

# Evaluering af Recovery-mentor projektet

Merete Benedikte Johansen og Lone Petersen

Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery , Oktober 2014



# Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>4</b>
<b>Resume af Recovery-mentor projektet .....</b>	<b>5</b>
Historik .....	5
Mentorens arbejdsopgaver .....	6
Primære arbejdsopgaver .....	6
Sekundære arbejdsopgaver.....	7
De usynlige opgaver .....	7
Patienten som aktiv del af projektet .....	8
Udfordringer ved arbejdet for personale og mentorer.....	8
Afsluttende bemærkning.....	8
<b>Om evalueringen.....</b>	<b>10</b>
Patientevalueringen .....	10
Personaleevalueringerne.....	10
Mentorevalueringen.....	10
<b>Patientevaluering.....</b>	<b>11</b>
Resultater .....	11
Spørgsmålsoversigt for patientevalueringen .....	11
De indsamlede resultater .....	12
Kommentarer .....	16
Mødet .....	17
Tillid .....	17
Relation.....	17
Den nye tillid – mentoren som brobygger.....	17
Mentor – patient – behandler.....	18
Sammenfatning .....	18
<b>Første personaleevaluering .....</b>	<b>20</b>
Udvalgte resultater og hovedpointer .....	20
Besvarelser på afsnit og centre .....	20
Startvanskeligheder .....	21
Mentorens arbejde, arbejdsopgaver og indflydelse på personalegruppen .....	22
Kommentarer .....	23

<b>Anden personaleevaluering</b> .....	<b>24</b>
Resultater .....	24
Spørgsmålsoversigt.....	24
De indsamlede resultater .....	25
Kommentarer .....	30
Personalet og centrene .....	30
Status (5-7) .....	30
Mentoren i praksis (8-10) .....	30
Udfordringer/bekymringer (11-13) .....	31
Mentoren på afsnittet/centret i fremtiden (14-16) .....	32
Fokus på recovery (17 og 18).....	33
Afsluttende kommentarer (19) .....	35
<b>Afdelingssygeplejerskernes kommentarer til recovery-mentorens arbejde</b> .....	<b>36</b>
<b>Mentorfunktionen – fokusgruppeinterview</b> .....	<b>39</b>
Gennemgang og kommentarer .....	39
Forberedelsen.....	40
Arbejdsopgaver og værktøjer .....	41
Mødet med personalet og med patienterne.....	41
Fortsættelse.....	43
<b>Kort kommentar om mentorenes lønforhold</b> .....	<b>45</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>46</b>
Patienten i centrum.....	46
Mentoren i fremtiden.....	46
Recovery-mentoren – en ny ressource i afsnittet .....	47
Fra egne levede erfaringer til en ny faglighed.....	48
Fremover .....	48
<b>Bilag til anden personaleevaluering</b> .....	<b>50</b>
Bilag 1 .....	50
Besvarelser på spørgsmål 11 .....	50
Bilag 2 .....	53
Besvarelser på spørgsmål 13 .....	53
Bilag 3 .....	56
Besvarelser på spørgsmål 15 .....	56

Bilag 4 .....	59
Besvarelser på spørgsmål 18 .....	59
Bilag 5 .....	62
Besvarelser på spørgsmål 19 .....	62
Bilag 6 .....	64
Besvarelser til svarmuligheden <i>andet</i> ved spørgsmål 8 .....	64
Bilag 7 .....	65
Besvarelser til svarmuligheden <i>andet</i> ved spørgsmål 9 .....	65

## Forord

Recovery-mentor projektet har haft til formål at fremme recovery-indsatsen på udvalgte afsnit i Region H Psykiatri samt på sigt at styrke recovery-indsatsen i regionen som sådan. Nærværende rapport kommer rundt om erfaringer fra projektet hos såvel personale som patienter og mentorer, og forsøger at tegne et billede af, hvad projektet har bidraget med af nyt for alle tre interessenter - sammen og hver for sig.

Blandt fokuspunkterne i evalueringsarbejdet har mødet mellem mentor og patient været blandt de vigtigste, og projektet har muliggjort, at patienterne selv er kommet til orde. I deres udtalelser er vi blevet klogere på:

- Hvorfor relationen mellem mentor og patient er vigtig for patienten
- Hvad denne relation potentielt kan betyde for patientens recovery
- Hvilke af mentorens arbejdsopgaver, der bedst understøtter recovery-parametrene: håb, muligheder og empowerment for den enkelte patient

I forhold til inklusion af mentoren i afsnittene har vi set på personalets indstilling og evne til at integrere en ny medarbejder med helt nye arbejdsopgaver og en helt anden stillingsprofil (medarbejder med brugerbaggrund), end hvad man er vant til på afsnittene. Og vi har set på, hvorvidt inklusionen af mentorerne har medført større fokus på recovery.

Mentorernes blotte tilstedeværelse på afsnittene har vist sig at påvirke personalet på de forskellige afsnit, og for dele af personalet har det ændret deres syn på 1: hvad en patient er og kan, og 2: præcis hvor velfungerende mentoren kan være på trods af diagnose og erfaring fra behandlingspsykiatrien.

Vi har undersøgt, hvordan mentorernes arbejdsopgaver på afsnittene har udviklet sig i takt med, at mentorer og personale er blevet stadigt mere fortrolige med de opgaver, som mentorerne bidrager med i arbejdet for og med patienterne.

Vi har vist, at patienternes glæde ved mødet med mentoren har givet dem en følelse af at blive set, hørt og forstået.

Nærværende rapport vil således kaste lys over den udvikling, som både personale og mentorer har gennemgået i løbet af projektperioden, samt understrege – med særlig vægt på patienternes egne udtalelser – at indsatsen med at ansætte medarbejdere med brugerbaggrund som recovery-mentorer i behandlingspsykiatrien ikke alene giver god mening – det gør en forskel.

# Resume af Recovery-mentor projektet

## Historik

Tilbage i juni 2013 blev seks tidligere og nuværende brugere af psykiatrien ansat som recovery-mentorer i et pilotprojekt under Region H Psykiatri, hvor hensigten var at undersøge, hvilke fordele, der er forbundet med ansættelsen af medarbejdere med brugerbaggrund (recovery-mentorer) i behandlingspsykiatrien. De seks blev hver i sær tilknyttet et lukket eller et åbent afsnit (herunder et rehabiliteringsafsnit), hvor de skulle sætte fokus dels på patienternes individuelle recovery-proces, og dels fungere som levende eksempler på, at det er muligt at komme sig fra svær psykisk lidelse.

De centre, der valgte at deltage i projektet, er PC København, PC Frederiksberg og PC Ballerup.

Projektet ligger under *Kompetencecentret for Rehabilitering og Recovery* og ledes af Lone Petersen, som også er leder af Kompetencecentret. Ud over Lone Petersen har projektet haft tilknyttet en tovholder, Merete B. Johansen, som også arbejder som recovery-mentor. Merete B. Johansen har været hovedansvarlig for evalueringsprocessen.

Der har været nedsat en projektgruppe bestående af afdelingssygeplejerskerne fra de involverede afdelinger, en repræsentant fra HR, en repræsentant fra SKA, en brugerrepræsentant, seniorforsker fra Kompetencecentret for rehabilitering og recovery samt tovholder og leder af Kompetencecentret. Projektgruppen har mødtes løbende, dog mest i starten af projektet, idet arbejdspresset til tider har gjort det svært at finde tidspunkter, hvor alle har kunnet mødes.

Projektet er henhørende Styregruppen for Brugerdeltagelsesstrategien.

I samarbejde med projektgruppen er forslag til arbejdsfunktioner, juridiske forhold, dokumentationsforhold og løn- og ansættelsesvilkår blevet afklaret. Relevante dokumenter omkring dette kan findes på intranettet på følgende link:

<http://psv-intranet.regionh.dk/menu/Organisation/Mål+og+retning/Brugerdeltagelse/Medarbejdere+med+brugerbaggrund/>

Mentorgruppen har i projektperioden bestået af 2 mænd og i alt 8 kvinder, i alderen 21-37 år. Udover det at have egne erfaringer som patient i behandlingspsykiatrien, har alle på nær én mentor en mellemlang eller lang videregående uddannelse. 7 af mentorerne har tidligere arbejds erfaringer svarende til deres uddannelser.

Der har i løbet af det første år været udskiftning af fire mentorer. Én fik andet arbejde, en anden skulle ud at rejse, og to – begge ansat på rehabiliteringsafsnittet på PC Ballerup – stoppede enten pga. længerevarende sygdom eller af frygt for ikke at kunne klare jobbet i længden. Den seneste mentor blev ansat august 2014.

Fem af de seks mentorer blev ansat på 20 timer/uge, mens projektets tovholder blev ansat på 37 timer/uge (halv tid som mentor og halv tid som tovholder). Efter nogle måneder i denne ordning blev det muligt for

mentorerne at få udvidet timetallet til det, de nu hver især måtte ønske. Således gik to på fuld tid og resten på deltid. Dette er sidenhen blevet reguleret, efterhånden som vi har oplevet udskiftning blandt mentorerne. En af mentorerne har været i en fleksjobansættelse.

Udover at være ansat på døgnafsnit og være en integreret del af medarbejdergruppen dér, er mentorerne knyttet til et "erfa-netværk", bestående af hele gruppen af mentorer samt enkelte andre medarbejdere med brugerbaggrund fra Kompetencecentret for Rehabilitering og Recovery. Desuden har der deltaget en konsulent fra LAP indtil sommeren 2014. På nuværende tidspunkt er der tilknyttet en konsulent, der dels arbejder i RHP og dels har egne erfaringer som bruger af psykiatrien. Desuden deltager projektleder i møderne.

Erfa-netværket har mødtes hver anden uge siden projektets start med det formål at støtte mentorerne fagligt og emotionelt i deres særlige funktion samt at konsolidere og videreudvikle funktionen.

Ved projektets start gennemgik alle de daværende mentorer 5 uddannelsesdage, inden de startede på deres respektive afsnit. Formålet med disse dage var at forberede mentorerne på deres konkrete arbejde i RHP med de arbejdsgange, der er her, samt at give en indføring i recoveryparadigmet.

De mentorer, der er blevet ansat efterfølgende, er blevet introduceret til mentorfunktionen af projektets tovholder, og har ellers opsamlet viden via erfa-netværket. De har således ikke gennemgået samme introduktionsforløb som de første mentorer. Der planlægges nu at afholde introduktionsforløb for de kommende mentorer et par gange hvert halve år, afhængig af behov.

Vi er opmærksomme på, at ansættelsen af medarbejdere med brugerbaggrund i recovery-mentor projektet ikke er den første af sin art. Andre behandlingstilbud i regionen har også benyttet sig af medarbejdere med brugerbaggrund. Nærværende rapport vil dog udelukkende omhandle recovery-mentor projektet og de erfaringer, man har gjort sig hermed.

## Mentorens arbejdsopgaver

### Primære arbejdsopgaver

Det viste sig hurtigt, at arbejdet som mentor på et åbent afsnit adskiller sig væsentligt fra arbejdet som mentor på et lukket afsnit, og at betingelserne for mentorarbejdet som sådan varierer fra afsnit til afsnit.

Fælles for mentorerne er dog følgende opgaver:

- Individuelle samtaler med patienter og pårørende
- Sparring med personalet om patienterne i forlængelse af ovennævnte samtaler
- Ugentlig recovery-gruppe for patienter i afsnittet
- Deltagelse i lægesamtaler, -konferencer, stuegang, morgenmøder og fællesaktiviteter i afsnittet
- Samtaler specifikt om angsthåndtering, udskrivning, kriseplaner/velværeplaner og personlige mål

I forhold til patienterne er det de individuelle samtaler, der har fyldt mest, og her har følgende tematikker været de vigtigste:

- Rollen som patient og hvordan det er at være indlagt på et psykiatrisk hospital
- Hvad det vil sige at komme sig fra en periode med psykisk lidelse
- Livet efter indlæggelsen og den fremtid, der venter
- Mentorens egen historie og erfaringer

## Sekundære arbejdsopgaver

Ved siden af kerneopgaverne på afsnittene har alle mentorer desuden bidraget med oplæg om projektet i mange forskellige sammenhænge: Temadag i Region Sjælland, TV2 Lorry-lounge, internt på afsnit og centre, undervisning og oplæg på Kompetencecentret for affektive lidelser, SINDs brugerudvalg, Psykiatri Fondens kommunale samarbejde med Vejle kommune, Psykiatri Topmødet 2013 med en stand og 2014, hvor Merete B. Johansen deltog i to paneldebatter ang. inklusion af psykisk sårbare på arbejdsmarkedet, årligt møde for præster i psykiatrien, Psykiatri Nyt, Oplæg for HR Region H, Visionskonference Region H 2013, Nordisk seminar i Dansk selskab for psykosocial rehabilitering, Divisionsledningen – psykiatri Skåne, besøg af psykiatriansvarlige politikere i Region Skåne, interview i Bedre Psykiatris medlemsblad Ressource mm.

## De usynlige opgaver

### ”At stå til rådighed”

Der er en vigtig funktion hos mentoren, som både er svær at beskrive og måske endnu sværere umiddelbart at måle værdien af. Det er den opgave, som leankonsulenten på afsnit 3232 på PC Ballerup (åbent afsnit) mente, man burde effektivisere sig ud af. Sløjfe den eller tydeliggøre den. ”At stå til rådighed” kan i leansprog dårligt defineres som en opgave, men det er ikke desto mindre, hvad det er.

Når mentoren ’står til rådighed’ for patienterne, signaleres det, at patienten ikke behøver at have en særlig hensigt med sin henvendelse, andet end at han blot lige vil snakke. Det fortæller ham også, at mentoren har **tid** til rådighed, som det øvrige personale muligvis ikke har, og når mentoren står til rådighed, sættes der endvidere ingen ramme for, hvad samtalerne kan handle om. Vejen ind til en patient kan være den dybe, ærlige snak om sygdom og helbred, eller det kan være den uforpligtende snak om børn, fritidsinteresser eller andet. ”At stå til rådighed” er en af mentorens vigtigste opgaver.

### Synlighed i miljøet – fra smalltalk til samtale

En anden funktion, der har stor betydning for mentorens arbejde med patienterne, er det uhøjtidelige møde over kaffen, til frokost, i skyllerummet eller lignende. De korte samtaler om vind og vejr udvikler sig hurtigt til dybere ’snakke’, der fortsætter senere på dagen, eller de giver et vigtigt indblik i patientens liv ”udenfor sygdommen”. Denne viden kan på et senere tidspunkt fungere som nøglen ind til det, det er svært at tale om. Dette kræver, at der er tid til rådighed.

### ”Gå med”

Endnu en vigtig funktion, som ligesom de to øvrige er svær at definere, er mentorens tid og mulighed for ”at gå med”. At gå med kan være til kiosken efter cigaretter, besøg på et bosted, som patienten ikke har besøgt selv endnu, eller det kan være (såfremt patienten er rask nok) til patientens hjem kort før

udskrivelse. På disse ture glider snakken lettere end på hospitalet, og den opståede tillid mellem patient og mentor kan virke både beroligende og håbsgivende.

Skønt disse tre funktioner er vanskelige at definere samt helt at måle effekten af, skal de nævnes som tre af mentorens kerneopgaver.

## Patienten som aktiv del af projektet

Mentorens møde med patienterne har vist sig at være ukompliceret. Patienterne har fra begyndelsen set en ressource i mentorens erfaringer med recovery, og de har taget imod tilbuddet om samtaler og sparring uden forbehold eller skepsis.

Patienterne har hver især givet udtryk for, at recovery-mentoren kan tilbyde en anden form for hjælp end det øvrige personale, og dette har i flere tilfælde vist sig udslagsgivende for den recovery-proces, som enten videreføres eller påbegyndes hos patienterne under en indlæggelse.

## Udfordringer ved arbejdet for personale og mentorer

Generelt har der været stor tilfredshed med projektet blandt alle involverede parter, men da der er tale om et pilotprojekt, har der naturligvis også været udfordringer. Disse knytter sig overvejende til den forberedelse, som de enkelte afsnit fik og ikke fik i tiden op til ansættelsen af mentorerne, samt til forberedelsen af mentorerne forud for ansættelse.

For **personalets** vedkommende har følgende uklarheder været afgørende:

- Hvad er en medarbejder med brugerbaggrund?
- Hvad kan en medarbejder med brugerbaggrund?
- Hvilke opgaver kan en recovery-mentor varetage?
- I hvilket omfang kan mentoren klare at arbejde med egen og andres sygdom uden selv at blive syg?
- Hvilke faresignaler skal man lægge mærke til hos mentoren?
- Skal mentoren dokumentere fra patientsamtaler og i så fald, hvordan og i hvilket omfang?

For **mentorerne** vedkommende har følgende uklarheder været afgørende:

- Hvad er mentorens arbejdsopgaver i forhold til det øvrige personales?
- Bliver mentoren hovedsagligt opfattet som 'tidligere patient' eller som en, der har særlig viden om recovery (hvilken vægt har disse i forhold til hinanden)?
- Hvilke opgaver er det i orden at give mentoren – herunder balancen mellem eksempelvis 1: at stå til rådighed for patienter og personale og 2: at blive sat til forhåndenværende arbejde såsom følge patienten på indkøb, rede seng eller lave kaffe og rydde op i afsnittet?
- Er mentoren at opfatte som patientens tillidsmand/talerør overfor personalet?
- Hvad vil det sige at være brobygger mellem patient og personale?

## Afsluttende bemærkning

Selve pilotprojektet står ved sin afslutning, men de forandringer, det har ført med sig på afsnittene, er først nu ved at finde deres form. Det gælder blandt andet arbejdskulturen på de afsnit, hvor ansættelsen af en

medarbejder med brugerbaggrund har rykket ved personalets opfattelse af patienten og dennes mulighed for at komme sig. Det gælder endvidere det faktum, at med en tidligere patient i afsnittet har patienter såvel som personale et levende eksempel på, at det er muligt at komme sig fra svær psykisk lidelse. Og frem for alt gælder det, at så godt som alle de patienter, vi har mødt og talt med, har givet udtryk for, at de er blevet styrket i deres håb om på sigt at komme sig. Det er dog først på sigt, at vi kan påvise de mere specifikke resultater heraf.

Den særlige relation mellem mentor og patient understreger måske projektets vigtigste pointe: At det nytter at ansætte personer med brugererfaring i behandlingspsykiatrien, da deres tilgang til patienterne er en ganske anden end det øvrige personales. Mentoren henter sin viden fra levede erfaringer og skaber derved troværdighed, tillid og forhåbning om bedring hos patienten.

Alle disse temaer vil blive belyst i rapporten.

## Om evalueringen

Rapporten udgøres af fire selvstændige evalueringer. To har været henvendt til personalet på de afsnit, som på et tidspunkt i projektperioden har haft en recovery-mentor ansat, én til de af patienterne på afsnittene, som mentorerne har haft personlig kontakt til, og slutteligt en til recovery-mentorerne selv.

Evaluering af projektet blandt afdelingsledelserne er først påbegyndt i projektperiodens sidste del. Dette skyldes, at vi gerne skulle have så mange erfaringer med som muligt, samt give de senest tilkomne afsnit mulighed for også at give deres besyv med. En oversigt over resultaterne herfra vil blive offentliggjort, så snart de foreligger.

## Patientevalueringen

Siden starten af 2014 har mentorerne uddelt spørgeskemaer til de af patienterne, som de har talt med i løbet af patienternes indlæggelse. Det er således et fåtal af det samlede antal indlagte patienter, der har haft mulighed for at kommentere på mentorernes arbejde. Dette skyldes på den ene side, at mentorernes arbejdstid ikke tillader, at der tales med alle patienter, og på den anden side, at ikke alle patienter har lyst og/eller overskud til at tale med mentoren. Spørgeskemaets ordlyd bærer præg af at være udarbejdet for nu ca.10 måneder siden. Skulle man revidere spørgeskemaet, ville spørgsmålene givet ændres, så de svarer til de erfaringer, mentorerne har i dag.

## Personaleevalueringerne

Den første personaleevaluering blev gennemført i perioden d.25. november 2013 - 9.december 2013. Den blev rundsendt som spørgeskema via link til personalet på PC København: 6221 og 6112, PC Frederiksberg: F2Ø og F3A+F3C og PC Ballerup: rehabiliteringsafsnit (12) og akutmodtagelsen (M03). I alt 25 gennemførte hele spørgeskemaet.

Den anden personaleevaluering blev gennemført i perioden d.23.05.14-14.07.14.<sup>1</sup> Den blev ligeledes rundsendt via et link denne gang til personalet på PC København: 6221 og 6112, PC Frederiksberg: F2Ø og F3A+F3C og PC Ballerup: rehabiliteringsafsnit (12) og 3232. I alt 43 gennemførte hele spørgeskemaet.

## Mentorevalueringen

Evalueringen af mentorerne selv er sket ved fokusinterview, faciliteret af to medarbejdere fra Kompetencecentret for Rehabilitering og Recovery og med en spørgeramme, udarbejdet i samarbejde med projektets tovholder.

Interviewet fandt sted i slutningen af august 2014.

---

<sup>1</sup> Den lange undersøgelsesperiode skyldes, at mange afholdt ferie i perioden

# Patientevaluering

Alle mentorerne har uddelt nedenstående spørgsmål til de patienter, de har talt med, og patienterne har efterfølgende afleveret de besvarede skemaer på personalekontorene. De besvarede skemaer, som er registreret i denne rapport, stammer fra tidsrummet januar-maj 2014. Evalueringen sker fortløbende og mentorerne modtager jævnlige besvarelser fra patienterne. Denne procedure vil fortsætte, indtil projektperioden udløber ultimo december.

## Resultater

### Spørgsmålsoversigt for patientevalueringen

#### Mødet med mentoren

Hvordan kom du til at tale med mentoren? (sæt gerne flere krydser)

- Jeg henvendte mig efter at have set opslag på gangen
- Mentoren henvendte sig til mig
- Jeg fik anbefalet at tale med mentoren af min kontaktperson/læge

Har du været glad for mødet med mentoren under din indlæggelse?

#### Samtaler med mentoren

Hvilke erfaringer hos mentoren har haft betydning for dig i jeres samtaler? (sæt gerne flere krydser)

- At mentoren selv har været patient
- At mentoren har erfaring med at tage medicin
- At mentoren både har oplevet at være syg og at komme sig igen

Har du talt med mentoren mere end en gang?

Hvad har fokus for jeres samtaler hovedsageligt været?

#### Mentoren og det øvrige personale

Har mentoren deltaget i dine samtaler med:

- læge/kontaktperson?
- pårørende?

Hvis JA: Har det hjulpet dig, at mentoren har deltaget i de møder?

#### Aktiviteter

Hvilke aktiviteter ud over samtaler har du deltaget i sammen med mentoren? (sæt gerne flere krydser)

- Hjemmebesøg og andre ture udenfor hospitalet
- Social færdighedstræning (male, bage mm.)
- Recovery-gruppe m. andre patienter

#### Generelt

Vil du anbefale andre patienter at gøre brug af mentoren i forbindelse med en indlæggelse?

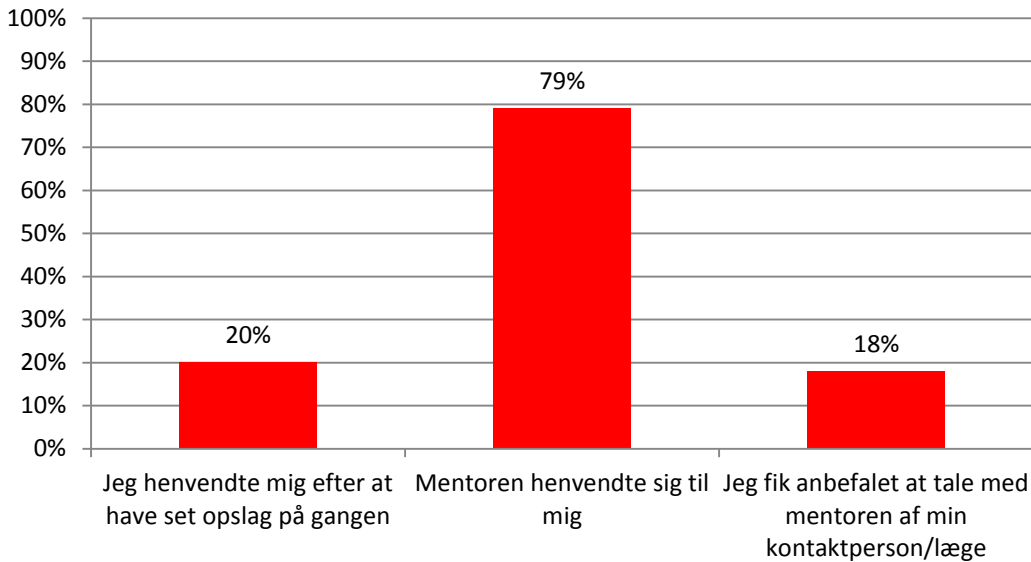
#### Andet

Har du kommentarer til dit møde med mentoren?

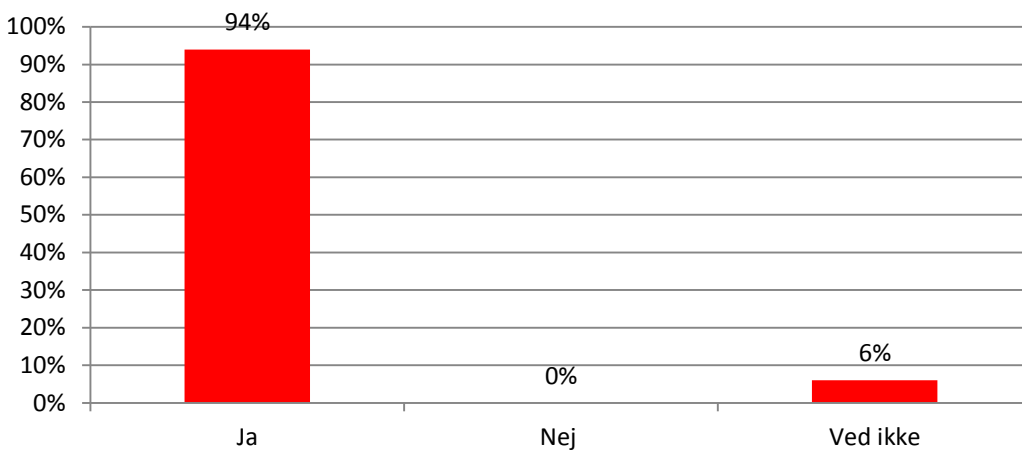
## De indsamlede resultater

### Mødet med mentoren

#### Hvordan kom du til at tale med mentoren?

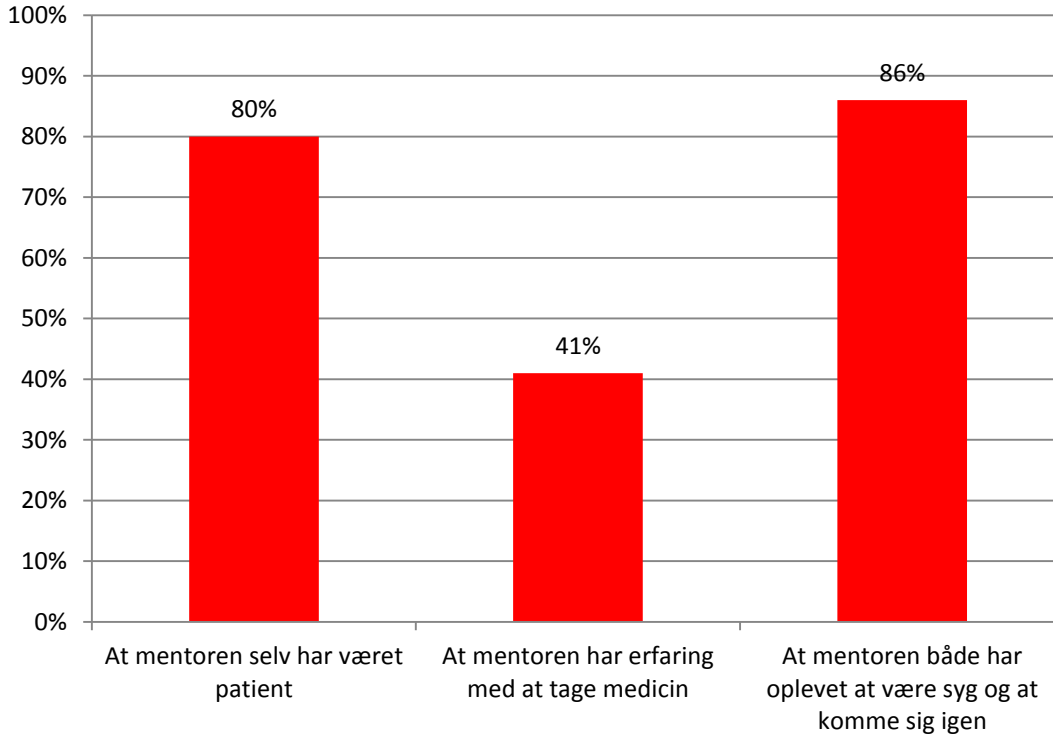


#### Har du været glad for mødet med mentoren under din indlæggelse?

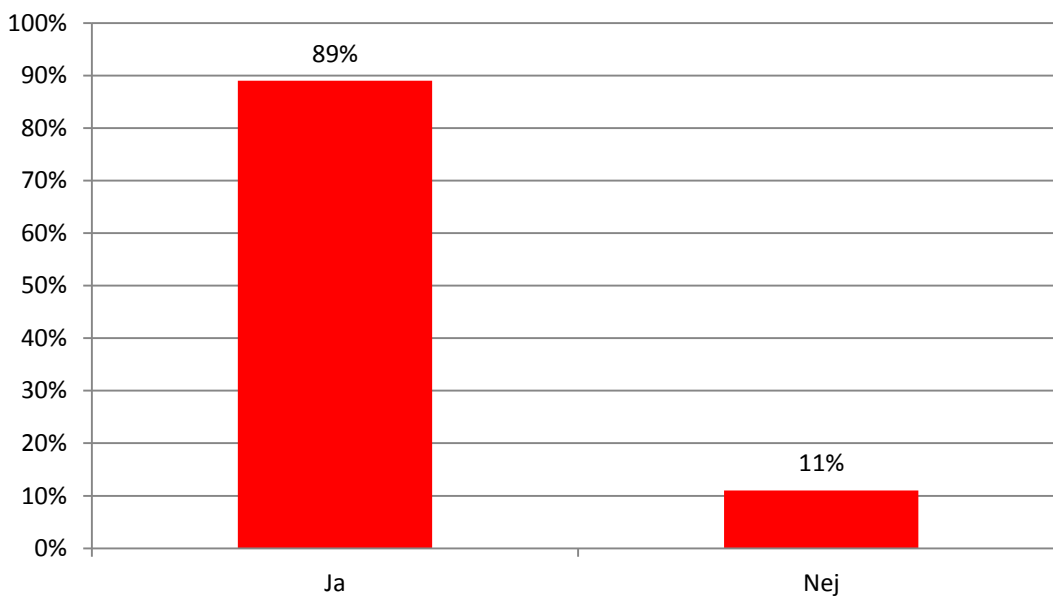


Samtaler med mentoren

Hvilke erfaringer hos mentoren har haft betydning for dig i jeres samtaler?



Har du talt med mentoren mere end en gang?



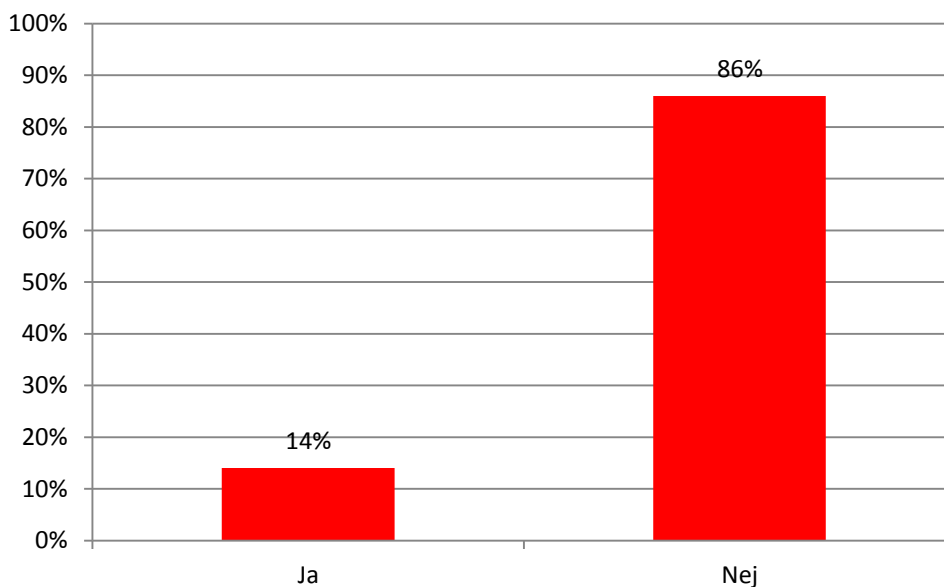
**Hvad har fokus for jeres samtaler hovedsageligt været?**

(Følgende emner er overordnede kategorier, listet med flest besvarelser først og færrest sidst)

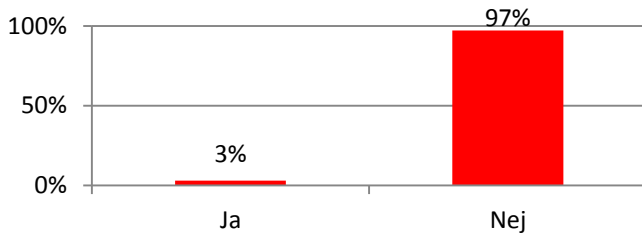
At være indlagt, rollen som patient
Recovery
Tiden eft. Indlæggelse/fremtid
Psykisk sygdom, medicin
Patientens psykiske og fysiske tilstand
Mentors historie og erfaringer
Aktiviteter
Strategier til at håndtere sygdom, symptomer
Forholdet til psykiatrien og behandleren
Tiden før indlæggelse, livshistorie
Udskrivning
Pårørende

**Mentoren og det øvrige personale**

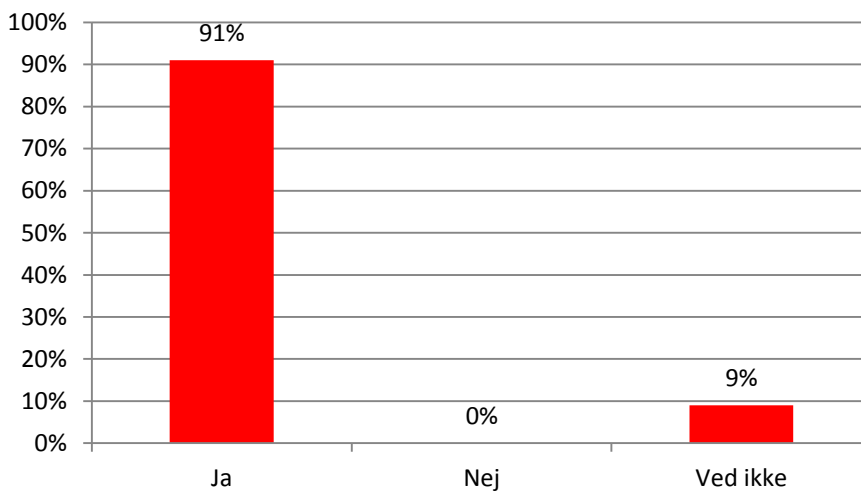
**Har mentoren deltaget i dine samtaler med læge/kontaktperson?**



## Har mentoren deltaget i dine samtaler med dine pårørende?

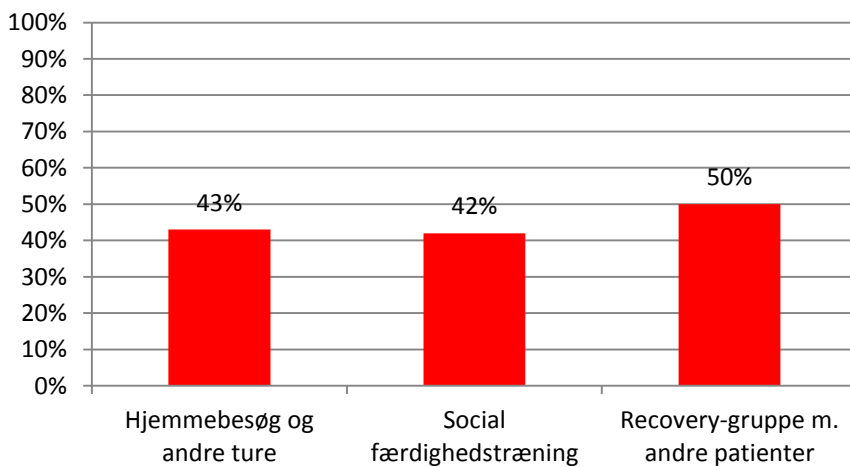


## Hvis JA: Har det hjulpet dig, at mentoren har deltaget i de møder?



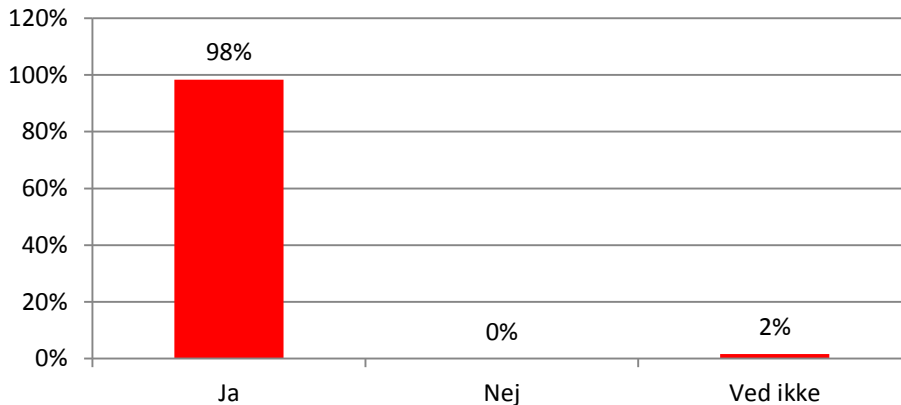
## Aktiviteter

### Hvilke aktiviteter ud over samtaler har du deltaget i sammen med mentoren? (sæt gerne flere krydser)



**Generelt**

Vil du anbefale andre patienter at gøre brug af mentoren i forbindelse med en indlæggelse?

**Har du kommentarer til dit møde med mentoren?**

Patienterne beskriver mentoren på følgende måde:

1. Mentoren som samtalepartner:
  - a. imødekommende, nærværende, opmærksom, lyttende, forstående, empatisk, hjælpsom, inspirerende, indgyder mod, tillidsvækkende, respektfuld, behagelig, kan give sparring, giver sig tid, støtter ift. det hele menneske (man er ikke kun patient), understøttende ift. ligeværdighed i patient-behandlerrelationen
2. Mentoren som forbillede og et eksempel på, at der er håb for bedring
3. Mentoren som støtte for patienten i at fokusere på ressourcer og styrker
4. Mentoren som muliggør og styrker patienten i mødet med andre patienter, særligt i forbindelse med recovery-gruppe

## Kommentarer

Da tallene fra de besvarede spørgeskemaer et langt stykke hen ad vejen taler for sig selv, vil følgende kommentardel til besvarelserne i højere grad være en refleksion over, hvad mentorerne har gjort sig af erfaringer i mødet med patienterne, og hvad dette møde har betydet for indstillingen til recovery på afsnittene. Vi vil med denne perspektivering stille skarpt på nogle overordnede temaer, som belyses både direkte og indirekte i patientevalueringerne.

Gennemgangen af patientevalueringens resultater vil kredse om fem overordnede temaer:

- Mødet
- Tilliden
- Relationen
- Den nye tillid – mentoren som brobygger
- Mentor – patient – behandler

## Mødet

Det er vores erfaring fra projektet, at al god recovery starter med et møde. Nok kan man styre og styrke sin egen recovery på mange forskellige og individuelle måder, men for mange gælder det, at der må en ydre påvirkning til – noget må sætte det i gang, blive en anledning til den gode udvikling. For at det gode møde kan blive til begyndelsen på recovery for patienten, må denne opleve forståelse, indlevelse og kompetent vejledning. Det kan eksempelvis ske i mødet med den gode og kompetente kontaktperson, socialrådgiveren der baner vejen for patienten fra indlæggelse til bedre sociale forhold efter udskrivelse, eller det kan være den læge, der måske for første gang i patientens sygdomshistorik får sat de rigtige ord på en svær situation. Men, det kan også ske i mødet med mentoren.

Her kombineres faglighed med levede erfaringer, idet mentoren henter sin troværdighed og autoritet ved det at have gennemlevet svær sygdom uden derved også at miste sig selv eller sin gode tilværelse. Mentoren har gået en tilsvarende vanskelig vej som patienten, og det skaber håb for den, der for en tid mener at have mistet det.

## Tillid

Det gode møde kræver oprigtighed fra mentorens side og tillid fra patientens, og netop tilliden de to imellem synes at opstå dér, hvor historier krydses. Historier om at være syg, at have givet op, at have modtaget hjælp, at kunne tro på sig selv igen, og igen at kunne se en fremtid for sit liv. Det kan ske, at mentor og patient har samme diagnose, men det er på ingen måde nødvendigt for at den gode relation kan etableres... der behøver ikke at være sammenfald i historierne, for at der kan være sammenlignelighed mellem dem, der fortæller dem. Når relationen er etableret og samtalen lykkes, dér gødes jorden med forståelse og tillid, og her kan mentoren så sine frø til gavn for patienten. Her kan en recovery-proces tage sine første skridt.

## Relation

Forholdet mellem mentor og patient er for det meste karakteriseret ved en særlig form for indforståethed. Det: *At vi begge godt ved, hvordan. At vi begge godt ved, hvorfor. At vi begge godt ved, hvor længe.* I samtalen mellem mentor og patient gøres den personlige historie til en fællesmenneskelig præmis for det liv, 'vi' lever nu og her hver i sær. Overgangen fra det personlige til det almene i en mentorkontekst kan se sådan ud:

- Hvordan det er at være ~~syg~~ magtesløs og i krise.
- Hvorfor man har brug for ~~medicin/~~behandling hjælp.
- Hvor længe det kan tage, før man kan komme ~~hjem igen~~ sig.

## Den nye tillid – mentoren som brobygger

At forholdet mellem mentor og patient er noget særligt, og at mentoren kan fungere som et væsentligt og vægtigt supplement til plejepersonalets arbejde, fremgår af de besvarede spørgeskemaer. Følgende udsagn fra patientevalueringen giver udtryk for det således:

*Det er vigtigt at have forbilleder. Hun viser vejen, har lært at leve med sine vanskeligheder, og har overskud til at hjælpe og arbejde med os. Det betyder meget, at man kan se "det kan lade sig gøre" at komme videre*

*Det gav mig håb at se en med nok mental styrke, muligvis noget der var værre end mit, kunne leve et normalt liv*

*Stort nærvær. Super sød. Altid positiv. Et lys i mørket. Stor tak!*

## Mentor – patient – behandler

Der er desuden en side af projektet, som ikke belyses direkte i evalueringerne, men som har vist sig at spille en vigtig rolle for projektet, og det er den nye tillid, der opstår mellem patienten og personalet/(systemet), når et forløb mellem patienten og mentoren lykkes.

Mange af de patienter, mentorerne har haft med at gøre, giver udtryk for, at de mangler tillid til 'det, der har med hospitalet at gøre'. Spørgsmål som: *Hvorfor er jeg havnet her? Hvem skal jeg tale med? Har de læst min journal? Hvorfor skal jeg ligge på flersengsstue? Hvilken medicin skal jeg tage?* Eller måske bare helt kort: *Jeg er på hospitalet, og jeg er bange!* fylder den første tid af en indlæggelse og sætter sit præg på det samarbejde mellem patient og behandler, som er så vigtigt. Dette er dels en udfordring og dels en præmis. Her kan mentoren gøre en forskel, og det vidner projektet også om.

Målet for mentorens arbejde med recovery peger i to retninger. Den ene fokuserer på patienten, hvor recovery-paradigmet med håb, muligheder og empowerment er det bærende. Den anden er rettet mod personalegruppen, hvor mentorens indsats på sigt skal påvirke kulturen til lige så stille at blive mere og mere recovery-orienteret. Fælles for dem er, at mentoren må være loyal overfor begge parter, og det er i dette lys "brobygger"-funktionen skal forstås.

Mentoren fungerer ikke som patientens talsmand/tillidsmand overfor personalet og ej heller som personalets tolk i forhold til patienten, men mentoren kan med forståelse for patientens situation samt loyalitet overfor den behandling, der gives på afsnittet, hjælpe til, at vejen mellem patient og behandler bliver farbar og tryk at bevæge sig ud ad. Mentoren skal på sin egen måde med troværdighed både kunne 'være en del af' patientgruppen og af personalegruppen.

Mentoren binder ikke som sådan behandler og patient tættere sammen, men bliver et eksempel på, at patienten kan have tillid til behandleren (det har mentoren), og at behandleren kan finde mennesket inde bag sygdommen (det kan mentoren også).

Denne position kan ingen anden end mentoren udfylde, og dette er blevet klart efterhånden som relationen mellem mentor og patient har udfoldet sig i løbet af projektperioden.

## Sammenfatning

98 % af de adspurgte patienter svarer 'ja' til spørgsmålet: *Vil du anbefale andre patienter at gøre brug af mentoren i forbindelse med en indlæggelse?* Denne tilbagemelding taler sit tydelige sprog – ikke kun om patienternes oplevelse af mødet med mentoren, men også indirekte om, at på trods af mentorernes forskellige baggrunde, erhvervserfaring fra andre ansættelser og uddannelsesmæssige udgangspunkter, så er det, der er fælles for mentorerne, nemlig deres brugerbaggrund, det, der gør den største forskel for



## Psykiatri

patienterne. Der er over en bred kam stor tilfredshed med, at der blandt personalet på afsnittene nu også er personer, der selv har prøvet kræfter med psykisk lidelse... og klaret den.

# Første personaleevaluering

## Udvalgte resultater og hovedpointer

Den første personaleevaluering blev foretaget i december 2013. Kendetegnende for denne evaluering er, at vi i højere grad undersøgte, hvorvidt det var en god ide med mentor-projektet og ikke så meget så på, hvilke konkrete opgaver, der skulle løses på afsnittene. Projektet var i sin vorden, hvilket såvel spørgsmål som svar bærer præg af.

### Besvarelser på afsnit og centre

PC Ballerup	55 %	17 besvarelser
PC Frederiksberg	39 %	12 besvarelser
PC København	6 %	2 besvarelser

Åbent afsnit	52 %	16 besvarelser
Lukket afsnit	19 %	6 besvarelser
Akutmodtagelse	29 %	9 besvarelser

Sygeplejerske	55 %	18 besvarelser
Sosu-assistent	30 %	10 besvarelser
Afd. sygeplejerske	9 %	3 besvarelser
Læge	0 %	0 besvarelser
Fys./Ergo	0 %	0 besvarelser
Lægeseekretær	3 %	1 besvarelser
Socialrådgiver	3 %	1 besvarelser
Andet (studerende/elever...)	0 %	0 besvarelser

Det har været en udfordring at få tilstrækkeligt med besvarelser af det rundsendte spørgeskema. Det skyldes blandt andet, at projektet på daværende tidspunkt endnu ikke havde fundet sin form, og at mentorernes arbejdsområder endnu ikke var tilstrækkeligt definerede for personalet.

Ikke desto mindre vidner besvarelserne om en generel tilfredshed med mentorernes arbejde, og udtrykker et klart ønske om, at projektet skal fortsætte. Følgende udsagn er blandt de afsluttende kommentarer i spørgeskemaet:

*1: Et rigtigt godt tiltag, og ser frem til at få implementeret brugen af vores recovery-mentor i det daglige arbejde*

*2: Det har været rigtig godt at have en mentor i afsnittet – og jeg synes klart, at man skal arbejde på, at der som en selvfølge skal være mentorer på alle sengeafsnit. Vores mentor er en fantastisk person, som er en gevinst for både personale og patienter. Mentorerne har mange erfaringer, som kan anvendes til at optimere behandlingen for patienterne. Spørgsmålet er om*

Regionen har gjort sig tanker om, om de vil støtte op om evt. forandringer i sengeafsnittene til patienternes/pårørendes bedste – også hvis det har økonomiske konsekvenser

3: Jeg syntes, det er et godt projekt. Jeg syntes det kræver tid, fordi hendes arbejdsfokus er et andet, hun ser og mærker ting, som jeg måske ikke har fokus på. Vi skal til en større omstrukturering af vores arbejdsopgaver og struktur i afdelingen, og derfor tror jeg, vi i det nye år vil få stor glæde af vores mentor, fordi vi tænker hende ind i den nye struktur fra start.

## Startvanskeligheder

Hvad besvarelserne imidlertid ikke fortæller ret meget om, er de udfordringer, som samtlige mentorer oplevede i større eller mindre grad i begyndelsen af projektet. En uformel rundspørge blandt mentorerne fra december 2013 fortæller om følgende vanskeligheder i hverdagen på afsnittene:

- Manglende opbakning af mentorens arbejde og initiativer fra dele af personalet
- Manglende overskud blandt personalet til at prøve nyt på afsnittet
- Manglende interesse for mentorens arbejde, som gør det svært at inkludere mentoren i kollegagruppen
- Svært at integrere mentoren fuldt og helt i afsnittet, hvis ikke hele afsnittet tager imod mentoren og forsøger at inkludere vedkommende i deres arbejde

Når dette ikke afspejles i personaleevalueringerne kan man spørge, om de mest kritiske blandt personalet helt har undladt at besvare spørgsmålene, eller om man i besvarelserne i højere grad kan aflæse en velvillighed overfor projektet, og i mindre grad en egentlig tilfredshed med det. Et andet aspekt er, at for dele af personalet betød ansættelsen af mentoren i mindre grad en ny arbejdsmetode i afsnittet, og i højere grad en kærkommen aflastning af personalet. Sikkert er det dog, at det har været vanskeligt at starte som mentor i en ny stilling med nye (og kun sparsomt definerede) arbejdsopgaver og med den primære kompetence: at have været syg(!) Og tilsvarende vanskeligt har det været at modtage en ny kollega, hvis arbejdsområder går på tværs af allerede gældende ansvarsområder, der på et åbent eller lukket afsnit ligger fast både internt mellem personalet og eksternt i forhold til patienterne.

## Forberedelsen af personalet

**Blev du tilstrækkeligt forberedt på, at der skulle ansættes en mentor på dit afsnit?**

Ja	63 %	20 besvarelser
Nej	13 %	4 besvarelser
Ved ikke	25 %	8 besvarelser

**Blev du tilstrækkeligt forberedt på, hvilke opgaver mentoren skulle løse på dit afsnit?**

Ja	55 %	17 besvarelser
Nej	29 %	9 besvarelser
Ved ikke	16 %	5 besvarelser

Besvarelserne i denne første evaluering viser, at langt de fleste af de adspurgte har været tilfredse med den forberedelse, de fik forud for mentorenes ansættelse. Dette stemmer dog ikke overens med mentorenes oplevelse af samme, og harmonerer heller ikke med tallene fra midtvejsevalueringen, hvor det fremgår, at personalet på de forskellige afsnit fortsat efterlyser mere information om mentorerne og deres opgaver.

På spørgsmålet: **Hvordan ville du gerne være blevet forberedt på, at der skulle ansættes en mentor på dit afsnit?** fremkommer nogle meget konkrete bud på, hvordan man kunne gribe situationen an en anden gang. Der lægges vægt på følgende:

Personalet ville gerne have mødt mentoren inden arbejdsstart og meget gerne hørt om hendes/hans bevæggrunde for at ville arbejde som mentor. Andre lægger vægt på, at projektets tovholder kunne have holdt et oplæg om projektet, og belyst både, hvilke opgaver mentoren kan varetage og ikke mindst, hvad han/hun ikke kan/skal varetage (spørgsmål om dokumentation, hjemmebesøg med patienter, supervision etc.). Alle fremhæver, at information om mentorens arbejdsopgaver er af stor betydning.

## Mentorens arbejde, arbejdsopgaver og indflydelse på personalegruppen

**Har du brugt mentoren aktivt i recovery-arbejdet med dine patienter?**

Ja	63 %	19 besvarelser
Nej	37 %	11 besvarelser

Usikkerheden omkring mentorens arbejdsopgaver afspejler sig i besvarelserne af spørgsmålene:

1. Hvordan bruger du mentoren i dit arbejde?
2. Hvilke ressourcer hos mentoren drager du nytte af i hverdagen?
3. Hvilke funktioner udfylder mentoren blandt personalet på dit afsnit?
4. Hvilke funktioner udfylder mentoren blandt patienterne på dit afsnit?

I forlængelse af disse spørgsmål tegner der sig et billede af mentoren i afsnittet som en, der:

- har tid til rådighed
- er meget fleksibel i hverdagen
- har erfaring med recovery
- kan sparre om livet som patient
- kan dele erfaring med sygdom
- kan udføre opgaver, som plejepersonalets tid og arbejdsområder ikke kan rumme
- kan støtte og vejlede
- kan dele ud af sine erfaringer

Mentoren er i denne første personaleevaluering i højere grad én, der ER og i mindre grad én, der GØR. Mentoren er eksemplet på, at man kan komme sig, men bruges kun sjældent her i den indledende fase af projektet som en medarbejder, der bidrager med nyt i forhold til behandlingen. Mentoren er i højere grad en ressource for patienterne, end for personalet, for hvem mentoren i mange sammenhænge mere ses som aflastning end som ligebyrdig kollega.

## Kommentarer

Overordnet set er den første personaleevaluering præget af høj grad af usikkerhed om målet for projektet, om mentorens profil og kompetencer, om mentorens konkrete arbejdsopgaver, og om hvad man i grunden kan bruge en mentor til... ud over at være det gode eksempel.

Det har dog vist sig – efterhånden som projektet har udviklet sig og mentorerne lige så stille har oplevet at blive en integreret del af personalegruppen – at mentorrollen har gennemgået en udvikling fra at være *eksemplet* på at man kan komme sig (den passive rolle), til de fleste steder at blive en fulgyldig *kollega* på afsnittet (den aktive rolle) – en medspiller med særlige kompetencer, værktøjer og gennem arbejdet som mentor tilmed en repræsentant for en ny og anderledes faglighed, der kan sættes i spil i mange forskellige sammenhænge i samarbejdet om og med de indlagte patienter.

## Anden personaleevaluering

Den anden personaleevaluering blev foretaget i sommeren 2014. Kendetegnende for denne er, at personalet langt de fleste steder er blevet mere fortrolig med det at have en medarbejder med brugerbaggrund ansat. Selvom der fortsat er usikkerhed om, hvor meget mentorerne kan klare i relation til egen sygdom, så er de mange steder blevet en fuldt integreret del af personalegruppen. Mentoren er nu ikke blot et godt eksempel, hun/han er blevet en aktiv ressource, som personalet gør aktivt brug af.

### Resultater

#### Spørgsmålsoversigt

##### Personalet og centrene

1. Jeg arbejder på følgende center
2. Jeg arbejder på følgende afsnit
3. Jeg arbejder som (sygeplejerske, So-Su, læge, ergo etc.)
4. På mit afsnit har vi haft en recovery-mentor ansat siden (ca.)

##### Status

5. Hvor tilfreds er du med, at der er ansat en recovery-mentor på dit afsnit?
6. Bruger du recovery-mentoren aktivt i dit arbejde med patienterne i afsnittet?
7. I hvor høj grad drager du nytte af følgende ressourcer hos recovery-mentoren?

##### Mentoren i praksis

8. Hvilke funktioner udfylder recovery-mentoren blandt personalet på dit afsnit?
9. Hvilke funktioner udfylder recovery-mentoren blandt patienterne på dit afsnit?
10. Hvilke af følgende funktioner/aktiviteter hos mentoren anser du for de vigtigste i det daglige arbejde?

##### Udfordringer/bekymringer

11. Hvilke udfordringer og/eller bekymringer har der været forbundet med at ansætte en medarbejder med brugerbaggrund på dit afsnit?
12. Er det dit indtryk, at disse udfordringer og/eller bekymringer er blevet større eller mindre med tiden?
13. På hvilken måde har det påvirket personalegruppen på dit afsnit, at der er blevet ansat en recovery-mentor?

##### Mentoren på afsnittet/centret i fremtiden

14. Kunne du tænke dig, at ordningen fortsætter, så I fortsat vil have en recovery-mentor ansat efter projektets afslutning ved udgangen af 2014?
15. Begrund kort din besvarelse af forrige spørgsmål (Kunne du tænke dig, at ordningen fortsætter, så I fortsat vil have en recovery-mentor ansat efter projektets afslutning ved udgangen af 2014?)
16. Vil du anbefale, at man på andre afsnit på dit center ansætter en recovery-mentor?

## Fokus på recovery

17. Er der blevet sat større eller mindre fokus på recovery på dit afsnit, efter recovery-mentoren blev ansat?
18. Hvilke fordele og ulemper, mener du, der er forbundet med at ansætte personer med brugerbaggrund i behandlingspsykiatrien?

## Afsluttende kommentarer

19. Øvrige kommentarer...

## De indsamlede resultater

### Personalet og centrene (spm.1-4)

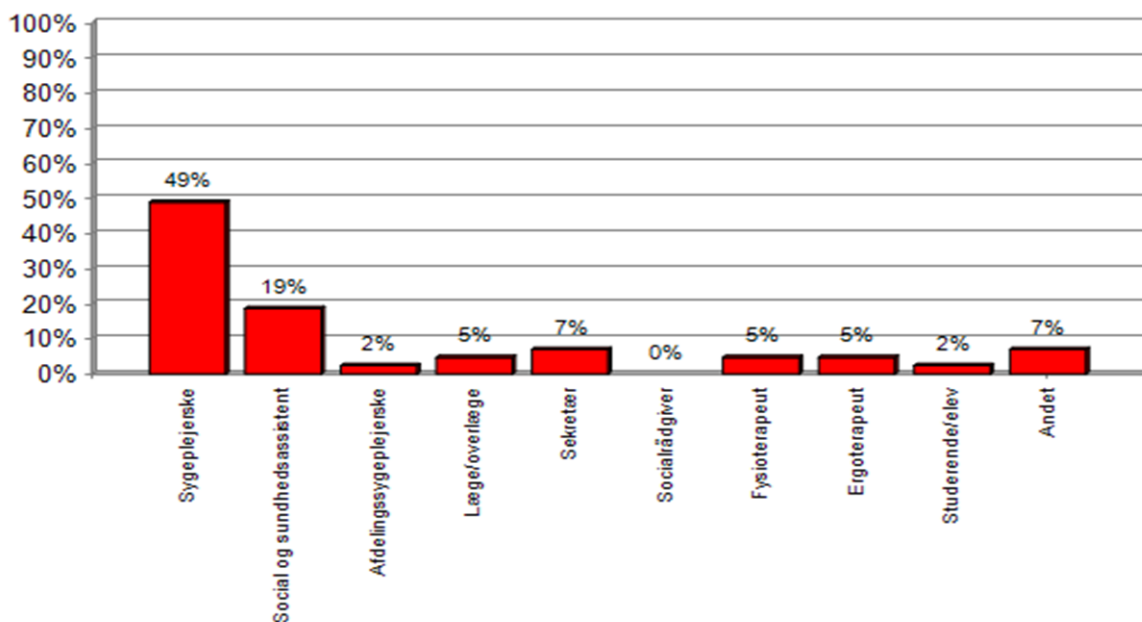
#### 1: Jeg arbejder på følgende center

PC Frederiksberg	42 %	18 besvarelser
PC København	30 %	13 besvarelser
PC Ballerup	28 %	12 besvarelser

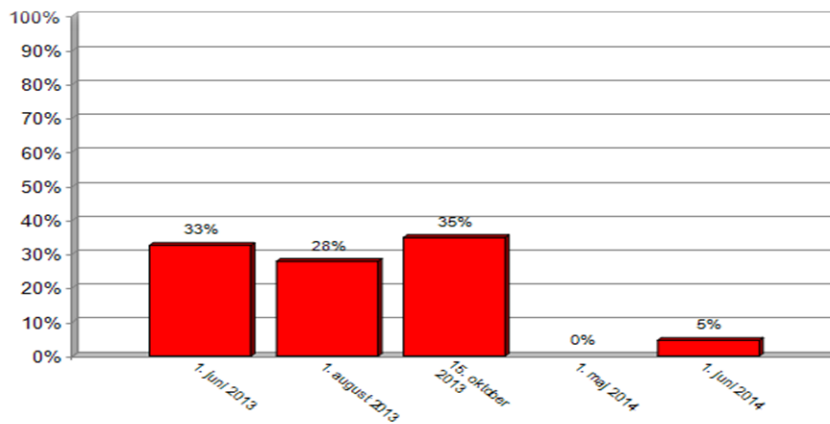
#### 2: Jeg arbejder på følgende afsnit

Åbent afsnit	63 %	27 besvarelser
Lukket afsnit	28 %	12 besvarelser
Rehabiliteringsafsnit	9 %	4 besvarelser

#### 3: Jeg arbejder som

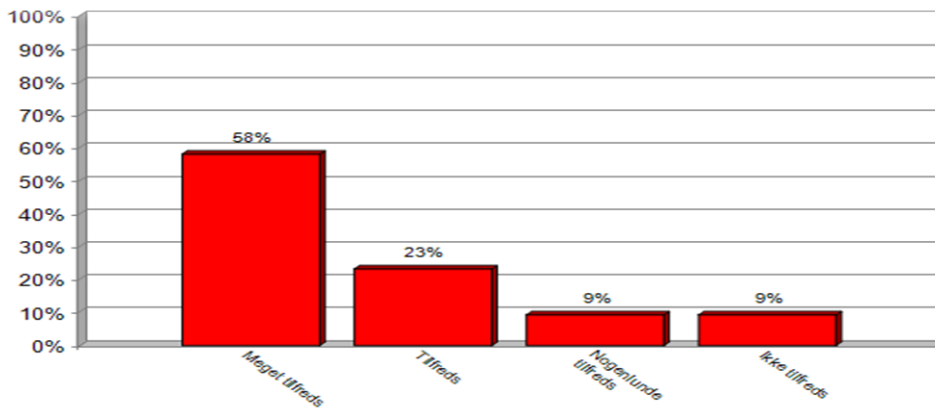


4: På mit afsnit har vi haft en recovery-mentor ansat siden (ca.)

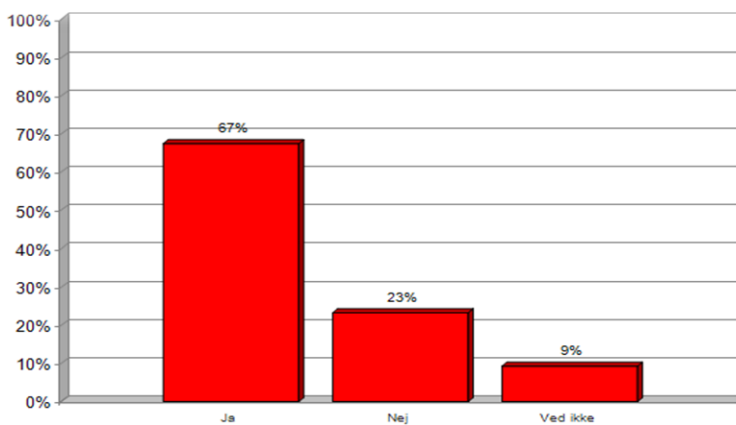


Status (spm.5-7)

5: Hvor tilfreds er du med, at der er ansat en recovery-mentor på dit afsnit?



6: Bruger du recovery-mentoren aktivt i dit arbejde med patienterne i afsnittet?



**7: I hvor høj grad drager du nytte af følgende ressourcer hos recovery-mentoren?**

Svarmuligheder	I høj grad	I mindre grad	Slet ikke
At mentoren har og deler af sine erfaringer med <b>sygdom</b>	30 %	28 %	12 %
At mentoren har og deler af sine erfaringer med <b>indlæggelse</b>	56 %	35 %	9 %
At mentoren har og deler af sine erfaringer med <b>recovery</b>	58 %	28 %	14 %

**Mentoren i praksis (spm.8-10)**
**8: Hvilke funktioner udfylder recovery-mentoren blandt personalet på dit afsnit? (sæt gerne flere x'er)**

Generel sparring om livet som patient	67 %
Deling af viden og erfaring om sygdom og indlæggelse	67 %
Deling af viden om recovery, baseret på mentorens egne og andres erfaringer hermed	63 %
Aflastning for personalet gennem samtaler med patienter og pårørende	53 %
Formidling af viden om patienternes situation og tilstand på grundlag af mentorens samtaler med patienterne under indlæggelse	58 %
Brobygger mellem patient og behandler	44 %
Andet (se bilag 6)	30 %

**9: Hvilke funktioner udfylder mentoren blandt patienterne på dit afsnit? (sæt gerne flere x'er)**

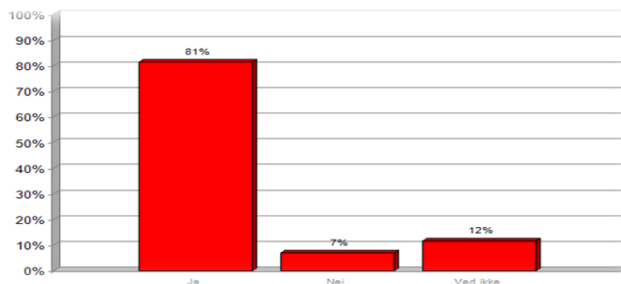
Har støttende og vejledende samtaler med patienten	72 %
Deling af erfaringer fra et liv med sygdom og recovery, som kan styrke patientens egen recovery-proces	81 %
Arrangerer aktiviteter på og udenfor afsnittet	63 %
Går med på hjemmebesøg forud for patientens udskrivelse	23 %
Støtter patienten under samtaler med læge og kontaktperson	23 %
Står til rådighed for pårørendesamtaler	16 %
Andet (se bilag 7)	16 %


**10: Hvilke af følgende funktioner/aktiviteter hos mentoren anser du for de vigtigste i det daglige arbejde?**

Svarmuligheder	Meget vigtig	Vigtig	Ikke så vigtig	Mindst vigtig
Samtaler med patienter	70 %	28 %	2 %	0 %
Sparring med personalet	44 %	49 %	7 %	0 %
Den ugentlige recovery-gruppe	53 %	35 %	7 %	5 %
Mentorens synlige tilstedeværelse og tilgængelighed i miljøet	65 %	35 %	0 %	0 %
<b>Total</b>	<b>58 %</b>	<b>37 %</b>	<b>4 %</b>	<b>1 %</b>

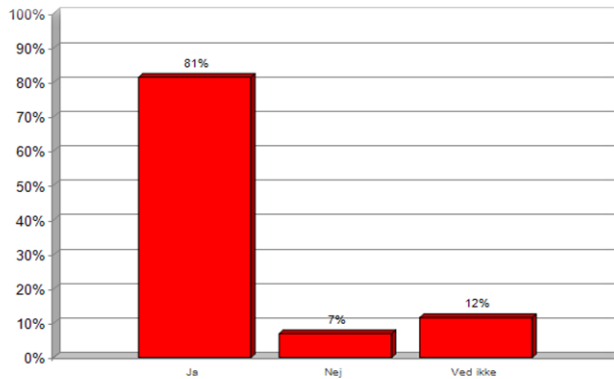
**Udfordringer/bekymringer (spm.11-13)**
**11: Hvilke udfordringer og/eller bekymringer har der været forbundet med at ansætte en medarbejder med brugerbaggrund på dit afsnit? (Se bilag 1 med besvarelser til spm.11)**
**12: Er det dit indtryk, at disse udfordringer og/eller bekymringer er blevet større eller mindre med tiden?**

Udfordringerne/bekymringerne er blevet større	16 %	7 besvarelser
Udfordringerne/bekymringerne er blevet mindre	37 %	16 besvarelser
Jeg har ikke oplevet nogen ændringer	47 %	20 besvarelser

**13: På hvilken måde har det påvirket personalegruppen på dit afsnit, at der er blevet ansat en recovery-mentor? (Se bilag 2 med besvarelser til spm.13)**
**Mentoren på afsnittet/centret i fremtiden (spm.14-16)**
**14: Kunne du tænke dig, at ordningen fortsætter, så I fortsat vil have en recovery-mentor ansat efter projektets afslutning ved udgangen af 2014?**


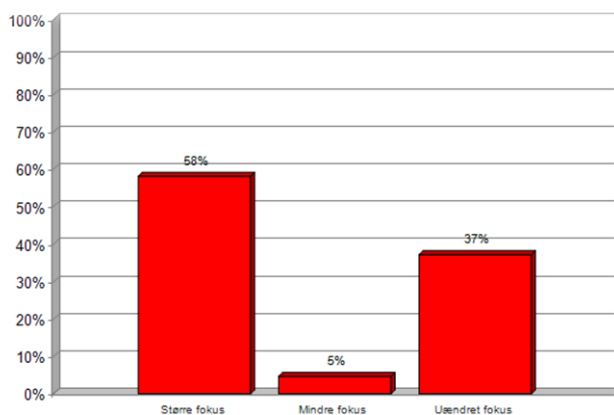
15: Begrund kort din besvarelse af forrige spørgsmål (Kunne du tænke dig, at ordningen fortsætter, så I fortsat vil have en recovery-mentor ansat efter projektets afslutning ved udgangen af 2014?) (Se bilag 3 med besvarelser til spm.15)

16: Vil du anbefale, at man på andre afsnit på dit center ansætter en recovery-mentor?



**Fokus på recovery (spm.17 og 18)**

17: Er der blevet sat større eller mindre fokus på recovery på dit afsnit, efter recovery-mentoren blev ansat?



18: Hvilke fordele og ulemper, mener du, der er forbundet med at ansætte personer med brugerbaggrund i behandlingspsykiatrien?

(Se bilag 4 med besvarelser til spm.18)

**Afsluttende kommentarer (spm.19)**

19: Øvrige kommentarer (Se bilag 5 med besvarelser til spm.19)

## Kommentarer

Denne evaluering (i sammenligning med den første) afspejler en større grad af sikkerhed og fortrolighed med projektet. Dette viser sig bl.a. i de fra personalets side mere konkrete bud på, hvad man kunne ønske sig af projektet. Med den større afklaring bliver ønskerne til ordningen tilsvarende konkrete.

Følgende inddeling af temaer følger inddelingen i den færdige rapport, og henvisninger til de stillede spørgsmål noteres med spørgsmål nummer i parentes (spørgsmål 5 = (5)).

### Personalet og centrene

Svarprocenten er fortsat lav, men dog højere end ved den første evaluering. Dertil kommer, at besvarelserne fordeler sig over flere personalegrupper end tidligere, hvilket er glædeligt; særligt når man betænker, at mentorens arbejde netop er kendetegnet ved at gå på tværs af de gængse opdelinger af ansvarsområder blandt personalet.

### Status (5-7)

På spørgsmålet (5) om, hvorvidt man som personale er tilfreds med, at der er ansat en recovery-mentor på afsnittet, svarer 81 %, at de er enten meget tilfredse eller tilfredse (58 %/23 %). Dette er i sig selv glædeligt, men forstærkes af de 67 % (6), som tilmed bruger mentoren aktivt i arbejdet med patienterne. Dette vidner om, at projektet ikke længere kun repræsenterer en 'god ide' men at denne 'ide' tilmed realiseres ude på afsnittene. De ressourcer (7) hos mentoren, som personalet hovedsagligt gør brug af, er ikke så meget mentorens erfaring med sygdom som det er 1: mentorens erfaring med indlæggelse (realiseret i den umiddelbare forbindelse til patienterne) og 2: mentorens erfaring med recovery (realiseret i det nye perspektiv på tiden efter indlæggelsen qua de levede erfaringer).

### Mentoren i praksis (8-10)

Det gode samarbejde mellem personalet og mentorerne er afgørende for, at mentoren kan lykkes i sit arbejde. Spørgsmål 8 vidner om, at når samarbejdet er godt, er der tale om en udveksling mellem mentor og personale af forskellig viden om patienten og dennes situation. Mentorens primære bidrag til samarbejdet er ifølge undersøgelsen:

- sparring om livet som patient (67 %)
- deling af viden og erfaring om sygdom og indlæggelse (67 %)
- deling af viden om recovery (63 %)

Denne viden eller disse kompetencer er særegne for mentorerne, og kan ikke erstattes af en fra personalegruppen.

På spørgsmålet (9) om, hvilke funktioner mentoren udfylder blandt patienterne, er billedet det samme. Også her fremhæves de(n) vigtigste funktion(er) hos mentoren, at hun/han 'har været der selv'. Følgende af mentorens funktioner fremhæves her:

- støttende og vejledende samtaler med patienten (72 %)
- deling af erfaringer fra et liv med sygdom og recovery, som kan styrke patientens egen recovery-proces (81 %)

De øvrige funktioner (hjemmebesøg, støtte af patienten under samtaler med læge og kontaktperson etc.), som mentoren også udfylder, men som ikke har sit udspring i mentorens særlige rolle som medarbejder med brugerbaggrund, nedtones.

I praksis udfører mentoren mange forskellige opgaver i afsnittet, men de opgaver, der direkte udspringer af mentorens egne erfaringer med sygdom og recovery, fremhæves som de vigtigste; blandt disse særligt den individuelle samtale (10) mentor og patient imellem.

### Udfordringer/bekymringer (11-13)

Det er ikke let at integrere en ny medarbejder med en for personalet hel ny medarbejderprofil i et afsnit, som i høj grad fungerer indenfor faste rammer og med en klar arbejds- og ansvarsfordeling. Ikke desto mindre er dét, hvad det adspurgte personale har skullet, og blandt deres besvarelser på spørgsmålet om, hvilke udfordringer og bekymringer, der har været forbundet med at ansætte en medarbejder med brugerbaggrund (11), træder følgende emner frem (bilag 1):

1. manglende forberedelse af personalet forud for ansættelse af mentoren
2. inklusion af mentoren blandt personale og patientgruppe
3. mentorens eventuelle skrøbelighed i forhold til arbejde og diagnose

Ad 1: *Hvilken rolle han skal have. Vi har fået meget dårlig introduktion til, at vi skulle have en mentor i afsnittet og har slet ikke fået gjort klart, hvad hans rolle er. Så der har været mange problemer med, hvad vi har haft af forventninger og til, hvad mentoren har haft af forventninger til rollen.*

*Jeg ved ikke, hvor mange bekymringer, der har været. Mener At det hele vejen igennem har været brugbart og nyttigt med en recoverymentor. Hvis der alligevel har været en bekymring, har det omhandlet uvidenhed om funktionen samt frygt for ikke at bruges i de relationelle sammenhænge med patienter. Dette har ikke været tilfældet. Har kun positive ting at sige.*

Ad 2: *For mig var det i starten en udfordring at arbejde sammen med en ikke sundhedsfaglig uddannet. "Vi er skolet på en bestemt måde". Mentoren havde en mere personlig stil og personlig tilgang i kontakten med ptt. og ut. Der gik lidt tid inden, jeg kunne se de kvaliteter, der er i at arbejde på den måde. Jeg synes, at det er en god tilgang.*

*Udfordringen har vel været at få mentoren integreret, som en naturlig del af afdelingens personale. Også at gøre brug af mentorens viden og kompetencer.*

Ad 3: *Mentorens psykiske skrøbelighed - hvor læsser hun af?*

*Jeg kan huske, at nogle omtalte det at en mentor skulle starte - (om man skulle tage ekstra hensyn til den kommende mentor) - dette har jo vist sig at være fuldstændig ubegrundet, og igen en stigmatisering inden for egne rækker -: Det hører jeg ikke, der bliver talt om mere.*

*Som elev er det måske lidt svært at svare på, men jeg kunne forestille mig, at folk har nogle fordomme om mentoren nu er "ordentlig" rask, har risiko for tilbagefald, større tendens til sygefravær og lign.*

Det følgende spørgsmål (12) i undersøgelsen handler om, hvorvidt omtalte bekymringer med tiden er blevet større eller mindre, og her gives der ikke noget klart svar. Hovedvægten af besvarelserne (47 %) angiver, at der ikke er sket nogen forandring, hvilket kan tyde på, at bekymringsniveauet til at begynde med måske ikke var så højt endda.

Til en vis grad bærer besvarelserne af spørgsmål 13 (*På hvilken måde har det påvirket personalegruppen på dit afsnit, at der er blevet ansat en recovery-mentor?*) præg af, at de seks mentorer ikke har grebet arbejdet an på samme måde, at der endnu ikke kan være tale om en homogen mentor-profil, og at personalegrupperne fra afsnit til afsnit har varieret i engagement, interesse og samarbejdsvillighed i forhold til projektet. Skulle man imidlertid læse udenom de personlige kommentarer til de enkelte mentorer, er følgende bemærkninger værd at lægge mærke til (se bilag 2):

*Mere medinddragelse af patienterne i behandlingsforløbene*

*At der også er tid til de lange samtaler, når vi er presset.*

*Positivt! Især brobygningen mellem patient og "livet udenfor"*

*I en positiv retning. Vi er meget glade for at have en recoverymentor, som har brugererfaring og fokus på recovery-forståelse for man kan komme sig.*

*Tænker klart meget mere recovery orienteret og synes vi medtænker det mere i vores behandling og bruger mentorens erfaringer*

*recoveryområdet bliver mere synligt i dagligdagen.*

*Der er blevet mere fokus på helheden i recovery processen*

*Det har måske fået os til at føle os tidssvarende/fremsynede i vores psykiatriske pleje.*

## **Mentoren på afsnittet/centret i fremtiden (14-16)**

Svarene på de næste tre spørgsmål i undersøgelsen – der alle omhandler mentor-projektet i fremtiden – taler deres klare sprog med en enkel og klar anbefaling af, at man bør fortsætte projektet og tilmed anbefale andre afsnit og centre at gøre det samme (14 og 16). Recovery-perspektivet i projektet synes at have sat sig spor i det daglige arbejde på afsnittene, og lysten til at fortsætte denne udvikling er klar.

Hele 81 % (14) af de adspurgte ser gerne, at deres recovery-mentor fortsætter sit arbejde i afsnittet, når projektet udløber, og tilsvarende 81 % (16) vil anbefale andre afsnit på centret at ansætte en mentor.

Begrundelserne for at lade mentoren fortsætte sit arbejde fordeler sig inden for følgende grupperinger (se bilag 3):

1. 'medarbejder med brugerbaggrund' som en vigtig kompetence blandt personalet i afsnittet
2. brobyggerfunktionen mellem plejepersonale og patienter

3. mentoren bidrager med noget helt nyt og brugbart for personale såvel som for patienter
4. mentorens arbejde højner niveauet for plejen generelt

Ad 1: *Det er en ressource for ptt. og personalet at have en, der har prøvet indlæggelse. Det sætter vores arbejde i perspektiv og tydeliggør recovery.*

*Det giver bare mere, at andre pt. møder en tidligere pt. ift håb for fremtiden.*

Ad 2: *Hun er meget vigtig som bindeled mellem ptt. og behandler, kan motivere til fortsat indlæggelse eller udskrivelse på en måde, jeg ikke kan, kan ofte også overbevise medicinvægende ptt. om nytten i at tage medicin. Hendes grupper er meget populære.*

*Det er en konstruktiv brobygning. Patienterne er meget glade for vores recoverymentor, Jeg har et meget godt og lærerigt samarbejde med vores recoverymentor. Jeg synes, hun er meget dygtig og kan reflektere konstruktivt og givende med fokus på den enkeltes bedste.*

Ad 3: *Jamen det giver lidt sig selv efter alle de tidligere spørgsmål, vores mentor er i allerhøjeste grad så stor en ressource for afsnittet og også noget patienterne efterspørger som noget af det første. De er ekstremt glade for grupperne og samtalerne med hende og personalegruppen er meget glade for den sparring, vi har med hende. Hun giver nye og anderledes indgangsvinkler til problemstillingerne i hverdagen, hvilket er guld værd både for os og patienterne. Selvfølgelig skal hun fortsætte, det ville være et stort tab for afsnittet uden hende.*

*Jeg synes, det er en fantastisk mulighed for forsat at give patienterne og personalet mulighed for at udvide deres horisont. Det giver en god dynamik i personale gruppen at have en mentor ansat, og patienterne værdsætter det meget.*

Ad 4: *JA! Det har givet god respons fra patienter, og vi har haft god vidensdeling . At have en recoverymentor højner i den grad kvalitet af sygepleje og behandling i afsnittet.*

*Ja, jeg synes generelt, det er en god ide med en mangfoldig personale gruppe*

*Det er godt med andre briller i psykiatrien*

### Fokus på recovery (17 og 18)

I projektbeskrivelsen, der blev udarbejdet forud for ansættelsen af mentorerne, er visionen for mentorernes arbejde sat ind i en større og mere overordnet kontekst. Her fremstår fire særskilte perspektiver på projektet som en art delmål for den samlede indsats.

Disse er: (visionen for projektet citeres her i sin helhed, men er inddelt i fire delmål; alle fremhævelser er undertegnede):

1. Visionerne for fremtidens psykiatri er en psykiatri med **patienten i centrum** baseret på **recovery, netværksinddragelse og rehabilitering.**

2. Ansættelse af **medarbejdere med brugererfaringer/mentorer** er et **bevis overfor patienter og medarbejdere på, at det er muligt at komme sig**
3. og virker dermed **understøttende på patients recoveryproces**
4. og **fremmer recovery orienteringen i behandlingen.**

Spørgsmålene 17 og 18 i undersøgelsen omhandler disse temaer særskilt. Særligt spørgsmål 17 er vigtig i denne sammenhæng. Her spurgte vi:

*Er der blevet sat større eller mindre fokus på recovery på dit afsnit, efter recovery-mentoren er blevet ansat? (17)*

Hertil svarede 58 % **Ja** mens 37 % mente, at fokus var uændret. Er man da nået i mål? Nej, naturligvis ikke, men tallene viser, at der er påbegyndt en forandring af kulturen på afsnittet i retning af mere recovery. Noget er sat i gang, noget nyt har fundet fodfæste, og der er udstukket en retning for den recovery-orientering, der, som nævnt i projektbeskrivelsen, er visionen for projektet.

Hvem skal bære denne udvikling videre? Vi har bedt de adspurgte svare på følgende:

*Hvilke fordele og ulemper, mener du, der er forbundet med at ansætte personer med brugerbaggrund i behandlingspsykiatrien? (18).*

Deres besvarelser placerer mentoren i spændingsfeltet mellem det at være *skrøbelig* og det have at have *indsigt*. Det er erfaringen, at mentorerne har begge... nogle har mere af det ene, andre mere af det andet, men... begge forhold gør sig gældende for alle mentorer, og bør indgå i overvejelserne over, hvordan man på sigt bør forberede (uddanne) de kommende mentorer.

*Jeg synes, det er godt at gøre brug af forskelligheder og ressurser. Ved at ansætte en med brugerbaggrund får vi et indblik i patienternes modgang i psykiatrien, og forhåbentlig en større forståelse for de mennesker, vi arbejder med.*

*Som brobygger mellem personale og patienter er det en god ting. Og hvis recovery-mentoren sidder meget ude blandt patienterne og imødekommer patienternes behov for kontakt, er dette også rigtig godt. Omvendt kan man som personale en sjælden gang være ængstelig for, om recovery-mentoren hele tiden selv har det helt godt nok til at fungere blandt patienterne og i plejen.*

*Fordelene er tydelige. Det giver en dybere forståelse af nogle problematikker ved, at der kan komme også personlige facetter på en problematik, uden at det er i et behandlingsøjemed, men netop fra et erfaret synspunkt. Ulempen kan være, hvis den person, der bliver ansat, ikke er i stand til at løfte opgaven. Vores recoverymentor har dog fuldt ud været i stand til at løfte opgaven.*

*Hvis vedkommende selv bliver syg, fordelene er at vedkommende selv forstår at være indlagt*

*Der kan komme andre perspektiver på en situation. Ofte har mentoren talt med patienten, og patienterne siger noget andet til hende end til personalet. Mentoren er ikke så "farlig", så*

*patienter tør åbne sig mere op for hende. Så hun kan nogle gange sidde med andre og rigtig gode oplysninger, som personalet ikke får.*

*fordelene: kendskab til det at være indlagt og have en psykiatrisk lidelse giver øget forståelse, kan have ideer til nye/bedre tiltag i afsnittet - en anden måde at gøre tingene på, som personalet måske er blevet "blind" overfor. Ulemper: ?*

## Afsluttende kommentarer (19)

I de afsluttende kommentarer er tonen generelt positiv i forhold til projektet, og så godt som alle giver udtryk for, at de gerne ser projektet fortsætte, enten som det er nu eller eventuelt med udskiftning af mentoren. Kommentarerne falder indenfor tre kategorier:

1. den korte tilkendegivelse af, at projektet er godt og bør fortsætte
2. en længere refleksion over, hvorfor man synes projektet har en berettigelse
3. den gode vilje i forhold til ideen med projektet, men med forbehold, da erfaringerne med mentoren ikke er gode

Ad 1: *Projektet er rigtig godt og bør gøres permanent.*

*Recoverytanken er vigtig i hospitalspsykiatrien*

*Det bedste der er sket i lang tid, både for patienter og personale i lang tid.*

Ad 2: *Vi på afs. xxxx håber meget, at mentor NN kan forblive i sin stilling, da [dennes] bidrag til patienter og personale har været uvurderlig. Det har skabt gode snakke, øget forståelse og givet et bidrag til et højere fagligt niveau.*

*Vi er heldige at have en meget kvalificeret mentor hos os - både fagligt og menneskeligt. Det er vigtigt med en god dialog og åbenhed mellem mentor og resten af personalet - hvilket er tilfældet hos os!*

*ansatte med brugerbaggrund skulle ansættes som en fast del af personale gruppen, og være som alt andet plejepersonale, hermed også være med i eks. tvangssituationer*

Ad 3: *Rigtig godt projekt, men alt for lidt information til personalet, hvilket gør, at der er modstand for implementering. Kan ikke lade være med at tænke John Kotter's trin model, omkring implementering og forandringsprocesser.*

*Hele tanken om en mentor er ganske god, men forholdene skal være anderledes. Dette gælder både for medarbejdere og mentor, da en holdningsafstemning og forventningsafstemning er af essentiel karakter, hvis samarbejdet skal komme til at [fungere i fremtiden]*

Altså alt i alt en positiv stemning overfor pilotprojektet og de bagvedliggende værdier.

# Afdelingssygeplejerskernes kommentarer til recovery-mentorens arbejde

Afdelingssygeplejerskernes oplevelse af at have en recovery-mentor ansat for en kortere eller længere periode er af afgørende betydning for det samlede billede af recovery-mentor projektet. Vi har derfor ved projektets afslutning spurgt dem om, hvilken effekt mentorens arbejde har haft på kulturen på arbejdspladsen, hvilke udfordringer, det har bragt med sig, og hvordan man i fremtiden og med bedst muligt resultat kan gribe mødet mellem personale og mentor an.

Vi har spurgt:

1. Hvad har recovery-mentorfunktionen bidraget med på dit afsnit?
2. Hvordan har dit personale modtaget funktionen?
3. Hvilke udfordringer/problemer har du som leder oplevet ved at have en recovery-mentor på dit afsnit?
4. Har du som leder forholdt dig anderledes til recovery-mentorfunktionen end til dit øvrige personale?
5. Hvordan bør kommende afsnitsledere forberedes på at have en recovery-mentor?
6. Andet

Det er der kommet følgende kommentarer til.

Ad. 1

Der er en gennemgående tilfredshed – med mentorernes arbejde – at spore blandt afdelingssygeplejerskerne, som fremhæver kvaliteter ved mentorerne og deres arbejde, der spænder lige fra de mere praktiske opgaver til det at være det gode eksempel for patienter såvel som for personale. De nævner:

Mentoren hjælper til med praktiske opgaver såsom at skabe kontakt til bosted, studie, værested mm. og hjælper desuden patienterne med at "forstå" den medicinske behandling og de medfølgende bivirkninger.

Derudover er mentoren en "positiv" ledsager under indlæggelsen, hvor samtaler med afsæt i mentorens egen erfaring virker som et vigtigt eksempel på, at hvis man passer på sig selv og følger behandlingen, så kan man leve et meget "normalt" liv.

Påvirkningen sker dog ikke kun i forhold til patienterne men tilmed i samspillet med personalet, hvor mentoren ved patientgennemgang og tværfaglige konferencer bidrager med en anden indsigt i patienternes situation end plejepersonalet. Dette har bevirket, at der tænkes mere konkret over recovery-indsatsen på enkelte afsnit.

Mentorens gang i afsnittet har, nævnes der, øget personalets fokus på recovery

## Ad. 2

Afdelingssygeplejerskerne giver udtryk for, at deres respektive personale har været meget glad for tanken/ideen om at have en mentor ansat, og at samarbejdet med mentoren har forløbet godt. Det fremhæves et sted, at særligt det lægefaglige personale har taget godt imod mentoren og brugt denne aktivt i arbejdet med patienterne i det pågældende afsnit. Dette har overrasket afdelingssygeplejerskeren positivt.

Mentoren har bidraget positivt til kulturen på afsnittet og flere er blevet opmærksomme på måden, man kommunikerer på, når mentoren er på kontoret og snakken går om patienterne i miljøet

## Ad.3

På spørgsmålet om hvilke udfordringer, der har været forbundet med at have en recovery-mentor ansat, fremkommer nogle forskellige svar, som berører emner som:

- Mentorens skrøbelighed
- Mentorens manglende indsigt i afsnittets arbejdsgange og faste rutiner
- Mentorens manglende viden om, hvad det vil sige at arbejde i sundhedsvæsnet
- Den manglende præcisering af mentorens arbejdsopgaver
- At samarbejdet med recovery-mentoren i høj grad bærer præg af præcis hvilken mentor, man får ansat og ikke så meget, at man får ansat en mentor

*Ingen direkte problemer eller udfordringer men jeg har været opmærksom på, at personen måske var mere skrøbelig end os andre*

*Jeg har ladet mine mentorer planlægge deres fremmøde selv under hele projektet, da jeg tror, det giver den største ro og arbejdsglæde*

*Jeg har brugt ca. 10 gange så meget tid på vores recovery-mentor, sammenlignet med andre ansatte*

*Min erfaring er, at mentoren har behov for en langt grundigere introduktion end andre medarbejdere og en grundigere introduktion til sundhedsvæsnet*

*Det er svært at blive helt skarp på mentorens opgaver. Hvad kan mentoren og hvad kan mentoren ikke?*

*Der har ellers ikke været problemer med at have en recovery-mentor på afsnittet. Jeg tror måske, at den person, som mentoren er, har stor betydning.*

## Ad. 4

Man kunne fristes til at tro, at afdelingssygeplejerskerne har skullet forholde sig anderledes til mentoren i forhold til det øvrige personale, grundet mentorens sygdomshistorik, men det synes ikke at have været tilfældet. Der er ifølge besvarelsenerne ikke taget særlige hensyn til mentoren.

## Ad. 5

På spørgsmålet om, hvordan kommende afsnit skal forberedes på, at der skal ansættes mentorer, deles vandene. Nogle er blevet forberedt tilstrækkeligt, mens andre har manglet oplysning særligt om, hvad mentoren kan tilbyde som mentor og helt personligt... hvem er det egentlig man ansætter? Her spiller mentorens sygdomshistorie en rolle. Det nævnes bl.a., at mentoren skal have en robusthed for at kunne fungere i arbejdet, og at det er en væsentlig faktor, hvilken bagage, mentoren har med sig i arbejdet. Det er således vigtigt både at have mentorens sygdomserfaring og øvrige livserfaring i tankerne ved ansættelsen.

Ad. 6

Der fremkom kun denne kommentar:

*Det har været et spændende forløb og vi er så heldige her på afdeling xx at vi har fundet penge til at fastansætte NN*

# Mentorfunktionen – fokusgruppeinterview

## Gennemgang og kommentarer

I forbindelse med den sidste personaleevaluering blev der afholdt et fælles interview med gruppen af mentorer. De mentorer, der ikke kunne deltage, fik efterfølgende mulighed for at se udskriften af interviewet og kommentere yderligere. Herved sikredes det, at alles erfaringer blev inkluderet.

Interviewere var to medarbejdere i Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, og spørgsmålene i det semistrukturerede interview var udarbejdet i samarbejde med projektets tovholder. Selve interviewet blev afholdt i slutningen af august 2014.

Internationale erfaringer med ansættelser af medarbejdere med brugerbaggrund peger på, at dette heller ikke for medarbejderne med brugerbaggrund selv er helt let. Udover de gevinster, den enkelte medarbejder med brugerbaggrund får via sit arbejde, synes udfordringerne typisk at berøre tre felter:

1. arbejdsmiljøet (eks. vis stor arbejdsbyrde, lønforhold, fordomme fra kollegaer)
2. det faglige (eks. vis mangelfuld træning, manglende færdigheder, uklare jobbeskrivelser)
3. den personlige mentale tilstand (eks. vis stress, daglig omgang med psykisk sygdom).

Da mentorgruppen endnu kun består af få personer, og de derfor sandsynligvis vil være ret genkendelige, har vi af diskretionshensyn valgt at fokusere på arbejdsmiljø og det faglige og undlade de mere personlige sårbarheder, herunder om arbejdet har medvirket til eventuel opblussen af symptomer – eller det modsatte.

Formålet med interviewet var derfor at høre recovery-mentorernes egne erfaringer med arbejdets karakter og indhold, hvilke udfordringer det konkret havde krævet af dem at varetage arbejdet, samt forslag til forbedringer og udvikling. Overordnet set tegnede der sig følgende hovedtemaer i interviewet:

- Utilstrækkelig forberedelse af afsnit og mentorer
- Uklare arbejdsopgaver og begyndervanskeligheder med at få sig etableret i afsnittet. Hvad er mentorens arbejdsopgaver i forhold til det øvrige personale?
- Ønsker om mere viden om værktøjer i arbejdet
- Forholdet mellem at være medarbejder med brugerbaggrund og recovery-mentor. Bliver mentoren hovedsagligt opfattet som 'tidligere patient' eller som en, der har særlig viden om recovery (hvilken vægt har disse i forhold til hinanden)?
- De til tider både vanskelige, men givende relationer til kollegaer på afsnittet og det åbne og tillidsfulde møde med patienterne (er mentoren at opfatte som patientens tillidsmand/talerør overfor personalet? Og hvad vil det sige at være brobygger mellem patient og personale?)
- De personlige udfordringer, sårbarheder og kompetencer
- Ønsker til funktionens videre udvikling
- Hvilke opgaver er det i orden at give mentoren – herunder balancen mellem eksempelvis 1: at stå til rådighed for patienter og personale og 2: at blive sat til forhåndenværende arbejde såsom følge patienten på indkøb, rede seng eller lave kaffe og rydde op i afsnittet?

## Forberedelsen

Flere (alle) mentorer gav udtryk for, at såvel afsnittene som mentorerne selv kunne have været bedre forberedt på opgaven. I det hele taget giver svarene indtryk af, at funktionen var ny, og at alle nok stod noget famlende overfor hvilke funktioner og viden, der rent faktisk var behov for.

Tre af de interviewede mentorer havde deltaget i det indledende kursus i juni 2013, der som tidligere nævnt var arrangeret i samarbejde med en konsulent fra LAP Merete Dobusz, som det første år tillige var tilknyttet mentorerne som sparringspartner ved erfa-møderne, som afholdes hver fjortende dag:

*Jeg tror et mere guidet og planlagt kursus vil være en god idé for kommende mentorer at følge, da ens personlige erfaringer får en ramme og nogle redskaber at kunne give sig til udtryk med.*

*Kurset var: 1.) det var for kort. 2.) I bakspejlet var det var fantastisk. Gratis gruppeterapi og fik ekstremt meget ud af det og stor udveksling. Men set i forhold til det, som mødte os på afd. , var det måske for blød en opstart, forstået på den måde, at der blev fokuseret rigtig meget på recovery, hvad mener jeg med recovery og hvad var min historie, hvad har jeg været igennem, hvor jeg egentlig synes, at der burde have været mere fokus på, hvad er det her recovery egentlig for noget. Hvordan arbejder man med det, og hvilke værktøjer har vi til patienterne, når vi kommer. Jeg stod meget og skulle bruge egne erfaringer og var ikke blevet rustet og manglede nogle værktøjer.*

Andre startede direkte på afdelingen, fordi de blev ansat senere. De gik enten direkte i gang med arbejdet på afsnittet eller fulgte med som føl i en kort periode hos en af de sundhedsprofessionelle kollegaer.

*Der var ikke intro, men et kursus om jura og brand, men ikke noget om recovery. Jeg kom og blev vist lidt rundt, men ikke mere. De sagde, at jeg var ny recovery-mentor, men skulle selv introducere mig til alle personaler. Det var jeg ret utilfreds med. De kunne til et møde have introduceret mig, og så kunne jeg have fortalt om mig selv og min baggrund...*

*Kom til med nogle måneders forsinkelse i medio oktober. Og min introduktion ja, hvis man skal sige det, "kaos", på den måde at man dumpede ned i en afdeling, hvor folk ikke vidste noget om det.*

*Der har ikke været noget intro, og derfor er ordet kaos relevant at bringe på banen. Så dumper man ned og må begynde at etablere sig, både i relation til en selv, hvad man skal og i relation til at overbevise de øvrige om, hvad man kan.*

En af mentorerne udtaler således på vegne af hele gruppen:

*Og så synes jeg, at det skal slås fast med syv-tommersøm, at forberedelse til at der kommer en recovery-mentor går begge veje, der foregår en uddannelse af en recovery-mentor, men også en form for uddannelse af personalet*

Grundig introduktion, træning af færdigheder og fortsat uddannelse er således essentielt for følelsen af at være sikker i sin funktion som mentor.

## Arbejdsopgaver og værktøjer

Det undervisningsprogram, som mentorerne arbejdede med på introkurset, var som nævnt i indledningen tilrettelagt med vægt på en introduktion til det at være medarbejder i behandlingspsykiatrien, samt generelle overvejelser over recovery som begreb og recovery som proces. Da mentorerne efterfølgende fik deres gang på afsnittene, viste der sig behov for at tilegne sig egentlige "værktøjer", såsom konkret viden om samtaleteknik, diagnoser og i det at være mentor. En del af dette blev honoreret gennem omtalte erfa-møder, men da der som ovenfor beskrevet har været en vis udskiftning af mentorer, opstod behovet løbende for konkret viden. Behovet for viden om konkrete værktøjer kan ses som udtryk for mentorernes stadig større inklusion i arbejdet på afsnittene. Hermed følger også ønsker og behov for særlige konkrete arbejdsopgaver.

Det er endvidere vigtigt at holde sig for øje, at gruppen af recovery-mentorer er en broget skare med forskellige personlige og uddannelsesmæssige baggrunde, hvorfor behovene for konkrete værktøjer tillige er temmelig forskelligartede. Dette betyder ligeledes, at mentorerne vil komme til at udfolde deres arbejdsfunktioner forskelligt og lægge vægt på forskellige forhold i afsnittene og hos patienterne, uanset træning i de samme værktøjer og tilgange.

*Jeg ville have haft godt af at læse om evt. overvære oplæg/foredrag omkring, hvad mentorskab og mentorpraksis i andre sammenhænge er for noget. Der findes en stor etableret litteratur. For at få nogle almene definitioner gjort klart.*

*Andre lægger mere vægt på, at personalet gennem kendskabet til mentoren som person og dennes sygdomshistorie ville give mentoren en større sikkerhed i arbejdet*

*Sådan at de ved, hvem jeg er, dem som arbejder der, så de ikke tænker, hvem fanden er han, han ser da normal ud, men hvad er hans baggrund. Irriterende hver gang at skulle sige, hvem man er. Mht. ETC, det har jeg selv prøvet, og det ville have været fedt, at de kendte til, at jeg har været det igennem, så de kunne sige, at det har xxx også været igennem. Det kom først frem flere måneder senere. Synes bare at de skulle vide det, for det er mærkeligt, og så kan de ikke rigtig bruge mig og hvem jeg er.*

## Mødet med personalet og med patienterne

Et gennemgående træk ved mentorernes oplevelser var, at mødet og kontakten med patienterne oplevedes som uproblematisk lige fra dag ét, hvorimod forholdet til kollegaerne var noget mere besværligt særligt i begyndelsen.

(Dette genspejles i øvrigt ganske godt i den skepsis, som i hvert fald noget af personalet gav udtryk for i de første besvarelser som beskrevet ovenfor.)

En mentor siger:

*I mit tilfælde er det i hvert fald uproblematisk i forhold til patienterne at bruge mine egne erfaringer. Jeg oplever, at det bliver taget rigtig godt i mod, at man fortæller ud fra egne*

*erfaringer, og hvad man har oplevet, også fordi at de får det med, at man gør ting forkert, at man ikke bare gør de ting, de siger og så får man det bedre. I forhold til personalet er der store udsving på, hvordan det bliver modtaget, specielt hvis man siger noget, som ikke står i bøgerne, om jeg så må sige.*

*...idet at det er begyndt at gå bedre og de kender mig bedre, så inddrager de mig også mere i arbejdet, og siger, hvis jeg ikke selv siger noget, at denne her pt. kunne være spændende at snakke med, han/hun har dit og dat..de har lært mig bedre og kende..*

Alle mentorer giver udtryk for, at de betragter forholdet til kollegaerne som både essentielt og givende.

Et eksempel:

*...men ellers så synes jeg gennemgående, at i arbejdet med kollegaer og patienter, er ordet jeg umiddelbart kommer til at tænke på respekt. Jeg oplever stor respekt fra mine kolleger, hvis jeg siger noget. Hvis jeg siger noget til en konference for eksempel...*

I interviewet blev de bedt om at give en karakteristik af det, der kendetegner dem som mentorer i et forsøg på at fange de mere personlige kompetencer, der sætter dem i stand til at bringe deres egne historier i spil overfor patienter og personale

Følgende karakteristika blev beskrevet:

*opsøgende, smilende, rolig, tilstede, får patienterne til at føle sig trygge, empatisk, afvæbnende, ærlig, åben, glad, omsorgsfuld, lyttende, skaber en grobund for at kunne tale om vejret og senere om dybere ting, nærværende, tilgængelig, ydmyghed, lyst til at lære mere, bredt forankret, ro som en modvægt til det travle og hektiske i afsnittet, autoritet, tid og plads til bare at være sammen – også uden ord, gode kommunikationsevner, provokerende i forhold til det eksisterende system, i forhold til vanetænkning, ubevidst vanetænkning, mod, initiativrig, plante frø her og der, stædighed.*

Alle disse adjektiver og beskrivelser vidner om, at der stilles krav til mentorernes relationskompetencer. De betjener sig af aktiv lytning og assertiv kommunikation, og de stiller sig åbne og giver plads i mødet med patienten. De udviser organisatorisk forståelse i kraft af deres forsøg på at imødegå den travlhed, et afsnit ofte summer af, ligesom de tilstræber at udfordre den ubevidste organisatoriske vanetænkning.

I og med at det især er det relationelle, der ifølge mentorerne hjælper dem til at lykkes i deres arbejde, stiller det også store krav til dem i hverdagen, og det kan virke stressende. At stå til rådighed og være åben opleves til tider som belastende. De skal navigere i grænselandet mellem det faglige og det personlige, ligesom de til tider er vidner til store vanskeligheder hos patienterne og behandlingen af disse, som påvirker dem negativt.

*...at bruge egne erfaringer, fordi jeg har fundet ud af, at det ikke en statisk ting, som jeg kan bruge, nogle gange kan jeg ikke så godt. I forhold til patienterne er det altid én til én kommunikation, og det er ikke svært, men jeg har oplevet, at personalet har brugt min*

*åbenhed overfor en pt. og konverteret den til en generel åbenhed overfor alle patienter ,og der kan jeg mærke, at jeg har en grænse, det kan jeg ikke...*

Det kan også indimellem opleves som belastende at være vidne til behandlingssystemet

*Jeg er her og ikke bare for sjov, hm.. og egentlig er der så en ting, som er en helt anden retning. Det er systemets begrænsninger . At det psykisk kan være en belastning at opleve de begrænsninger, der er i forhold til patienterne. At opleve noget som fungerer rigtig, rigtig skidt og noget, hvor patienter bliver svigtet, bliver udskrevet, som værende svigtet. Og der er der desværre rig lejlighed til.*

Eftersom recovery-mentoren står som "den eneste af sin slags" på afsnittet, og fordi arbejdsfunktion- og indhold endnu er relativt uforankret i afsnittene, er et netværk omkring mentorerne meget vigtigt. Erfaringsmøderne fungerer som en støttende funktion ved siden af den enkelte mentors kontakt til afdelingssygeplejersken og/eller den kliniske sygeplejerske specialist.

*Jeg har haft meget stor gavn af at komme her, især da jeg startede på bar bund, så det har været rigtig godt.*

## Fortsættelse

Måske ikke uventet mener alle mentorer, at projektet/ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund bør fortsætte, ligesom der er ideer til, hvordan funktionen fortsat kan og skal udvikle sig.

*Overordnet synes jeg, at det skal fortsætte, ja. Der har vist sig at være et rigtig stort behov og vi kan udfylde nogle roller, nu hvor vi efterhånden har fundet vores ben i forhold til det øvrige personale. Det er helt tydeligt, at vi kan noget , som de andre ikke kan. Det er ikke bare Ergo-light eller assistent-light. Jeg synes vi kan noget.*

En anden udtrykker det således:

*Jamen jeg kan jo sige i kor med xxx, at det er ret åbenlyst, at vi dækker et behov, og et behov som de øvrige funktioner ikke kan dække. Samtidig vil jeg også sige, at det så absolut bør fortsætte, fordi man til stadighed befinder sig meget, meget langt fra en færdig form. En højere grad af samarbejde med den eksisterende struktur, og at man i højere grad begynder at blande sig i strukturen i stedet for at blive dem, der kommer og bliver klisteret på bagsiden af en afdeling. Ja det er det med kompetenceområder og beslutningskompetence. Sådan nogle afprøvninger af forskellige ansvarsområder. Mulighed for at gennemføre personaleundervisning feks.*

Som konklusion på dette ene gruppeinterview synes der at fremkomme følgende væsentlige fokuspunkter, når recovery-mentorfunktionen evalueres af mentorerne selv.

- Tydelighed i rolle og arbejdsopgaver/-beføjelser – overfor personale og ledelse

- Tilgængelighed i forhold til både pt. (samtale) og personale (samarbejde)
- Tryghed i relationen til patienten, som kun mentoren kan etablere qua sin brugererfaring
- Tillid fra patienten (rollemodel og brobygger) og fra personalet grundet den autoritet, mentoren repræsenterer ved at kunne noget, intet personale kan i sig selv

Interviewet afspejler recovery-mentor-rollens kompleksitet. På den ene side er funktionen meget meningsfuld for mentorerne og bidrager til en oplevelse af, at mentorens egen sygdomshistorie faktisk har værdi for andre det være sig patienter, personale og organisation. På den anden side støder mentorerne på forskellige usikkerheder i deres funktion og position, usikkerheder der begrundes i rollens uklarhed og manglende redskaber, i relationen til kollegaerne og den kun gryende inklusion i organisationen samt i overvejelserne omkring adskillelsen af det private og det faglige... noget der i særlig grad bliver udfordret, når man decideret er ansat til netop at give af den personlige historie.

Interessant er det dog, at det meningsfulde i funktionen ser ud til at overskygge vanskelighederne.

Når funktionen har eksisteret yderligere et stykke tid, og der er indhøstet endnu flere erfaringer blandt endnu flere recovery-mentorer, vil næste skridt bl.a. være at gentage interviewet og undersøge, hvad den har betydet for mentorernes individuelle recovery-processer.

## Kort kommentar om mentorernes lønforhold

I mentor-gruppen har man af flere omgange talt om de lønforhold, mentorerne er ansat under. Dette hovedsagligt fordi mentorerne på nuværende tidspunkt (december 2014) aflønnes efter samme overenskomst, omend de har meget forskellige uddannelses- og erhvervsmæssige baggrunde.

Der har i denne sammenhæng været nogen frustration at spore hos enkelte af mentorerne, hvorfor det er glædeligt at erfare, at man fra HR- side nu har taget problemet op og fremover vil give kommende mentorer mulighed for individuelt at tale løn med den afdelingssygeplejerske, han eller hun er ansat under. Det betyder, at der for mentorernes vedkommende åbnes for muligheden af at forhandle løn/løntillæg, svarende til uddannelsesniveau og relevant erhvervserfaring.

Vi anser dette for en væsentlig udvikling i arbejdet for at skabe gode ansættelsesforhold for kommende mentorer i regionen.

# Diskussion

## Patienten i centrum

Drivkraften i projektet lige fra projektbeskrivelse over ansættelse af mentorer og til det egentlige arbejde på afsnittene har været ønsket om at sætte patienten i centrum. Dette skulle imødegås med mentorer, som med deres blotte tilstedeværelse på afsnittene ville fungere som eksempler på, at man kan komme sig fra svær psykisk lidelse. Men vi er nået længere end det.

I løbet af projektet er der udarbejdet konkrete værktøjer til at gøre vejen mellem patient og behandler både kort og klar (eks. ved personlige mål-skemaer), og mentorer og personale har fundet måder at samarbejde på, som belyser patienternes situation på en mere nuanceret måde end hidtil; dette blandt andet gennem mentorernes adgang til at dokumentere fra samtaler og recovery-grupper.

Hvad man ikke kunne vide ved projektets begyndelse var, at samarbejdet mellem mentor og personale er af vital betydning for implementering af 'mere' recovery på afsnittene. Personalet på de respektive afsnit har haft mange spørgsmål til, hvad det vil sige at have en diagnose, tage medicin, leve godt med sin sygdom osv. og disse samtaler mellem recovery-mentor og personale har været med til at bane nye veje mellem patienterne og plejepersonalet.

## Mentoren i fremtiden

Mentorfunktionen og mentorrollen kan tænkes bredere end den specifikke rolle, vi lagde os fast på i Recovery-mentor projektet. Vi har blandt andet i erfa-netværket arbejdet med følgende alternative måder at tænke recovery-mentoren på.

### **1 Recovery-mentoren som vi kender det fra projektet:**

Mentoren er ansat på et enkelt afsnit og udelukkende tilknyttet de patienter, der er indlagt dér samt deres pårørende

Styrker ved denne ordning er:

- Det tætte samarbejde med afsnittets personale, som gennem mentorens tilstedeværelse og opgaver, ansøres til et mere recovery-orienteret fokus i arbejdet
- Synlighed og tilgængelighed for de indlagte patienter, der muliggør de ad hoc opståede samtaler, der på sigt kan udvikle sig til deciderede recovery-samtaler
- Patientens fortrolighed med mentoren gennem det daglige arbejde kan bane vejen for efterfølgende pårørendesamtaler

### **2 Mentoren som konsulent på centret**

Mentoren er ikke tilknyttet et enkelt afsnit men kan tilkaldes til de afsnit og patienter, der måtte have brug for en samtale, en gruppesession eller undervisning.

Styrker ved denne ordning er:

- En høj grad af fleksibilitet hos mentoren

- Centeret kan benytte mentorens ekspertiser på alle afsnit herunder: åbne og lukkede afsnit, skadestue, ambulatorier, distrikt psykiatri, OPUS mm.
- Mentoren kan sætte ind ved akutte situationer overalt på centret

### 3 Mentoren som 'ekspert' indenfor sit område

En mentor med særlige erfaringer indenfor et bestemt diagnostisk spektrum kan have en særlig tilknytning til netop det afsnit/Kompetencecenter, der er specialiseret i behandlingen af netop den diagnose (områder som bestemt diagnose, dobbeltdiagnoseproblematik, erfaring med ect-behandling eller selvmordsbehandling mm.).

Styrker ved denne ordning er:

- Mentoren som 'ekspert' i forhold, der knytter sig til:
  - diagnose (den bipolare mentor taler med bipolare patienter)
  - alder (den unge debuterende taler med den unge mentor)
  - social baggrund (den studerende patient taler med den studerende mentor/den mentor der har haft sygdom og studie inde på livet)
  - medicinsk behandling

### 4 Mentoren som en del af et større mentorkorps i regionen

Mentoren er ikke tilknyttet et afsnit eller et center, men derimod regionen. Mentorer fra mentorkorpset kan tilkaldes til patienter, der måtte have brug for sparring om livet som patient og om recovery i det hele taget (udskrivelse, hjem igen fra hospitalet, pårørende-problematikker osv.). Mentorer fra mentorkorpset kan tilkaldes til oplysning og sparring for patienter og/eller pårørende og personale. Mentorer fra mentorkorpset kan tilkaldes til de centre og afsnit, som ønsker viden om recovery

Styrker ved denne ordning er:

- Et stærkt mentor-fællesskab
- Mentorkorpset som forum for sparring og videreuddannelse af mentorer

### 5 Mentoren som del af et interregionalt mentornetværk

Mentoren købes til opgaver på centre, afsnit og behandlingstilbud i regionerne

Styrker ved denne ordning er:

- En bredt funderet gruppe af mentorer
- Et større udbud for aftagere af netværkets tilbud, herunder tilbud om oplysning og undervisning på centre, arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner mm.

## Recovery-mentoren – en ny ressource i afsnittet

Der er efterhånden ingen tvivl om, at ansættelsen af recovery-mentorer i behandlingspsykiatrien betyder tilførsel af en ny ressource både for patienter og personale – men ikke kun det. Det har tillige stor værdi for de ansatte mentorer. Man må ikke glemme den effekt, det har på mentorerne (og deres recovery-proces),

at de gennem mentorarbejdet har mulighed for at udvikle de levede erfaringer til helt specifikke erfaringskompetencer.

Spørgsmålet, der må rejses i kølvandet på et projekt som recovery-mentor projektet er således ikke: *Er det en god ide men derimod: Hvordan følge op og føre videre ud i livet på afsnit og centre?*

Rapporten taler sit klare sprog om personalets glæde ved mentorens særlige kvaliteter og kompetencer, om mentorernes glæde ved de arbejdsopgaver, som både er udfordrende og meningsfulde, og ikke mindst om patienternes store udbytte af mødet og samtalerne med mentoren.

Men den taler samtidig lige så tydeligt om en ret mangelfuld forberedelse af personalet og om den sparsomme introduktion af mentorerne til jobbet. Intet af dette har været enkelt, da funktionen har fundet sin form undervejs, og vi fra starten alene havde udenlandske erfaringer at læne os op af. Derfor havde vi, ved pilotprojektets start også kun en foreløbige idé om, hvad personale og mentorer skulle forberedes til .

Det eneste sted, hvor det så at sige ikke 'halter', er i forhold til patienterne, hvilket er glædeligt, eftersom den overordnede målsætning for Region H Psykiatri på sigt er at sætte patienten i centrum med fokus på brugerinddragelse og samarbejde personale og patienter imellem.

At kunne møde patienterne, dér hvor de er med egne levede erfaringer fra sygdom og recovery, og så tilføje gode råd, vejledning, trøst, og viden om vejen til livet "udenfor" (eller efter?) sygdommen og krisen, dét kan den gode mentor – og det er disse kompetencer, man bør videreudvikle i uddannelsen af kommende mentorer.

Den gode og nødvendige forberedelse af mentorer og personale, som skal struktureres og leveres så snart nye mentorer skal ansættes på nye afsnit, kunne med fordel varetages af tidligere mentorer og erfarent personale i samarbejde.

## Fra egne levede erfaringer til en ny faglighed

Mentorernes egne levede erfaringer er ikke en kompetence i sig selv – de er recovery-mentorens resonans og anledningen til, at han/hun har søgt arbejdet til at begynde med. Egne levede erfaringer bør ikke være mentorens primære redskab i arbejdet med patienterne, men derimod et erfaringsgrundlag, man skal hjælpe den kommende mentor med at udvikle. Personlige erfaringer skal blive til erfaringskompetencer, som så igen skal tegne en helt ny faglighed i behandlingspsykiatrien, sådan som vi kender den i dag.

Det betyder også, at man med ansættelsen af medarbejdere med brugerbaggrund/recovery-mentorer må være villig til at byde forandring og fornyelse af ellers gængse arbejdsmetoder velkommen på afsnit og centre i regionen.

## Fremover

I og med at det er blevet besluttet, at der skal ansættes recovery-mentorer på alle voksenpsykiatriske centre, børne- og ungdomspsykiatrien og på de sociale tilbud i Region Hovedstadens Psykiatri, vokser gruppen af mentorer på nuværende tidspunkt, og tilknytning, funktioner og arbejdsmetoder vil fortsat være under udvikling. Det vil derfor være vigtigt at følge og understøtte denne udvikling tæt, samt at



## Psykiatri

tilbyde råd og sparring til de centre/afsnit/botilbud, der ønsker at ansætte en medarbejder med brugerbaggrund. Dette vil være en løbende opgave.

Derudover må vi løbende undersøge, om patienter/borgere, personale og organisation fortsat finder det meningsfuldt og om disse ansættelser under danske forhold rent faktisk bidrager til det, vi ønsker, nemlig en øget recovery-orientering. Dette sidste gøres bedst i et forskningsdesign, hvilket påtænkes udviklet i 2015.

# Bilag til anden personaleevaluering

## Bilag 1

### Besvarelser på spørgsmål 11

#### **11: Hvilke udfordringer og/eller bekymringer har der været forbundet med at ansætte en medarbejder med brugerbaggrund på dit afsnit?**

Ser det som en stor fordel for patienter, personale og afsnittet i helhed. Er med til at styrke og forbedre fundermentet for en tilgang med patientens recoveryproces og empowerment i tilgangen og behandlingen af den enkelte.
Mentorens psykiske skrøbelighed - hvor lægger hun af?
Afds mentor er ikke så synlig i afd og sidder ofte meget på kontoret og løser soduko/kryds ord. Afds mentor burde være mere aktiv med pt i miljøet Mentoren burde notere i Kiso hvad er er talt med pt om Deltage aktivitet i konferencer
Hvilken rolle han skal have. Vi har fået meget dårlig introduktion til at vi skulle en mentor i afsnittet og har slet ikke fået gjort klart hvad hans rolle er. Så der har været mange problemer med hvad vi har haft af forventninger og til hvad mentoren har haft af forventninger til rollen.
Jeg mener at afdelingen har været positiv indstillet over at skulle ansætte en recoverymentor
For mig var det i starten en udfordring at arbejde sammen med en ikke sundhedsfaglig uddannet. "Vi er skolet på en bestemt måde". Mentoren havde en mere personlig stil og personlig tilgang i kontakten med ptt. og ut. Der gik lidt tid inden, jeg kunne se de kvaliteter, der er i at arbejde på den måde. Jeg synes, at det er en god tilgang.
Tvivel om arbejdsområder, da de ikke var tilstrækkeligt beskrevet. Ellers ikke .....
jeg kan huske at nogle omtalte det at en mentor skulle starte - (om man skulle tage ekstra hensyn til den kommende mentor) - dette har jo vist sig at være fuldstændig ubegrundet, og igen en stigmatisering inden for egne rækker -:) Det hører jeg ikke der bliver talt om mere.
At person ikke kunne klare opgaven, hvilke de 2 personer heller ikke har kunne klare.og det er synd over for patienterne.
En udfordring kan være at pt. helst vil have mentor med til lægesamtaler, hvor det ofte er bedre at det er

en sundhedsperson, især hvis lægen er nødt til at være "skrap"
Netop at mentoren har brugerbaggrund - det er en vigtig og givende erfaring!
Jeg har set det som et positivt tiltag
Hun var allerede ansat, der jeg blev ansat på afsnittet, men jeg var meget positiv indtillet overfor projektet, allerede før jeg blev ansat. I starten skulle jeg lige lære hendes rolle at kende. Nu har vi et fantastisk samarbejde.
Der kan være bekymring fra nogen faggrupper om mentoren fraråder eller ikke-motiverer patienter deres medicin. Dette er dog ikke min erfaring. Det kan dog fornemmer jeg gøre den tonen mentoren mødes med lidt hård.
Jeg ved ikke hvor mange bekymringer der har været. Mener At det hele vejen igennem har været brugbart og nyttigt men en recoverymentor. Hvis der alligevel har været en bekymring har det omhandlet uvidenhed om funktionen samt frygt for ikke at bruges i de relationelle sammenhænge med patienter. Dette har ikke været tilfældet. Har kun positive ting at sige
Sparring i komplicerede forhold og sygdomme vedkommende ikke kender.
Måske skepsis i starten, men ikke overhovedet mere.
Som elev er det måske lidt svært at svare på, men jeg kunne forestille mig at folk har nogle fordomme om mentoren nu er "ordentlig" rask, har risiko for tilbagefald, større tendens til sygefravær og lign.
Det har været meget positivt, men er også en balancegang i forhold til samarbejdet med patienterne, læger og personale
At vi ikke ved hvor sårbar hun er. Eller ikke kender hendes holdninger til "systemet". At man ikke kender hendes stillingbeskrivelse eller arbejdsopgaver. Vores mentor har desværre talt med mange patienter om at man sagtens kan leve et liv uden medicin, hvilken kan være fint på et åbent afsnit, men ikke på et lukket intensivt. Syntes ikke vores mentor har været klædt på til en lukket afdeling. Syntes de mangler ugentlige supervision, de er også blevet kastet ud i en opgave, men ikke helt ved hvor fører hen, eller hvordan det påvirker dem. Vi skal passe på dem.
At en med brugerbaggrund er på kontoret på lige fod med os andre, fordi vores humør kan være meget sort.
Jeg har ikke haft bekymringer
Arbejder om natten så jeg har ikke haft nogen udfordringer.
INGEN UDFORDRING ELLER BEKYMRING
Jeg er bekymret for at de mentor kan virke endnu dårligere end vores patienter. Dette har jeg oplevet og fået tilbagemelding fra nogle patienter.

Udfordringen har vel været at få mentoren integreret som en naturlig del af afdelingens personale. Også at gøre brug af mentorens viden og kompetencer.
Ikke rigtig nogle bekymringer. Lært at vi måske skal sætte vores nye mentor lidt mere end i sygeplejen og dokumentationsarbejdet, så personen bliver en større del af teamet.
Umiddelbart ikke gjort til et problemfelt, kun som en ekstra ressource
Ingen for mit vedkommende
Jeg kan godt have en bekymring om at, hvis mentoren skulle få tilbagefald og ville have brug for indlæggelse og i værste fald blive indlagt med patienter som mentoren tidligere har været mentor for, kan give et stort tillidsproblem.

## Bilag 2

### Besvarelser på spørgsmål 13

#### 13: På hvilken måde har det påvirket personalegruppen på dit afsnit, at der er blevet ansat en recovery-mentor?

Aflastning i form af aktiviteter med patienterne
Det har ikke været den store forskel
Interesseret i starten med det nye, men frustration og irretation over at der er så mange problemer som ikke bliver taget hånd om. Vi oplever stor frustration over at der forsat mangler en rolleafklaring, så vi ved hvordan og hvorledes vi kan bruge recovery mentoren i det dagelige arbejde med vores patienter. Der er situationer med vores recovery mentor som er blevet omtalt flere gange og som man ikke vil acceptere af andet personalegruppe, f.eks. at lugte hver gang han er her og komme for sent. Det er synd, da det giver en barriere som vi ikke er interesseret i.
Det har indtil videre fungeret mindre godt. Mentoren skaber jævnligt negativ stemning med sine negative og nedladende kommentar. Og han deltager ikke aktivt i tværfaglig konf. Eller i samtaler med patienterne. Mentoren virker generelt negativt stemt over personalet. Han byder ikke ind med noget konstruktivt.
Mener ikke at det er muligt for mig at svare på, da jeg ikke er en fast del af personalet. Personligt oplever jeg at observationer og informationer øges om den enkelte pt. og derved fagligheden.
Godt initiativ som er relevant. Desværre har vi oplevet at begge blev sygemeldte.
mere medinddragelse af patienterne i behandlingsforløbene
At der også er tid til de lange samtaler når vi er presset.
Jeg ser det som en både hjælp for personalet i form af sparring og større viden omkring psykiske såbare efter endt indlæggelse, men også en stor hjælp i hverdagen da mentor'en går ind og hjælper på lige fod.
positivt da vi fik det afvide, da vores patienter, bliver positive ved at møde en som, kan dele ud af sine erfaringer. men de formår ikke ar kunne klare opgaven, og det er ærgerligt at skulle fortælle at endnu engang, måtte mentor stoppe.
ved ikke
Positivt! Især brobygningen mellem patient og "livet udenfor"
Det har påvirket personalet positivt forstået på den måde at samarbejdet er så konstruktivt og vi har en

kontinuerlig opmærksomhed på de forskellige facetter i den enkeltes recoveryproces.
Ved ikke, da jeg ikke har oplevet andet.
Godt, som en god aflasting.
I en positiv retning. Vi er meget glade for at have en recoverymentor som har brugererfaring og fokus på recovery-forståelse for man kan komme sig.
De er i høj grad tilfredse.
Tænker klart meget mere recovery orienteret og synes vi medtænker det mere i vores behandling og bruger mentorens erfaringer
Der har været meget snak i krogene, det har været svært for nogle at åbne op og lukke hende ind i personale gruppen. Dette tror jeg skyldes manglende viden omkring hendes plads i gruppen og arbejdsopgaver. Personalet er ikke blevet nok informeret omkring projektet. Mange syntes det er mærkeligt hun er med til vores supervisioner og personalemøder. Folk er blevet froarvet over at hun sidder til frokosten og siger man ikke behøver at tage medicin. I flere situationer, mangler situationsfornemmelse og for sagt eller gjort noget, der ikke helt passer til situationen.
det ved jeg ikke.
ikke rigtig nogen
Ved ikke. Var etableret da jeg ankom til afsnittet
recoveryområdet bliver mere synligt i dagligdagen.
jeg har ikke været ansat i gruppen uden denne
Ved ikke
Det er blevet mere fokus på helheden i recovery processen
<b>PÅVIRKET POSITIVT</b>
Endnu en synsvinkel på virkeligheden. Kræver ressourcer at bruge en mentor. Flot ordning.
Idea er rigtigt godt men på nuværende tidspunkt kan ikke se om den ordning har hjulpet.
Det har måske fået os til at føle os tidssvarende/fremsynede i vores psykiatriske pleje.
Personalet giver udtryk for frustration over, at mentoren kun giver negativ kritik omkring det arbejde, der foregår på afsnittet. Det er også vanskeligt at tale med mentoren, da der tales ud fra to forskellige synspunkter, som vanskeligt forliges eller bidrager med viden på tværs. Mentoren indtager ofte en kritisk holdning til psykiatrisk arbejde og formår ikke at komme med bud på hvilke områder eller emner, som kan udfoldes konstruktivt.

<p>Stor aflastning og stor betydning for patienttilfredsheden, da personalet ofte ikke har meget tid til aktiviteter bde og udenfor afdelingen</p>
<p>Mewre tid til patienterne qua et ekstra personale</p>
<p>Når mentoren er i afd er det tydeligt at alle benytter sig af den ressource det er.</p>
<p>ved ikke</p>
<p>Jeg kan kun udtale mig for mig selv, det påvirker mig at der er ansat en person som jeg ikke ved hvad skal lave.</p>
<p>Det kan jeg desværre ikke svare på</p>

## Bilag 3

### Besvarelser på spørgsmål 15

#### 15: Begrund kort din besvarelse af forrige spørgsmål (Kunne du tænke dig, at ordningen fortsætter, så I fortsat vil have en recovery-mentor ansat efter projektets afslutning ved udgangen af 2014?)

Bestemt. Men det skal ikke være på bekostning af sundhedsfagligt
Som ventet, kunne mentoren ikke opretholde en stabil ansættelse, og blev sygemeldt
Kunne tænke mig nogle ændringer som tidl beskrevet idet det kan være en styrke at have en tidl bruger ansat som kan bidrage til samarbejdet med pt erne. Som det er nu er det et fåtal af vores pt som bruger mentoren.
Det er meget an på hvem den recovery mentor er. Ideen er utrolig god og jeg vil til enhver tid svare ja, hvis jeg kan se at det kan gavne patienterne og min egen forståelse af recovery, da jeg kan se at det er muligt, men lige nu er der ikke stor udbytte for vores patienter eller personale ved at have en mentor, så derfor må jeg svare ved ikke.
Jeg kunne godt tænke mig at få en recovery mentor nu, men ikke den pågældende. Da han ikke bidrager på nogle positiv måder, da han fylder meget med sin passivitet, negativitet og nedladende kommentarer. Han indrager ej heller patienterne i recovery eller lignende.
Det er en ressource for ptt. og personalet at have en der har prøvet indlæggelse. Det sætter vores arbejde i perspektiv og tydelig gøre recovery.
Ja, gerne, men ikke på bekostning af en sundhedsfaglig medarbejder - Mentor skal være ud over afs. eget lønbudget.
brobygger mellem personale og patienter, patienterne er overordentligt glade for mentorfunktionen. lærerigt for personalet
Patienterne er enormt glad for Merete og hendes måde at samtale på. Især er de rigtig glade for gruppen om torsdagen og at de der mærker en anden forståelse end den vi som personale uden brugerbaggrund kan give
Jamen det er da vigtig at vi hele tiden bliver gjort opmærksom på at psykisk sygdom er noget der forekommer, både inde- og udenfor murene, og at mange ptt. godt kan få det godt igen - (jv stigmatisering indenfor egne rækker).
nej fordi de to vi har haft indtil videre har ikke kunne klare opaven, og det giver utrykthed for patienterne, at de springer fra.

Hun er meget vigtig som bindeled mellem ptt. og behander, kan motivere til fortsat indlæggelse eller udskrivelse på en måde jeg ikke kan, kan ofte også overbevise medicinvægende ptt. om nytten i at tage medicin. Hendes grupper er meget populære.
Ja! Da jeg her i afsnittet oplever at patienterne har stor glæde og gavn af mentoren og at mentoren når nogle ting (samtaler, aktiviteter) med patienten og på en lidt anden måde, end der ellers er muligt for plejepersonalet.
Det er en konstruktiv brobygning. Patienterne er meget glade for vores recoverymentor, Jeg har et meget godt og lærerigt samarbejde med vores recoverymentor. Jeg synes hun er meget dygtig og kan reflekterer konstruktivt og givende med fokus på den enkeltes bedste.
Hun er en god ressource, fordi hun har tiden til patienterne. Hun kan være god at inddrage, når patienterne er kritiske overfor sundhedspersonalet. Pt. er ligledes en god sparringspartner!
Helt sikkert. Det giver god mening for patienterne og er med til at indgyde håb. Dertil har metoren mulighed for at bruge sin tid anderledes end personalet.
JA! Det har givet god respons fra patienter og vi har haft god vidensdeling . At have en recoverymentor Højner i den grad kvalitet af sygepleje og behandling i afsnittet
ja særdelse.
Ja, det er i høj grad til glæde for patienterne, personalet og mentor selv, burde have været der for længe siden.
Jeg synes det skaber en go balance i afdelingen. Det er en bro (mentor) imellem det faglige (personalet) og det personlige (patienterne).
Mmm
Jeg synes det er en fantastisk mulighed for forsat at give patienterne og personalet mulighed for at udvide deres horisont. Det giver en god dynamik i personale gruooe og ha en metor ansat og patienterne værtsætter det meget.
Hvis der bliver nogle forbedringer, som ene supervision til alle mentore, så de bliver rustet til den opgave de er blevet kastet ud i.
ja,fordi at pt har meget glæde af det og kan virkelig bruge vores mentor.
ja jeg synes at det generelt, det er en god ide med en mangfoldig personale gruppe
Tror det er vigtigt for patienterne med en positiv rollemodel og sparringspartner
Jeg synes det at have en recovery-mentor ansat i afsnittet giver en anden "vinkel" i forhold til ptt..De virker glade for ordningen. Og ptt. vil gerne tale med mentoren og høre om hendes erfaringer om indlæggelse og at komme sig.

<p>Jamen det giver lidt sig selv efter alle de tidligere spørgsmål, vores mentor er i aller højeste grad så stor en ressource for afsnittet og også noget patienterne efterspørger som noget af det første. De er ekstremt glade for grupperne og samtalerne med hende og personalegruppen er meget glade for den sparring vi har med hende. Hun giver nye og anderledes indgangsvinkler til problemstillingerne i hverdagen, hvilket er guld værd både for os og patienterne. Selvfølgelig skal hun fortsætte det ville være et stort tab for afsnittet uden hende.</p>
<p>Det er godt med andre briller i psykiatrien</p>
<p>Det giver bare mere at andre pt. møder en tidligere pt. ift håb for fremtiden</p>
<p>VORES RECOVERY-MENTOR HAR KUN BIDRAGET MED POSITIVT TIL AFDELINGEN; OG DERFOR SER JEG GERNE AT HAN FORTSÆTTER:</p>
<p>Hvorfor dog ikke ???!</p>
<p>Som jeg nævnt tidligere at idea er godt men man må være meget kritisk overfor når man skal ansat en recovery mentor i fremtiden. Derudover må man også informere denne pågældenden mentor om hvad er deres arbejdsområdet er så kan den bruges til at støtte patienter under indlæggelse samt samarbejder med personalet i afdeling.</p>
<p>Det er positivt og konstruktivt i forhold til patientplejen.</p>
<p>Initiativet er vigtigt og ideen med en mentor er essentiel. Men vilkårene skal være anderledes, hvis samarbejdet skal fungere.</p>
<p>Ja meget gerne, har været af stor betydning at vi har haft en mentor både for personale og patienter. Ofte har patienterne også mere tillid til mentoren, hvis de er meget paranoide omkring systemet.</p>
<p>Ja så vi har mere personale på gulvet. Det er hvad der er brug for generelt.</p>
<p>patienterne har stor tillid til mentoren og det er tydeligt at de taler med denne om andre ting end med plejepersonalet og med større frihed. så derfor er det til gavn for patienterne når der tales udskrivelse og de får støtte af mentoren. måske kan det medføre færre genindlæggelser for nogle enkelte patienter.</p>
<p>Ja. Det er en stor styrke for os og patienterne. Patienterne bruger hende meget til gåture og oplever hende som mindre farlig end personalet</p>
<p>Jeg ved jo ikke helt hvad opgaver mentoren har</p>

## Bilag 4

### Besvarelser på spørgsmål 18

#### 18: Hvilke fordele og ulemper, mener du, der er forbundet med at ansætte personer med brugerbaggrund i behandlingspsykiatrien?

<p>Det er vigtigt at man vælger at ansætter personer som er personligt rustet til at være ansat i psykiatrien. Det skal være personer som har en forståelse - eller som kan få en forståelse - for hospitalsdrift. Derudover er det vigtigt at det er personer som er rimelig kommunikativt stærke, der gerne vil og kan stille sig op i en forsamling og fortælle, særligt i forhold til patienter. Personen skal være rimelig robust - en hverdag på et psykiatrisk afsnit kan til tider være følelsesmæssig meget udfordrende.</p>
<p>Deres skrøbelighed</p>
<p>hvis det fungerer ser jeg det som et stort plus</p>
<p>At de selv er meget sårbare og det er utroligt svært ved dem, at blive ansat i en rolle, som ikke er ordentlig afklaret endnu. Jeg er meget åben for, at ideen med at ansætte personer med brugerbaggrund er en god ide, men det er vigtigt at få revideret de helt rigtige til den rolle og virkelig få lagt en rolleafklaring så både de og os ved hvad der forventes af rollen. Vi har oplevet i starten, at vores recoverymentor har været meget modstander af os istedet for en samarbejdspartner.</p>
<p>Jeg mener at det er en fordel, men det kræver at mentoren er stabil og afklaret med sin sygdom. Ulempen er hvis mentoren er beskrevet som tidligere. Hvor mentoren ikke deltager i afdelingens aktiviteter.</p>
<p>Der er flere fordele end ulemper...kan egentlig ikke se ulemperne. Jeg tænker, at det kunne være svært for personer med brugerbaggrund at finde fodfæste i en afdeling i forhold til personalet.</p>
<p>Vi har oplevet ulemper med, at mentorerne selv blev påvirket/syge af den tætte kontakt med patienterne og har måttet stoppe deres arbejde. Fordelene; - øget fokus på recoveryprocessen hos patienterne - godt tilbud til patienterne, at se, at man kan komme sig efter psykiatrisk sygdom - hvis man fra højeste ledelses side vil lytte til mentorernes erfaringer, f.eks. om hvilket behov, man har som indlagt patient - indretning af afsnit., aktivitetstilbud, behov for støtte af pårørende, er personalet dygtige/gode nok, samarbejde ml. øvrige netværk (DPC, OPUS m.v.</p>
<p>fordelene: kendskab til det at være indlagt og have en psykiatrisk lidelse giver øget forståelse, kan have ideer til nye/bedre tiltag i afsnittet - en anden måde at gøre tingene på, som personalet måske er blevet "blind" overfor. Ulemper: ?</p>
<p>Jeg kan kun se fordele, jv tidligere beskrevne</p>
<p>Se tidl svar</p>

at de psykisk ikke er stærke nok. Men hvis de var, er det en rigtig god ide. Men tror ikke på at hvis man har været psykisk sårbar, at man kan klare og komme og hjælpe andre, psykisk sårbare .
de kan være mere "sprøde" ift vanskelige pt-forløb
Der er en udfordring for mentoren (i samarbejde med leder/kolleger/andre mentorer) at afgrænse sit arbejdsfelt og kende sine grænser ifm med pleje/behandling af ptt. Samarbejdet med patienten blr mere "i øjenhøjde" fordi mentoren selv har egne erfaringer med div. lign situationer...
Fordelene er tydelige. Det giver en dybere forståelse af nogle problematikker ved at der kan komme også personlige facetter på en problematik uden at det er i et behandlingsøjemed, men netop fra et erfaret synspunkt. Ulempen kan være hvis den person der bliver ansat ikke er i stand til at løfte opgaven. Vores recoverymentor har dog fuldt ud været i stand til at løfte opgaven.
Fordele: At hun kan udfordre personalet. Hun har en anden tilgang til patienterne. Hun har måske nemmere ved at vinde tillid hos patienterne
Afdelingen skal være klar til at mentoren ikke skal bruges til at presse pt'erne til det, behandlere ikke selv kan få pt.ere til at medvirke til.
At patienterne har en rollemodel som de kan blive vejledt og tale med inden udskrivelse
Hvis vedkommende selv bliver syg, fordelene er at vedkommende selv forstår at være indlagt
Fordelene er at mentor bedre kan sætte sig ind i patienternes verden, da hun selv har været der. Jeg kan ikke se nogen ulemper.
Jeg synes det er godt at gøre brug af forskelligheder og ressourcer. Ved at ansætte en med bruger baggrund får vi et indblik i patienternes modgang i psykiatrien, og forhåbentlig en større forståelse for de mennesker vi arbejder med.
Mmm
Fordele at de bygger bro og har erfaringer de kan bidrage med. Ulempe kan være svært at snakke medicin og der kan være en barriere fra lægerne.
Der kan komme andre perspektiver på en situation. Oftes har mentoren talt med patienten, og patienterne siger noget andet til hende end til personalet. mentoren er ikke så "farlig", så patienter tør åbne sig mere op for hende. Så hun kan nogle gange sidde med andre og rigtig gode oplysninger som personalet ikke får.
ulempen kan være ,hvis mentor er for skrøbelig og er urealistisk i sin omgang med pt. fordelene er hvis mentor er en person
med begge ben på jorden og er realistisk omkring pt.
kun fordele

Kulturforskelle kan være en ulempe. fordel med patient - rollemodel og sparringpartner samt synlighed for patienterne vedr mulighed for recovery/kontrol over eget liv igen.
Fordelene er bl.a. at patienterne nemt kan komme i kontakt med en person der forstår deres situation. ulemper: ved ikke
den nødvendige professionelle distance kan i nogen grader udviskes, men så læneg mentor og afsnittet er obs på dette ikke sker i uhensigtsmæssig grad behøver dette ikke være et problem at vi som kontaktpersoner i nogen tilfælde kan miste noget af relationen til mentoren og behandlerne kan komme til at fremstå som de onde, det har dog ikke være en problematik, så længe vi sparre med hinanden om problemstillingerne og i talesætter vores roller overfor pt.erne
ved ikke
Risikoen for tilbagefald. Åbenhedsniveau hos den enkelte.
INGEN ULEMPER. KUN FORDELE SET BÅDE MED PATIENTENS OG BEHANDLERS ØJNE
At forholde sig til virkeligheden på en realistisk måde.
Fordele er at patienter kan se at det kan få det bedre som den mentor under indlæggelse. Der viser håb til det enkelte patienter gennem mentor. Ulemper kan være at hvis den mentor er dårligere en selve patienter kan den ses som en nedlage
Som brobygger mellem personale og patienter er det en god ting. Og hvis recovery-mentoren sidder meget ude blandt patienterne og imødekommer patienternes behov for kontakt, er dette også rigtig godt, Omvendt kan man som personale en sjælden gang være ængstelig for, om recovery-mentoren hele tiden selv har det helt godt nok til at fungere blandt patienterne og i plejen.
Det er vanskeligt at forklare en lægmand, hvordan man som fagperson tænker og agerer. Mentoren øser af sine dårlige erfaringer ifm. egne indlæggelser, som anvendes som målestok for det arbejde, der foregår på afsnittet. Jeg oplever, at der udelukkende sættes fokus på hvordan, vi ikke skal gøre, som set med mentorens øjne. Dette skaber frustration hos personalet, som derved vælger ikke at samarbejde med mentoren, som ydermere forholder sig passivt ift. de opgaver, der følger med arbejdet som mentor.
Ingen ulemper
kun fordele
er beskrevet i tidligere svar
ved ikke
Dette er besvaret tidliger.
?

## Bilag 5

### Besvarelser på spørgsmål 19

#### 19: Øvrige kommentarer

Ikke andet end, at det er vigtigt at få afklaret hvad deres rolle er.
Jeg så det som en helt klar fordel da vi skulle have vores mentor ansat, og jeg har virkelig prøvet at indrage mentoren i gode patientforløb. Mentoren har dog ikke virket yderligere interesseret i dette, og har for det meste påpeget det negative imellem personale og patienten. Mentoren er ikke særlig imødekommende overfor patienterne, og jeg blev lettere målløs over at se her på skemaet hvad mentoren kan lave med patienterne. Dette har jeg slet ikke set vores mentor gøre. Pga mentorens negative udstråling og lignende oplever jeg også at patienterne ikke er særligt opsøgende ifht mentoren.
Ingen øvrige kommentarer
Vi på afs. 3232 håber meget at mentor Merete kan forblive i sin stilling, da hendes bidrag til patienter og personale har været uvurderlig. Det har skabt gode snakke, øget forståelse og giver et bidrag til et højere fagligt niveau
Projektet er rigtig godt og bør gøre permanent.
Jeg er lidt i tvivl om hvornår vores mentor startede men mener som sagt at det var august 2013"
Nej
nej
Vi er heldige at have en meget kvalificeret mentor hos os - både fagligt og menneskeligt. Det er vigtigt med en god dialog og åbenhed mellem mentor og resten af personalet - hvilket er tilfældet hos os!
Recoverytanken er vigtig i hospitalspsykiatrien
Jeg er meget glad for projektet
ikke noget
Vi vil beholde vores mentor!
Det giver ro og have en recovery mentor på fælles miljøet
Det bedste der er sket i lang tid, både for patienter og personale i lang tid.
ingen bemærkninger

mmm
Håber meget vi forsat kan have en recovery mentor i afdelingen
Rigtig godt projekt, men alt for lidt information til personalet, hvilket gør at der er modstand for implementering. Kan ikke lade vær med at tænke John Kotter´s trin model, omkring implementering og forandringsprocesser.
nej.
ansatte med brugerbaggrund, skulle ansættes som en fast del af personale gruppen, og være som alt andet plejepersonale, hermed også være med i eks. tvangssituationer
Svært at svare på forskelle fra før og nu da jeg er dumpet ind i afsnittet midt i det hele
Jeg synes det er en god ordning og en man skal gøre brug af fremover.
Vi har erfaret at mentoren ikke kun er ansat i kraft af sin sygdom og erfaringer med sundhedsvæsnet, men også i høj grad som os andre bruger sine personlige kompetancer og andre faglige kompetancer i arbejdet som pt. tillige efterspørger
ikke nogen
Ingen flere kommentar.
Om det er 100 % godt eller knap så godt for afdelingen, kommer også an på recovery-mentorens psykiske tilstand. Men grundlæggende er det et rigtig godt tiltag.
Nej
?
Hele tanken om en mentor er ganske god, men forholdene skal være anderledes. Dette gælder både for medarbejdere og mentor, da en holdningsafstemning og forventningsafstemning er af essentiel karakter, hvis samarbejdet skal komme til at
Nej
Nej
Ingen
?

## Bilag 6

### Besvarelser til svarmuligheden *andet* ved spørgsmål 8

#### 8: Hvilke funktioner udfylder recovery-mentoren blandt personalet på dit afsnit?

Han bidrager for det meste kun med negative kommentarer. Og det er svært at få en positiv dialog / sparring med ham
Vi har haft et godt samarbejde, ex med at arrangere besøg hos Idrætsforeningen Kæmperne og deltaget i Sund By Løbet
Vi har ingen mentor - begge er holdt op, så spørgsmålene er er besvaret udfra tidl. erfaring.
De mentor vi har haft, har enten haft tilbage fald, eller måtte stoppe da psykistrien kom for tæt på.
Motiverer ptt. til medicinindtag, drøfter udslusningsplaner og angsthåndtering.
Hun hjælper oftes med maden. Detter er rart da vi nogle dage er for få til både at passe maden, have have lægesamtaler osv, som oftes falder sammen omkring frokost.
Psykoedukation
Jeg er ikke så meget i denne mentor ordning og vide ikke rigtigt hvad han arbejdsrolle når han er tilstedet i afdeling. Til min observation sidder han meget med personalet end med patienter.
Jeg mener ikke mentoren udfylder sin sin funktion
Patienter får ofte udgang med følge, hvor personale ikke har tid til at gå tur, her har mentor haft rigtig stor betydning
Jeg mener ikke at recovery-metoren udfyldr nogle funktioner, da jeg mest ser menotren sidde på kontoret drikke kaffe og løse kryds ord.
Andet

## Bilag 7

### Besvarelser til svarmuligheden *andet* ved spørgsmål 9

#### 9: Hvilke funktioner udfylder recovery-mentoren blandt patienterne på dit afsnit?

Meget sjældent at han gør nogle af de ovenstående ting
Erfaring fra tidl. mentor, pt. har vi ingen.
har ikke været til stede
underviser i psykoedukation
Jeg mener ikke mentoren udfører nogen af ovenstående opgaver. Bl.a. nægter mentoren at tage på hjemmebesøg med en patient, arrangerer aktiviteter, som ikke bliver fastholdt, deltager ikke i samtaler med patienter og indgår ikke i hverdagen
Jeg ved ikke hvad mentoren laver med ptienterne
...