


Peer Support
PAT - PEER AND TEAM SUPPORT



Co-funded by
the European Union

— Intro

Tuto3-prosjektet - PAT: PARTNER- og TEAMSTØTTE i psykisk helsefeltet

Dette prosjektet er samfinansiert med støtte fra Europakommisjonen - Erasmus+-programmet (EC). Denne publikasjonen gjenspeiler kun forfatterens egne synspunkter. EU-kommisjonen kan derfor ikke holdes ansvarlig for eventuell bruk av informasjonen i publikasjonen.



Kollegastøtte eller likepersonsarbeid er en nyskapende praksis som er tatt i bruk internasjonalt. Likepersonsarbeid innebærer gjensidig støtte mellom personer med erfaring fra rus- og psykiske helseutfordringer. Det baserer seg på erfarings- og kunnskapsdeling tilegnet gjennom erfaringer fra å støtte recovery og empowerment. Verdens helseorganisasjon (WHO) anser likepersonsarbeid som en komplementær tilnærming til tradisjonell helsetjeneste, og som kan bidra til økt livskvalitet og recovery.

ERASMUS Tuto3-prosjektet, som fokuserer på PAT (Peer and Team Support) innen psykisk helse, representerer en banebrytende tilnærming til å forbedre støttesystemer for psykisk helse. Dette initiativet fremstår som et fyrtårn av håp og innovasjon innen psykisk helse, og har som mål å utnytte kraften i fellesskap, empati og delte erfaringer for å skape et mer støttende miljø for personer som står overfor psykiske helseutfordringer. Ved å legge vekt på støtte fra erfaringskonsulenter og team anerkjenner Tuto3-prosjektet den dyptgripende effekten som kontakt og forståelse kan ha for den enkeltes psykiske helse.



TUTO3 PROSJEKTET

er et omfattende støttesystem som tar for seg både de emosjonelle og kliniske aspektene ved psykisk helse. Tuto3-prosjektet er nyskapende fordi det tar utgangspunkt i at bedring og støtte innen psykisk helse er flerdimensjonalt og dypt personlig. Prosjektet har som mål å skape en mer inkluderende og effektiv psykisk helsetjeneste ved å bygge opp miljøer der den enkelte føler seg sett, hørt og støttet av både erfaringskonsulenter og fagpersoner. Etter hvert som Tuto3-prosjektet fortsetter å utvikle seg, vil fokuset på PAT (støtte fra erfaringskonsulenter og team) bidra til å endre samfunnets tilnærming til psykisk helse, slik at den blir mer tilgjengelig, medfølende og skreddersydd til behovene til dem det er ment å hjelpe.

Likepersonsarbeid, som er en hjørnestein i Tuto3-prosjektet, bygger på prinsippet om at personer som selv har hatt psykiske helseutfordringer, kan tilby unik innsikt, empati og praktiske råd til andre som står overfor lignende utfordringer. Denne tilnærmingen bidrar ikke bare til å avstigmatisere psykiske helseproblemer, men styrker også enkeltpersoner ved å validere erfaringene deres og fremme en følelse av tilhørighet. På samme måte forsterker teamstøtten i Tuto3-rammeverket denne effekten ved å skape strukturerte støttenettverk som kombinerer profesjonell veiledning med den umiddelbare støtten fra en erfaringskonsulent. Denne tosidige tilnærmingen sikrer et omfattende støttesystem som tar for seg både de emosjonelle og kliniske aspektene ved psykisk helse.

— HVORDAN

Erfaringskonsulenter støtter og hjelper de som har behov for tjenester: personer som har lignende erfaringer som dem selv. De er å finne på mange områder hvor livet har satt sine spor, noen uopprettelige som det er vanskelig å oppnå bedring fra. De deler kunnskap, strategier og verktøy de har utviklet gjennom sin bedringshistorie.

De er bærere av håpet om at det er mulig å oppnå bedring, og kunne ta kontroll over eget liv. Prosjektet har til hensikt å legge til rette for utvikling av erfaringskonsulenter gjennom å styrke profesjonalisering av undervisningspersonell, institusjoner, behandlingsteam og organisasjoner for erfaringskonsulenter innen psykisk helsefeltet i Europa og ellers i verden.





— STØTTE OG VARIGHET AV PROSJEKTET

PAT-prosjektet var et Erasmus+ ka220-prosjekt som ble delfinansiert av EU. Varigheten av prosjektet var 36 måneder og ble ferdigstilt i januar 2025.

PARTNERSKAP



Prosjektet ble støttet av organisasjoner i seks land, foreninger for likepersoner og universiteter, og ble koordinert av sykehuset Centre Neuro-Psychiatrique Saint-Martin.

De frivillige organisasjonene bidro til å fremskaffe kunnskap og innovative verktøy, som ble validert basert på erfaringene til likepersonene.

Centre Neuro Psychiatrique St-Martin, Namur



Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole



Universitatea Aurel Vlaicu Din Arad



Peer and Team Support, ASBL, Namur



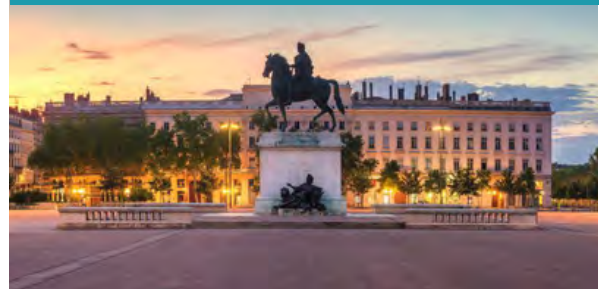


PARTNERSKAP

Haute Ecole de la Province de Namur



Espairs Pair Aidance Santé Mentale Rhône ,
Lyon



Grupo de Investigación en Salud Mental en
Primera Persona, Barcelona



Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal



Inland Norway University of Applied Sciences



Universität ULM





— MÅLSETTING FOR PROSJEKTET

ØOppmuntre til innovasjon og utveksling av praksis om ovennevnte temaer.

Forberede fagteamene bedre på å ta imot og integrere erfaringskonsulenter i sin praksis: følge teamet gjennom hele integreringsprosessen.

BStyrke ansettelsen av erfaringskonsulenter ved å styrke deres faglige profil og gi dem tilstrekkelig opplæring.

Integrere erfaringskonsulenter på en mer strukturell måte i behandlingsforløpet.



PROSJEKTRESULTATER

Øke kompetansenivået hos de ulike samarbeidspartnerne, fagpersoner innen psykisk helse og andre interessenter som drar nytte av produksjonen, når det gjelder merverdien av erfaringskonsulenter som personer med kompetanse til å støtte brukere i deres bedringsprosess.

Opprette og konsolidere et europeisk nettverk av ulike og komplementære organisasjoner rundt innovative resultater innen psykisk helsefeltet, og knytte kontakter med verdensledende organisasjoner innen recovery og opplæring av erfaringskonsulenter.
Øke kompetansenivået til erfaringskonsulenter.

Støtte integreringen av erfaringskonsulenter i arbeidslivet ved å støtte opprettelsen av arbeidsplasser med fokus på kvalitet i tjenestene



Utarbeidelse av verktøy som skal være tilgjengelige på europeisk nivå for alle aktører innen psykisk helse.

Bidra til å avstigmatisere psykisk helsesektor generelt og brukere spesielt ved å skape bånd mellom institusjoner, utdanningssektoren og brukerorganisasjoner.



TUTO3 PAT

RESULTS

RESULTAT NR 1

Utviklet kompetanserammeverk for erfaringskonsulenter (se tekst nedenfor).

RESULTAT NR 2

Utvikle en standardisert opplæringsprofil for erfaringskonsulenter.

RESULTAT NR 3

Validere en standardisert opplæringsprofil for erfaringskonsulenter.

RESULTAT NR 4

Utvikle et metodisk rammeverk for å støtte integreringen av erfaringskonsulenter i psykisk helseteam.

RESULTAT NR 5

Utvikle en MOOC (Massive Open Online Course).



Prosjektet er medfinansiert med støtte fra Europakommisjonen – Erasmus+ Program (EC).

Denne publikasjonen reflekterer kun forfatterens syn. Derfor kan ikke Europakommisjonen bli holdt ansvarlig for noen anvendelse av den informasjonen prosjektet inneholder.



Co-funded by
the European Union

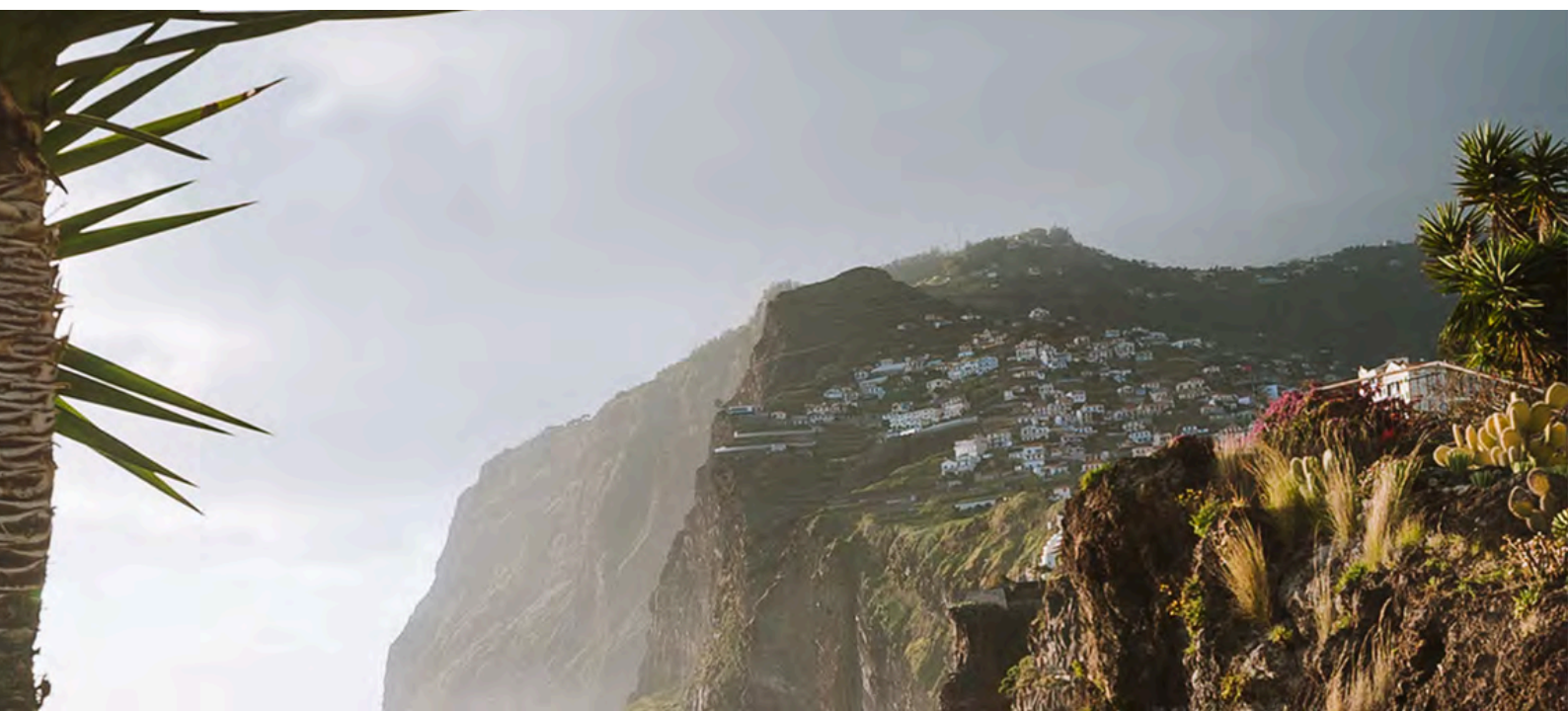
PEER AND TEAM SUPPORT: PROSJEKTRESULTATER

Utviklingen av et rammeverk for erfaringskonsulenters ferdigheter er et viktig skritt i retning av å anerkjenne og fremme erfaringskonsulenters viktige rolle i psykiske helsetjenester. Dette rammeverket må identifisere de grunnleggende ferdighetene, kunnskapene og holdningene som kreves for å kunne støtte mennesker som søker psykisk velvære på en effektiv måte. Dette omfatter evnen til å bygge tillit, en empatisk forståelse av andres erfaringer og en solid forståelse av profesjonelle grenser og rolleetik.

Samtidig vil en standardisert opplæringsprofil for erfaringskonsulenter sikre kvalitet og ensartethet i forberedelsene. Denne profilen kan inneholde viktige opplæringsmoduler, for eksempel teknikker for aktiv lytting, krisehåndtering, taushetsplikt og navigering i psykisk helsetjeneste. Opplæringsmateriellet bør utformes slik at det er tilgjengelig og engasjerende, og det bør læringen

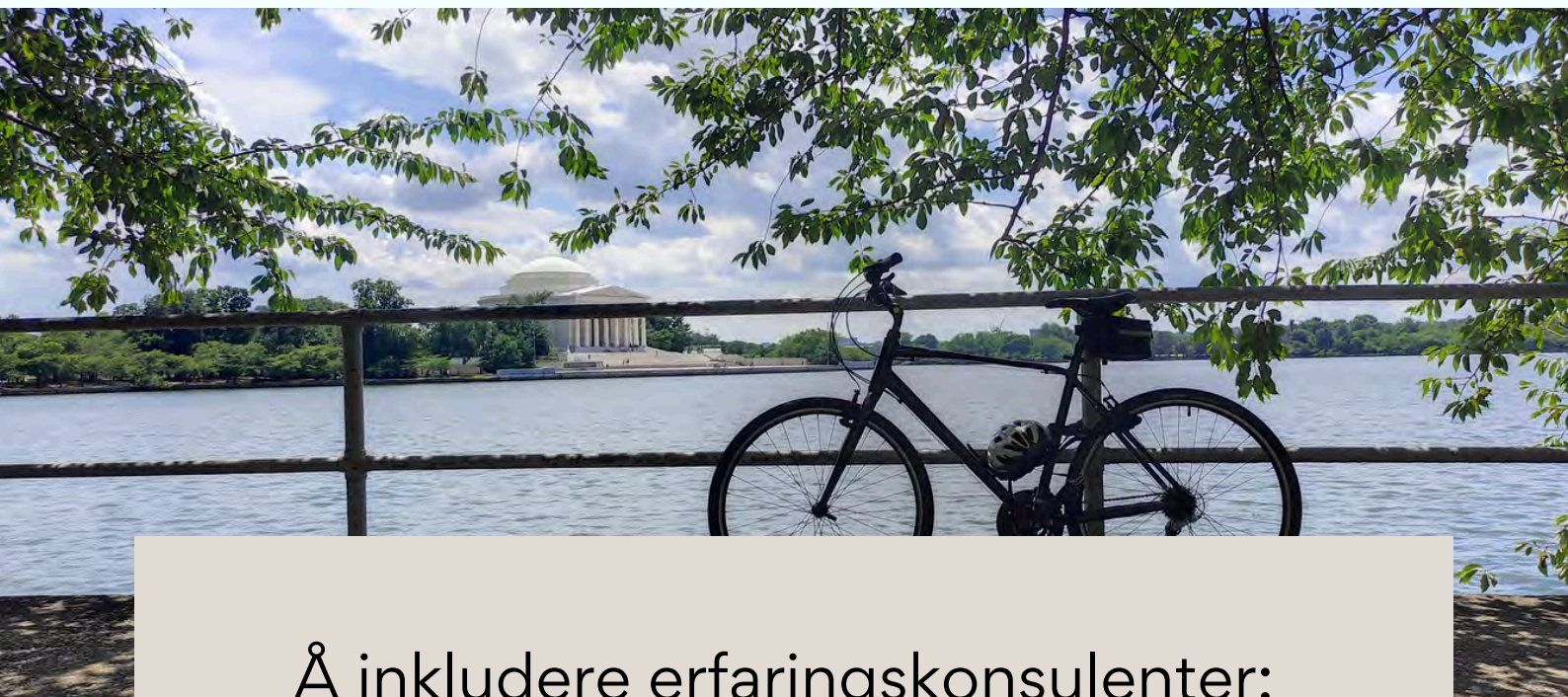
brukes ulike formater som videoer, casestudier og simuleringer for å lette

For å støtte integreringen av erfaringskonsulenter i psykiske helseteam må det etableres et metodisk rammeverk. Dette rammeverket bør inneholde retningslinjer for veiledning, løpende støtte og evaluering av erfaringskonsulenters bidrag, samtidig som man anerkjenner den unike verdien av deres levde erfaring. Til slutt vil utviklingen av et MOOC-kurs (Massive Open Online Course) som er spesielt rettet mot opplæring av både erfaringskonsulenter og fagpersoner innen psykisk helse, kunne bidra sterkt til å spre beste praksis og øke bevisstheten om betydningen av likemannsarbeid. Dette MOOC-kurset kan fungere som en ressurs som er tilgjengelig for alle, og dermed bidra til bedre forståelse og integrering av erfaringskonsulenter i psykiske helsetjenester internasjonalt.





RESULTAT NUMMER III



Å inkludere erfaringskonsulenter: Opplæringsmateriell for helsepersonell



Målet med prosjektets tredje resultat var å støtte integreringen av erfaringskonsulenter i psykiske helseteam ved å utvikle opplæringsmateriell for fremtidig helsepersonell innen psykisk helse. Bruk av erfaringskonsulenter og effektiv integrering av disse i teamene kunne ha blitt tilrettelagt hvis personell innen psykisk helse hadde forstått likepersonsarbeidet bedre og visst hvordan de skal utnytte det.

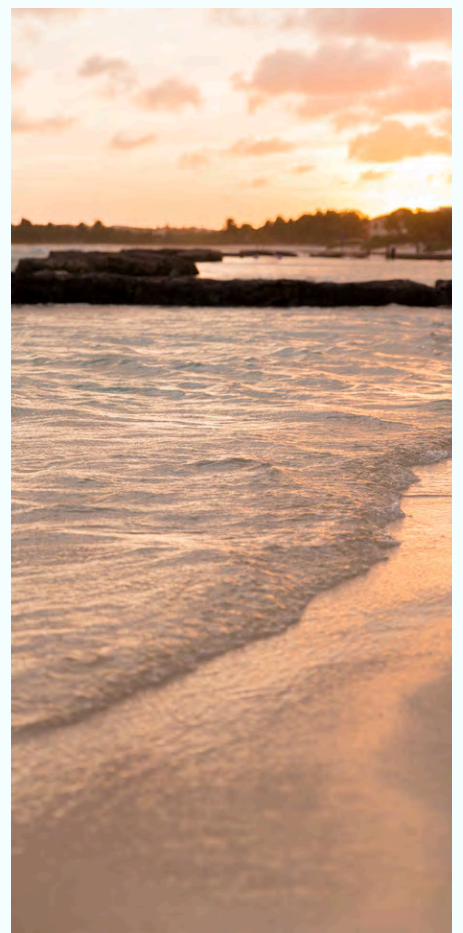
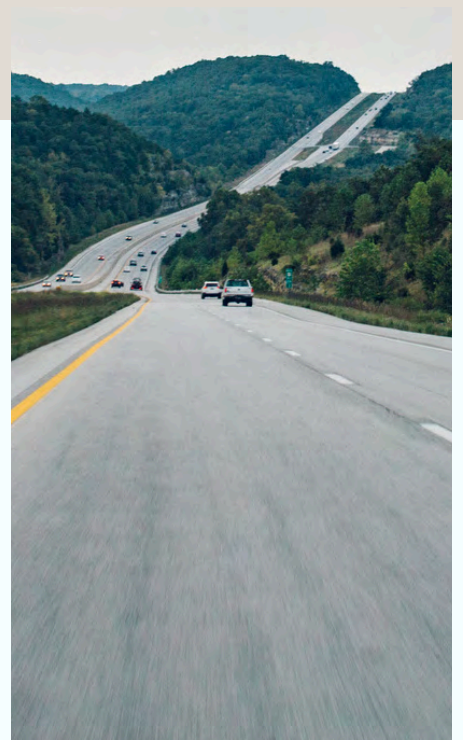


OPPGAVE 1 – Utvikling av opplæringsmateriell for studenter innen psykisk helse

Oppgaven førte til at det ble produsert opplæringsmateriell om begrepene likepersonsarbeid, recovery og empowerment. Det var rettet mot sykepleiestudenter på det siste året i psykisk helsearbeid. Opplæringen har blitt integrert i læreplanen for sykepleierstudenter i psykisk helsearbeid og andre relevante avdelinger av universitetspartnere. Materialene ble laget for og sammen med erfaringskonsulenter. Opplæringen er utformet på en slik måte at erfaringskonsulentene enkelt kan ta eierskap til den og tilpasse den til sin egen erfaring. Det elektroniske formatet gjør opplæringen enkel å overføre. Det teoretiske innholdet forklarer hva en erfaringskonsulent er og hvordan de kan støtte pasientenes recovery-prosess. Når studenter ble undervist i begrepet likepersonsarbeid og hvordan det kan supplere behandlingen, ble det lettere for dem å forstå verdien av dette samarbeidet og integrere arbeidet i behandlingen. Rollene har blitt godt definert for å oppmuntre til endring i det praktiske arbeidet. De fikk også veiledning i den innovative delen av opplæringen i erfaringsdeling. De fikk støtte til å dele egne erfaringer. Det ble foreslått eksempler og strukturer. Hvordan erfaring skal deles, hvordan de ulike stadiene skal nevnes og hvordan evolusjonen og læringspunktene skal forklares, er eksempler på verktøy de har fått.

Ansettelsesprosessen

Arbeidet som skulle gjøres, resulterte i en veiledning som skisserer de forskjellige trinnene i ansettelsesprosessen, spørsmålene som skal stilles på hvert trinn, og potensielle svar basert på erfaringskonsulentens erfaring. Arbeidet som ble utført, gjorde det mulig å identifisere hva som har påvirket gjennomføringen av likepersonsarbeidet innen psykisk helsehjelp. Det ble også gitt en veiledning til prosessen med å ansette profesjonelle erfaringskonsulenter.



Utvikling av opplæringsmaterieil for studenter innen psykisk helse

Introduksjon og kontekstualisering av problemet

Mange forfattere, deriblant Benny et. Al. (2021) hevder at en av de største utfordringene for en person diagnostisert med en psykisk lidelse er «risikoen for å bli tildelt en merkelapp», knyttet til fordommene, diskrimineringen og stigmaet forbundet med lidelsen (Benny, Huot et al., 2021, s. 143). De samme forfatterne bruker tall fra Mental Health Commission of Canada (2013) som sier at 60 % av pasientene som lider av psykiske lidelser, unngår å søke hjelp av frykt for denne stigmatiseringen!



Til dags dato er det utført mange studier for å avklare problemet. Resultatene taler for seg selv, og er uavhengig av den geografiske avgrensningen og metodikken som brukes: «Det finnes ingen samfunn eller kulturer der mennesker med psykiske lidelser behandles likt med andre. Vi kan innrømme at stigmatisering er en lidelsesdimensjon som kommer i tillegg til sykdommen. (Giordana, 2010, s. 8). Forfatteren siterer også Finzen (2000) som snakker om stigmatisering av psykisk syke mennesker som «en sykdom nummer to». Hva er stigma? Det er mange forfattere som har sett på spørsmålet, men vi kan bruke følgende definisjon: «Stigma er en kompleks term som refererer til et flerdimensjonalt begrep.

Det er en generell holdning, en fordom, utløst av uvitenhet om en situasjon eller en tilstand og denne uvitenheten vil generere diskriminerende atferd. Det er derfor ethvert ord eller enhver handling som tar sikte på å forvandle diagnosen for en sykdom, for eksempel til en negativ merkelapp for personen med denne tilstanden. {...} Stigma bygger derfor på negative fordommer som innbefatter samfunnsmedlemmenes holdninger og atferd overfor den som er syk. Forutinntatte ideer om psykisk syke ser ut til å være ekstremt nedsettende og svært belastende» (Giordana, 2010, s. 8–9).

Forfatteren støtter sin oppfatning på resultater fra en rekke studier, og hevder at stigmatiseringen som er spesifikk for psykiske lidelser, er basert på tre kategorier av representasjoner:

Ideen om at psykisk syke er voldelige, farlige og uberegnelige; Disse representasjonene fører til frykt som i seg selv vil være en kilde til avvisning og ekskludering.

Representasjoner som går på unormalitet og uansvarlighet fra den psykisk syke persons side, som en som blir sett på som ute av stand til å leve i samfunnet og respektere regler, koder og normer i samfunnslivet – noe som fører til en styrende og autoritær holdning til disse personene.

Og til slutt et bilde av en «infantil oppfatning av verden», intellektuell fattigdom og mangel på modenhet som fører til en infantilisering av disse personene.

I tillegg til disse tre typene representasjoner eksisterer det en ide rundt schizofreni om at det finnes en viss risiko for kontaminering, og sykdommen blir derfor en trussel for den mentale helsen til dem som omgås dem; (Giordana, 2010).



Hvis de negative presentasjonene og stigmatiseringen av mennesker med psykiske lidelser er svært reelle i befolkningen generelt, hva da med helsepersonell?

På bakgrunn av vår egen erfaring som sykepleiere i mer enn femten år, kan vi bare bekrefte og validere, via hundrevis av virkelige eksempler, at «omsorgsverdenen», den delen som driver med ikke-spesialisert psykiatrisk behandling, er en like stor kilde til negative representasjoner og en stigmavektor. For å begrense den potensielle subjektiviteten til denne observasjonen, søkte vi etter faglige og vitenskapelige ressurser. Temaet er imidlertid mer marginalt behandlet i litteraturen enn stigma i befolkningen generelt.

However, there are some recent writings highlighting this problem. At this level, a distinction must be made between caregivers working in the field of mental health care and caregivers working in the field of somatic medicine (whether general or more specialized care).

Det er imidlertid noen nyere arbeider som setter fokus på dette problemet. På dette nivået må det skilles mellom helsepersonell som jobber innen psykisk helse, og de som jobber innen somatisk medisin (enten generell eller mer spesialisert omsorg).



I sin avhandling presenterer Yalaoui (2019) resultatene av en undersøkelse han gjennomførte blant 248 franske allmennleger. Her påpeker han at mer enn halvparten av legene vurderer behandlingen av disse pasientene som tidkrevende, og mer enn 50 % sier at de mangler opplæring i dette faget. 6 av 10 leger sier at de føler seg «mindre komfortable med en psykiatrisk pasient» og 20 % anser schizofrene pasienter for å være voldelige eller farlige. Det bør bemerkes at i denne studien vurderer nesten 84 % av de undersøkte legene disse pasientene som «krevende». (Yalaoui, 2019, s. 26).

Hvis legen hadde erfaring fra psykiatrisk behandling, reduserte det imidlertid betydningen av de negative presentasjonene.

Utvikling av opplæringsmaterieill for studenter innen psykisk helse

Sekundære refleksjoner når det gjelder litteraturgjennomgangen

Vi ønsket å validere disse første funnene, med støtte fra en bred litteraturgjennomgang, med målgruppen vår, dvs. fremtidig helsepersonell. Var de også bærere av disse forutinntatte ideene og fordommene? Mental Health Commission of Canada (2013) sier at 60 % av pasienter med psykiske lidelser unngår å søke hjelp av frykt for dette stigmaet!



Gjennom ulike fokusgrupper ble de stilt spørsmål om representasjonene deres når det gjelder psykisk helse (og derfor også psykisk sykdom).

Utvikling av opplæringsmaterieil for studenter innen psykisk helse

Diskusjonsgruppe om psykisk sykdom

Studentene i de ulike organiserte gruppene hadde mulighet, via en Wooclap© (garanterer anonymitet), til å angi ordet/ordene de spontant assosiererte med psykiatri. Jo oftere ordet kom opp i kodingen, jo større ble det vist i den endelige ordskyen.

Her er et representativt eksempel på ordskyen som ble generert av disse studentene:



Fra disse første elementene ble diskusjonen deretter sentrert rundt representasjonene deres. Hvor kommer de fra?

Etter at de fikk tenkt seg litt om, innrømmet de fleste studentene at de ikke klarer å knytte frykten direkte til en objektiv opplevelse. Få av dem har noen gang hatt noen reell kontakt med akuttpsykiatriens verden. De nevner ofte filmer og serier de har sett på TV, og noen nevner nyhetsartikler som har fått tungt dekning i mediene. Psykisk sykdom puttes dessuten ofte i samme sekk som sosiopatiske lidelser.

Diskusjonen blir så beriket ved hjelp av spørsmål, som studentene skal jobbe med i mindre grupper:

Kan vi ta oss av en person vi er redde for, på en kvalitativ måte?

Hva kan en person med psykiske lidelser føle?

Hva er de virkelige risikoene som studentene forestiller seg i forbindelse med behandlingen av en person med psykiske lidelser?

...

Utvikling av opplæringsmaterieil for studenter innen psykisk helse

Resultater fra de første fokusgruppene

Resultatene som dukket opp. bekreftet det første postulatet vårt – at stigma var sterkt til stede. Parallelt med elementene som tas opp i dokumentet og som setter fokus på de viktigste barrierene teamene har vist mot ideen om å integrere en erfaringskonsulent, dukker den første, store barrieren opp – nemlig stigmatisering og negative oppfatninger blant helsepersonell om psykiske lidelser.

Innenfor rammen av dette prosjektet, og ut fra et sosiokonstruktivistisk perspektiv, **har vi derfor valgt å rette bevisstheten som skal skapes, først og fremst mot å dekonstruere forutinntatte ideer og stigmatiseringsprosessen med tanke på psykiske lidelser.**



Første anvendelser i feltet – med fagpersoner og fremtidige fagpersoner

Dette stadiet var delt i to (R4-samarbeid)

*Det første trinnet (N = 10, desember 2022) var å organisere en informasjons-/bevisstgjøringsøkt for **fagpersoner** som en del av videreutdanningen deres. En erfaringskonsulent, sammen med kursholderen, hadde som mål å jobbe med representasjonene og de forutinntatte ideene til talerne som var til stede. I tillegg til å avstigmatisere problemet, ble recovery-prosessen og likepersonsarbeid diskutert inngående. I sammenheng med denne spesifikke opplæringen var begrepet avhengighet kjernen i spørsmålene knyttet til representasjoner og likepersonsarbeid.*

For å kvantifisere og evaluere effekten og egnetheten av resultatene med bevisstgjøringsmålene, fikk deltakerne utlevert et anonymt spørreskjema. En del ble fylt ut før intervensjonen, den andre etter.

Spørreskjema før intervensjonen:

Deltakerne blir bedt om å gi en poengsum fra 0 til 10 basert på vanskene og motviljen de ville hatt hvis de måtte integrere en erfaringskonsulent i det daglige arbeidsteamet. (0 er ingen problemer/frykt og 10 at det er umulig å forestille seg det). Deltakerne blir bedt om å begrunne poengsummen kort. Vurdering: 41/70 -> 58 %.

Spørreskjema etter intervensjonen

-> Etter en utveksling og en 3-timers diskusjon med en erfaringskonsulent, blir spørsmålet stilt på nytt (evaluering av frykt/motvilje + begrunnelser). De blir også bedt om å si sin mening om de viktige læringspunktene de tar med seg videre. Vurdering: 17/70 -> 24 %

Andre resultater av spørreskjemaet etter intervensjonen:

Evolusjon i typen spørsmål som stilles av deltakerne. Etter hvert som intervensjonen skrider frem, blir spørsmålene stadig mer presise og deltakerne stiller spesifikke spørsmål om erfaringskonsulentens erfaring, følelser eller reise. -> Merverdi av å tilby tilstrekkelig tid (mer effektiv til å planlegge bevisstgjøringen med en halv dag/dag enn med en kort modul på 1 eller 2 timer) + merverdi av å planlegge en intervensjon med mye utveksling og interaksjoner. Stor oppfattet interesse fra deltakerne for intervensjonen > merverdi av en direkte og total utveksling med en erfaringskonsulent i stedet for av/med en annen type kursholder. På grunnlag av en 3-timers bevisstgjøringsinnsats utført av en erfaringskonsulent, var det en positiv utvikling i poengene som fagpersonene ga. Virkningen og representasjonen avhenger av personen (n=3/10). Insistering på viktigheten av å inkludere denne typen bevisstgjøring i den innledende opplæringen av fagpersoner fra starten av kurset (n= 4/10). Alle understreket viktigheten av å jobbe med representasjoner (innledende og/eller ervervede) i forbindelse med psykisk helse og avhengighet! (N = 10/10).

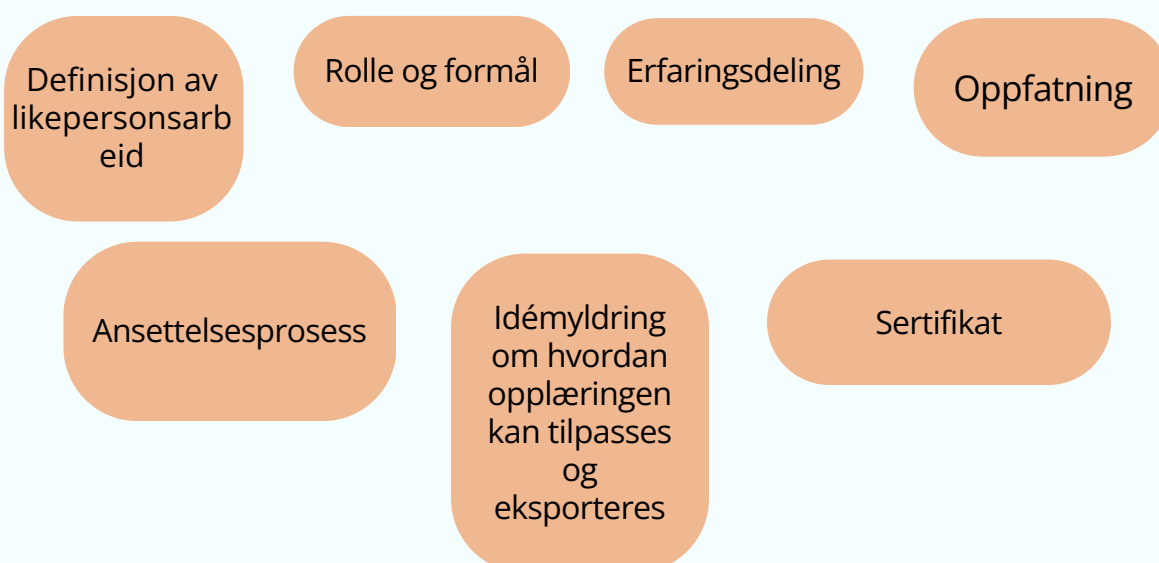


Første anvendelser i feltet – med fagpersoner og fremtidige fagpersoner

Andre trinn: Informasjons-/bevisstgjøringsøkt for fremtidige fagpersoner (april 2022).

Denne økten ble bygget på tilbakemeldingene fra de første bevisstgjøringsøktene. Deltakere var 23 andreårsstudenter som studerer allmennsykepleie. I Belgia strekker denne utdanningen seg over 4 år. Valget om å gjennomføre denne bevisstgjøringen før første praksisperiode i psykiatri ble gjort på grunnlag av tilbakemeldinger fra tidligere opplæring. Faktisk har flere fagpersoner som har hatt nytte av opplæringen, fortalt oss hvor viktig det er for dem å inkludere denne bevisstgjøringen så tidlig som mulig i den innledende opplæringen, før representasjoner får festet seg i tankene til fremtidig helsepersonell. Valget om å gjennomføre denne bevisstgjøringen før første praksisperiode i psykiatri ble gjort på grunnlag av tilbakemeldinger fra tidligere opplæring. Faktisk har flere fagpersoner som har hatt nytte av opplæringen, fortalt oss hvor viktig det er for dem å inkludere denne bevisstheten så tidlig som mulig i den innledende opplæringen, før visse representasjoner får festet seg i tankene til fremtidige omsorgspersoner.

Bevisstgjøringskampanjen for fremtidige fagpersoner dekker ulike elementer:



Etter denne økten ble det gjennomført en evaluering med studentene en uke senere for å gi tid til integrering.

Det dukket opp flere elementer. Sistnevnte er i tråd med at fagpersonene evaluerer hverandre:

Betydningen av denne typen bevisstgjøring i den første opplæringen. Enkelte studenter ville gjerne hatt den enda tidligere.

Det er viktig at denne bevisstgjøringen blir gitt av en erfaringskonsulent. Noen studenter stiller imidlertid spørsmål ved relevansen av å oppgi patologien som erfaringskonsulenten lider av (n = 3/23).

Tydlig endring i studentenes syn på psykisk sykdom, mulig recovery, kunnskap og tilleggsverdien som likepersonsarbeid gir. For de fleste studenter får denne oppfatningen av recovery ved psykiske helseproblemer en konkret og positiv form for første gang.

Studentene var samstemte om at denne bevisstgjøringen bør skje ansikt til ansikt for å gi rom for utvekslinger og ikke vare mindre enn 3 timer slik at det kan oppstå et tillitsforhold og ekte gruppedynamikk. Flere har lagt frem ideen om å forsterke denne bevisstgjøringen ved å trekke inn to eller til og med tre erfaringskonsulenter. Det var i den forbindelse at ideen om å lage videopakker kom opp.

Utforming og testing av den endelige bevisstgjøringsøkten

På grunnlag av de ulike observasjonene og evalueringene som ble utført, kunne den endelige versjonen av bevisstgjøringen foreslås. I februar 2022 kunne to grupper med studenter (N20 + N25) dra nytte av det.

Form for sensibilisering

Dette skjedde i **to hovedstadier**.

Det første gjør at representasjonene kan flate ut

Bruk av en Wooclap (jf. vedlegg 1, sistnevnte validerer de første postulatene på nytt og behovet for å jobbe først med dette «første trinnet» i avstigmatiseringen).

Meningsutveksling i undergrupper og deretter i grupper rundt representasjonene som er fremsatt.

Utvikling av konsekvensene som stigmaet har for psykisk sykdom for personer som lider av det (jf. vedlegg 2).

Presentasjon av to korte videoklipp (4 minutter hver) produsert i samarbeid med to erfaringskonsulenter som jobber for CCOMS og en del av TUTO+3-prosjektet. Hver av disse pakkene består av en kort video der en erfaringskonsulent henvender seg til studenter ved å dele noe som er viktig for dem. På dette stadiet har likepersonsarbeid bevisst ennå ikke blitt definert. Studentene blir bare kjent med erfaringskonsulentenes funksjon fra talerne under utvekslingene etter visningen av pakkene. Hver erfaringskonsulent ble bedt om å avslutte videoen med et selvvalgt spørsmål, rettet til studentene.



Denne første fasen avsluttes med definisjonen av likepersonsarbeid og introduksjon til den andre delen av bevisstgjøringen. Studentene blir bedt om å notere seg spørsmål for å kunne dele dem senere.

→
I neste del, som er adskilt fra den første økten, tas likepersonsarbeid opp i konkrete termer:

Intervensjon fra to erfaringskonsulenter (her en del av TUTO+3-prosjektet). Basert på tidligere tester og evalueringer, leder de økten selvstendig. Læreren fungerer bare som en tilrettelegger, og dermed legges det opp til fri og autentisk utveksling mellom erfaringskonsulenter og studenter.

Intervensjonen består av flere deler: presentasjon av likepersonsarbeid, presentasjon av tilknyttet arbeid, rikelig med utveksling og refleksjon rundt begrepet recovery.

Gjennom denne andre økten legges det vekt på at alle skal delta. Det oppfordres til utveksling gjennom hele intervensjonen, noe det er satt av rikelig tid til.



Kvalitativ vurdering av bevissthet

Som en oppfølging til denne siste bevisstgøringskampanjen, får sykepleierstudentene et evalueringsskjema som skal måle kvaliteten. Resultatene er ekstremt positive.

Ø Gjennomsnittlig tilfredshet ligger på 9,5/10.

Nesten alle respondentene mener at denne bevisstgjøringen er nyttig og nødvendig, (95 %) og 100 % av dem mener at bevisstgjøringen fortsatt bør tilbys.

Til det åpne spørsmålet: Fant du den relevante bevisstgjøringen som skal inkluderes i rammen av den innledende sykepleierutdanningen? 15 studenter svarte:

01	Jeg synes det er flott at vi blir gjort bevisste på opplevelsene og følelsene, både til erfaringskonsulentene og til «pasientene».
02	Det gjør at du forstår hva dette betyr og at du får en riktig idé om ting. Det viser også hvor relevant arbeidet deres er.
03	Denne intervensjonen i sammenheng med sykepleierutdanningen gjør at teoriundervisningen blir «håndfast» og «konkret».
04	Det gjør det mulig å vite hva som holder på å etableres, og at denne typen hjelp finnes.
05	Det var en veldig interessant workshop som gjorde det lettere for meg å forstå tilnærmingen til noen av pasientene jeg møtte i praksisperioden.
06	Jeg kjente ikke til likepersonsarbeid i det hele tatt, og disse to personene forklarte nytten av dette konseptet veldig godt og besvarte spørsmålene mine helt perfekt.
07	Betydningen av erfaringskonsulenter + hvem de er.
08	Dette er viktig fordi du som sykepleier vil kunne sende pasienter videre til erfaringskonsulenter.
09	Personer som er rammet av en sykdom eller som er pårørende til en som er syk, kommer til å avsløre en intim del av livet sitt i full tillit. De er fysiske personer, som kunne vært en av våre nærmeste, eller oss selv. De snakker med oss i full tillit. De har åpnet seg for oss om problemene og lidelsen, og er nå praktisk talt på beina igjen og tilbyr egen kunnskap og råd, samt at de kan lytte til andre mennesker som har vansker de kommer til oss med.
10	Slik unngår vi stigmaet, sammensmeltingen og frykten som omgir psykisk helse. Det gjør det mer tilgjengelig.
11	En pasient som ligger nede, er følelsesmessig og fysisk sårbar. Når han har kommet seg på beina igjen, vet han nøyaktig hva han gikk gjennom, hva han følte, og hvordan han hadde det underveis. Han vet hva som hjalp ham, og hva som kan ha stått i veien for at han skulle bli bra igjen. Dermed gjør deling av disse erfaringene med fagpersoner eller fremtidige fagpersoner dem oppmerksomme på virkningen av handlingene, gestene og ordene deres. De gir pasienter og helsepersonell hjelp med tanke på åpenhet og projeksjon, det er kort sagt et berikende samarbeid for å bedre omsorgen for pasienter som er på sitt mest sårbare.
12	Det er svært viktig å øke bevisstheten om rollen som likepersonsarbeid med pasienter har i arbeidet med å avstigmatisere.
13	Det var interessant å møte erfaringskonsulenter med tanke på vår faglige erfaring, samt for å støtte det som ble sagt i plenum.
14	Jeg tror at bevisstgjøringen vi har oppnådd om psykisk helse har hatt en ekstremt positiv innvirkning. Det er et stort skritt videre i arbeidet med å håndtere stigma og fremme psykisk velvære.
15	Det gjorde at jeg forstod hva det gikk ut på, og nå vet jeg hvordan jeg skal gå videre hvis jeg har spørsmål eller hvis jeg vil hjelpe en mottaker eller familien hans

93 % av respondentene følte at deres representasjoner av psykisk helse hadde endret seg i positiv retning. (For de resterende 7 % var det status quo).

§ Det eneste elementet som meningene er litt mer blandet om, er relevansen til videopakken som tilbys under den første økten. Ulempen for disse er knyttet til sammenligningen med den andre økten, ettersom studentene i stor grad foretrekker direkte samhandling ansikt til ansikt.

På det endelige spørsmålet «Kan du nevne et element som du tar med deg videre, eller som du har lagt bak deg, fra denne bevisstgjøringen?» 13 elever svarte:

01	At hver person er unik, og at det er dette som gjør verden vakrere.
02	En person som har sykdommen selv, kan ha en bedre forståelse av ting, og dette kan hjelpe oss i arbeidet vårt.
03	Jeg husker at selv om man har en rusmiddellidelse, er det mulig å komme seg ut av det og bli fullstendig respektabel.
04	Det utrolige motet til erfaringskonsulentene som står frem og vitner om sin psykiske patologi.
05	...
06	Finn alltid ut mer om de ulike støttemulighetene som er tilgjengelige for oss hvis du trenger det.
07	Dekompensasjonsfasen er ikke permanent - > de fleste er (med riktig behandling) stabile.
08	At vi må prøve å forstå pasientenes opplevelse og behov bedre, at for å kunne hjelpe må vi ikke spesifikt bli fortalt hva vi skal gjøre, men vi må forstå dem slik at vi kan finne eller hjelpe pasienten til selv å finne nøklene han eller hun trenger.
09	Motet, åpenheten om de intime lidelsene, og besluttsomheten deres når det gjelder å hjelpe mennesker som befinner seg i den samme lidelsen som dem selv. Jeg sier bravo og takker dem.
10	Humaniteten i økten som helhet.
11	De kan komme seg gjennom det og inspirere andre. Når de kommer til omsorgsenheten, er de ute av balanse, men de fleste lever i befolkningen uten noen karakteristiske tegn.
12	Det faktum at vi ikke kan forstå lidelsen de har gått gjennom fordi vi ikke har opplevd det selv. Vi vet bare hvordan vi skal vise psykisk støtte for å følge dem mot «helbredelse». Det gjør også at vi tolererer fiasko «ett skritt tilbake tilsvarer 3 skritt fremover senere». Å la en tilbaketrekning gå fra seg er det første skrittet på veien mot å forstå situasjonen.
13	Deling.
14	Jeg synes vi skal eksponere studentene for erfaringskonsulenter, fordi det gir dem en bedre forståelse av psykiske problemer. Ved å dele egne erfaringer, hjelper disse omsorgspersoner studentene til å innse at de ikke er alene og at recovery er mulig.
15	Psykisk sykdom er ikke slutten på et «normalt» liv.

Utarbeidelse av en fleksibel veiledning for å reproducere bevisstgjøringen

På grunnlag av de ulike elementene som nettopp er presentert og på bakgrunn av de viktigste funnene som er gjort i konklusjonen, er det utarbeidet en veiledning. Denne veiledningen er utformet som et praktisk verktøy som enhver interessent kan bruke til å gjenskape det foreslåtte systemet, samtidig som den kan tilpasses til egen virkelighet (geografisk, faglig osv.). Den dekker de viktigste stadiene av bevisstgjøring, samt inneholder viktige råd og oppmerksomhetspunkter, som følge av evalueringene av systemet som har blitt testet.

Konklusjoner

Arbeidet og evalueringene som har blitt utført, har fått frem noen viktige elementer.

Betydningen av å jobbe med representasjonene på forhånd.

Nytten av å presentere de forskjellige elementene med en viss «tiltakende gradering» (psykisk helse, psykisk sykdom, representasjoner, stigmatisering, konsekvenser av stigmatisering, recovery, likepersonsarbeid).

Behovet for å sette av minst 2 timer til den første delen og minst 3 timer til den andre (dette siste punktet gjør det mulig å «bryte isen», utvekslingene blir stadig mer konkrete og autentiske med tiden).

Betydningen av at erfaringskonsulenter er til stede gjennom bevisstgjøringsprosessen (først ved hjelp av videoklipp, og så ansikt til ansikt i andre fase).

Denne modellen for bevisstgjøring kan overføres til fagfolk med liten eller ingen erfaring fra psykisk helse og likepersonsarbeid.

Bibliografi

·Benny, M., Huot, A., Jacques, S., Landry-Cuerrier, J., Marinier, Luce., (2021). Santé mentale et psychopathologie – une approche biopsychosociale. (3ème ed.). Modulo

·Giordana, J-Y.(dir.). (2010). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Elsevier Masson.

·Yalaoui., M. (2019). Représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise et collaboration avec les psychiatres. Médecine humaine et pathologie. dumas-02496626 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02496626> Submitted on 3Mar 2020

VEDLEGG

TUTO3 PAT RESULT 3



Validere en standardisert opplæringsprofil for erfaringskonsulenter

1

Quels mots vous viennent à l'esprit quand on vous parle de santé mentale?

Replis sur soi, Pas compréhensible, Instabilités, Maladie /santé, Psychologue, detresse, Mal être, Instable, Concept très large, Problème de pensée, Décompensation, Communication, Instabilité, Psychiatrie, Consultation psy, Difficulté de compréhension, Malade, Fou, Doute, Folie, Incompréhension, Trouble, Psychologie, Souffrance mentale, Cerveau, Peur, Dysfonctionnement, mal-être, Écoute, relations, changement, Perturbé, Relationnel, Isolement, Fatigue, Choc, Inimaginable, Alzeihmer, Fous, Prise en charge, Bipolaire, Stable /instable, Compensation, Pathologique, Santé impalpable, Psychique, Troubles, Emotions, Perturbé, Depression/joie, Inimaginable, Pathologique, Santé impalpable.



Quels mots vous viennent à l'esprit quand on vous parle de santé mentale?

Bien être, médication, Courage, Difficile, Malade, incompréhension, problèmes, Psychiatrie, Problème psychique, Prison mental, Isolement, fou, Dépression, Petage de plomb, Psychologie, Conséquence sur le physique, Solitude, Sérénité, Aide, Taré, Âge, Tueur, Asile, Trouble du comportement, Mal être, neurologique, Burn out, Déséquilibre, Renfermement, psychiatre, Cerveau, Équilibre des émotions.

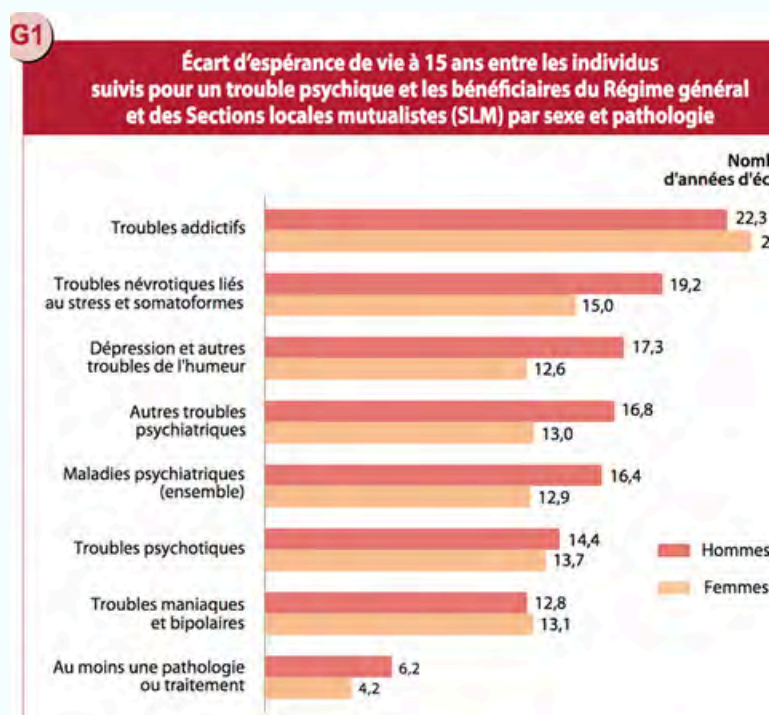
2

Epidemiologiske data om helsen til personer med psykiske lidelser

Il dagens helsevesen og i samfunnet generelt, fremhever Giordana (2010) i sin bok, støttet av mange eksperter, virkeligheten og den virkelige utfordringen med stigmatisering og diskriminering av mennesker med psykisk lidelse. «Stigma er ikke bare en skadelig konsekvens av psykisk sykdom, men det er også en helserisikofaktor og en direkte årsak til uførhet» (s.3).

Denne observasjonen blir i stor grad bekreftet av alarmerende tall fra flere studier. Nylig. En stor studie basert på data fra SNDS[1] (Coldefy, Gandré, 2018) viser således en gjennomsnittlig reduksjon i forventet levealder på 16 år for menn som lider av en psykisk lidelse, og 13 år for kvinner sammenlignet med den generelle befolkningen.

[1] SNDS: National Health Data System.

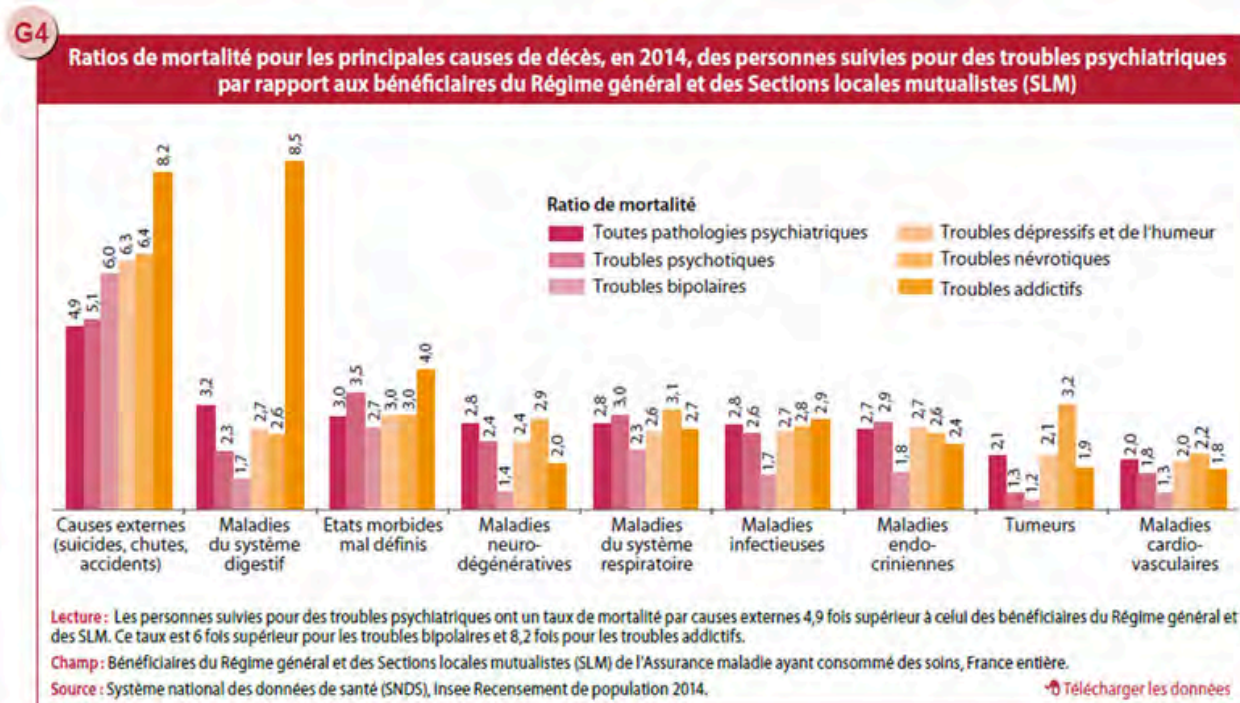


Personer med en psykisk lidelse har en dødelighet som er to til fem ganger høyere, og en for tidlig dødelighet som er fire ganger høyere enn den generelle befolkningen.

Coldefy og Gandré (2018) understreker også at denne overdødeligheten ikke bare skyldes sykdommen. Dødeligheten hos psykisk syke er mye høyere og tidligere enn hos andre som lider av en kronisk ikke-psykiatrisk patologi.

Forfatterne påpeker også at personer som lider av psykiske lidelser, også har dobbelt så stor sannsynlighet for å ikke ha fastlege (15 % sammenlignet med 6 % i befolkningen generelt).

Forholdet mellom dødsårsaker blant disse personene og den generelle befolkningen blir presentert i følgende tabell. Dataene fremhever årsakene og faktorene ved somatiske sykdommer som har ført til død for personer som lider av psykiske lidelser, samt at prevalensen er høyere enn for den generelle befolkningen.



I tillegg til redusert forventet levetid, er det dessuten viktig å fremheve et annen funn – nemlig tapet av friske leveår. De alvorlige konsekvensene sykdommen har på livskvaliteten, bør heller ikke neglisjeres. For eksempel kvantifiserte den belgiske nasjonale sykdomsbyrdestudien fra 2019 (Sciensano, 2022) «påvirkningen av 37 sykdommer i form av tapte friske leveår (friske leveår tapt på grunn av sykkelighet og dødelighet).» Den viser at det er psykiske lidelser, avhengighet og kreft, samt muskel- og skjelettlidelser som har størst innvirkning på livskvaliteten, og som står for «mer enn 50 % av den totale sykdomsbyrden». Psykisk sykdom og avhengighet inntar førsteplassen i Belgia i henhold til «DAILY[1]» (jf. tabell 1, s. 11) og tok over for kreft i 2018 (jf. tabell 2, s. 12), noe som fremhever de stadig økende behovene når det gjelder psykisk helse.

Tabell 1

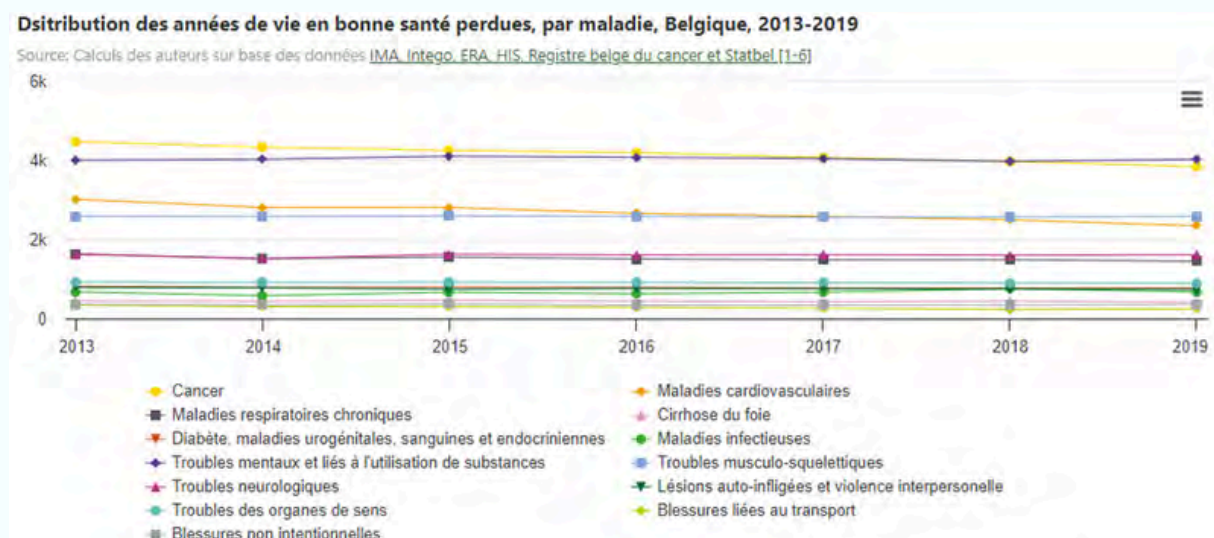
Classement des groupes de maladies par taux de DALY ajustés pour l'âge, Belgique et régions, 2019

Source: Calculs des auteurs sur base des données JMA_Intego_ERA_HIS_Registre belge du cancer et Statbel [1-6]

Maladie	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
Troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances	1	1	2	1
Cancer	2	2	1	2
Troubles musculo-squelettiques	3	3	3	4
Maladies cardiovasculaires	4	4	4	3
Troubles neurologiques	5	5	5	6
Maladies respiratoires chroniques	6	6	6	5
Troubles des organes de sens	7	8	7	7
Diabète, maladies urogénitales, sanguines et endoc...	8	7	9	8
Lésions auto-infligées et violence interpersonnelle	9	10	8	9
Maladies infectieuses	10	9	10	10
Cirrhose du foie	11	11	11	11
Blessures non intentionnelles	12	12	12	12
Blessures liées au transport	13	13	13	13

[1] DALY: (helsetapsjusterte leveår) er hovedmålet på sykdomsbyrde, og er summen av tapte leveår og år levd med helsetap. DALY er summen av tapte leveår (YLL) og år med ikke-dødelige helsetap (YLD) for en spesifikk sykdom eller patologi. (Sciensano, 2022).

Tabell 2



Dataene, tallene og observasjonene som nettopp er utviklet på disse første sidene, er mer enn slående. Det er derfor med god grunn at nesten alle programmer for psykisk helse de siste femten årene har gjort kampen mot stigmatisering av psykisk syke til en reell prioritet. (Giordana, 2010, s.5). De bekrefter også kommentarene som allerede er gjort av Finzen (2000) som snakker om stigmatisering av psykisk syke mennesker som «en sykdom nummer to». Denne andre sykdommen er potensielt mer invalidiserende eller til og med mer dødelig enn den første. Å inkludere erfaringskonsulenter: Opplæringsmateriell for helsepersonell.



FOLLOW US and download all the results projects at www.mentalnet.eu



and at **LinkedIn** 

ERASMUS AC220 - 2021-1-BE01-KA220-VET-000034852



Co-funded by
the European Union