelig andel av deltagerne rapporterte egen- og pårørendeerfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer. Det var et mindretall av deltagerne med egen- og pårørendeerfaringer som delte disse med pasienter og veileder, mens det var mer vanlig å dele erfaringene med kolleger og leder. Grunnene til å ikke dele var flere, men både hensynet til pasienter og behovet for beskyttelse for seg selv var vanlige grunner. De som rapporterte egen- eller pårørendeerfaringer opplevde primært at det ga dem fordeler i det kliniske arbeidet, ved at de har fått økt empati, forståelse og kunnskap. Svært få ansatte rapporterte at personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer medførte ulemper i yrkesutøvelsen.

At personlige erfaringer med egne eller pårørendes psykiske lidelser eller rusproblemer var vanlig, er i tråd med tidligere studier av egenerfaringer (Edwards & Crisp, 2017; Hassan et al., 2009; Hassan et al., 2013; Hassan et al., 2016; Kochański & Cechnicki, 2017; Tay et al., 2018; White et al., 2006) og pårørendeerfaringer (Kochański & Cechnicki, 2017; Oates et al., 2017; Yuan et al., 2017). Rusproblemer var imidlertid sjeldnere enn i tidligere studier (Hassan et al., 2016; Raistrick et al., 2008). Sammenlignet med undersøkelsen som ligner mest på denne, Hoel et al. (2021), fant vi imidlertid en mye lavere andel med egen- og pårørendeerfaringer. En mulig årsak kan være at vi i større grad vektla å rekruttere ansatte uten personlige erfaringer med psykisk lidelse og/eller rusproblem, sammenlignet med Hoel et al. (2021) sin datainnsamling.

Internasjonale studier viser at helsepersonell generelt velger å dele sine erfaringer med rusproblemer og psykiske lidelser med venner og familie, fremfor kolleger (Hassan et al., 2009; Hassan et al., 2013; Hassan et al., 2016; Tay et al., 2018; White et al., 2006). Vi inkluderte ikke venner og familie i denne undersøkelsen, men flere rapporterte at de deler personlige erfaringer med kolleger og leder fremfor pasienter, slik som i tidligere forskning (Hoel et al., 2021; Lovell, 2017).

Grunner for å dele personlige erfaringer med kolleger og leder var å normalisere vansker og fremme pårørendeperspektivet, men også for å bli bedre forstått. Det å bli forstått og tørre å si fra til kolleger om pågående problemer er viktig for helsen til klinikere. Det har tidligere blitt problematisert at kanskje særlig leger har vansker med å søke hjelp for egne problemer og istedenfor selvmedisinerer (Tyssen, 2001).

Av grunner for å dele personlige erfaringer med veileder var den viktigste å sikre at egne erfaringer ikke går ut over den profesjonelle dømmekraften. Dette virker å være i tråd med sentrale mål for veiledning. Vi er usikre på grunnen til at det var få som delte med veileder, men en opplagt grunn kan være at det trolig var få deltakere som får veiledning. Dersom det imidlertid er slik at få velger å dele slike erfaringer med veileder, hos de som går i veiledning, kan det være bekymringsfullt. Veiledningssituasjonen bør være egnet til å ta opp personlige forhold som er relevante for yrkesutøvelsen, og ved å ikke tematisere personlige erfaringer, kan den som går i veiledning ta med seg ubevisst eller ubehandlet

materiale inn i yrkesutøvelsen og gå glipp av muligheter for læring og utvikling.

Oppsummert finner vi altså få forskjeller mellom de med egen- og pårørendeerfaring når det gjelder grunner til å dele personlige erfaringer med pasienter/pårørende, kolleger og leder, og veileder. Dette kan tyde på at egenerfaringer og pårørendeerfaringer gir samme utgangspunkt for å dele erfaringer i jobbsammenheng.

I henhold til grunner til å ikke dele personlige erfaringer med kolleger og leder, rapporterte flertallet av de med egen- og pårørendeerfaringer at de var uenige i at det er uprofesjonelt å dele, og at det kan få konsekvenser for arbeidsoppgaver og karrieremuligheter. Her kan det synes som at våre deltagere har et mer positivt forhold til å dele personlige erfaringer med kolleger og leder sammenlignet med tidligere forskning (Hassan et al., 2009; Hassan et al., 2013; Hassan et al., 2016; King et al., 2020; White et al., 2006). Kanskje har utdanning og de siste års vektlegging av åpenhet i samfunnet generelt medført endringer. I tillegg kan også det at vi rekrutterte andre yrkesgrupper enn leger spille inn. Andre yrkesgrupper kan ha mer positive holdninger til å dele erfaringer enn det som leger har. De møter pasienter i en annen sammenheng som kan stille dem i et annet forhold til å dele erfaringer.

Den vanligste grunnen for allikevel å ikke dele personlige erfaringer med kolleger, veileder og leder var at det oppleves lite relevant, men en betydelig andel oppga også at det ikke er kultur eller rom for det. Dette kan skyldes at

egenerfaringer under utdanning blir sett på som noe man ikke skal trekke inn i eget arbeid og således ikke er noe en er skolert til, også når det gjelder forholdet til kolleger. Dette kan representere et paradoks; egenerfaring verdsettes i tjenestene bare dersom den formidles av erfaringskonsulenter, men ikke andre ansatte.

Vi fant altså overveiende positive holdninger til å dele personlige erfaringer med kolleger og leder. Når det gjelder holdninger til å dele erfaringer med pasienter er bildet annerledes; her mener nær halvparten at det å dele erfaringer med pasienter er uprofesjonelt, i tråd med funnene fra piloten. I tillegg oppgir mange at de ønsker å beskytte seg selv og eller den de er pårørende til. Andre grunner for ikke å dele personlige erfaringer med pasienter var hensyn til pasienten (det vil ta fokus vekk fra pasienten) og forventninger til rolleutøvelsen (at det er utenfor arbeidsoppgavene). Samtidig, de som valgte å dele rapporterte fordeler med å gjøre det, som at erfaringsdeling åpner opp for andre typer samtaler, i tråd med Unhjem et al. (2018) sin studie. Det er ikke mulig med våre data å si hvordan disse samtalene er annerledes, men dette bør undersøkes av senere forskning, gjerne med kvalitative metoder.

Flertallet opplever egne erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer som overveiende positivt i jobbsammenheng, selv om de velger å ikke dele disse. Gjennom personlige erfaringer, opplever deltakerne å ha fått økt empati og forståelse for pasienters og pårørendes problem, og nyttig kunnskap. På hvilken måte erfaringene

er nyttige, og hvordan kunnskapen brukes utover evt. deling, kunne også vært interessant å ha mer kunnskap om.

Svært få deltakere hadde opplevd ulemper med å bruke personlige erfaringer i arbeidet. Disse resultatene gir imidlertid ikke grunnlag til å anbefale flere ansatte å dele personlige erfaringer, fordi vi bare har klinikerens perspektiv på om det er nyttig eller ikke. Vi skulle selvsagt gjerne også hatt pasientens og pårørendes perspektiv på hvordan de opplever deling. Dette bør undersøkes i senere forskning.

Avslutningsvis forventet vi at det ville være sammenhenger mellom å ha personlige erfaringer og holdninger til psykiske lidelser, selvmord, rusproblemer, bruk av tvang og jobbtilfredshet; disse forventede gruppeforskjellene fant vi ikke. Deltakerne rapporterte positive holdninger til psykiske lidelser, selvmord og rus, også i tråd med tidligere studier (Kochański & Cechnicki, 2017; Stuber et al., 2014; Wheeler et al., 2014; Yuan et al., 2017). At vi ikke fant en sammenheng mellom personlige erfaringer og holdninger er i kontrast til tidligere studier (Ebrahimi et al., 2012; Fujii et al., 2018). Dette kan tolkes som at deltakerne, gjennom den formelle utdannelsen og opplæring i en kultur på arbeidsplassen, får et sett med holdninger som i sum er viktigere enn deres egne erfaringer.

I likhet med holdninger til psykiske lidelser, selvmord og rus, ble det heller ikke funnet noen signifikante forskjeller blant gruppene i holdninger til bruk av tvang i behandling. Dette var et litt overraskende funn for oss; vi hadde forventet at det kunne være mer negative holdninger til bruk av tvang hos de som hadde egenerfaringer med psykiske lidelser. En grunn til denne manglende forskjellen kan imidlertid være at de som hadde egenerfaringer med psykiske lidelser allikevel ikke hadde opplevd bruk av tvang i sin egen behandling. For å kunne ha undersøkt dette måtte vi ha stilt mer detaljerte spørsmål om deres egenerfaringer med behandling.

Vi fant ingen forskjeller i jobbtilfredshet mellom de med egen- og pårørendeerfaringer og andre ansatte.

Alle gruppene rapporterte generell høy jobbtilfredshet, hvilket er i tråd med tidligere studier (Oliveira et al., 2019; Payne et al., 2020; Trevisan et al., 2019).

## 6.1. STYRKER OG SVAKHETER MED UNDERSØKELSEN

Noen begrensninger med studien skal nevnes. Vi hadde en lav responsrate. En mulig årsak kan være at datainnsamlingen foregikk under en pandemi, men årsaken kan også være at personlige erfaringer med psykisk lidelse og rusproblemer er et kontroversielt tema blant helsepersonell. Det er også en mulighet for at spesielt personer som opplevde temaet i undersøkelsen som relevant valgte å delta. Dette kan ha ført til at forekomsten av egen- og pårørendeerfaringer er for høy i dette utvalget. Videre var det noe få deltagere i noen kategorier, for eksempel menn med personlige erfaringer, som gjør analysene av mulige kjønnsforskjeller mer usikre.

Det kan også være at potensielle informanter ikke hadde tilstrekkelig tilgang til pc på jobb, og derfor ikke har åpnet mailen og/eller ikke har hatt tid eller ikke fått anledning til å sitte i en skjermet situasjon til å besvare denne type spørsmål.

Konklusjonene i studien er imidlertid basert på selvrapporterte holdninger. Selv om undersøkelsen var anonym, kan denne egenrapporten preges av et ønske om å fremstå på et politisk korrekt vis, med de rette holdningene. En annen mulighet er at instrumentene vi benyttet kan ha vært for lite sensitive, slik at vi ikke fanget opp reelle forskjeller. Denne hypotesen støttes av at det var lite variasjon i det deltagerne svarte, og det er mulig vi ville fått andre resultater med bruk av mer sensitive metoder for måling av holdninger. Dette kunne for eksempel inkludert observasjonelle studier i arbeidssituasjonen eller bruk av måleinstrumenter med mindre klare responsforventninger.







# 7. Konklusjon og implikasjon

I dette utvalget av helsepersonell innen TSB og PHV hadde en betydelig andel egen- og/eller pårøndererfaringer. De som hadde slike erfaringer rapporterte at de primært opplevde erfaringene som en fordel i arbeidet. Et mindretall av de med personlige erfaringer deler disse med pasienter, men de som gjorde det, vurderte det som nyttig. Derfor kan erfaringskompetanse hos helsepersonell muligens bli brukt målrettet til det beste for pasienter, pårørende og tjenestene.

Vi trenger imidlertid mer kunnskap om i hvilke situasjoner og hva som skal til for at deling skal være konstruktiv. Ikke minst trenger vi mer forskning om hvordan pasienter, og eventuelt også pårørende, opplever at helsepersonell deler personlige erfaringer. Det trengs også mer forskning på om det oppleves annerledes at helsepersonell deler slike erfaringer enn når erfaringskonsulenter deler av sine erfaringer.



# 8. Referanser

- Audet, C. T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers? *Counselling Psychology Quarterly*, 24(2), 85-100. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.589602>
- Benko, R. (2018). *Stigma and Self-Disclosure: Mental Health Professionals' and Nonprofessionals' Perceptions of Therapist Self-Disclosure of Past Mental Illness* (Dissertation). Georgia Southern University. Hentet fra <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/1794>
- Bono, J. E. & Judge, T. A. (2003). Self-concordance at work: Toward understanding the motivational effects of transformational leaders. *Academy of management journal*, 46(5), 554-571.
- Corrigan, P. W. & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical Psychology Review*, 70, 40-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.02.001>
- De Vellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4. utg.). Thousand Oaks: Sage.
- Ebrahimi, H., Namdar, H. & Vahidi, M. (2012). Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(7), 534-538. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730459/>
- Edwards, J. L. & Crisp, D. A. (2017). Seeking help for psychological distress: Barriers for mental health professionals. *Australian Journal of Psychology*, 69(3), 218-225. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12146>
- Fujii, T., Hanya, M., Kishi, M., Kondo, Y., Cates, M. E. & Kamei, H. (2018). An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 1-7.
- Gough, H. (2016). *Hidden talents: Mental health professionals explore their lived experiences of mental health challenges in the workplace: an interpretative phenomenological analysis* (Doctoral Thesis). University of East Anglia.
- Hassan, T. M., Ahmed, S. O., White, A. C. & Galbraith, N. (2009). A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical Medicine*, 9(4), 327.
- Hassan, T. M., Sikander, S., Mazhar, N., Munshi, T., Galbraith, N. & Groll, D. (2013). Canadian psychiatrists' attitudes to becoming mentally ill. *British Journal of Medical Practitioners*, 6(2). Hentet fra [https://www.researchgate.net/profile/Dianne\\_Groll/publication/256437588\\_Canadian\\_psychiatrists'\\_attitudes\\_to\\_becoming\\_mentally\\_ill/links/00b7d52289e0802468000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dianne_Groll/publication/256437588_Canadian_psychiatrists'_attitudes_to_becoming_mentally_ill/links/00b7d52289e0802468000000.pdf)
- Hassan, T. M., Tran, T., Doan, N., Mazhar, M., Bajaj, N., Munshi, T., Groll, D. (2016). Attitudes of Canadian psychiatry residents if mentally ill: awareness, barriers to disclosure, and help-seeking preferences. *Canadian medical education journal*, 7(2), e14.
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* (IS-2587). Hentet fra <https://www.lpp.no/wp-content/uploads/2018/02/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf>

- Hoel, T. L., Ruud, T., Skjeldal, E. & Lauveng, A. (2021). Helsepersonells egenerfaringer innen psykisk helse og rus - En pilotstudie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(5), 390-397. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2021/05/helsepersonells-egenerfaringer-innen-psykisk-helse-og-rus>
- Husum, T. L., Finset, A. & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *Int J Law Psychiatry*, 31(5), 417-422. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.002>
- Judge, T. A., Bono, J. E. & Locke, E. A. (2000). Personality and job satisfaction: The mediating role of job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 237-249. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.2.237>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G. & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC psychiatry*, 12(1), 62.
- Kaufman, S. E. (2016). *The effects of therapist self-disclosure of a mental health condition on client perceptions of the therapist* (Doctoral Thesis). Philadelphia College of Osteopathic Medicine, PCOM Psychology Dissertations. Hentet fra [https://digitalcommons.pcom.edu/psychology\\_dissertations/365/](https://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/365/)
- King, A. J., Brophy, L. M., Fortune, T. L. & Byrne, L. (2020). Factors Affecting Mental Health Professionals' Sharing of Their Lived Experience in the Workplace: A Scoping Review. *Psychiatric Services*, 71(10), 1047-1064.
- Klevan, T., Sjøfjell, T. L., Borg, M. & Karlsson, B. (2018). «Det er litt som et eget språk» - Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester. Hentet fra <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2018/11/Det-er-litt-som-et-eget-spra-%CC%8Ak.pdf>
- Kochański, A. & Cechnicki, A. (2017). The attitudes of psychiatrists toward people suffering from mental illnesses. *Psychiatr. Pol.*, 51(1), 29-44. <https://doi.org/10.12740/PP/62400>
- Lovell, J. (2017). *Self-disclosure in Mental Health Services* (PhD thesis). University of York.
- McCormic, R. W. (2017). *Influence of the Extent of a Therapist's Self-Disclosure of Previous Mental Illness on Client Perception* (Master thesis). Southern Illinois University at Edwardsville, Ann Arbor. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1916587857?accountid=31375>
- McCormic, R. W., Pomerantz, A. M., Ro, E. & Segrist, D. J. (2019). The "me too" decision: An analog study of therapist self-disclosure of psychological problems. *J Clin Psychol*, 75(4), 794-800. <https://doi.org/10.1002/jclp.22736>
- Moody, K. (2020). *Client Preferences for Therapists with Similar Psychological Problems in their Current or Past Personal Lives* (Master thesis). Southern Illinois University at Edwardsville, Ann Arbor. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/2411078423?accountid=31375>
- Oates, J., Drey, N. & Jones, J. (2017). Associations between age, years in post, years in the profession and personal experience of mental health problems in UK mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(8), 624-632.
- Oliveira, J. F. d., Santos, A. M. d., Primo, L. S., Silva, M. R. S. d., Domingues, E. S., Moreira, F. P., Oses, J. P. (2019). Job satisfaction and work overload among mental health nurses in the south of Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7): 2593-2599.
- Payne, A., et al. (2020). Burnout and job satisfaction of nursing staff in a South African acute mental health setting. *South African Journal of Psychiatry*, 26(0): a1454.
- Raistrick, D., Russell, D., Tober, G. & Tindale, A. (2008). A survey of substance use by health care professionals and their attitudes to substance misuse patients (NHS Staff Survey). *Journal of substance use*, 13(1), 57-69.
- Roelen, C., Magerøy, N., van Rhenen, W., Groothoff, J. W., Van der Klink, J., Pallesen, S., Moen, B. (2013). Low job satisfaction does not identify nurses at risk of future sickness absence: results from a Norwegian cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 366-373.
- Somers, A. D., Pomerantz, A. M., Meeks, J. T. & Pawlow, L. A. (2014). Should psychotherapists disclose their own psychological problems? *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 249-255. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.860996>

- Spehar, I. (2009). *Lidenskap og jobbtilfredshet: den medierende effekten av behovstilfredsstillelse* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18510/1/LidenskapxogxjobbtifredshetxxSpeharx.pdf>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A. & Link, B. G. (2014). Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Tay, S., Alcock, K. & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1545-1555.
- Trevisan, E., Haas, V. J. & Castro, S. d. S. (2019). Satisfaction and work overload at Psychosocial Care Centers – Alcohol and Drugs in the Minas Triangle region, Brazil. *Rev Bras Med Trab.*, 17(4): 511-520.
- Tyssen, R. (2001). Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, (121), 3527-3532. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/12/aktuelt-problem/helseproblemer-og-helsetjeneste-blant-leger>
- Unhjem, J. V., Vatne, S. & Hem, M. H. (2018). Transforming nurse-patient relationships – A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of clinical nursing*, 27, e798-e807. <https://doi.org/10.1111/jocn.14191>
- Wheeler, A., Crozier, M., Robinson, G., Pawlow, N. & Mihala, G. (2014). Assessing and responding to hazardous and risky alcohol and other drug use: The practice, knowledge and attitudes of staff working in mental health services. *Drugs: education, prevention and policy*, 21(3), 234-243.
- White, A., Shiralkar, P., Hassan, T., Galbraith, N. & Callaghan, R. (2006). Barriers to mental healthcare for psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 30(10), 382-384.
- Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, S., Subramaniam, M. (2017). Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. *PLoS one*, 12(11), e0187593.





# 9. Vedlegg

## VEDLEGG 1

### Job Satisfaction Index (JSI) - Kortversjon.

Noen jobber er mer interessante og tilfredsstillende enn andre. I denne seksjonen ber vi deg velge det svaralternativet som best beskriver dine holdninger til jobben din.

	Sterkt uenig	Uenig	Vet ikke	Enig	Sterkt enig
Jeg er for tiden tilfreds med jobben min					
Jeg har et entusiastisk forhold til jobben min					
Jeg kjeder meg ofte i jobben min					
Jeg opplever ekte glede i jobben min					
Jeg er veldig misfornøyd med jobben min					

## VEDLEGG 2

### Spørreskjema om holdninger til psykiske lidelser, selvmordsproblematikk og rusproblemer.

Vennligst ta stilling til alle påstandene under og ranger hvor mye du er enig i hver og en av dem.

	Svært uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Svært enig
Jeg ville sett på meg selv som svak hvis jeg hadde en psykisk sykdom og ikke kunne fikse det selv					
De fleste med psykiske lidelser arbeider hardt for å bli bedre og/eller mestre vanskene sine					
Jeg føler meg ofte hjelpeløs i møtet med mennesker med psykiske lidelser					
Jeg har medfølelse med mennesker med psykiske lidelser					
De fleste med psykiske lidelser vet mye om hva de trenger, og bør få bestemme mye over egen behandling og tiltak					
Jeg tror mange mennesker med psykiske lidelser gjør seg sykere enn de egentlig er for å oppnå fordeler som omsorg, oppmerksomhet eller annet					
De fleste som prøver å begå selvmord, har store vansker og trenger kompetent behandling					
Selvmordsforsøk og selvskading skyldes ofte et ønske om oppmerksomhet					
Rusavhengighet er et komplekst problem som krever kompetent behandling					
Rusavhengighet er som hovedregel selvforskyldt					

### VEDLEGG 3

#### Spørreskjema om bruk av tvang (SACS).

Dette skjemaet inneholder utsagn om bruk av tvang, hva en tenker om det og hvordan en mener tvang bør brukes eller ikke brukes. Svar på spørsmålene ut fra hva du opplever at dere tenker og mener ved posten/teamet der du arbeider.

Dette vil trolig avhenge mye av den situasjonen dere arbeider i og av hvilke pasientgrupper dere mottar til behandling. Det er derfor neppe noe som er rett eller galt svar under alle forhold.

Spørreskjemaet brukes til å gi et bilde av posten/teamet slik den oppfattes av de ansatte som en gruppe. Dine individuelle svar vil bli behandlet konfidensielt, og bare gjennomsnittskåringene for hele posten/teamet vil bli brukt.

Les hvert utsagn og sett kryss for ett av disse svaralternativene:

1 Svært uenig	2 Uenig	3 Nøytral	4 Enig	5 Svært enig
---------------	---------	-----------	--------	--------------

	1	2	3	4	5
Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner					
Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang					
Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen					
Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern					
Tvang kan være omsorg og ivaretagelse					
Det burde brukes mer tvang i behandlingen					
Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon					
Tvang gir pasientene nye krenkelser					
For dårlige pasienter kan tvang være trygt					
Pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang					
Bruk av tvang er nødvendig ovenfor farlige og utagerende pasienter					
Regressive pasienter trenger tvang					
Det brukes for mye tvang i behandlingen					
Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang					
Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler					

Vennligst kontroller at du har besvart alle utsagn.

Erfaringskompetanse blir stadig mer vektlagt innen psykisk helsearbeid. Mange kommuner og helseforetak har opprettet egne stillinger for medarbeidere med brukererfaring for bedre å inkludere erfaringskompetanse. Det er imidlertid rimelig å anta at helsepersonell med egen- og/eller pårørendeerfaringer relatert til rus og psykiske vansker også kan bidra med relevant erfaringskompetanse dersom det er ønskelig og det er rammer for det.

Vi har imidlertid for lite kunnskap om ansatte i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sine erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer; hvor mange har egen- og pårørendeerfaringer, hvilke erfaringer har de og hvordan forholder de seg til erfaringene i jobben? Mer kunnskap om disse spørsmålene kan bidra til mer åpenhet og aksept av egen- og pårørendeerfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer innen helsetjenesten og kanskje føre til at ansatte kan bruke erfaringene mer bevisst i det kliniske arbeidet.

I denne rapporten vil du få innsikt i arbeidet med dette forskningsprosjektet som har vært et samarbeid mellom Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og avdeling forskning og utvikling, divisjon psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF.



erfaringskompetanse.no

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

ISBN 978-82-93171-51-5  
ISSN 1891-6163

