”De har erfaring med hva som hjelper”

En kvalitativ undersøkelse om medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid.

Ingrid Bjørkman
&
Kristina Pettersen

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Innlevering: 15.05.12

Høgskolen i Oslo og Akershus

Fakultet for helsefag. Institutt for sykepleie

Veileder: Per Nerdrum

Sammendrag

Bakgrunn Medarbeidere med brukererfaring er som fenomen av nyere dato i klinisk psykisk helsearbeid i Norge. Det er lite beskrevet i norsk forskningslitteratur og i beskjeden grad knyttet opp mot teori. Fenomenet beskrives å kunne bidra til å utvide og styrke kunnskapsgrunnlaget i fagfeltet ved å bringe inn erfaringsperspektivet.

Formål Undersøkelsen tar sikte på å bidra til utvidet kunnskap om fenomenet medarbeidere med brukererfaring, og samspillet mellom brukere og medarbeidere med brukererfaring. Vi har ved hjelp av teori, vår kliniske erfaring og andres funn ønsket å belyse funnene i vår undersøkelse.

Metode Som del av vår masteroppgave i psykisk helsearbeid har vi gjennomført en kvalitativ studie med intervju av syv informanter i klinisk psykisk helsearbeid hvor informantene er kollegaer av ansatte med egen brukererfaring. Det er benyttet en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming i undersøkelsen, med vekt på fortolkning.

Resultat Et nytt funn i undersøkelsen beskrives som viljen og evnen hos medarbeidere med brukererfaringer til å fasilitere endringer hos brukere. De beskrives å formidle mer utfordrende og tydeligere uttalte forventninger enn sine kollegaer. Informantene beskriver fenomenet som en stor potensiell ressurs, men peker også på nødvendigheten av ydmykhet i formidlingen av den egne erfaringskompetansen. Den individuelle erfaringen er nettopp individuell, og ikke nødvendigvis generell. Øvrige funn som fremkommer i undersøkelsen sammenfaller i stor grad med tidligere forskning. Betydningen av håp og funksjonen som rollemodell står sentralt. Utfordringer ved rollen knyttes til rolleavklaring og forberedelser på tjenestestedet. Nødvendigheten av et refleksivt forhold til egen forhistorie og fungering understrekes av informantene.

Konklusjon Det trengs videre forskning på mer detaljerte forhold knyttet til fenomenet, samt effektforskning. Det er også behov for å utvikle en teoretisk forankret kunnskapsbase hvor fenomenet inngår.

Nøkkelord: Psykisk helsearbeid, medarbeider med brukererfaring, utviklingsmodell, rolle

Abstract

Background Peer providers are former mental health users that have taken on a role as a professional mental health provider. Despite extensive research in the USA, the United Kingdom, and Australia, there is relatively little research about peer providers in the mental health field in Norway. This lack of Norwegian specific research can mainly be accredited to the youth of the phenomenon. According to the Norwegian Health Department, peer providers are a way to expand and strengthen the mental health field by contributing a practical, experience based perspective. This study is qualitative research of peer providers and their contribution in mental health services.

Aims This study endeavours to describe the benefits and drawbacks of working with peer providers through seven in-depth interviews with mental health employees that work with peer providers. This study contributes more specific knowledge for the Norwegian healthcare system. These findings are then theoretically examined to expand understanding of this new field. The interviews took place in clinical practise in mental health service.

Method The study is based on a qualitative research method which exerts phenomenology and hermeneutical philosophy of science. Meaning condensation was used as an analytical method.

Results Peer providers bring a new perspective based on personal experience that challenges the users through a direct approach, and encourages the users by disclosing personal experiences. The role shows a difficult balance by sharing personal experiences and being a professional helper. Success of peer providers is dependant on preparation before hiring and having a clearly defined role. Peer providers must be aware that their personal experience and solutions can not necessarily be transferred and generalized to others. Colleagues describe peer providers as a significant potential resource but they point to six circumstances necessary to optimize peer providers. Overall, the results of this study correspond to the international studies of peer providers as a role model and recovery promoter that gives hope to those partaking of mental health services. **Conclusion** Further research is required on more detailed aspects of the phenomenon and also impact research. There is a requirement to develop a theoretically grounded knowledge base in which the phenomenon is involved. The experience of the peer provider itself is not enough on its own.

Keywords: Mental health service, peer provider, role, development model

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON 6
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING 6
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA 6
1.3 LITTERATURGJENNOMGANG 7
1.4 OPPGAVENS FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL 8
1.5 BEGREPSAVKLARING 9
2.0 TEORI 10
2.1 UTVIKLINGSSONER 10
2.1 SOSIALPSYKOLOGI 11
2.2 MILJØTERAPI 11
2.4 DIALEKTISK RELASJONSFORSTÅELSE 12
3.0 METODE 14
3.1 KVALITATIV METODE 14
3.2 KVALITATIVT INTERVJU 14
3.3 FENOMENOLOGI 15
3.4 HERMENEUTIKK 16
3.5 VÅR FORFORSTÅELSE 17
3.6 DATABASE SØK 18
3.7 UTVALG 18
3.8 PRØVEINTERVJU 19
3.9 GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJU 20
3.10 TRANSKRIBERING 20
3.11 ANALYSE 21
3.12 ETISKE HENSYN 23

4.0 RESULTATER 25

4.1 ARTIKKEL 1: ”Å SE AT DET ER MULIG”. KAN MODELLÆRING BRUKES TIL Å FORSTÅ MEDARBEIDERE MED BRUKERERFARING? 25

4.2 ARTIKKEL 2: ” BRUKERERFARING I PSYKISK HELSEARBEID - EN UMULIG ROLLE?“ 25

4.3 ARTIKKEL 3: ”MEDARBEIDER MED BRUKERERFARING: 6 FORUTSETNINGER FOR EN RESSURS I PSYKISK HELSEARBEID” 26

4.4 ARTIKKEL 4: ”MED EN ANNEN TROVERDIGHET” HVORDAN KOLLEGAER ERFARER Å HA MEDARBEIDERE MED BRUKERERFARING I PSYKISK HELSEARBEID. 26

5.0 DISKUSJON 27

5.1 METODE 27

5.2 RESULTATER 28

5.3 KONKLUSJONER OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING 29

REFERANSER 31

VEDLEGG 1: ARTIKKEL 1-4: 35

VEDLEGG 2: ANSVARSFORDELING I SAMARBEIDET 110

VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV 111

VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE 113

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Innenfor psykisk helsearbeid er det ved noen tjenestesteder ansatt medarbeidere med egen brukererfaring. Med egen brukererfaring menes at de har, eller har hatt, en psykisk lidelse. I denne oppgaven ønsket vi å undersøke hvordan deres kollegaer erfarer dette.
Vi vil presentere en kvalitativ undersøkelse hvor vi har gjennomført semistrukturerte intervju med syv personer som arbeider i klinisk psykisk helsearbeid. Vi ønsket å se nærmere på hvordan psykisk helsearbeidere opplever det å ha (en eller flere) kollegaer med egen brukererfaring som er ansatt spesielt med dette som en kvalifikasjon eller spesifikk kompetanse. Vi var nysgjerrige på om det innebærer en forskjell, og i så fall hvilke(n).
Problemstillingen for oppgaven var:
"Hvordan erfarer ansatte brukererfaring i psykisk helsearbeid?"

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema i studien er dels knyttet til direkte erfaring med å ha kollega med brukererfaring, dels en voksende interesse for og nysgjerrighet på temaet gjennom masterstudiet. Vi har valgt å skrive oppgaven i artikkelmanus hvor det tydelig framgår ansvarsfordeling oss masterstudenter i mellom ved klart definert hovedansvar for hver våre artikler. Artikkelform ble valgt ved oppstart av prosjektet, med tanke på muligheter for å frembringe funn nok til tematisk atskilte artikler, også med tanke på en mulig publisering av artiklene i etterkant. Vi har i denne studien skrevet tre vitenskapelige artikler som er tematisk atskilte, og en artikkel som presenterer temaer fra de tre vitenskapelige artiklene i en populærvitenskapelig form. Hver artikkel skal kunne leses på selvstendig grunnlag, og det vil derfor forekomme repetisjoner for leseren som leser hele undersøkelsen.

Temaet i oppgaven er også påvirket av at nasjonale myndigheter helt fra den såkalte psykiatrimeldingen kom, og ved flere anledninger i ettertid, beskrev en gjennomgående kritikk mot psykiatrien og det psykiske helsearbeidet (St. meld. 25,1996-97).
Stortingsmelding 25 kom i 1996- 97 som en følge av at Stortinget i 1995-96 ba Regjeringen legge fram en nasjonal handlingsplan for det psykiske helsevernet. Stortingsmeldingen

oppsummerer i innledningen at mye er gjort i psykiatrien, men at mye gjenstår. Den beskriver og evaluerer satsningen som startet i 1990 med handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse, og oppsummerer med at det trengs forbedringer, og ikke et nytt overdrevent pendelutslag i fagfeltet med fokus på *ett* enkelt perspektiv.

Tre hovedpunkter ble staket ut som satsningsområder for videre arbeid:

- holdninger til psykiske lidelser
- kunnskapene om psykiske lidelser, hvorfor og hvordan
- styrking av behandlingstilbud, både i forhold til kvalitet og mengde

(St. melding 25, 1996-97, s. 13).

Kritikken omfattet både form og innhold på tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. *"Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingskjeden har brister i alle ledd"* (St. melding 25, 1996-97, s. 14).

Kritikken var omfattende, og det ble fulgt opp med en økonomisk forpliktende plan, Opptrappingsplanen, for å bygge opp og utbedre mangelfulle forhold, med et tydelig bruker og mestrings perspektiv (St.prp.nr. 63. 1997-1998). Rådet for psykisk helse (2009) har over lang tid hatt fokus på kvalitet i psykisk helsearbeid, og de har beskrevet ansettelser av personer med egen brukererfaring som et av flere mulige virkemidler for å bidra til å heve kvaliteten innen fagfeltet. Helsedirektoratet utga i 2011 en brosjyre i samarbeid med Nav hvor de beskriver ansatte med brukererfaring som en av flere måter å styrke brukerperspektivet og brukermedvirkning i tjenestene (2011, s 3).

Vi har i masteroppgaven ønsket å utforske dette nærmere.

1.3 Litteraturgjennomgang

Olav Nyttingnes gjorde i 2008, som ansatt i Rådet for psykisk helse, en gjennomgang av faglitteratur på emnet, og fant noe internasjonal litteratur som beskriver virkninger av brukeransettelser. Nyttingnes deler opp artiklene i tre hovedkategorier; virkning på selve tjenestesystemet, virkning på tjenestemottakere og på de ansatte med egen brukererfaring selv. I sin gjennomgang av litteratur referer han til i hovedsak positive virkninger av brukeransettelser.

> *"Brukeransettelser er neppe noe enkelt triks for perfekt hjelp, men gjennomtenkte og godt forberedte prosjekter kan bidra til kvalitetsforbedring i tjenestene, bedre tjenestekvalitet, sysselsetting og ytterligere bedringsprosesser hos de brukeransatte*". (Nyttingnes, 2008, s. 319).

Den internasjonale forskningen som er gjort når det gjelder ansatte med brukererfaring deles inn i positive og negative effekter for den ansatte selv, på brukerne og på selve tjenestesystemet. En review artikkel fra Simpson & House i 2002 viser til at å ha ansatte med brukererfaring i klinisk arbeid, eller på systemnivå ikke har skadelig effekt. Ansettelser i klinisk arbeid hadde positiv effekt på brukerne. Fagansatte som fikk opplæring av ansatte med brukererfaring fikk mer positive holdninger til brukere. Repper og Carter (2011) gjorde en review av publisert litteratur om medarbeidere med brukererfaring i tidsrommet 1995- 2010, ved kliniske avdelinger innenfor ”statutory services”(lovfestet tjeneste) innen psykisk helsearbeid. De oppsummerer funnene med at medarbeidere med brukererfaring i større grad enn ordinære tradisjonelle helsearbeidere evner å promotere håp og tro på bedring, empowerment og økt selvaktelse, øke brukernes egen effektivitet og selvstyre i forhold til vanskeligheter og sosial inklusjon, forpliktelse og sosiale nettverk. I alle evalueringer beskrives også fordeler for den enkelte medarbeider med brukererfarings egen del.

Flere studier viser til problemer og utfordringer med å integrere de ansatte med brukererfaring (Bennetts, Cross & Bloomer, 2011; Carlson, Rapp & McDiarmid, 2001; Gates & Akabas, 2007). Utfordringene omhandlet personalets holdninger rundt recovery og gyldigheten av brukerperspektivet, rolle konflikt og forvirring, manglende reglement og praksis rundt taushetsplikt, dårlig definerte arbeidsoppgaver og manglende støtte/veiledning. Litteratur gjennomgangen viser at det gjennomgående er publisert litteratur på området fra USA, Australia og England som beskriver fenomenet, og i mindre grad forskning i Norge.

1.4 Oppgavens formål og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å undersøke hvordan ansatte erfarer kolleger med brukererfaring i psykisk helsearbeid, og om dette innvirker på forståelse, holdninger, kvalitet og brukermedvirkning i det psykiske helsearbeidet. I sammenheng med dette utarbeidet vi 4 forskningsspørsmål i tilknytning til problemstillingen.

1. Kan det å ha kollegaer med egen brukererfaring erfares å bidra til holdningsendringer?
2. Kan det å ha kollegaer med egen brukererfaring bidra til en endret forståelse om hvordan det er å leve med psykiske lidelser?
3. Kan det å ha kollegaer med egen brukererfaring erfares å innvirke på kvalitet i det psykiske helsearbeidet?

4. Kan det å ha kollegaer med egen brukererfaring bidra til økt bevissthet om bruker medvirkning?

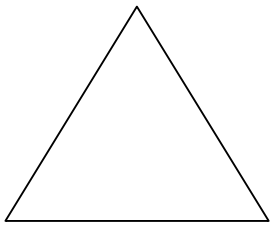
1.5 Begrepsavklaring

I Opptrappingsplanen for psykisk helse, Plan for brukermedvirkning (2006, s7), defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet. I planen beskrives det at ved ansettelse av brukere er det lagt vekt på at vedkommende har erfaringsbasert kunnskap gjennom sin erfaring som bruker, som kommer til anvendelse i det arbeidet vedkommende skal gjøre.
Helsedirektoratet har gjennom sin brosjyre ”*Medarbeider med brukererfaring – en ressurs”* beskrevet begrepet på følgende måte:
”*En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som har*

- *psykisk sykdom / rusmiddelproblemer*
- *erfaring med hjelpeapparatet”* (2011 s. 4).

Nyttingnes (2008) beskrev virkninger av ansettelser av medarbeidere med brukererfaring på tre nivåer. I undersøkelsen har vi hatt fokus på relasjonen mellom medarbeideren med brukererfaring og brukeren, og rollen som medarbeider med brukererfaring og forskjeller på denne og den tradisjonelle psykisk helsearbeider rollen.

Medarbeider med brukererfaring



Tradisjonell psykisk helsearbeider Bruker

2.0 TEORI

Gjennom arbeidet med undersøkelsen har vi erfart at fenomenet i liten grad er drøftet i lys av teori i faglitteratur. Som et forsøk på å belyse temaet teoretisk har vi valgt å se på elementer fra læringsteori, sosialpsykologi, miljøterapi og dialektisk relasjonssteori.

2.1 Utviklingssoner

Sammenhengen mellom læring og utvikling hos barn var et sentralt anliggende for den russiske psykologen og juristen Lev Vygotsky (1896- 1934). Vygotsky mente at læring er sosialt, kulturelt og historisk betinget, og noe som skjer *mellom* mennesker før det skjer *i* mennesker. Han var opptatt av at funksjoner i barnets utvikling først fremtrer mellom barnet og en annen, mer kompetent person, og mente at instruksjon skjer i forkant av ny kunnskap og innsikt (Hartmann, 1997).

Vygotsky var opptatt av å skille mellom et barns faktiske utviklingsnivå, som allerede er synlig, og dets potensielle utviklingsnivå, som en utvikling som er i ferd med å skje, og definerte den nærmeste sonen for mulig utvikling som utviklingssonen (Vygotsky, 1978). Begrepet henstiller til muligheter for å bevege seg fra et lavere til et høyere utviklingstrinn gjennom aktivitet med noen som fra før innehar et høyere nivå av erfaring og kunnskap i en ønsket utvikling. Asymmetrien i kompetanse hevdet han å være avgjørende, da instruksjonen må ligge et skritt i forkant av den enkeltes utvikling, men fortsatt innen rekkevidde med bistand, og dermed innebære kompetanseutvikling. Modellen for utviklingssonen kan forenklet beskrives som gradvis overgang fra at den uerfarne observerer den kompetente som en modell, og etter hvert overtar den kompetente i større grad observatør rollen og den (tidligere) uerfarne oppnår kompetanse.

Den amerikanske psykologen Jerome Bruner videreutviklet Vygotskys begrep om utviklingssoner og tilføyde begrepet ”scaffolding”(stillasbygging) som beskriver spesifikt den støttepregede funksjonen som skal bidra til at den mindre erfarne beveger seg mot høyere utviklingstrinn (Bruner, 1986).

Psykolog og veileder av psykologistudenter Ellen Hartmann har benyttet Vygotskys teori som utgangspunkt for en formidlingsmodell til opplæring i psykoterapi for studenter og oppfatter hans arbeid som en generell teori om formidling, opplæring og utvikling. Hun peker på at Vygotsky beskriver gunstige betingelser for hvordan mennesker tilegner seg nye

ferdigheter og utvikler seg, uansett hvor i livet en befinner seg og uavhengig av funksjonsnivå (Hartmann, 1997).

2.1 Sosialpsykologi

"The scientific investigation of how the thoughts, feelings and behaviours of individuals are influenced by the actual, imagined or implied presence of others" (Raaheim, 2002, s7).

Raaheim (2002) beskriver at et sentralt poeng innen sosialpsykologien er å vise hvordan individet med sine spesielle egenskaper og forutsetninger, og situasjonen med sine bestemte karakteristika, virker sammen.

Svartdal (2011) kommenterer at sosialpsykologiens tema er hvordan folk oppfatter, tenker, føler og handler i sosiale situasjoner. En sosial situasjon er en situasjon hvor personen omgis, reelt eller opplevd, av andre personer.

Sosialpsykologien omhandler; holdninger, oppfatning av andre mennesker, slutninger om årsaker til andre personers atferd, sosial påvirkning, konformitet, kommunikasjon, aggresjon, kjærlighet, hjelpsomhet, lederskap og gruppeatferd.

Begrepet rolle er sentralt i sosialpsykologien og er relevant for å belyse den nye rollen medarbeiderne med brukererfaring bringer til det psykiske helsearbeidet.

Rolle er definert som summen av de forventninger(egne og andres) som knytter seg til en bestemt posisjon i en gruppe (på et gitt tidspunkt, i en gitt sosial sammenheng), og som er med på å bestemme individets atferd (Raaheim, 2002, s35).

Den amerikanske sosiologen, filosofen og psykologen Georg Herbert Mead (1863-1931) regnes som rolleteoriens opphavsmann. Han beskriver at roller strukturerer, ordner og forenkler sosial interaksjon, men roller kan også være uklare, skape problemer og konflikter for den enkelte (Ilstad, 2004; Mead, 1934/2005).

2.2 Miljøterapi

Miljøterapi oppsto på bakgrunn av "moral treatment" på begynnelsen av 1900 tallet av den franske psykiater Pinel og den engelske psykiater Tuke. De reformerte anstaltene for de sinnslidende og erstattet fysisk kontroll med en mer moralsk holdning til avvikende atferd og et humant menneskesyn. Det ble innført en sosial modell, "den borgerlige familie", inn i de

gamle asylene. Behandlerne fikk en rolle som familiefedre, og synet på pasientene endret seg gradvis fra å være ”annerledes” og ”farlige” til å betraktes med et potensielt menneskeverd (Foucault, 1961/2000). Vedeler (1973) skriver at behandlerrollen ble redefinert i retning av ”den gode”.

Det terapeutiske samfunn oppsto som en protest mot det tradisjonelle hierarkiske systemet som tidligere dominerte på psykiatriske sykehus. Under andre verdenskrig oppdaget den engelske psykoanalytiker Thomas Mann fordelene med det som etter hvert skulle danne utgangspunkt for ”det terapeutiske samfunn”. Dette ble for alvor kjent på 1950 og 60 tallet da den skotske psykiater Maxwell Jones presenterte sin modell om en mer sosialpsykiatrisk tenking. Det terapeutiske samfunn ble etter hvert kritisert da ikke alle pasienter kunne nyttiggjøre seg av det åpne demokratiske miljøet som kjennetegnet tradisjonen. Oganisasjonsendringer på 1970 tallet gjorde at mindre funksjonsdelte avdelinger ble opprettet og miljøterapien måtte tilpasses ulike pasientgrupper og mer individualiserte arbeidsmåter (Andersen, 1997; Malt, Retterstøl & Dahl, 2003).

Miljøterapi som behandlingsform har en eklektisk tilnærming og brukes forskjellig på ulike steder. Felles for miljøterapi er imidlertid at utgangspunktet er en planlagt bruk av det som skjer i samspillet mellom brukere og miljøterapeuter (Henriksen et al., 2007). Den norske psykologen Erik Larsen (2004) mener miljøterapi er et todelt begrep som består av miljøbegrepet og terapibegrepet. Miljødelen handler om å organisere eller legge til rette, mens terapidelen handler om forandring og utvikling. Miljøterapi er et arbeid som legger til rette for at forandring skal bli mulig.

2.4 Dialektisk relasjonsforståelse

Psykolog og forsker Anne-Lise Løvlie Schibbye beskriver at hennes dialektiske relasjonsteori gjelder for relasjoner generelt, for ulike steder, tider og mennesker (Schibbye, 2009, s. 23). Hennes teori er preget av både dialektikk, eksistensfilosofi og psykoanalyse. Hun mener at vår væremåte mot klienter preges av vårt menneskesyn og at eksistensialismens fokus på menneskets allmenne livsbetingelser som fødsel, seksualitet, angst, sykdom, aldring, selvoppholdelsesdrift og død, er viktige korrektiv for terapeuter i deres tilnærming. En terapeutisk holdning preget av en dyp forståelse av det eksistensielle fellesskap gjør det mulig å kunne delta i andres indre opplevelse, og være empatisk og dele intersubjektivt. Terapeuten må ha evne til både være hos seg selv og den andre, og ha et reflektert forhold til egne

opplevelser. Mennesket oppfattes som både subjekt og objekt, og de to sidene virker gjensidig på hverandre. Det er både dialektikk mellom indre prosesser i selvet og prosesser i selvets samspill med andre (Schibbye, 2009).

Hos Schibbye er begrepet anerkjennelse sentralt. Hun forstår mennesker som gjentar negative handlingsmønstre som preget av angst og manglende anerkjennelse. Partene i en relasjon påvirker gjensidig hverandres forutsetninger for begge å bli anerkjent i og gjennom samspillet (Schibbye, 2009).

Anerkjennelse innebærer både nærhet og avgrensing, og mulighet for endring. Uten anerkjennelse av den andre blir vi fastlåste, avhengige og frustrerte i samspill. Intersubjektiv deling, innebærer å oppleve et emosjonelt fellesskap. Begges væremåte skaper forutsetninger for den andre, og hvordan den svarer på samspillet. Affekter gjør at vi kan oppleve oss som sammenhengende, og kontakt med egne følelser er nødvendig for å forstå andre og for å kunne identifisere uttrykk for følelser hos den andre. Affektinntoning, å stemme seg inn på den andres affektive bølgelengde, er en forutsetning for intersubjektiv deling. Matching skjer etter inntoning, og må være av rett intensitet og form. Intersubjektiv deling skjer når inntoning og matching har funnet sted, og matchingen er formidlet tydelig tilbake. Affekten deles ved opplevelsesfellesskap (Schibbye, 2009).

3.0 METODE

3.1 Kvalitativ metode

I studien har vi ønsket å få økt kunnskap om erfaringer ved fenomenet medarbeidere med brukererfaring og få tak i kollegaers beskrivelser, refleksjoner og meninger knyttet til temaet. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at metode opprinnelig betyr veien til målet. For å komme til målet med problemstillingen i oppgaven, ”*Hvordan erfarer ansatte brukererfaring i psykisk helsearbeid?”,* valgte vi å benytte et kvalitativt design. Vi har funnet relativt lite publisert forskningsmateriale på området problemstillingen tar for seg, og Malterud beskriver at kvalitative metoder kan bidra til å åpne for forskning på felt hvor kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt (Malterud, 2008).

I kvalitativ forskning benyttes metoder som bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, fenomenologi og hermeneutikk, hvor målet er å utforske meningsinnhold og betydning i sosiale og sosialpsykologiske fenomener som det oppleves for de det gjelder og slik de framstår for forskeren (Fog, 2005; Malterud, 2008). Metoden tar ikke sikte på kvantifisering slik som ved kvantitativ metode. Vitenskapsteoretisk er vår undersøkelse preget av både fenomenologisk og hermeneutisk metode, med vekt på hermeneutisk fortolkning hvor egen klinisk erfaring og forforståelse har vært aktivt til stede og i stor grad preget hele forskningsprosessen.

3.2 Kvalitativt intervju

Vi har benyttet semistrukturerte kvalitative forskningsintervju i undersøkelsen. Metoden innebærer bruk av personlige samtaler og gir mulighet for å innhente kvalitativ kunnskap, dybde kjennskap omkring et fenomen. Et semistrukturert intervju kan benyttes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver, med vekt på fortolkninger av mening og betydning rundt fenomenene som beskrives (Kvale og Brinkmann, 2009, s.47).

Problemstillingen i oppgaven kan i denne sammenhengen forstås å omhandle et fenomen fra informantenes daglige arbeidssted, og dermed deres dagligliv. Hensikten er å fange informantens eget subjektive perspektiv på fenomenet som intervjuet omhandler (Fog, 2005).

At intervjuet er semistrukturert innebærer at samtalen verken er helt lukket rundt standardiserte spørsmål, eller helt åpen, men fokusert rundt temaer knyttet opp mot en intervjuguide. Basert på vår problemstilling og fire forskningsspørsmål vi ønsket å utforske, utarbeidet vi en intervjuguide med ti spørsmål.
I det kvalitative forskningsintervjuet ønskes konkrete, spesifikke og nyanserte beskrivelser og det bør inneholde både fakta og meningsspørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009).
I intervjuene planla vi å stille både faktaspørsmål og meningsspørsmål, og utforske direkte uttrykte meninger og stille oppfølgingsspørsmål. Vår utarbeidede intervjuguide var hele tiden meningen å ha som et velkjent kart i arbeidet som ikke måtte følges slavisk. Vi ønsket om å være relativt frie i intervjusituasjonen, for å kunne fokusere på informanten i intervjuet med oppmerksomhet og lydhørhet for hva som framsto der og da, og eventuelt forfølge det nærmere. Den danske lektoren i klinisk psykologi Jette Fog kommenterer betydningen av at intervjueren er forberedt forut for det kvalitative forskningsintervjuet, og har avklart for seg selv sin forforståelse for emnet, til intervjupersonene og seg selv som forsker. Hun er opptatt av begrepet oppmerksomhet i intervjusituasjonen, og sier at oppmerksomheten eller persepsjonen hos intervjueren er preget av hennes bakgrunnskjennskap av både teoretisk og empirisk art. Dette påvirker forskerens mulighet for å oppnå overblikk og innføling med det informanten formidler. Jo rikere indre kontekst praktisk og teoretisk en forsker bringer med inn i et intervju, jo mer kan hun evne og se (Fog, 2005).

Forut for intervjuene drøftet vi mulige utfordringer knyttet til intervjurollen, og stilte spørsmål til hvilke funn vi forventet å finne. Vi drøftet muligheter for å møte mennesker som var overveiende positive til å arbeide med kollegaer med brukererfaring. Dette er forenlig med hva som kan oppfattes som ”politisk korrekt” og i tråd med nyere fagforståelse som henvist til i innledningskapittelet. Vi ønsket å få informantene til å beskrive så konkret og detaljert som mulig om både sine positive og negative erfaringer for å få mest mulig rikholdige og nyanserte data.

3.3 Fenomenologi

Edmund Husserl utviklet fenomenologien på begynnelsen av 1900 tallet med uttrykket: ”Sachen selbst” (Husserl, 1986, s. 21).
Husserl mener, slik vi forstår det, at man må tilbake til saken selv, til utgangspunktet for alle ting for å forstå enkeltmenneskets opplevelse av fenomenene som omgir oss.

Fenomenologisk teori inneholder begrepet ”livsverden”, som fokuserer på den enkeltes subjektive opplevelse av virkeligheten i den verden vi lever i. Husserl mente at vi som mennesker tillegger subjektiv mening til det vi observerer, opplever og oppfatter av livet og verden, og at dette igjen former synet på oss selv. Ved å ta bort teorier, perspektiver og forestillinger, og beskrive det vi er omgitt av og det vi gjør, nærmer vi oss kjernen i begrepet ”livsverden” (Husserl, 1997). Husserl var opptatt av det naturlige, praktiske og virkelighetsnære i et menneskes hverdag. Vi ønsket beskrivelser fra hverdagen slik hver enkelt oppfattet den, slik Husserl (1997) omtalte “den rene bevissthet” om fenomenene “tingene selv”. Husserl fokuserte på distansen som kunne oppstå mellom vitenskap og det virkelighetsnære, altså gapet mellom teori og praksis der intensjonen ikke er i samsvar med faktisk erfaring. Vi ønsket å se nærmere på enkeltmenneskets virkelighetsnære erfaringer og opplevelser med vårt tema og ikke det som er formulert som ”korrekt”. Den danske filosofen Dan Zahavi har tolket Husserl og beskriver at metoden må styres av det som faktisk fremkommer og ikke det vi forventet å finne preget av våre fordommer eller teoretisk forankring (Zahavi, 2003). Dette kaller Husserl (1986) ”bracketing” som betyr at forskerne beskriver og så setter til side egen erfaring i så stor grad som mulig for å ha et åpent perspektiv mot fenomenet de studerer.

3.4 Hermeneutikk

Ordet stammer fra det greske `hermeneuin` som betyr å uttrykke eller uttale, å utlegge eller forklare, og å oversette eller fortolke (Krogh, 2009). Vi har tatt utgangspunkt i den tyske filosofen Hans Georg Gadamer sitt verk Sannhet og metode (1960/2010) og hans oppfatninger av hermeneutikk. Gadamer gir eksempler i boken sin på hvordan forståelse i det hele tatt er mulig. Han hevder at hermeneutikk ikke er en metode men en generell filosofisk teori om hva forståelse er og hva som skjer i og med oss, når vi forstår. Han benytter begrepene fordommer og forforståelse og mener at all forståelse forutsetter en annen forutgående forståelse og kaller dette fordom. Fordommer sees på som positivt da de er produktive mulighetsbetingelser for forståelse.

Forståelsen er knyttet til en prosess som Gadamer påstår ikke er mulig uten fordommer. Prosessen, den hermeneutiske sirkel, går ut på at vår forståelse til deler av en tekst eller et fenomen redigeres ved korrigeringer eller bekreftelser av våre fordommer. Dette gjentar seg

og man ser på teksten eller fenomenet på nytt med redigerte fordommer som fører til en ny, utvidet, og dypere forståelse (Gadamer, 1960/2010; Krogh, 2009).

3.5 Vår forforståelse

Som masterstudenter har vi ulik erfaringsbakgrunn innen psykisk helsearbeid. En har erfaring med å ha kollegaer med brukererfaring, den andre ikke. På den ene siden kan det være en styrke å ikke ha uttalte forventninger til funn i undersøkelsen eller ha sterke synspunkter på fenomenet. En ikke uvanlig feil i forskning er å la forforståelsen overdøve den kunnskapen som kunne framkommet i forskningsmaterialet påpeker Malterud (2008). Studenten med feltkunnskap preges av positive erfaringer og holdninger til fenomenet, men også kjennskap til utfordringer og dilemmaer. Erfaringskompetansen oppleves av vedkommende å være en spesiell ressurs først når den foreligger i kombinasjon med en refleksiv bearbeiding av eget psykisk materiale, og hva som forenklet kan kalles personlig egnethet. Denne feltkunnskapen kan ses som både en styrke og en svakhet i arbeidet med studien.

Malterud viser til at nærheten til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon, og påpeker at muligheten er til stede for å lete etter allerede kjente erfaringer i et forskningsmateriale, og at vi som forskere kan komme til å identifisere oss så sterkt med en bestemt løsning at vi ikke ser alternativer (Malterud, 2008). Dette kan betraktes som bias, en systematisk virkende feilkilde (Friis & Vaglum, 1999).

På den annen side skriver Malterud at det i de fleste former for medisinsk forskning er umulig å eliminere bias, og at det også kan representere en ressurs i forskningsprosessen hvis det innebærer at forskerens ståsted og feltkunnskap gir spesielle forutsetninger for innsikt og forståelse (Malterud, 2008). Dette forutsetter imidlertid refleksivitet i forskningsprosessen, en aktiv holdning preget av at forskerne setter spørsmålstegn ved egen fremgangsmåte, rolle og konklusjoner, og er åpne for å utfordre sin feltkunnskap og forforståelse og dele dette med leserne (Malterud, 2008).

3.6 Database søk

I våre systematiske søk etter forskningslitteratur har vi benyttet databasene Academic Search Premier, Psych Info, Cochrane Library, PubMed, MedLine og Cinahl. Feltet er nytt og det eksisterer lite forskning så vi brukte tid på å finne frem til riktige søkeord på engelsk. For å gjøre dette benyttet vi ordnett og Swemed+, og fant frem til emneord, såkalte Mesh-terms. Vi endte opp med å benytte emneord som: Consumer Participation, Consumer Behavior, Mental Health, Mental Health Services, Life Experiences, Employment Status, Clinical Practice. Ved å kombinere disse på ulike måter kom vi frem til endel funn. For eksempel ved å kombinere Consumer Participation, Consumer Behavior, Mental Health og Mental Health Services fikk vi 19 treff i PsychInfo. Søk er gjennomført i perioden august 2011 til mars 2012.

Vi har benyttet tidsskriftdatabasen Idunn, Helsebilioteket og Google Scholar til ytterligere fritekstsøk. Andre litteraturkilder har blitt benyttet og inkluderer stortingsmeldinger, veiledere og rapporter, og videre søk i referanse lister i publiserte artikler om emnet.

3.7 Utvalg

I 2008 utga Rådet for psykisk helse rapporten ”Med livet som kompetanse” som omhandler fenomenet medarbeidere med brukererfaring innen psykisk helsearbeid. På bakgrunn av dette henvendte vi oss til Rådet på e-post for å få hjelp til å finne tjenestesteder med ansatte med brukererfaring, og fikk forslag om seks tjenestesteder. Vi kontaktet samtlige steder via e-post og fikk tilbakemeldinger hvor alle umiddelbart var positive til å delta på undersøkelsen. Det viste seg imidlertid at færre steder hadde ansatte med brukererfaring i *klinisk arbeid*, flere hadde ansatte på systemnivå og i rådgivende funksjoner. Dette er i seg selv i overensstemmelse med tidligere forskning og andre funn som beskriver at omfanget av fenomenet i Norge er beskjedent (Nyttingnes, 2010).

Vi kontaktet avdelingsledere på de respektive tjenestestedene som var innenfor våre inklusjonskriterier med klinisk arbeid, og som var positive til deltakelse i undersøkelsen, og ba om at de foretok utvalget av informanter på sine arbeidssteder. Intervjuene er foretatt på to

tjenestesteder, ett i kommunehelsetjenesten, og ett i spesialisthelsetjenesten. På et av stedene har medarbeiderne erfaring med rusavhengighet, på det andre stedet ikke.
Utvalget av arbeidssteder for informantene er strategisk valgt for å kunne gi adekvate data som svar på problemstillingen. Utvalget av informanter på den enkelte avdeling er for oss ukjent og hvorvidt det kan betegnes som strategisk eller tilfeldig vites ikke. Vi har gjennomført intervju med syv informanter. De syv informantene refererer til erfaringer med til sammen 4 medarbeidere med brukererfaring i studien.

3.8 Prøveintervju

Vi gjennomførte to prøveintervju på arbeidsstedet til den ene studenten. Vedkommende som er avdelingsleder på stedet fungerte som observatør under intervjuene. Vi hadde i forkant reflektert rundt roller, makt og påvirkning i intervjusituasjonen, og var oppmerksomme på at tilstedeværelsen av vedkommende ville antas å påvirke utføringen og resultatet av intervjuet. Vi valgte likevel å gjennomføre prøveintervjuene og se på det som en lærings situasjon. Dette ga oss verdifull erfaring med å forberede og gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju. Det ga mye refleksjoner hos studenten som gjennomførte intervjuene og mulighet for tilbakemeldinger fra observatør. Informantene delte også sine opplevelser på intervjusituasjonen og kom med nyttige kommentarer på form og innhold i etterkant.
Studenten som utførte prøveintervjuene var ny i rollen som intervjuer. I forkant av intervjuene hadde vi reflektert rundt selve intervjusituasjonen og hvordan bli trygge i intervjurollen og ønsket om å være åpne og lydhøre for hva informantene ville bringe inn i intervjuet. Sett i ettertid opplevde vi at intervjueren ble litt tilbakeholden og kunne vært mer nysgjerrig og aktiv utspørrende. Å finne balansen mellom å ta styring, være direkte og gi rom for pause og stillhet var nyttig å kjenne på. En erfaring var at intervjueren knyttet seg for tett til intervjuguiden, og dermed ble noe ufri i intervjuene. I etterkant av intervjuene ble det gitt tilbakemelding av informantene om at vedkommende gjerne kunne ha stilt flere oppfølgingsspørsmål. Vi erfarte at det i prøveintervjuene kom få konkrete eksempler fra dagliglivet. Som en direkte konsekvens av dette fokuserte vi mer på å få frem eksempler i intervjuene i etterkant.

3.9 Gjennomføringen av intervju

Under intervjuene var planen at den ene studenten skulle ha hovedansvaret for intervjuet, og så rokkere på rollene. Planen var hele tiden at begge studentene skulle være tilstede under intervjuene, da undersøkelsen er et samarbeidsprosjekt. I starten av intervjuene opplyste vi om at vi ville være to tilstede under intervjuet, noe ingen av informantene hadde kommentarer eller innsigelser i forhold til. Intervjuene ble foretatt ved informantenes arbeidssteder, og varte fra ca 40 til 60 min hver.
Studenten med tidligere erfaring med temaet viste seg i løpet av intervjuene og være mer aktiv enn planen tilsa. Dette førte til at intervjuene fikk preg av vår forforståelse i større grad enn tiltenkt, og ofte ble preget av dialog og oppfølgingsspørsmål.

Stemningen under intervjuene ble oppfattet å være preget av en trygg og avslappet atmosfære, med verbale, fokuserte og reflekterte informanter som var lett å få i tale. Intervjuene hadde sekvenser med mye tale, men også refleksjon og pauser.
Som i prøveintervjuene opplevde vi derimot at det var vanskelig å få konkrete eksempler fra dagliglivet, på tross av direkte spørsmål omkring dette.
Vi opplevde like fullt som noviser i intervjurollen at vi fikk mye nyttig informasjon gjennom intervjuene, og opplevde det som en god erfaring.

3.10 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Vi valgte å transkribere intervjuene selv og fordelte halvparten av intervjuene mellom oss. I ettertid ser vi at dette ga oss en nærhet og kjennskap til stoffet som vi har hatt god nytte av gjennom arbeidet med undersøkelsen. Gjennom transkriberingen har vi i noen grad redigert teksten fra et muntlig språk til skriftlig tekst. Vi har valgt å gjengi uttalelsene på en mer sammenhengende måte og utelatt gjentakelser av ord, sukk, ”eh”, ”hm”, med mer.
For å sikre at meningen i intervjuene ble riktig gjengitt slik vi oppfattet de, har vi noen ganger omformulert setninger for å gi flyt i språket. Malterud henviser til at dette på engelsk kalles ”slightly modified verabatim mode” (2008, s79).

For å kvalitetssikre innholdet lyttet vi til hverandres transkriberinger, med mulighet for å oppklare eventuelle misforståelser eller å kunne drøfte fortolkningsmuligheter.

Kvale & Brinkman (2009) mener at valg av tegnsetting allerede er en fortolkningsprosess, og vi erfarte at vi hadde noe ulik praksis på området og hadde nytte av drøfting og refleksjon omkring vår praksis og våre valg.

3.11 Analyse

Studiens hensikt var å få utvidet kunnskap og forståelse om erfaringer med fenomenet medarbeidere med brukererfaring. Masteroppgavens problemstilling ”hvordan erfares medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid?” er knyttet til at det finnes lite publiserte beskrivelser om temaet, og gir en indikasjon om at svarene på spørsmålet blir deskriptive. Vi har benyttet hermeneutisk og fenomenologisk analyse av beskrivelsene av informantenes livsverden og fortolkning av fenomenene, og gjennom analyse prosessen har også vår bearbeiding av funnene vært preget av vår kliniske erfaring og forforståelse. Vi har både i løpet av intervjuene og i løpet av analyseprosessen lett etter fellestrekk i beskrivelsene. Analysedelen av studien har vært datastyrt i de første fasene av analysen, og i de senere fasene i større grad preget av teori. Undersøkelsen omfatter et fenomen som i særlig grad er lite beskrevet i lys av teori og modellbegreper, noe analysen har båret preg av da vi underveis har måttet lete etter relevant teori og spirer til en meningsfull forklaringsmodell.

Analysemetoden som ble brukt er utviklet av professor i fenomenologisk psykologi Amedeo Giorgi, som ved hjelp av fenomenologisk filosofi og sterkt påvirket av Husserl, ønsket å komme fram til en metode for å optimalisere psykologisk forskning (Giorgi, 1985). Vi har valgt en utgave av Giorgis analysemetode som er modifisert og presentert av Malterud, som omtaler analysemetoden som systematisk tekstkondensering (Malterud, 2008). Hun skriver at systematisk tekstkondensering er egnet for utvikling av beskrivelser og delvis for begrepsutvikling. Malterud beskriver metoden som en tverrgående analyse over fire trinn, hvor de to første trinnene i stor grad er fenomenologisk forankret, og de to siste i større grad er hermeneutisk forankret.

Analysetrinnene beskrives her nærmere trinn for trinn hvor vi først referer til Malteruds trinnbeskrivelse, og så redegjør kort for vår egen prosess underveis:

1. Få helhetsinntrykk av materialet og definere 4-8 temaer med midlertidige navn.

Vi leste de transkriberte intervjuene, og fant noen hovedtemaer i materialet basert på et førsteinntrykk av gjennomlesing etter transkribering. *Håp, Ressurs, Kvalitet, Rolle, Refleksivitet, Inntoning, og Forutsetning* skilte seg ut i denne fasen.

2. Identifisering og organisering av tekstbiter, koding. Disse meningsbærende enheter velges med utgangspunkt i de opprinnelige temaene fra trinn 1.

Under trinn 2 i analyseprosessen beskriver Malterud at Giorgis metode innebærer at *hele* teksten skal deles inn i meningsbærende enheter. Malteruds versjon av analysemetoden innebærer her å velge ut *deler* av teksten som utgangspunkt for meningsbærende enheter. Vi trakk ut hva vi opplevde som signifikante utsagn fra transkriberingene og lette etter beskrivelser av fenomener i teksten knyttet opp mot hovedtemaene fra trinn 1 med noen endringer, eksempelvis *"Å ha vært der sjøl, har stått i det samme—og klart seg"* .

3. Abstrahering og kondensering av innholdet fra kodegruppene, de meningsbærende enhetene i trinn 2.

Vi benyttet en tabell hvor vi satte inn utsagn fra informanter, og delte inn mulige fordeler og ulemper ved fenomenet. Prosessen ble repetert med stadig bearbeiding av funn hvor forståelsen utviklet seg, og ble noe justert. Teksten ble trukket ut og tolket i lys av vår forståelse og etter hvert teori, eksemplifisert ved "*veiviser til bedring", "rollemodell"*.

4. Rekontekstualisere og sammenfatte betydningen av kodegruppene (Malterud, 2008, s 108).

Gjennom analysearbeidet vekslet vi over tid mellom nærhet og avstand til datamaterialet, og nærhet og avstand oss i mellom som studenter. Vi arbeidet hver for oss, og sammen. Prosessen bar preg av intenst arbeid med detaljer, drøfting av fortolkningsmuligheter, frustrasjon, og plutselig innsikt i å se hvor veien skulle gå videre, særlig i fjerde trinn hvor vi sammenfattet funnene i hovedtema og undertema skissert som i tabell 1. Disse hovedtemaene og undertemaene dannet grunnlaget og utgangspunkt for det videre arbeidet i studien, med utarbeiding av artikler. Vi har utarbeidet tre vitenskapelige artikler i studien på bakgrunn av disse tre hovedtemaene fra tabell 1, samt en populærvitenskapelig artikkel som sammenfatter og presenterer hele studien.

Hovedtema	**Undertema**
1. En modell i utvikling	1.1 Modellæring 1.2 Håp 1.3 Merkompetanse 1.4 Å utfordre
2. Forskjeller i roller	2.1 Rolle 2.2 Likheter/ ulikheter 2.3 Innenfrakunnskap 2.4 Forskjeller fra miljøterapeutrollen 2.5 Personlig egnethet 2.6 En ny rolle
3. Forutsetninger for en ressurs	3.1 Inntoning 3.2 Intersubjektiv deling 3.3 Balanse 3.4 Ydmykhet 3.5 Språk 3.6 Forutsetninger i organisasjonen

Tabell 1. Trinn fire i analyseprosessen.

3.12 Etiske hensyn

Studien ble på forhånd registrert og godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Vi utformet i den forbindelse et informasjonsskriv som ble sendt til avdelingsledere på de aktuelle steder og videre formidlet til informantene forut for intervju. Før intervjuene ble opplysningene gjentatt på nytt muntlig. Informantene underskrev en skriftlig informert samtykkeerklæring før intervjuet startet.
I informasjonsskrivet forklares tema og hensikt med studien. Det ble beskrevet at vi ville bruke båndopptaker og at vi var to masterstudenter som ville delta i intervjuet. Det ble

understreket at intervjuet var frivillig og at informantene til enhver tid i prosessen kunne trekke seg fra undersøkelsen, og i så fall ville alle data bli slettet fra studien. Informantene ble informert om at opplysningene ville bli behandlet konfidensielt og avidentifisert. Kontaktinformasjon til intervjuerne fremgikk av informasjonsskrivet for å muliggjøre eventuell kontakt i etterkant av intervjuene. Informantene ble spurt om de ønsket utskrift av transkriberingen, for å kontrollere det de hadde sagt, og tre av de syv informantene ønsket dette. Utskriften ble sendt på e- post og ingen korrigeringer ble mottatt.

Vi har lagt vekt på at informanten ikke skulle gjenkjennes gjennom forskningsdataene. I oppgaven formidles informantenes uttalelser med sitater. Informantene blir anonymisert ved bruk av nummer istedenfor navn. Sitatene blir heller ikke gjengitt på informantens dialekt, men skrives på bokmål av hensyn til anonymisering. Hvor intervjuene er gjennomført blir også behandlet konfidensielt. I spesialisthelsetjenesten brukes betegnelsen pasient og kommunehelsetjenesten benyttes betegnelsen bruker eller beboer. Vi har i oppgaven konsekvent valgt å benytte betegnelsen bruker av anonymiseringshensyn.

Alle persondata er blitt anonymisert og oppbevart innelåst i papirform. Personidentifiserbare data er ikke blitt lagret elektronisk. De elektroniske dataene viser til referansenummer. Etter at prosjektet er ferdig vil intervjuene slettes sammen med koblingsnøkkelen til referansenumre. Alle data som viser til intervjuene og er personidentifiserbare slettes ved prosjektslutt.

4.0 RESULTATER

4.1 Artikkel 1: ”Å se at det er mulig”. Kan modellæring brukes til å forstå medarbeidere med brukererfaring?

Artikkelen presenterer bidrag for å beskrive og forstå samspillet mellom medarbeidere med brukererfaring og brukere i klinisk psykisk helsearbeid. Informantene i undersøkelsen beskrev erfaringer fra praksis som vi ønsket å utforske nærmere.
Det er, i tråd med funn i undersøkelsen, fokus på samhandling mellom brukeren og medarbeideren med brukererfaring, som etter vår mening kan forstås som en form for modellæring. Vi har valgt å gjøre bruk av den russiske psykologen og læringsteoretikeren Lev Vygotsky, og hans teori om utviklingssoner og modellæring. I tillegg benytter vi Ellen Hartmanns formidlingsmodell for psykoterapistudenter som et forsøk på å knytte teori og modeller opp mot fenomenet medarbeidere med brukererfaring.

4.2 Artikkel 2: ” Brukererfaring i psykisk helsearbeid - en umulig rolle?“

Artikkelen beskriver den nye rollen til medarbeidere med brukererfaring. Det beskrives fordeler og ulemper ved rollen, og likheter/ ulikheter i forhold til den tradisjonelle miljøterapeutrollen. Artikkelens problemstilling sees i lys av funn fra vår undersøkelse, andres funn, teori og egen forforståelse, og viser til at rollen må defineres og avklares på forhånd av organisasjonen. Medarbeideren med brukererfaring bringer et nytt perspektiv til psykisk helsearbeid basert på egenerfaringen. Rollens kompleksitet innebærer å balansere bruk av private erfaringer og samtidig være en profesjonell hjelper. Potensial og utfordringer knyttet til den nye rollen og implementering i psykisk helsearbeid drøftes.

4.3 Artikkel 3: ”Medarbeider med brukererfaring: 6 forutsetninger for en ressurs i psykisk helsearbeid”

Informantene erfarer medarbeidere med brukererfaringer som en potensiell ressurs. Artikkelen omhandler et av hovedtemaene som framkom gjennom informantenes beskrivelser: forutsetninger for at fenomenet medarbeidere med brukererfaring skal forstås som en ressurs i klinisk psykisk helsearbeid. Forutsetningene som informantene beskrev ble samlet og kategorisert i seks undertemaer i analysefasen i studien, og inngår som avsnitt i artikkelen. I artikkelen drøftes funnene hovedsakelig i lys av Anne Lise Løvlie Schibbyes dialektiske relasjonsteori. Ønskelige egenskaper for ordinære psykiske helsearbeidere, i tillegg til den egne erfaringskompetansen, synes å måtte være tilstede før det regnes som en stor ressurs.

4.4 Artikkel 4: ”Med en annen troverdighet” Hvordan kollegaer erfarer å ha medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid.

Artikkelen presenterer store deler av vår undersøkelse i en populærvitenskapelig form. Fenomenet omtales i studien som ”en veiviser til bedring”, ”en ny rolle” og ”en potensiell ressurs”. Vi ønsket å belyse om fenomenet medarbeider med brukererfaring kan forståa å virke inn på holdninger, kvalitet og brukermedvirkning i det psykiske helsearbeidet. Informantene i studien beskrev en positiv innvirkning på alle faktorene, men under en del forutsetninger. Kunnskapssynet i det psykiske helsearbeidet drøftes på bakgrunn av teori og egen klinisk erfaring. Behovet for et nytt kunnskapssyn og innlemming av brukerperspektiv i psykisk helsearbeid fremheves.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metode

Vi har valgt å gjøre en kvalitativ undersøkelse da metoden etter vår mening har ønsket potensial for å svare på spørsmålet vi stiller i problemstillingen.
I de kvalitative intervjuene planla vi å være opptatt av det den enkelte informant oppfattet og fortalte i tråd med fenomenologisk tenkning.
I arbeidet med masteroppgaven har vi underveis erfart hvor tydelig vår forforståelse har vært til stede i arbeidet med å finne frem til ny kunnskap om fenomenet. Den har i større grad en vi forutså i forkant kommet til syne og preget intervjusituasjonene og analysen av datamaterialet. Vi ser at den fenomenologiske forankringen med vekt på å tilsidesette forforståelsen har kommet mer i bakgrunnen av den hermeneutiske.
Vår forforståelse er brukt aktivt og flere ganger blitt justert etter informantenes korrigeringer eller bekreftelser med utvidet kunnskap om fenomenet som resultat. Vi velger å se det slik at vi har fulgt i Gadamers ånd som mener at vårt repertoar av innsikter, erfaringer, opplevelser og oppfatninger må benyttes for at vi skal forstå (Gadamer, 1960/2010).

I prosessen med masteroppgaven har vi erfart at å arbeide to studenter sammen har bidratt til å kunne dra veksler på hverandres kompetanse og sterke sider, kritiske refleksjoner og tilbakemeldinger, samt utholdenhet og støtte. Vi har hatt fordelen av å ha ulik erfaringsbakgrunn og derav en rikere kontekst i arbeidet med studien.

Undersøkelsen er foretatt med et lite utvalg, som kan hevdes å være en svakhet ved undersøkelsen og tilsi stor varsomhet med å trekke bastante konklusjoner. På den annen side hevder Kvale at det i samfunnsforskning overses at nyskapende forskning ofte har bygget på intensive analyser av få personer og deres relasjon til sine omgivelser, både i kvalitativ forskning som psykoanalyse, men også i pionerarbeider ved kvantitativ naturvitenskapelig psykologi. Han skriver at intervjuundersøkelser ofte er basert på for mange intervjupersoner til at intervjuene kan tolkes systematisk og forsvarlig (Kvale, 2005).
Har vår forforståelse knyttet til egen klinisk erfaring og feltkunnskap overdøvet den kunnskapen som kunne framkommet i forskningsmaterialet slik Malterud (2008) påpeker som en mulig risiko? Vi kan ikke kategorisk avvise at dette har skjedd, men har da ikke evnet å oppdage det selv. Men vi tror at vår forforståelse og feltkunnskap tidvis har bidratt til utvidet og ny kunnskap i samspill med våre informanter.
Vår forståelse har i løpet av undersøkelsen endret seg mot en større innsikt i kompleksiteten som fordres for å optimalisere rollen som medarbeider med brukererfaring, som en av informantene

sier" *det er ikke bare å ta hvem som helst*". Mange egenskaper, omfattende refleksjonsarbeid og stor balansekunst må beherskes.

Oppgaven er skrevet etter APA s retningslinjer 6. utgave (American Psychological Association, 2010), med unntak av bruk av halvannen linjeavstand, grunnet Høgskolen i Oslo og Akershus føringer for oppgaveskriving beskrevet i studieplanen.

5.2 Resultater

I vår undersøkelse har vi erfart at gjentatte informanter beskriver at medarbeidere med brukererfaring utviser større vilje og evne til mer konfronterende og direkte handlemåter i forhold til brukeren. Dette har vi ikke gjenfunnet i annen publisert litteratur. Hvorvidt dette er representativt for et større utvalg eller mer uttrykk for et lokalt fenomen vil eventuell videre forskning kunne avgjøre. Funnene er knyttet til både et lite antall informanter og et lite antall medarbeidere med brukererfaring.

Studien har bidratt med for oss ny kunnskap på flere områder. Vi erfarte under intervjuene at flere informanter beskrev en mulig risiko med å kunne etablere en ny "ekspertrolle" med utgangspunkt i egenopplevelsen og en type definisjonsmakt hos medarbeideren med brukererfaring. Det ble påpekt at egenerfaringen måtte forstås som en *veiledende* kompetanse for den enkelte som ikke uten videre kan overføres uten sensitivitet og ydmykhet for den andre og vedkommendes livsverden. I vår gjennomgang av tidligere forskning har vi heller ikke funnet dette beskrevet tidligere.

Som et forsøk på å forstå og beskrive virksomme komponenter i interaksjonen mellom bruker og medarbeideren med brukererfaring har vi lett etter og tatt i bruk teori om utviklingssoner og modellæring. Ved å lese om Vygotsky og Hartmann ga det oss umiddelbart mening overført til studiens kontekst på bakgrunn av egen klinisk erfaring. Modellen tydeliggjorde mulighetene ved samspillet, slik vi så det for oss preget av både en mer kompetent men samtidig egalitær relasjon.

Andre funn i vår undersøkelse er i tråd med tidligere publiserte undersøkelser. Medarbeidere med brukererfaring beskrives å fungere som en rollemodell og veiviser til håp for brukerne i tilgjengelig kjent litteratur. Disse funnene er solide i vår undersøkelse og blir referert til av alle informanter. Tidligere forskning viser funn om rollekonflikt mellom tradisjonelle helsefagansatte og medarbeider med brukererfaring (Carlson, Rapp og McDiarmid, 2001;Gates & Akabas, 2007; Salzer & Shear, 2002). Informantene, forskning og egen klinisk erfaring peker på behovet for rolle avklaringer og forankring i ledelse og i miljøet forut for ansettelser.

Utarbeidelsen av egen yrkesrolle som medarbeider med brukererfaring synes å være en viktig balansegang mellom lojalitet til tjenestestedets normer, behandlingsfilosofi og kultur, og den enkeltes særegne og spesifikke kompetanse som er og skal være noe annet enn det ordinære tjenestetilbudet, og samtidig inngå i det. For å få belyst det relasjonelle og kommunikative aspektet mellom medarbeideren og brukeren har vi benyttet dialektisk relasjonsforståelse.

I forkant av studien hadde vi inkludert spørsmål om holdninger og holdningsendringer knyttet til medarbeidere med brukererfaring i våre forskningsspørsmål. Noen informanter mente at fenomenet vil komme til å endre holdninger blant de ansatte i forhold til brukerne og sin egen yrkesrolle over tid, med økt forståelse og aksept for erfaringskompetanse. Imidlertid var vår erfaring at informantene allerede var preget av en positiv holdning til medarbeidere med brukererfaring under intervjuene, selv om de beskrev forutsetninger for at det skulle være en ressurs.

5.3 Konklusjoner og implikasjoner for videre forskning

Mot slutten av vår forskningsprosess har vi igjen sett på våre forskningsspørsmål i studien. Vi ønsket å få svar på, om det å ha kollegaer med egen brukererfaring erfares å bidra til: holdningsendringer, endret forståelse om hvordan det er å leve med psykiske lidelser, innvirkning på kvalitet i psykisk helsearbeid og økt bevissthet om brukermedvirkning.

Når det gjelder holdningsendringer har vi ikke grunnlag for å konkludere i en eller annen retning, om enn det beskrives en positiv utvikling til fenomenet. Imidlertid ser vi at dette må det forskes nærmere på for å kunne svare utfyllende på spørsmålet.

Når det gjelder forskningsspørsmålet om endret forståelse får vi konsistente funn på at medarbeidere med brukererfaring påvirker og utvider forståelsen for sine kollegaer.

På spørsmålet om medarbeidere med brukererfaring påvirker kvaliteten i det psykiske helsearbeidet, er svaret i vår studie at alle informantene uttrykte at det påvirker kvaliteten positivt, under forutsetninger om enkelte egenskaper og kvaliteter ved den enkelte medarbeider med brukererfaring, og forberedeleser i organisasjonen.

Når det gjelder om medarbeidere med brukererfaring erfares å bidra til økt bevissthet om brukermedvirkning får ikke konsistente funn, noen erfarer at det gjør det, men ikke alle.

Den norske spesialisten i psykiatri Trond F. Aarre beskriver at de fleste pasienter i det psykiske helsevern har langvarige og tilbakevendende plager, som helsevesenet tilsynelatende i

mindre grad evner å helbrede (2010). På bakgrunn av denne kunnskapen, og med tanke på den enkeltes livskvalitet og det offentliges ressursforvaltning, vil det være vesentlig å forfølge og utforske dette videre, også i Norge. Styringsmyndighetene pekte på mangler og behov for et nytt og utvidet kunnskapsgrunnlag og kunnskapssyn i det psykiske helsevesenet (St.meld. nr. 25, 1996-1997). Å ansette medarbeidere med brukeerfaring i klinisk virksomhet innebærer med støtte i våre funn i studien, andres funn og ut fra vår kliniske erfaring å påvirke alle de tre hovedsatsingsområdene for videre arbeid som ble staket ut av styringsmyndighetene ved Stortingsmelding 25; holdninger til psykiske lidelser, kunnskaper om psykiske lidelser med vekt på hvordan, og styrking av behandlingstilbudet når det gjelder kvalitet.

En ny praksis som involverer erfaringsbasert kunnskap, frembringer også behovet for nytt teoretisk innhold i fagfeltet.

REFERANSER

Aarre, T.F.(2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.

American Psychological Association [APA]. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association.* Washington, DC: APA.

Andersen, A, J, W. (red.) (1997). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Cappelen Akademisk Forlag as.

Bennetts, W., Cross, W. & Bloomer, M. (2011).Undertanding consumer participation in mental health: Issues of power and change. *International Jorurnal of Mental Helath Nursing. 20. 155-164.* DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00719.x

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. London, England: Harvard University Press.

Carlson, L., Rapp, C.A. & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer providers: barriers and alterantive solutions. *Community Mental Health Journal, Vol 37, No.3.*

Fog, J. (2005). *Det kvalitative forskningsintervju. Med samtalen som utgangspunkt.* Akademisk forlag. København. 2.reviderte utgave, 2 opplag.

Foucault, M. (1961/2000). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra idè til prosjekt – en innføring i klinisk forskning.* Tano Aschehoug. 2. utgave.

Gadamer, H.G.(1960/2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermenutikk.*Oslo: Pax forlag.

Gates, L. B. & Akabas S. H. (2007). Developing strategies to entegrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies. *Adm Policy Ment health & Ment Health Serv Res.34: 293- 306.*

DOI: 10.1007/s10488-006-0109-4

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research.* Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.

Hartmann, E. (1997). Vygotskys formidlingsmodell som rettesnor for opplæring i psykoterapi. I S. E. Gullestad & Theopolakis, M. (red) (1997) *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv dynamisk psykoterapi.* Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet og Nav. (2011). *Medarbeider med brukererfaring - en ressurs.* Brosjyre. IS-1927.

Henriksen, A. T., Smedvig, K., Østebø, G.,Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle,A.S., Hammervoll, U. & Stokka, M. (2007). *Miljøterapi, en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Psykiatrisk avdelings forum for miljøterapeutisk utviklingsarbeid Rogaland Psykiatrisk Sjukehus. 5 utgave.1 opplag. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Husserl, E. (1997). *Fænomenologiens idé: Fem forelæsninger.* Oversatt fra tysk av Peer F. Bundgård. København: Hans Reitzels Forlag A/S.

Husserl, E. & Janssen, P. (1986). *Die Idee der Phänomenologie : fünf Vorlesungen : Text nach Husserliana, Band 2 / Edmund Husserl ; herausgegeben und eingeleitet von Paul Janssen.* Hamburg: Meiner.

Ilstad, S. (2004). *Sosial psykologi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. 5 utgave.

Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. (2005). Om tolkning af kvalitative forskningsinterviews. idunn.no.- tidsskrifter på nett. Nordic studies in Education. Nr 01.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 utgave. 1 opplag.

Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malt, U., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, K.(2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 1 utgave, 4 opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Mead, G.H. (1934/2005). *Sindet, selvet og samfundet. Fra et socialbehavioristisk standpunkt.* Oversættelse Søren Willert. København: Akademisk forlag.

Nyttingnes, O. (2008). ”Er brukeransettelser mulig og ønskelig? Internasjonale erfaringer med brukeransettelser i psykiske helsetjenester”. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* 5 (4). 310-320

Nyttingnes, O.(2010). *Brukeransatte i kliniske roller*. Rådet for psykisk helse. Hentet 09.04.12., fra http://psykiskhelsearbeid.no/multimedia/1842/Seminar-6-Olav-Nyttingnes.pdf

Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Repper, J. & Carter, T. (2011). Review Peer Support in mental health services. *Journal of Mental Health August 2011; 20(4): 392-411. DOI: 10.3109/09638237.2011.583947*

Rådet for psykisk helse. (2008). *Med livet som kompetanse.* Oslo: Rådet for psykisk helse. Hentet fra http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/Medlivetsomkompetanse_lav.pdf

Rådet for psykisk helse. (2009). Sluttrapport for prosjektet Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP) 2005-2008. Hentet fra http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29148

Salzer, M.S., & Shear, S. L. (2002). Identifying Consumer-Provider Benefits in Evaluations of Consumer-Delivered Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(3), 281-288.*

Schibbye, A.L.L.(2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget. 2 utgave.

Simpson, E. L. & House, A.O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ. Volume 325;126.*

Sosial og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse.* Rapport.IS 1315.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997), *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?showdetailedtableofcontents=true&id=191086

St. prp. nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjett for 1998. Oslo: Helse og omsorgsdepatermentet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915

Svartdal, F.(red.) (2011). *Psykologi: En introduksjon.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 utgave, 2 opplag.

Vedeler, G. H. (1973). *Samspill. En studie av ungdom og behandlere – med spesiell referanse til miljøterapi i ungdomspsykiatriske institusjoner.* Universitetsforlaget.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society. The Development of Higher Psychological Processes.* London: Harvard University Press.

Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Danmark: Roskilde Universitetsforlag, 1.utgave, 2. opplag.

VEDLEGG 1

Artikkel 1

"Å se at det er mulig"

Kan modellæring brukes for å forstå medarbeidere med brukererfaring?

Ingrid Bjørkman & Kristina Pettersen

Sammendrag

Bakgrunn Medarbeidere med brukererfaring er en forholdsvis ny rolle i klinisk psykisk helsearbeid i Norge som kan utvide kunnskapsgrunnlaget i fagfeltet. Erfaringer med fenomenet er lite beskrevet i norsk forskningslitteratur og i beskjeden grad knyttet opp mot teori. **Formål** Artikkelens mål er å gi bidrag til beskrivelse og forståelse av samspillet mellom medarbeidere med brukererfaring og brukere. Ved hjelp av Vygotskys teori og Hartmanns modell,samt andres funn og vår kliniske erfaring har vi ønsket å forstå funnene i vår undersøkelse som modellæring.

Metode Vi har som del av vår masteroppgave i psykisk helsearbeid gjennomført en kvalitativ studie med intervju av syv informanter innen psykisk helsearbeid. Alle informantene er kollegaer av ansatte med egen brukererfaring. Artikkelen er preget av en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, med vekt på fortolkning og aktiv bruk av egen forforståelse.

Resultat Alle informanter beskriver fenomenet som en stor potensiell ressurs. Håpets betydning står sentralt og evnen til å formidle dette. Medarbeiderne med brukererfaring oppfattes som mer kompetente enn kollegaer til å gjenkjenne tilstander og behov raskt hos brukere relatert til egen erfaring og egne mestringsstrategier. Et nytt funn beskrives som viljen og evnen til å fasilitere endringer hos brukere ved mer utfordrende og tydeligere uttalte forventninger enn sine kollegaer. Mange av funnene som fremkommer i artikkelen er forenlige med funn fra internasjonal forskning. Utfordringer ved rollen knyttes blant annet til rolleavklaring og forberedelser på tjenestestedet. Forutsetninger for at fenomenet skal forstås som en ressurs, beskrives å være at vedkommende har et refleksivt forhold til egen forhistorie og fungering, og ydmykhet for at personlige erfaringer og løsninger ikke nødvendigvis kan overføres og generaliseres til andre. **Konklusjon** Det trengs videre forskning på fenomenet, inkludert effektforskning. Det er behov for å utvikle en videre kunnskapsbase i fagfeltet psykisk helsearbeid som innlemmer teoretisk forankret erfaringskunnskap.

Nøkkelord: psykisk helsearbeid, medarbeider med brukererfaring, modellæring, utviklingssoner.

Abstract

Background Peer providers in clinical practice in mental health services in Norway are a relatively new phenomenon and may be one way to expand the knowledge in the field. Experiences with the phenomenon is poorly described in research literature and to a modest extent linked to theory.

Aims This article contributes to a description and understanding of interaction between peer providers and service users. By using Vygotskys theory and Hartmanns model, in accordance to our clinical experience and others' findings we endeavour to understand the findings in our study as modellearning.

Method As a part of our Master thesis in Mental Health Care we conducted a qualitative study with seven in-depth interviews, in which participants are colleagues of peer providers in mental health service. The study is characterized by a phenomenological hermeneutic approach, with emphasis on interpretation and active use of our clinical experience.

Results The colleagues of peer providers described a willingness and ability to facilitate changes in current service users by more direct challenges and clearly stated expectations than non-peer healthcare providers. This is a new finding in this study. Other results were mostly consistent with international research. All participants described the phenomenon as an asset with great potential. The ability of the peer provider to purvey hope is of central importance. Peer providers are perceived as more competent than their colleagues to quickly recognize the users state and needs based on their own experience and coping strategies.

Conclusion The study refers to the need for further research, including effects of the phenomenon. The field of mental health service requires developing a broader knowledge base that incorporates user experience.

Keywords: Peer providers, mental health care, service users, zone of proximal development

INTRODUKSJON

Bakgrunn for studien

Medarbeidere med brukererfaring er et relativt nytt begrep innen psykisk helsearbeid. Begrepet kan forstås på følgende måte:

"En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som har:
-erfaring med psykisk sykdom/ rusmiddelproblemer
-erfaring med hjelpeapparatet" (Helsedirektoratet, 2011, s. 3).

Bakgrunnen for valg av tema er knyttet til egen personlig erfaring med å ha kollega med brukererfaring for førsteforfatteren av artikkelen. Interessen for og nysgjerrighet på fenomenet har utviklet seg gjennom flere år med daglige arbeidserfaringer. Egen forforståelse er preget av erfaringer som har bidratt til kunnskap, nye spørsmål og nye erkjennelser. Feltkunnskapen innebærer også kjennskap til utfordringer og dilemmaer knyttet til fenomenet som har fremkommet underveis.

Tidligere forskning

Ansatte i klinisk psykisk helsearbeid med egen erfaring med å ha eller ha hatt en psykisk lidelse, er lite omtalt i forskningslitteratur. Det finnes imidlertid noen beskrivelser av fenomenet som i hovedsak peker på positive erfaringer i relasjonen til brukerne av tjenestene. I en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning på området ble 5 randomiserte kontrollerte studier og syv andre sammenlignbare studier gjennomgått for å identifisere effekt av å involvere brukere i tjenesteyting og evaluering av psykisk helsearbeid (Simpson og House, 2002).

De rapporterte at de ikke fant skadelig effekt i form av økning av symptomer, redusert fungering eller livskvalitet på mottakere av psykisk helsetjenester hvor medarbeidere med brukererfaring har vært involvert. Det beskrives at mottakerne av tjenestene i noen grad hadde en bedret livskvalitet ("some improved quality of life"), færre rapporterte livsproblemer og flere viste bedret sosial fungering (Simpson & House, 2002).

I 2011 publiserte Julie Repper og Tim Carter en review av tilgjengelig internasjonal forskningslitteratur om medarbeidere med brukererfaring ansatt ved kliniske avdelinger innenfor "statutory services" innen psykisk helsearbeid i tidsrommet 1995- 2010 (Repper & Carter, 2011). De gjennomgikk mange kvalitative studier med små utvalg, samt noen

randomiserte kontrollerte studier, til sammen 38 forskningsartikler. De konkluderer med at ved å se på en mindre mengde undersøkelser viste ikke funnene at medarbeidere med brukererfaringer utgjør noen forskjell i resultater for brukerne av psykiske helsetjenester. Men ved et større mengde undersøkelser blir fordelene mer synlige. Det synes som om medarbeidere med brukererfaring evner å promotere håp og tro på bedring, empowerment og økt selvaktelse, øke brukernes egen effektivitet og selvstyre i ft vanskeligheter og sosial inklusjon, forpliktelse og sosiale nettverk i større grad enn ordinære tradisjonelle helsearbeidere (Repper & Carter, 2011).

Olav Nyttingnes i Rådet for psykisk helse foretok en gjennomgang av tilgjenglig forskning på området i 2008. Han oppsummerte at fenomenet synes å ha en tredelt effekt; fungere som en rollemodell og formidle håp, bidra til endring i holdninger i kollegagruppen over tid, samt for den enkelte ansatte med brukererfaring, være en betydelig rehabiliterende effekt (Nyttingnes, 2008).

Hovedfokus og formål med artikkelen

I artikkelen er det fokusert på samhandling mellom brukeren og medarbeideren med brukererfaring. Vi ønsker ved bruk av teori, andres funn og vår kliniske erfaring å belyse de funn i vår undersøkelse som etter vår mening kan forstås som en form for modellæring.
Som et forsøk på å kaste lys over et tema som teoretisk er magert belyst, velger vi hovedsakelig å se nærmere på den russiske psykologen og læringsteoretikeren Lev Vygotsky, med vekt på hans teori om utviklingssoner. Vygotsky utformet sin teori i de første tiår av 1900 tallet i Russland med tanke på barns læringsutvikling, i et samfunn i store endringer. Vi vil benytte deler av hans teori som innfallsvinkel til vår problemstilling, forforståelse og funn, og se om hans tanker gir mening og relevans også i dag i en annen tid, innenfor en annen kontekst, men med fokus på mennesker i utvikling, i tråd med Vygotskys tenkning.

I intervjuene beskrev informantene erfaringer fra praksis som vi ønsket å utforske nærmere. Hva skjer i relasjonen mellom medarbeideren med brukererfaring og brukeren som synes å være annerledes enn den som finnes hos ordinære helsearbeidere uten brukererfaring, og hvilke kvaliteter og prosesser kan forstås å være virksomme?
Vi ønsker i artikkelen å drøfte om det Hartmann beskriver som en god formidlingsmodell for psykoterapistudenter kan gi bidrag til forståelse om samspillet mellom medarbeidere med brukererfaring og brukere, med tittelen: *" Å se at det er mulig"*
- kan modellæring brukes til å forstå medarbeidere med brukererfaring?

Første del av tittelen er et sitat fra en informant som kan bidra til å visualisere en konkret modellforståelse, på vei mot nye muligheter og bedring.

TEORI

Lev Vygotsky (1896- 1934) var opptatt av sammenhengen mellom læring og utvikling hos barn, og hevdet at funksjoner i barnets utvikling først fremtrer mellom barnet og en annen, mer kompetent person, og fremstår så i barnets indre, som mentale representasjoner. Vygotsky mente at læring er sosialt, kulturelt og historisk betinget, og noe som skjer *mellom* mennesker før det skjer *i* mennesker. Han mente at instruksjon går foran ny kunnskap og innsikt (Hartmann, 1997).

Vygotsky beskrev at indre mentale aktiviteter og prosesser skjer under påvirkning av ytre sosiale stimuli og prosesser mellom individer, interpsykisk aktivitet, i motsetning til det rådende syn i sin samtid, at læring og utvikling hos barn primært skjer som en konsekvens av indre mentale prosesser, intrapsykisk aktivitet. Han mente at psykologiske prosesser har sin opprinnelse i menneskers praktiske og konkrete liv i aktivitet med andre (Strindberg, 2007; Vygotsky, 1978).

Vygotsky var opptatt av at læring gjennom interaksjon, imitasjon og instruksjon vil føre til et mangfold av løsninger og utviklingsmuligheter, knyttet til den enkeltes ressurser og tidligere erfaringer (Vygotsky, 1978).

Mennesker innehar et stort utviklingspotensiale, spesielt i forbindelse med endringsarbeid, og ifølge Vygotsky overskrider mennesker sine ulike stadier og tilstander ved hjelp av utviklingssoner hvor en kan teste ut og øve på nye ferdigheter, og at det underforstått alltid finnes nye utviklingssteg og muligheter (Strindberg, 2007).

"..Zone of proximal development. It is the distance between the actual developmental level as determined by independent problem solving and the level of potential development as determined through problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers" (Vygotsky, 1978, s. 86).

I utviklingssonene ligger muligheter for å bevege seg fra et lavere til et høyere utviklingstrinn gjennom aktivitet med noen som allerede innehar et høyere nivå av erfaring og kunnskap i en ønsket utvikling. Denne asymmetrien i kompetanse er avgjørende i følge Vygotsky, da instruksjonen, som del av interaksjonen, må ligge et skritt foran utviklingen og innebære

kompetanseutvikling. Vygotsky skilte mellom faktisk utviklingsnivå, som allerede har funnet sted, og potensielt utviklingsnivå, som en utvikling som er i ferd med å skje, og definerte den nærmeste sonen for mulig utvikling som utviklingssonen (Vygotsky, 1978).
Modellen for utviklingssonen kan beskrives trinnvis;

1. Den uerfarne observerer og imiterer, den kompetente fungerer som modell.
2. Den uerfarne foretar gradvis oppgaveløsing, den kompetente fungerer som instruktør.
3. Den uerfarne opparbeider seg erfaring og ferdigheter, den kompetente fungerer som veileder.
4. Den uerfarne har fått kompetanse og den kompetente fungerer som observatør (Hartmann, 1997; Vygotsky, 1978).

Den amerikanske psykologen Jerome Bruner har vært opptatt av Vygotskys begrep om utviklingssonen. Han har videreutviklet begrepet med å tilføye et nytt begrep ”scaffolding” eller stillasbygging, som beskriver den støttepregede funksjonen som skal bidra til at den mindre erfarne beveger seg mot høyere utviklingstrinn (Bruner, 1986; 1996). Jerome Bruner drøfter hvordan pedagogikken viser seg i Vygotskys teori og hvordan veilederen eller den mer kompetente kan vite hva eleven trenger. Han beskriver utviklingssonen som området hvor Vygotsky forener pedagogikk og intersubjektivitet, og hvor intersubjektiviteten kan peke mot svar på spørsmålet ovenfor, hva eleven trenger. Bruner peker på at det mest vesentlige ved begrepet er at den nærmeste utviklingssonen stiller spørsmål ved hvordan kulturen virker inn på utvikling, gjennom kontekst og samhandlingsdynamikk (Bruner, 1996).

Ellen Hartmann har som psykolog og mangeårig veileder av psykologistudenter i dynamisk psykoterapi ved Psykologisk Institutt latt seg inspirere av Vygotsky og beskriver hans arbeid som en generell teori om formidling, opplæring og utvikling. Hun mener at Vygotsky på et overordnet plan beskriver gunstige betingelser for hvordan mennesker tilegner seg nye ferdigheter og utvikler seg, uansett hvor i livet en befinner seg og uavhengig av funksjonsnivå. Hartmann har benyttet Vygotskys teori som utgangspunkt for en formidlingsmodell for opplæring i psykoterapi for studenter (Hartmann, 1997).

METODE

Vitenskapsteoretisk forankring

Vitenskapsteoretisk tilnærming i studien er preget av fenomenologisk og hermeneutisk metode, med vekt på hermeneutisk fortolkning hvor den egne kliniske erfaringen og forforståelsen har vært aktivt til stede og preget hele forskningsprosessen med intervjuer, bearbeiding og valg av data. Valg av metode er knyttet opp mot problemstillingen i studien, da kvalitative metoder benyttes for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved psykologiske og sosialpsykologiske fenomener, og utforske meningsinnhold i fenomenene slik de beskrives av involverte og framstår for forskeren (Malterud, 2008).

Utvalg

Rådet for psykisk helse bisto med oversikt over aktuelle tjenestesteder som hadde ansatte medarbeidere med brukererfaring, og ut fra dette er utvalget strategisk for å kunne gi adekvate data som svar på problemstillingen. Henvendelsen til de enkelte tjenestestedene ble gjort på e-post til lederne på de enkelte avdelingene, med vedlagt informasjonsskriv. Intervjuer er foretatt på to tjenestesteder, ett i kommuneheletjenesten, og ett i spesialisthelsetjenesten. Utvalget av informanter på den enkelte avdeling ble gjort av det enkelte tjenestested av avdelingsleder, og forhold rundt valg av informanter er for oss ukjent og av den grunn uvisst om kan betegnes som strategisk eller tilfeldig. syv informanter er intervjuet i studien, og de beskriver erfaringer med til sammen 4 medarbeidere med brukererfaring.

Intervju

Det ble gjennomført kvalitative dybdeintervju med bruk av lydopptak i tillegg til at intervjueren som ikke hadde hovedansvaret for intervjuet gjorde notater. Informantene var utpreget verbale, og virket å ha reflektert mye omkring problemstillingen. Planen forut for intervjuene var i stor grad å benytte en fenomenologisk forankret tilnærming, og å få fram den enkelte informants subjektive perspektiver, beskrivelser og eksempler, og i størst mulig grad å tilsidesette egen forforståelse.

Etiske hensyn

Studien er søkt og godkjent hos Personvernombudet for forskning, NSD. Det er utlevert informasjon om studien og innhentet skriftlig informert samtykke erklæring fra informantene i forkant av intervjuene. Det ble foretatt intervjuer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og av anonymiseringshensyn ble det valgt å benytte betegnelsen ”bruker” konsekvent. Muligheter for å identifisere tjenestestedene hvor intervjuene er foretatt er dermed redusert. Sitater i artikkelen er lett modifisert fra talespråk til skriftspråk.

Analyse

Analyseprosessen som ble brukt i studien er inspirert av Giorgi og fenomenologisk forankret, men modifisert av Malterud som omtaler analysemetoden som systematisk tekstkondensering (Malterud, 2008). Malterud beskriver den som en tverrgående analyse over fire trinn.

Vi har i løpet av intervjuene og i analysen i etterkant lett etter fellestrekk i informantenes beskrivelser, og samlet de i 1. trinn i analysefasen i hovedtemaer basert på førsteinntrykk, eksempelvis *håp, rolle*, *ressurs, forutsetning*. I 2 trinn av analysen valgte vi ut deler av teksten som utgangspunkt for meningsbærende enheter, for eksempel ”*å se at det er mulig”*. I trinn 3 av analysen jobbet vi med vår forståelse av datamaterialet mer i lys av teori enn tidligere i prosessen. Analysedelen av studien har vært klart datastyrt i de første fasene av analysen, etter hvert i de senere fasene mer preget av teori, parallelt med at vi søkte og fant for oss meningsfullt teoretisk rammeverk.

Vår forståelse endret seg noe over tid i prosessen, som innebar perioder med nærhet og avstand til datamaterialet, og hva vi til enhver tid evnet å se. Tidlig så vi på fordeler og ulemper ved fenomenet. I denne tredje fasen trakk vi sammen eller abstraherte tekstdelene, eksempelvis til *”rollemodell”*. I 4. trinn av analysen kom vi fram til 3 hovedtemaer, med tilhørende undertemaer, hvorav hvert hovedtema med undertemaer har dannet grunnlag for hver sin vitenskapsartikkel i studien.

Her gjenfinnes funn fra hovedtema og undertema i punkt nr 1. i tabell 1. Undertemaene gjenfinnes som egne avsnitt i den rekkefølge de framstår i tabell 1 i kapitlet resultat og diskusjon.

Hovedtema	**Undertema**
1. En modell i utvikling	1.1 Modellæring 1.2 Håp 1.3 Merkompetanse 1.4 Mer utfordrende

Tabell 1.

RESULTATER OG DISKUSJON

Under intervjuene framkom det, enten som svar på direkte spørsmål eller på eget initiativ, at alle informantene erfarte det som en ”forskjell” å ha kollegaer med brukererfaring. Forskjellen var først og fremst merkbar i relasjonen mellom brukeren og medarbeideren med brukererfaring, men også i relasjonen mellom øvrige ansatte og medarbeidere med brukererfaring. Vi kan naturlig nok ikke si noe om en eventuell forskjell for den enkelte ansatte med brukererfaring, da de ikke er stilt spørsmål eller er inkludert i denne studien. Vi var opptatt av å få konkrete beskrivelser av hva informantene oppfattet at denne forskjellen gikk ut på, og hvordan de selv forsto dette. Underavsnittene i dette kapitlet viser til undertemaene i tabell 1 i artikkelen.

Modellæring

Alle informantene snakket om behovet for at medarbeideren med brukererfaring har reflektert, sortert og bearbeidet eget følelsesmessig materiale, og mente at dette er en forutsetning for at vedkommende skal kunne fungere godt som modell for brukere og være en ressurs i miljøet. Dette kan forstås å være i tråd med Ellen Hartmanns modell (1997) som beskriver veiledning for psykoterapistudenter hvor læring skjer i samspillet med veileder når den mer kompetente i forholdet:

1. har god erfaring i og kunnskap om det den andre skal tilegne seg
2. kan skape en dialog som er tilpasset den enkeltes kognitive og emosjonelle ståsted

Hun fremhever dialogen og relasjonen som helt sentralt i denne læringen

(Hartmann, 1997).

I studien beskrev flere informanter hvordan medarbeidere med brukererfaring kunne delta sammen med brukerne på selvhjelpsgrupper, anonyme narkomane (NA), og dele sine helt personlige historier og erfaring med rusavhengighet og sin tidligere egen prosess også i selvhjelpsgrupper og behandling, ” *sånn var det for meg”.* Det beskrives som spesielt konkret, viktig og motiverende for brukerne.

Hartmann referer til Lev Vygotsky s teori og modell og beskriver den mer kompetentes rolle i samspillet til å veksle mellom å være rollemodell, instruktør, veileder og observatør, hvor både konkret instruksjon, imitasjon, felles problemløsning og refleksjon, støttepregede men også korrigerende tilbakemeldinger er arbeidsformer. Modellen er relatert til psykoterapistudenter som selv har valgt å søke en spesialisering. Hartmann mener imidlertid at Vygotskys modell vil være en fruktbar modell for formidling av kompetanse fra ekspert til novise innen all psykologisk virksomhet. Hun peker på modellens muligheter nettopp ligger i at formen ikke er stringent, og det vesentlige i å finne sin egen utforming knyttet til egne ressurser og kontekst (Hartmann, 1997).

Flere internasjonale studier beskriver at medarbeidere med brukererfaringer bidrar til bedret selvtillit og selvaktelse hos brukerne, og dette har vært knyttet opp mot felles utvikling og utprøvning av løsninger (Davidson et al. 1999; Salzer & Shear, 2002).

I det psykiske helsearbeidet er vår kliniske erfaring at ikke alle brukere til enhver tid er like motiverte for læring, utvikling og endring. Motivasjon vil påvirke læring, og utvikling i forhold til opplevelse av mening knyttet til innlæringen.

Vygotsky beskrev sin teori med utgangspunkt i barns læring og utvikling, og ikke for voksne. Psykisk fungering påvirker også læring, og brukere som møter helsearbeidere innen psykisk helsearbeid forutsettes å ha en eller annen form for psykisk problem eller uhelse som tidvis influerer på både læring og motivasjon. Svingninger i fungering vil i stor grad kunne virke inn. Bruk av medikamenter som for eksempel antidepressiva, psykofarmaka og anxiolytika har både virkninger og bivirkninger som i høy grad berører kognitiv fungering, organisering, strukturering, planmessighet, aktivitetsnivå, kreativitet og oppmerksomhet, egenskaper som virker inn på evne og motivasjon for læring og utvikling.

Valg av teorier og modeller henleder oppmerksomheten mot noe, og vekk fra noe annet. Teorier og modeller er forenklinger av virkeligheten, egnet som bidrag til organisering av kunnskap, men innebærer også forenklinger og skjematiske framstillinger skriver Malterud (2008).

Håp

Alle informantene i undersøkelsen har på ulike måter belyst at medarbeidere med brukererfaring representerer håp og kan fungere som mulige veivisere til bedring og en bedre framtid. En informant uttalte:

"det representerer både det med håp, å se at det er mulig. Og de som da har vært igjennom den prosessen, i den grad de har fått en god innsikt og har god refleksjon i forhold til det, så har de også evne til å formidle det videre".

Det pekes i flere undersøkelser på at det er vanskelig å overvurdere betydningen av håpet som oppstår i møter med mennesker som selv har gjennomgått en bedringsprosess og framstår som vellykkede rollemodeller i så måte (Davidson, Chinman, Sells & Rowe, 2006; Ratzlaff , McDiarmid, Marty & Rapp, 2006).

"det går mye skeis på en måte, det er dårlige prognoser innenfor dobbeldiagnoser. Men det å ha inn personer i miljøet, spesielt en vi har her som har dobbeldiagnose sjøl, som har klart seg og fungerer i dag i jobb og er hos oss et par ganger i uka han er jo en kjemperessurs i forhold til å holde opp håpet og i forhold til å få til noe, her går det an å lykkes hvis man gjør de riktige tingene."

En av informantene pekte på at dette med å representere håp om bedring ikke bare var vesentlig i forhold til brukerne, men også i forholdet til øvrige kollegaer, som en motiverende faktor i arbeidet og en konkret påminnelse om at endring, utvikling og bedring er mulig.

"Sitter det en her som gjør akkurat det du syns er vanskelig, men at det går an, han kan representere håp. Han er på en måte; se her, han har lykkes, det går an! Det ser de jo hver dag, samtidig som han er der ute og er sammen med dem"

Informanten belyser betydningen av samhandling mellom bruker og medarbeideren med brukererfaring over tid ("*hver dag"*), overførbart til menneskers praktiske og konkrete liv som Vygotsky beskriver. Vi tenker at dette kan forstås uavhengig om konteksten er den enkelte brukers hjem, på en felles sosial arena eller i en institusjonsavdeling. Vygotsky har beskrevet hvordan barnet imiterer og tester ut nye ferdigheter ved hjelp av instruksjon og initiering av løsninger eller i samarbeid med den mer kompetente og assisterende personen. På denne måten ville han endre fokus fra et barns faktiske utikling, til dets muligheter for utvikling av funksjoner, som ennå umodne knopper eller blomster, men ennå ikke frukter som han selv uttrykte det. Han påpekte at oppmerksomhet mot faktisk utviklingsnivå innebærer et retrospektivt perspektiv, i motsetning til oppmerksomhet mot utviklingssonen som et prospektivt perspektiv (Vygotsky, 1978).

I dette ligger en formidabel dimensjon av håp og utviklingsmuligheter for den enkelte.

Michael Lambert har gjennomgått psykoterapiforskning for å få vite hva som virker i terapi, og oppsummerte fire fellesfaktorer som er virksomme for et vellykket resultat. I følge Lamberts anslag er 40 % av forandringene knyttet til klientene selv og deres ressurser. Relasjonelle faktorer utgjør 30 %; innbefattet klientens opplevelse av relasjonen til terapeuten, alliansen. Alliansen estimerer resultatet bedre enn diagnose, metode eller terapeut. Forventning/placebo står for 15 % av forandringene. Om klienten forventer å få hjelp og har tiltro til metoden, skaper det håp og forventninger. Metoden/teknikken anslås til 15 %, altså den terapi og fremgangsmåte som er særegen for hver behandlingsform. Det har vist seg at ingen metode er mer effektiv enn andre (Rønnestad & von der Lippe, 2009).
Summen av Lamberts anslag over virksomme faktorer for relasjon og forventning utgjør ut fra hans estimat 45 % av vellykket resultat i terapi. Om vi overfører resultatene til den terapeutiske relasjonen mellom bruker og medarbeider med brukererfaring og jevnfører våre og andres funn angående evne til å relatere seg med brukere og inngi håp, vil vi selv med solide marginer for feilkilder og variasjoner etter vår mening ikke ha råd til å la være å utforske fenomenet og effekten av det nærmere.

Merkompetanse

"De kan snakke om faget med et helt annet utgangspunkt. De har en helt annen forutsetning(..) Og de kan si noe om hva som har hjulpet dem, hva som er bra…(..)De kan fortelle noe om hvordan det er, med en helt annen kredibilitet enn det vi kan
En av informantene pekte på denne formen for kunnskap og uttalte;
"Det handler jo om kunnskap, om hvordan ulike typer sykdom kan utvikle seg og kan føles, det handler om hvordan vi som personal skal prøve å få brukeren til å friskne til. En kollega med brukererfaring vil ha kunnskap om det."
Sitatet fra en av informantene belyser hvordan den egne erfaringen som spesifikk kunnskap oppleves å komme til uttrykk og være virksom. Alle informantene i undersøkelsen har på ulike måter kommet inn på den spesifikke egenopplevelsen som ressurs og kilde til eget følelsesregister og handlingsrepertoar, og til å gjenkjenne brukerens.
"Kollegaene har veldig mye kunnskap, de klarer å se hvor brukerneene står"
"*De vet hva det handler om, på egen kropp, egne tanker, egne følelser, egne sanser"*
Å registrere og gjenkjenne brukerens emosjonelle, kognitive og sosiale ståsted synes å være en vesentlig del av kompetansen og en forutsetning for å kunne tone seg inn hos brukeren.

En informant beskriver det som skjer som at *"Grensesnittet blir mindre"*, og utdyper begrepet med å si at avstanden mellom medarbeideren med brukererfaring og brukere tilsynelatende blir mindre, og muligheten for en bedre forståelse blir større.
Temaet gjenfinnes i en undersøkelse som omhandler relasjonelle forhold hos medarbeidere med brukererfaring hvor sammenlignbare og gjensidige erfaringer beskrives å bidra til mer gjensidige og egalitære relasjoner preget av økt opplevelse av emosjonell empati, aksept og fellesskap (Coatsworth – Puspokey, Forchuk & Ward Griffin, 2006).
Vi tenker i denne sammenhengen at medarbeideren med brukererfaring må ha gjort seg egne erfaringer og kunnskap om å både å ha, eller ha hatt, en psykisk lidelse eller opplevd psykisk ubehag, ha erfart egen utvikling og en form for bedringsprosess slik at vedkommende er mer kompetent ("more capable") og i stand til å formidle. De egne erfaringene om og med psykisk lidelse over tid, møte med hjelpeapparat og behandling, relasjonserfaringer, mestringskompetanse, (selv)refleksivitet, og formidlingsevne knyttes til "mer kompetent".
En av informantene beskrev hvordan medarbeiderne med brukererfaring brukte sin kunnskap og evne til gjenkjenning:
"Det er kanskje 8 spørsmål de ikke trenger å stille, for å finne ut, ja det er dit vi skal, kanskje bare ett. Eller bare en observasjon."
Vi forestiller oss denne kompetansen som relevant for å identifisere det aktuelle utviklingsnivået og nærmeste utviklingssone som Vygotsky beskrev i sin teori, og som muliggjør en presis og målrettet problemløsning, mestring og ferdighetsutvikling i samspillet mellom brukeren og medarbeideren med brukererfaring.

En annen informant uttalte at:
"*.. de har liksom det lille ess i armet på en måte som vi andre ikke har, som ikke har den selverfaringen*."
Evnen til formidling, kommunikasjon og mellommenneskelige egenskaper var på ulike måter et viktig tema for alle informantene i studien. Vi forstår det slik at kunnskapen og gjenkjenningen må knyttes opp mot refleksjons og formidlingsevne for å bli virksom i læring og utviklingsøyemed.

Mer utfordrende

Flere informanter hevdet at medarbeiderne med brukererfaring kunne tillate seg å utfordre brukerne mer, at de var mer direkte i uttalte forventninger, og at de hadde et større

engasjement enn sine øvrige kollegaer, som de både ville og turte å vise i forhold til brukerne. seks av syv av informanter som mente dette, var positive til disse forskjellene og egenskapene og at de kunne se at dette kunne være bidrag til en positiv utvikling for brukeren.

"De har mer tyngde, eller tør mer, å utfordre mer på en bedre måte".

"Ja, jeg tenker at de går lenger fram for at de ser viktigheten av å utfordre da, og tillater seg og gå lengre i tilnærminga, og være mer konfronterende enn annet personell..(..), og jeg opplever at de som har rusbakgrunn har et større engasjement og at de tør og vil vise dette engasjementet i praktisk handling".

Om funnet i studien er knyttet opp mot erfaring med rusavhengighet er imidlertid usikkert. To informanter nevnte behovet for vurdering i forhold til grad av konfrontasjon som vesentlig, "*..det er nødvendig med antenner for hvor langt man kan gå".*

Flere informanter formidlet at medarbeideren med brukererfaring hadde oppmerksomhet mot å ikke frata brukerne ansvar for egne valg men forvente egen innsats, og virket å formidle dette med bevissthet i forhold til empati og omsorg. Funnene gjenfinnes på begge tjenestestedene vi utførte intervjuer. Det ble eksemplifisert ved flere historier om situasjoner hvor de ordinære helsearbeiderne i større grad tenderte mot å ikke i samme grad stille krav og konfrontere, men hvor medarbeiderne med brukererfaring var mer bevisst på både et tøffere repertoar og effekten av det, og drøftet betydningen av dette i samarbeidet med de øvrige ansatte.

En mulig årsak til at medarbeidere med brukererfaring kan utfordre i større grad kan være knyttet til at relasjonen til brukeren er preget av mindre avstand og mer gjensidighet, og også større aksept. En informant snakker om at medarbeiderne med brukererfaring har en annen kredibilitet, og at det skaper en annen dynamikk rundt problematikken. Deres personlige erfaring og bearbeiding i ettertid om hva som har vært virksomt i deres egen utviklings og bedringsprosess, samt i møter med hjelpeapparatet, vil også påvirke og prege tilnærmingen til brukeren. Kohut beskriver at empatibegrepet består av tre komponenter. En affektiv del som omhandler å føle som om, en kognitiv del som består av å tenke seg inn i, og en observatør rolle som beskrives å veksle mellom avstand og nærhet til den andres opplevelsesverden. Empatibegrepet favner også en konfronterende dimensjon som er relatert til utvikling, endring og vekst (Nerdrum, 2007).

" *..the only"good learning" is that which is in advance of development"*
(Vygotsky, 1978, s.89)

Vygotsky pekte på at hvis læringen skulle bidra til utvikling, måtte nivået for instruksjon ligge over nivået som barnet allerede mestret på egenhånd, men på et nivå barnet trengte hjelp av en mer kapabel person for å mestre (Vygotsky, 1978). Overført til konteksten med medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid kan vi tenke at nivået på instruksjon for å tilegne seg ny kunnskap med bruk av støtte, veiledning, uttalte forventninger og utfordringer fra en mer kompetent også må ligge i overkant av dagens nivå for den enkelte, men heller ikke utenfor rekkevidde. Dermed blir det vesentlig å gjenkjenne hvor den enkelte bruker befinner seg og tilpasse interaksjonen og veiledning i forhold til dette.

Kritisk refleksjon

Forforståelsen om fenomenet og erfaringene med temaet har vært til stede og preget arbeidet med studien. Vi erfarte i etterkant av intervjuene at intervjueren med feltkunnskap på området kom til å bruke sin forforståelse aktivt i forhold til informantene i intervjuene, og kom til å prege intervjuene i retning av en hermeneutisk fortolkende prosess i større grad enn planlagt og forutsett i forkant.

Hvorvidt en positiv holdning til fenomenet medarbeidere med brukererfaring kan ha påvirket informantenes beskrivelser og preget våre funn, er på sin plass. Spørsmålet er ikke åpenbart lett å besvare, da intervjuerens rolle var aktiv under intervjuene. Men utøvelsen av rollen som intervjuerne oppleves av begge forfatterne å ha vært aktiv i forhold til ønsket om å finne beskrivelser og uttrykk for fenomenet uavhengig av positiv eller negativ valør. Den spesielle feltkunnskapen i forhold til fenomenet og den aktive intervjurollen kan også ha bidratt til å påvirke og utdype informantenes beskrivelser og informasjonen som kom fram i intervjuene.

Det er vanskelig å vite nøyaktig hvordan vår forforståelse til en hver tid har preget gjennomføringen av intervjuene og funnene, da vi ikke har andre erfaringer og sammenligne med. Vi nøyer oss med å konstatere at undersøkelsen bærer preg av den. Dette kan forstås å ha bidratt til utvidet kunnskap inn i intervjuene som i øyeblikk kunne bære preg av dialog mellom engasjerte samtalepartnere, som sammen reflekterte over flere problemstillinger og nyanser ved fenomenet.

Medarbeiderne med brukererfaring som beskrives i vår undersøkelse omtales å ville mer, tørre mer og kreve mer. Det beskrives at de gir større ansvar, får god kontakt med og inngir håp til brukerne. Vi har ikke utforsket om de bidrar til endring og i så fall hvor mye og hvordan. Men vi har fått beskrivelser om forskjeller fra kollegaer av medarbeidere med

brukererfaringer og har gjort refleksjoner om noen sammenhenger og mulige virksomme elementer ved fenomenet.

KONKLUSJON OG IMPLIKASJON FOR VIDERE FORSKNING

Vi har beskrevet og fortolket hva vi forstår som noen virksomme elementer i relasjonen ved hjelp av funn fra undersøkelsen, tidligere funn, egen klinisk erfaring og teori. Vi har drøftet om Hartmanns formidlingsmodell ved hjelp av deler av Vygotskys teori kan gi bidrag til forståelse om samspillet mellom medarbeidere med brukererfaring, og brukeren. Fordelen med modellen som er beskrevet i artikkelen opplever vi å være oppmerksomheten mot en ressurs og mestringsorientering, og tydeliggjøringen av samhandling som virksomt element for den enkeltes utviklingsmuligheter.

Det må sies å være beskjedent med teorier og modeller knyttet til fenomenet medarbeidere med brukererfaring per i dag, og vi ønsker å peke på Hartmanns modell som et bidrag til å organisere, og forstå, erfaringsbasert kunnskap. Modellen framstår for forfatterne overførbar til det psykiske helsearbeidet som en invitasjon til å forstå medarbeidere med brukererfaring som den mer kompetente i forholdet til brukeren, og i denne sammenhengen ”eksperten” og brukeren ”novisen”. Samtidig er modellens styrke også at den ikke fastholder verken eksperten eller novisen i sine roller. Den mer kompetente parten i den asymmetriske men også likeverdige relasjonen bidrar til at den mindre kompetente parten i relasjonen blir mektigere, og forhindrer begges roller fra å forbli statiske.

Tittelen på artikkelen: *” Å se at det er mulig”* har for vår del bidratt til å visualisere modellforståelsen underveis i prosessen, med en tro på at det *kan* være mulig.

Videre forskning vil kunne utvide kunnskapsgrunnlaget omkring fenomenet, og effekten av det. Det er behov for å utvikle en videre kunnskapsbase i fagfeltet psykisk helsearbeid som innlemmer teoretisk forankret erfaringskunnskap, hvor modellæring kan være *et* bidrag til forståelse om fenomenet medarbeidere med brukererfaring.

REFERANSER

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. London, England: Harvard University Press.

Bruner, J. (1996). *Utdanningskultur og læring.* ad Notam. Gyldendal.

Coatsworth- Puspokey, R., Forchuk, C. & Ward- Griffin, C. (2006). Peer support relationshios: an unexplored interpersonal process in mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing. Volume 13. Issue 5. Pages 490- 497.*

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. & Tebes, J.K. (1999). Peer support among individuals with servere mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and practice. V6 N2. Summer 1999: 165-187.*

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin, 32 (3), 443- 445.*

Hartmann, E.(1997). Vygotskys formidlingsmodell som rettesnor for opplæring i psykoterapi. I S. E. Gullestad & Theopolakis, M. (red) (1997). *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv dynamisk psykoterapi.* Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet og NAV (2011). *Medarbeider med brukererfaring - en ressurs.* Brosjyre. IS-1927.

Malterud, K.(1996/2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2 utgave, 4 opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Nerdrum, P. (2007). *Empatiske utfordringer i terapeut-pasient-relasjonen.* I E. Hem, P. Vaglum, L. Fyrand & P. Nerdrum (Red.). *Pasienten og sykdommen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nyttingnes, O. (2008). ”Er brukeransettelser mulig og ønskelig? Internasjonale erfaringer med brukeransettelser i psykiske helsetjenester”. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* 5 (4) 310-320.

Ratzlaff, S., McDiarmid, D. , Marty, D. & Rapp, C. (2006). The Kansas consumer as provider program: Measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29 (3), 174-1832.*

Repper, J & Carter, T. (2011). Review Peer Support in mental health services. *Journal of Mental Health ,20(4): 392-411.*DOI: 10.3109/09638237.2011.583947

Rønnestad, M. H & Lippe, von der A.(2009). *Det kliniske intervjuet.* 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Salzer, M.S., & Shear, S. L.(2002). Identifying Consumer-Provider Benefits in Evaluations of Consumer-Delivered Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(3), 281-288*.

Simpson. E. L., House. A. O. (2002). *Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review.* Academic Unit of Psychiatry and Behavioural Sciences, University of Leeds. *BMJ. Volume 325;126.*

Strindberg, L. (2007). *Vygotsky i praksis, blant pugghester og fuskelapper.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society, The Development of Higher Psychological Processes*. London: Harvard University Press.

Artikkel 2

"Brukererfaring i psykisk helsearbeid – en umulig rolle?"

Kristina Pettersen & Ingrid Bjørkman

Sammendrag

Bakgrunn Fenomenet medarbeider med brukererfaring i klinisk psykisk helsearbeid er relativt nytt og lite utviklet i Norge. Helsedirektoratet presenterer medarbeider med brukererfaring som èn måte å styrke brukerperspektivet og øke brukermedvirkning i det psykiske helsearbeidet. Denne artikkelen beskriver en kvalitativ studie om fenomenet medarbeider med brukererfaring, og fokuserer på rollen til den ansatte med brukerefaring. Forskningen i Norge er begrenset, men det foreligger studier fra Amerika, England og Australia som ytterligere beskriver fenomenet.

Hensikt I artikkelen beskrives rollen til medarbeideren med brukererfaring. Vi ønsket å utforske rollen, og beskrive kvalifikasjoner og eventuelle likheter og ulikheter den innebærer i forhold til miljøterapeuter.

Metode Undersøkelsen er basert på syv dybdeintervjuer med psykisk helsearbeidere som er kollegaer av medarbeidere med brukererfaring. Intervjuene er utført på to steder innen klinisk psykisk helsearbeid, ett innen spesialisthelsetjenesten og ett i kommunehelsetjenesten.

Resultater Rollen som medarbeider med brukererfaring må defineres og planlegges av organisasjonen før ansettelse. Medarbeideren med brukererfaring bringer et nytt perspektiv til rollen basert på erfaringen. Balansen mellom å by på seg selv og være en profesjonell hjelper er beskrevet som både en kvalitet og en utfordring for medarbeiderne med brukererfaring.

Konklusjon Undersøkelsen understøtter noe av den internasjonale forskningen som viser til positive resultater i å ansette medarbeidere med brukererfaring i klinisk psykisk helsearbeid. Artikkelen presenterer at rollen krever avklaring og forberedelser i organisasjonen før ansettelse. Mange forutsetninger må avklares før den komplekse rollen som medarbeider med brukererfaring kan nyttigjøres.

Nøkkelord: Psykisk helsearbeid, bruker, medarbeider med brukererfaring, rolle, rollekonflikt, miljøterapi, miljøterapeut.

Abstract

Background Peer providers are people employed on the basis of that they have or had a mental disorder or substance dependence and have experience with the mental health care system. Peer provider use their experience as a professional helper and this is a relatively new role in clinical practices in mental health services in Norway. The firsthand experience of peer providers may be one way to expand knowledge in the field of mental health care in both specialized treatment centers and residential services. Current research poorly describes the phenomenon and only modestly links it to theory.

Aims The role of the peer provider is defined. The interaction between peer providers and service users is clarified. Theory is used to expound upon clinical experience and other findings pertaining to peer providers.

Method We have conducted a qualitative study with interviews of seven colleagues of peer providers in mental health service. The article is characterized by a phenomenological hermeneutic approach, with emphasis on interpretation and active use of our clinical experience.

Results Peer providers widen the scope of mental health by providing firsthand experience. Peer providers face challenges related to role clarification and preparation in the organization. A peer provider ought to have a reflective relationship of his or her own history and functioning, and humility that personal experiences and solutions can not necessarily be transferred and generalized to others.

Conclusion Peer providers have awakened mental health services need for a knowledge base that incorporates the user's experience. Further research should explore the role of the peer provider to a greater extent, also the peer provider's effect on the traditional mental health provider and the mental health service.

Keywords: Mental health service, peer provider, clinical practice, role conflict, service user.

INTRODUKSJON

Bakgrunn for studien

Mennesker som har eller har hatt en psykisk lidelse, har kunnskap gjennom sin erfaring som bruker. Ved ansettelse av medarbeidere med brukererfaring benyttes erfaringskompetansen som en spesifikk kvalifikasjon i arbeidet med mennesker med psykisk lidelse.

Forfatterne av artikkelen har ulik erfaring med temaet hvor den ene har direkte erfaring med å ha kollega med brukererfaring. Førsteforfatter av artikkelen har ikke det, men opplever i klinisk psykisk helsearbeid en endring i retning av økt brukerperspektiv. Gjennom masterstudiet i psykisk helsearbeid har interessen økt for å inkludere og innlemme brukerperspektivet i psykisk helsearbeid.

Å ansette medarbeidere med brukererfaring kan forstås som en av flere måter å styrke brukerperspektivet i tjenestene, som Helsedirektoratet også beskriver i sin brosjyre ”Medarbeider med brukererfaring – en ressurs” (2011, s3).

Tidligere forskning

Fenomenet er relativt nytt innen psykisk helsearbeid og det eksisterer lite forskning både i Norge og internasjonalt. I Aarhus i Danmark har det eksistert en egen utdanning for medarbeidere med brukererfaring, de har lagt vekt på dobbeltkompetanse og ønsker en helsefagutdanning i utgangspunktet, i tillegg til erfaringskompetanse (Juliussen, 2008). I Norge har det også eksistert flere utdanninger for medarbeidere med brukererfaring og per dags dato i Bergen (Helsedirektoratet, 2011).

Den internasjonale forskningen på temaet er hovedsakelig fra England, Australia og USA. En systematic review artikkel fra Simpson & House i 2002 viser at å ha ansatte med brukererfaring i klinisk arbeid, eller på systemnivå ikke har skadelig effekt. Den internasjonale forskningen som er gjort når det gjelder ansatte med brukererfaring deles inn i positive og negative effekter for den ansatte selv, på brukerne og på selve tjenestesystemet (Carlson, Rapp & McDiarmid, 2001; Gates & Akabas, 2007). Repper & Carter (2011) har gjennomgått publisert litteratur om medarbeidere med brukererfaring ved kliniske avdelinger i tidsrommet 1995- 2010, innenfor lovfestede tjenester (statutory services) innen psykisk helsearbeid. Studien gjennomgikk flere kvalitative studier med små utvalg, samt noen randomiserte kontrollerte studier, til sammen 38 forskningsartikler. De konkluderer med at medarbeidere med brukererfaring i større grad enn ordinære tradisjonelle helsearbeidere

evner å promotere håp og tro på bedring, empowerment og økt selvaktelse. Undersøkelsen beskriver videre å øke brukernes egen effektivitet og selvstyre i forhold til vanskeligheter og sosial inklusjon, forpliktelse og sosiale nettverk. Flere studier viser til problemer og utfordringer med å integrere de ansatte med brukererfaring. Utfordringene var blant annet personalets holdninger rundt recovery og gyldigheten av brukerperspektivet, rolle konflikt og forvirring, manglende reglement og praksis rundt taushetsplikt, dårlig definerte arbeidsoppgaver og manglende støtte/veiledning (Bennetts, Cross & Bloomer, 2011; Carlson, Rapp & McDiarmid, 2001; Gates & Akabas, 2007).

Litteratur gjennomgang

Søk i databaser inkluderte Academic Search Premier, Psych Info, Cochrane Library, PubMed, MedLine og Cinahl. Vi har benyttet emneord som: Consumer Participation, Consumer Behavior, Mental Health, Mental Health Services, Life Experiences, Employment Status, Clinical Practice. Søk er gjennomført i perioden august 2011 til mars 2012. Andre litteraturkilder har blitt benyttet og inkluderer stortingsmeldinger, veiledere og rapporter, og videre søk i referanse lister i publiserte artikler om emnet. Vi har benyttet tidsskriftdatabasen Idunn, Helsebilioteket og Google Scholar til ytterligere fritekstsøk.

Formål med studien

Artikkelen presenterer en delstudie av vår masteroppgave innen psykisk helsearbeid. Hensikten med delstudien var å undersøke rollen til medarbeidere med brukererfaring i klinisk psykisk helsearbeid. Vi har gjennomført intervjuer med kollegaer av ansatte med brukererfaring og vil gjengi deres beskrivelser av rollens funksjon i arbeidet, hvilke kvalifikasjoner som kreves og likheter og ulikheter fra miljøterapeutrollen. Videre vil vi belyse temaet med hjelp av vår kliniske erfaring, teori og andres funn.

Artikkelens hovedfokus

Det å ansette mennesker med brukererfaring bringer en ny rolle inn i det psykiske helsearbeidet. Posisjonen kan forstås å være midt mellom brukerrollen og terapeutrollen. I delstudien vil vi utforske om den ansatte med erfaringskompetanse kan tilføre en ny dimensjon, et innenfraperspektiv som de ansatte med fagkompetanse ikke har. I undersøkelsen ble det stilt spørsmål om hvordan kollegaer av brukeransatte opplever, erfarer og forstår å ha kollegaer i dagliglivet på arbeid. Vi stilte spørsmål ved om det oppleves å være en forskjell i rollene på en ansatt med fagkompetanse og en ansatt med brukererfaring.

Vi var nysgjerrige på om rollen som medarbeider med brukererfaring tilførte noe nytt til tjenestene og hva denne forskjellen eventuelt ville innebære.
Artikkelen beskriver miljøterapi som tilnærming i klinisk psykisk helsearbeid og innholdet i miljøterapeutrollen, og belyser nærmere den nye rollen for medarbeideren med brukererfaring og hva som er forkjeller og likheter i forhold til miljøterapeutrollen. Videre beskriver vi utfordringer for den nye rollen og derav tittelen og problemstilling *"Brukererfaring i psykisk helsearbeid – en umulig rolle?"*.

Miljøterapi

Miljøterapi oppstod på begynnelsen av 1900 tallet, og utviklet seg videre ved det terapeutiske samfunn som igjen oppstod som en protest mot det tradisjonelle hierarkiske systemet som tidligere dominerte på psykiatriske sykehus. Det terapeutiske samfunn ble svært utbredt på 1960 og 70 tallet hvor pasienter og personalet skulle arbeide mot et felles mål og miljøet skulle være demokratisk. En kritikk mot det terapeutiske samfunn som etter hvert vokste frem var at ikke alle pasienter kunne nyttiggjøres av et slikt åpent miljø (Andersen, 1997; Foucault, 1961/ 2000; Vedeler, 1973).

Miljøterapi som behandlingsform har en eklektisk tilnærming som brukes forskjellig på ulike steder. Den norske psykologen Erik Larsen (2004) mener miljøterapi er todelt og består av miljøbegrepet og terapibegrepet. Miljødelen handler om å organisere eller legge til rette, mens terapidelen handler om forandring og utvikling. Miljøterapi er et arbeid som legger til rette for at forandring skal bli mulig. Dette kan peke mot et brukerperspektiv der brukerens endring skal ha plass i prosessen (Olkowska & Landmark, 2009).

Larsen (2004) beskriver en miljøterapeuts kvalifikasjoner og rolle i en organisasjon i psykisk helsearbeid. Larsen presenterer formelle kvalifikasjoner som man får gjennom formell utdanning og formelle erfaringer man får gjennom egen terapi, veiledning og kollegiale refleksjoner. De uformelle kvalifikasjoner kalles "livets skole" og representerer egen opprinnelsesfamilie, egen familie, yrkeserfaring, interesser og hobbyer. Larsen presenterer begrepet den integrerte miljøterapeutrollen og mener at de uformelle sidene må integreres i formelle for en profesjonell yrkesrolle (Larsen, 2004).

Kreuger (1986) har foretatt studier av dyktige miljøterapeuter og trekker frem "har glimt i øyet" som viktig for arbeidet. Han mener at gode miljøterapeuter gjennom sin holdning og atferd kommuniserer en genuin interesse og et genuint engasjement for brukerne. Kreuger (1986) beskriver kjennetegn for egnede og dyktige miløterapeuter og mange av disse

kjennetegnene berører miljøterapeutens personlighet. Larsen (2004) mener slike kjennetegn må forstås i et organisatorisk perspektiv og at organisasjonen må legge til rette for at slike egenskaper verdsettes og stimuleres slik at det vil prege det miljøterapeutiske arbeidet. Han mener organisasjonen må skape og muliggjøre en syntese av den profesjonelle miljøterapeutrollen og miljøterapeuten som person.

Møller (2003) har gjort en studie på hva som kjennetegner dyktige miljøterapeuter. Hovedfunn i studien var utholdenhet og tåmodighet, ekletisisme og bruk av skjønn, empati og romslighet, autensistet og tydelighet. Han har etterspurt påvirkningskilder til faglig utvikling, og ni av ti informanter mener at personlige livserfaringer har hatt betydning. De trekker frem erfaringer med egne vansker, erfaringer med generelle livstema og erfaringer fra egen oppdragelse og andre personlige livserfaringer som en del av sin faglige utvikling.

Sosialpsykologiens rolleteori

Sosialpsykologi omhandler det vitenskapelige studiet om sosiale og kognitive prosesser på hvordan mennesker persiperer, påvirker hverandre og relaterer seg til hverandre (Smith & Mackie, 2007). Den amerikanske filosofen, sosiologen og psykologen George Herbert Mead (1863- 1931) regnes som rolleteoriens opphavsmann og beskriver at atferdsmønstre som forventes av innehaverne av bestemte posisjoner i den sosiale struktur har fått betegnelsen rolle (Mead, 1934/2005; Ilstad, 2004). Roller strukturerer, ordner og forenkler sosial interaksjon men roller kan også være uklare, skape problemer og konflikter for den enkelte. Intrarollekonflikt er når samme rolle medfører uforenlige forventninger fra ulike grupper, eller at man opplever konflikt mellom egen kompetanse og andres krav og forventninger. Rolleuklarhet brukes når det er usikkerhet om hva en er forventet å skulle gjøre (Raaheim, 2002).

Utfordringer ved rollen

Utfordringer ved å ansette medarbeidere med brukererfaring er beskrevet i litteratur med rolle konflikt og rolle forvirring som sentrale elementer (Carlson, Rapp og McDiarmid, 2001; Gates & Akabas, 2007; Salzer & Shear, 2002). Det beskrives problemer både for de ansatte med brukererfaring og den eksisterende personalgruppen. Fagansatte har vansker med å akseptere de ansatte med brukererfaring som likemenn. Litteratur gjennomgangen viser også til at medlemmer i personalgruppen blir fristes til å benytte terapeut rollen overfor de ansatte med brukererfaring (Carlson, Rapp og McDiarmid, 2001; Gates & Akabas, 2007). For de ansatte med brukererfaring kan overgangen fra rollen og identiteten som bruker, til rollen

som profesjonell hjelper være vanskelig. De blir bedt om å kombinere sin brukererfaring med det å være i en profesjonell hjelperolle samtidig som de kanskje fremdeles mottar tjenester selv (Carlson, Rapp og McDiarmid, 2001; Salzer & Shear, 2002). Flere studier viser til at vennskap med brukerne kan komplisere en profesjonell hjelperrolle (Gates & Akabas, 2007; Repper & Carter, 2011). Forskning peker på at rollen og arbeidsoppgavene til de ansatte med brukererfaring må være klart definerte. Opplæring og veiledning av både de ansatte med brukererfaring og personalgruppen beskrives som vesentlig. Personalgruppen og organisasjonen må være forberedt på å ta imot ansatte med brukererfaring (Gates & Akabas, 2007).

Fordeler ved rollen

Simpson & House (2002) viser i sin review til flere fordeler ved rollen til den ansatte med brukererfaring som for eksempel at rollen muliggjør direkte brukerkontakt på brukernes arenaer og mindre tidsbruk på kontor- og telefon arbeid. Rollen hadde en tilærming som var mer relasjonsorientert, uformell og personlig og mindre preget av autoritet og oss/dem tenkning. Repper & Carter (2011) viser i sin review til at medarbeidere med brukererfaring tilbyr særegne kjennetegn i rollen som ikke fylles av tradisjonelle helsearbeidere: bistand preget av erfaring heller enn profesjonell ekspertise og mer gjensidige relasjoner og mer egalitære konversasjoner(preget av likhet).

METODE

Studien har et kvalitativt forskningsdesign som er hensiktsmessig i forhold til å søke kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, forventninger, tanker, holdninger og livs verden (Kvale & Brinkman, 2009).

Vi benyttet semistrukturerte intervju hvor utgangspunktet for datainnsamling var samtalen. Vårt vitenskapelige grunnlag er fenomenologi og hermeneutikk og intervjuene er preget av dette. Denne intervjutypen søker å innhente beskrivelser av intervjudeltakerens livsverden og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som beskrives.

Fenomenologi

Den tyske filosofen Edmund Husserl er en av grunnleggerne innen fenomenologi. Hans uttrykk *Zu den Sachen* (saken selv) (1986, s 12) betyr å etterstrebe og beskrive hvordan verden oppfattes uten blokkeringer av forutinntatthet eller teoretiske begreper. Han var opprinnelig matematiker og lånte begrepet *bracketing* fra matematikken og inn i metoden om fenomenologi. Begrepet betyr at forskerne beskriver og så setter til side egen erfaring i så stor grad som mulig for å ha et åpent perspektiv mot fenomenet de studerer (1986, s 44).

Hermeneutikk

Hermeneutikken er i nyere tid basert på Filosofen Hans Georg Gadamer sitt verk "Sannhet og metode" (1960/2010). Gadamer skiller mellom metode og hermeneutikk og mener at hermeneutikk er en generell filosofsk teori om hva forståelse er, hva som skjer i oss og med oss når vi forstår. Han mener at enhver forståelse forutsetter en annen tidligere forståelse, som han kaller fordom. Fordommer sees på som positivt da de er produktive mulighetsbetingelser for forståelse. Forståelsen er knyttet til en prosess som Gadamer påstår ikke er mulig uten fordommer. Prosessen, den hermeneutiske sirkel, går ut på at vår forståelse til deler av en tekst eller et fenomen redigeres ved korrigeringer eller bekreftelser av våre fordommer. Dette gjentar seg og man ser på teksten eller fenomenet på nytt med redigerte fordommer som fører til en ny, utvidet, og dypere forståelse (Gadamer, 1960/2010; Krogh, 2009).

Utvalg

Rådet for Psykisk Helse og utgav en rapport i 2008 om temaet medarbeidere med brukererfaring, og på bakgrunn av dette benyttet vi Rådet for å få hjelp til å finne steder med ansatte med brukererfaring. Vi henvendte oss via e post og fikk tilbakemelding med forslag om seks aktuelle steder. Samtlige steder ble kontaktet via e post og alle gav tilbakemeldinger og var positive til å delta på undersøkelsen. Ved nærmere kontakt med stedene kom det imidlertid frem at flere steder enten hadde ansatte med brukererfaring på systemnivå, ansatt som erfaringskonsulenter eller hadde ansatte som tidligere hadde vært bruker på samme sted. Dette falt utenfor våre inklusjonskriterier og vi opplevde det som en møysommelig prosess å finne frem til steder som hadde ansatte med brukererfaring i klinisk psykisk helsearbeid. Imidlertid endte vi opp med to steder, ett i kommunehelsetjensten og ett i spesialisthelsetjenesten og medarbeiderne hadde brukererfaring både med psykisk lidelse og rusavhengighet. Vi kontaktet avdelingsleder på stedene vi a e mail og vedla

informasjonsskrivet om studien og ba leder gjøre utvalget av informanter. Om utvalget er tilfeldig eller strategisk er dermed ukjent. I studien er det i alt fire medarbeidere med brukererfaring fra psykiske lidelser og/eller rusmisbruk som blir omtalt.

Intervju

Vi har gjennomført syv intervjuer på to steder som har ansatte med brukererfaring. Intervjuene ble gjennomført på arbeidstedet og varte fra 40 min til 1 time. I forkant av intervjuene hadde vi utarbeidet en intervjuguide utformet med ti spørsmål. Forut for intervjuene var planen at den ene intervjueren skulle ha hovedansvaret for intervjuet mens den andre skulle observere og notere og mot slutten få stille oppklarende spørsmål.Vi gikk inn i intervjuene med et ønske om å benytte bracketing men opplevde og ser tydelig i etterkant at det ikke ble slik. Vi ser at den fenomenologiske forankringen med vekt på å tilsidesette forforståelsen kom mer i bakgrunnen av den hermeneutiske. Vår forforståelse preget av fra klinisk erfaring, teori og andres funn har blitt benyttet i intervjuene for å utforske utsagn og utfordre informantene i større grad enn planlagt. Etter vår mening, hadde vi nådd metning i datamaterialet under siste intervju, da informant nummer syv frembrakte mange av de samme poengene som foregående informanter.

Etiske hensyn

Studien ble på forhånd registrert og godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Forut for intervjuet fikk informantene utdelt et informasjonsskriv som de signerte og dermed ga sitt informerte samtykke. I informasjonsskrivet presenteres tema og hensikt med studien. Det ble beskrevet at vi ville bruke båndopptaker og at vi var to masterstudenter som ville delta i intervjuet. Videre ble det beskrevet at intervjuet var frivillig og at informantene til enhver tid i prosessen kunne trekke seg fra undersøkelsen, i så fall ville alle data bli slettet fra studien. Informantene ble informert om at opplysningene ville bli behandlet konfidensielt og avidentifisert og forsikret om at det ikke ville være mulig å gjenkjenne i den ferdige oppgaven. Kontaktinformasjon til intervjuerne fremgikk av informasjonsskrivet for å muliggjøre eventuell kontakt i etterkant av intervjuene. Informantene fikk tilbud om å få tilsendt utskrift av transkripsjon for å kunne kontrollere det de hadde sagt. Tre av de syv informantene ønsket dette og utskiften ble sendt på e post men ingen korrigeringer ble motatt. I artikkelen formidles informantenes uttalelser med sitater og sitatene blir ikke gjengitt på informantens dialekt, men skrives på bokmål av hensyn til anonymisering. Hvor intervjuene er gjennomført blir også behandlet konfidensielt.

I spesialisthelsetjenesten brukes betegnelsen pasient og kommunehelsetjenesten benyttes betegnelsen bruker eller beboer. Vi har i oppgaven valgt å konsekvent benytte betegnelsen bruker av anonymiseringshensyn.

Analyse

Vi har benyttet hermeneutisk og fenomenologisk analyse. Metoden er deskriptiv og vil belyse hvordan ting fremstår og vil la tingene tale for seg selv, men den er også fortolkende da den påstår at det ikke finnes et ufortolket fenomen. Vi anerkjenner at beskrivelsene fra informantenes livsverden i utgangspunktet er meningsfulle og det å nedtegne levd erfaring via språk (the human science text) er en tolkende prosess i seg selv. Når man tolker en tekst kan man ikke skille seg selv fra meningen av teksten, som står i motsetning til Husserls bracketing begrep (Manen, 1990).

Analysen bygger på en fenomenologisk forankret meningsfortetning basert på Giorgi (1985) men modifisert av Malterud (2008). Hun kaller analysen systematisk tekstkondensering og deler analysen inn i fire trinn hvor de to første trinnene i stor grad er fenomenologisk forankret, og de to siste i større grad er hermeneutisk forankret.

Vi beskriver de fire trinnene (Malterud, 2008, s 100) sammen med vår egen analyseprosess. Trinn 1) Vi leste transkiberingene gjentatte ganger og dannet oss et helhetsinnrtykk av materialet. Hovedtemaer som ble tydelige for oss var *Håp, Ressurs, Kvalitet, Rolle, Refleksivitet, Inntoning, og Forutsetning*. Trinn 2) Deretter trakk vi ut hva vi forstod som signifikante utsagn fra hvert intervju og identifiserte meningsbærende enheter i forhold til hovedtemaer, som for eksempel: *”Kan nå brukerne på en helt annen måte”*. Trinn 3) Vi arbeidet med å abstrahere innholdet i de enkelte meningbærende enhetene, og benyttet en tabell hvor vi delte opp utsagnene i fordeler og ulemper med fenomenet. Ved bearbeiding av utsagnene, tolket vi dem ved hjelp av vår forforståelse og etterhvert teori og kom vi frem til temaer som for eksempel ”innenfrakunnskap”, ”likhet/ulikhet”, ”forskjell i roller”. Trinn 4) Vi sammenfattet betydningen av hovedtema og undertema. Følgende tabell (1) viser hovedtema nummer 2 med undertema, som er denne artikkelens hovedfokus:

Hovedtema	**Undertema**
2. Forskjeller i roller	- Rolle - Likheter/Ulikheter - Innenfrakunnskap - Forskjeller fra miljøterapeutrollen - Personlig egnethet - En ny rolle

Tabell 1.

RESULTATER & DISKUSJON

Denne artikkelen fokuserer på et av hovedtemaene i vår undersøkelse ” forskjeller i roller” med tilhørende undertema: rolle, likheter/ulikheter, innenfrakunnskap, forskjeller fra miljøterapeutrollen, personlig egnethet og en ny rolle (Tabell.1) Vi har valgt å beskrive resultater og diskusjon i samme kapittel og vil presentere funn fra vår undersøkelse og diskutere dem i lys av teori, vår forforståelse og andres funn. I artikkelen vil forholdet mellom medarbeideren med brukererfaring og brukeren bli belyst men også forholdet mellom den psykiske helsearbeideren og medarbeideren med brukererfaring, for å se på likheter og ulikheter. Kvaliteter og egenskaper ved rollene som henholdsvis miljøterapeut og medarbeideren med brukererfaring sees på i lys av funn fra undersøkelsen.

Rolle

Flere av informantene beskriver at brukerne godtar de ansatte med brukererfaring og at de kan oppfattes som likeverdige. En informant sier: *” de er jo på en måte en av de”* mens en annen sier *” Så han har en mye større aksept hos brukerne, for han blir mye mer en av dem. Så de har mye større, hva skal jeg si, tillit til ham. Det er det jeg hører”.* En tredje trekker dette frem som essensielt og mener at bakgrunnen gjør at de tør mer, og vil mer, og bidrar til å utfordre og møte mennesker på like plan, som informnaten ser på som nærmest en forutsetning for å nå fram. Vi har reflektert over at på engelsk benytter de begrepet ”peer

provider" og "peer" betyr likemann eller jevnbyrdig person, men begrepet fremstår ikke like tydelig på norsk.

Ørstadvik (2007) påpeker at en rolle alltid står i forhold til en annen, som hjelper og hjelpetrengende. Hun påpeker asymmetrien i relasjonen mellom den som søker hjelp og den som skal yte hjelp. Roller kan også forstås som en arbeidsfordeling, og hvis partene da er likeverdige kan det oppstå forvirring om hvem som skal gjøre hva. Rollekonflikt og rolleuklarhet er utfordringer medarbeidere med brukererfaring kan møte, og en informant beskrev å frykte at de skulle bli brukerens talsmann og: *"... at de ville komme i en posisjon midt imellom oss og dem".* Informanten trekker også frem at medarbeidere med brukererfaring kan være med på møter som for eksempel AA sammen med brukerne og samtidig fungere som miljøterapeut på avdelingen. Med tanke på tidligere forskning vil dette kunne skape forvirring og kunne utfordre den profesjonelle rollen til den ansatte med brukererfaring.

En annen informant peker på at medarbeiderne nettopp klarer å forholde seg profesjonelt: *"husk at alle de vi har hos oss er folk som har kommet seg ut av det, og klart å få et avklart forhold til rusen sin, og psykisk er blitt stabilisert, på en måte har klart og legge det bak seg, og ser framover, og da forholder seg profesjonelt".*

Repper & Carter(2011) viser til et beskrivende sitat fra opplæringssmateriell for ansatte med brukererfaring: " *peer support is about being an expert at not being an expert and that takes a lot of expertise"* (Repper & Carter, 2011,s 395).

Flere av informantene beskriver at rollen må forberedes ved at medarbeideren med brukererfaring er avklart med egen sykdom og forhistorie for å arbeide som hjelper. En informant beskriver at organisasjonen må definere rollen og finne ut sammen med medarbeideren med brukererfaring hvilken funksjon vedkommende skal ha i arbeidet.

Likheter/ Ulikheter

Det fremkommer i intervjuene at det kreves mye av medarbeiderne med brukererfaring, de skal bruke egenerfaringen sin i arbeidet samtidig som de skal følge miljøterapiens og organisasjonens rammer. De forutsettes å dele av seg selv i mye større grad enn andre fagansatte. En informant peker på nettopp dette og beskriver *"...det er nok en problemstilling som de med brukererfaring møter i større grad enn det for eksempel jeg gjør da, når ressursen deres dreier som at her byr jeg på meg selv, med mine opplevelser og mine følelser og delinger på det. Det tar på å åpne for det indre livet sitt og hva det gjør med en.*

Så det er noe brukermedvirkere må være bevisst på hva det gjør med de da i større grad enn andre".

Larsen (2004) beskriver at i miljøterapeutrollen integreres faglige kunnskaper og personlige erfaringer. Man er både profesjonell og personlig men ikke privat. Repper og Carter (2011) viser til at medarbeidere med brukererfaring vil bli betraktet mer som venner enn tradisjonelle profesjonelle, da de ikke bare har anledning til, men forventes å by på seg selv, personlig informasjon og intime historier fra egne liv. En informant sier om brukerne og medarbeiderne med brukererfaring: *"de har et bånd på en måte".* I studien til Repper og Carter (2011) har det vært drøftet hvor nær medarbeideren med brukererfaring kan gå med hensyn til også å skulle inneha en terapeutisk arbeidsallianse. Likefullt anses egalitære relasjoner å kunne innebære en mulighet for både brukeren og medarbeideren med brukererfaring for å utvikle meningsfulle og gjensidige relasjoner. Egalitære relasjoner beskrives å kunne være fleksible og individuelle i annen grad, enn den tradisjonelle maktstrukturen ved formelle profesjonelle relasjoner. I en terapeutisk arbeidsallianse er båndet mellom bruker og terapeut et av hovedelementene for samarbeidet. I en kvalitativ studie beskrives et aspekt ved medarbeidere med brukererfaringer som virkelig empati og aksept gjennom en delaktig relasjon. Allianser bar preg av kameratskap og at deres utfordringer ble bedre forstått (Coatsworth- Puspokey, Forchuk & Ward Griffin, 2006).

I studien var alle informantene enige om at medarbeiderne oppfattes som "en av dem" men en av de syv informantene beskriver noe som kan forstås annerledes ved rollen enn hos øvrige kollegaer *" jeg ser noen ganger at medarbeideren ser veldig sliten ut og utkjørt ut, og da tenker jeg at jeg blir bekymra".* Dette kan vise til en forvirring som er funnet i tidligere studier på at man for eksempel blander psykiske symptomer med jobb stress (Gates & Akabas, 2007).

Innenfrakunnskap

Et innenfraperspektiv beskrives som å se eller forsøke å se fenomenet fra ståstedet til den som har psykiske problemer. Innenfrakunnskap er det samme som erfaringskompetanse eller brukerkunnskap. Utenfrakunnskap er fagkunnskap eller ekspertkunnskap (Bøe & Thomassen, 2007,s133). Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) kommenterer at innenfra betyr å forsøke å løfte fram de subjektive beskrivelsene og opplevelsene av å kjenne psykisk smerte. En informant kaller dette spesialkunnskap som du ikke kan gå på skole for å lære. Flere av informantene beskriver forskjellen på opplevd erfaring og skriftlig teori som en viktig forskjell for medarbeidere med brukererfaring:

"... det er ikke bare sider i en bok som er greie nok, så finner man noen setninger som beskriver hvordan det omtrent føles, og det er greit, det var omtrent sånn. Men for den personen, som er brukerkollegaen din, sånn er det ikke".

En informant tror det å ha erfart selv teller mer enn å lese det. En annen peker på brukerne vil synes det er lettere å forholde seg til en som virkelig kjenner hvor skoen trykker. Flere av informantene beskriver den kroppslige erfaringen som en stor forskjell fra fagansatte:

"å ha vært der og kjent sjøl på følelser og på kroppen sin hva dette, hva fungerte og det er som om de har vært der på en måte… de har stått i det samme… og klart seg…".

"... en som har vært der selv, og som har kjent behandlingsapparatet på ryggen sin".

I litteraturen fremheves ofte at de fagansatte kommer til kort da de ikke har opplevd ting selv og ikke vet hvor skoen trykker. Ørstadvik (2007) skriver at i brukerperspektivet innebærer det at forholdet mellom partene i hjelperelasjonen bør endres, og at brukerne forventes å delta aktivt i sin egen situasjon, og være aktive brukere fremfor passive mottakere. En informant sier:

"Fordi de gjennom sin egen erfaring lettere forstår hvordan de skal få brukerne til å delta og lettere forstår hvor brukeren kan være i sin verden i sin behandlingsprosess"

mens en annen trekker frem: *"De har vært gjennom dette, de kjenner seg igjen og de kan si noe om hva de opplever om hvor brukeren er. Med en litt annen tyngde eller annen forutsetning enn det vi gjør. Så opplever jeg at vi er jo ganske like i måten vi forstår og ser ting på".*

Informantene trekker også frem nytten av innenfraperspektivet og kunnskapen for personalgruppen: *"jeg føler at han hjelper oss til å sikre at vi iverksetter noe som er i tråd med hva stort sett brukerne ville ment og mer enn hvis vi ikke hadde hatt en med brukererfaring"***.**

Forskjeller fra miljøterapeutrollen

Forskjellene fra miljøterapeutrollen blir beskrevet av alle informantene med visse likhetstrekk. Dette dreier seg om en større forståelse og identifisering med brukerne og en tryggere, mer direkte og åpen kommunikasjon i arbeidet med brukerne og generelt i personalgruppen. Flere av informantene peker på at medarbeiderne gjenkjenner raskere hvor brukerne er i sykdom og bedringsprosess og en informant sier: *"Det er slik at det er mange sånne refleksjoner denne kollegaen ikke trenger å ta underveis, denne spesialkunnskapen. Hvis man glemmer det som kollega, så sitter man igjen med, ja men skal ikke vi, vi har jo lært*

å tenke sånn og sånn. Mens denne kollega bare hopper over og går rett på saken, mye mer rett på saken".

Vedeler (1973) trekker frem at miljøterapeuter bør ha kvalifikasjoner som gjør ham egnet som identifiseringsobjekt for brukerne. Han peker på at brukernes identifisering med terapeuten kan være med på å endre ham. Vi tenker oss at dette i høy grad er virksomt når det gjelder medarbeideren med brukererfaring og brukere. Informantene våre peker alle på det at medarbeideren har en annen forståelse for brukerne:*"de kan jo fortelle noe om hvordan det er, med en helt annen kredibilitet enn det vi kan".*
"Men disse menneskene er jo på en måte å bekrefte at ja, det er jo faktisk sånn. Og så kan det jo på en måte bidra til å gjøre ting smidigere, ved at de har prøvd, feilet og erfart, for det er jo ikke en oppskrift, det er jo flere måter å gjøre ting på. Men med den samme intensjon og målsetting da kanskje".

Flere av informantene mener at medarbeiderene med brukererfaring er tryggere i arbeidet og at de er tryggere på at det er rette ting de gjør. Informantene peker på en åpenhet rundt problemstillinger både i møte med brukerne, i grupper og på vaktrommet. En informant mener det blir tatt opp flere temaer som tidligere ikke ble snakket om og mener at medarbeiderne med brukererfaring bidrar til diskusjon og refleksjoner rundt brukernes behov i større grad. Flere informantene forteller at medarbeiderne med brukererfaring er tøffere, krever mer og er mer direkte med brukerne. Dette er så vidt vi vet ikke beskrevet i tidligere forskning.

Felles fagsyn i miljøterapien. Larsen (2004) mener at hovedmål og fagsyn for arbeidet må være felles for alle miljøterapeuter hvis ikke vil ikke organisasjonen fungere miljøterapeutisk. Hvis fagsynet er forstått og akseptert av alle, vil ulikhetene hos de forskjellige miljøterapeutene representere en konstruktiv forskjellighet og en ressurs. En informant beskriver dette opp mot ansatte med brukererfaring i personalgruppen og påvirkning på brukerne: *"Jeg tror vi nødvendigvis er nødt til å stå sammen om noe, om det er riktig, hvis ikke så blir verden uforutsigbar for brukeren eller mottageren og da tar du vekk forutsetningen for å skulle tørre å gå gjennom en endringsprosess".* Informanten sier også at de ansatte med brukererfaring har understøttet og legitimert tiltakene de bruker på avdelingen. Når han blir utfordret på hva som hadde skjedd hvis de ikke hadde understøttet svarer han*: "Ja det hadde jo blitt interessant, hva hadde skjedd da. Hadde vi fått en slags polarisering, oss -de- brukeren. Det tror jeg ikke hadde vært bra, for da hadde jo behandlingsapparatet fremstått som usikkert, ambivalent, kanskje splittet og da blir det jo*

vanskelig å være bruker". Informanten mener at på tross av at de ikke har like referanseområder eller erfaringer så har de felles måter å forholde seg på til et menneske som er i behov av tjenester.

En annen informant peker på utfordringen med å ha en ansatt med brukererfaring som har fått en annen behandling enn det arbeidsstedet driver. *"... og så kommer de da her med den tilnærmingen de ble møtt med, og så er det jo ulike filosofier på ulike behandlingssteder, og så er det noe med å tilpasse, kommunisere hva er det jeg har opplevd i behandling, og hvordan gjør dere det her… og hvordan kan vi møtes på en best mulig måte".*

Personlig egnethet

I miljøterapeutrollen integreres faglige kunnskaper og erfaringer med personlige. Larsen (2004) legger også til personlig egnethet som en uformell kvalifikasjon. I personlig egnethet legger han evne til empati, evne til desentrert kommunikasjon, evne til å tåle kritikk og ikke bli lett krenket. Alle de syv informantene mener personlig egnethet er en viktig kvalifikasjon for medarbeidere med brukererfaring men også for miljøterapeuter generelt i psykisk helsearbeid.

Larsen (2004) påpeker også at de personlige og profesjonelle erfaringene miljøterapeuten tar med seg inn i rollen, også vil påvirke oppgaveløsningen. En informant beskriver en situasjon hvor en medarbeider med brukererfaring velger en kraftigere og mer direkte tilnærming enn miljøterapeutene ville valgt. Han mener vedkommende gjorde noe som de ikke hadde tradisjon med på stedet, men ser på dette som positivt:*"Jeg opplever at de da kommer med tilleggsinformasjon og er et pluss uten tvil, ved at de bruker seg sjøl og bruker sin bakgrunn, og kan opplyse oss i personalgruppa om ting som vi kanskje aner, men ikke er sikker på".*

En ny rolle

Vi mener at funn i studien, og i lys av andres funn og teori, peker på behovet for å ytterligere utforske den nye rollen til medarbeideren med brukererfaring. Den er annerledes enn miljøterapeutrollen, da utgangspunktet, egenerfaringen, er forskjellig fra tradisjonelle psykiske helsearbeidere.

Forskningslitteraturen peker på faktorer som kan redusere rolle konflikt og forvirring ved forberedelser og avklaringer rundt rollen i forkant av ansettelser, ved å definere rollen og

forberede personalgruppen gjennom veiledning og skape en felles forståelse for rollen til den ansatte med brukererfaring (Gates & Akabas, 2007). Helsedirektoratet (2011) peker på samme punkter for å lykkes med ansettelse av medarbeidere med brukererfaring.

Vår studie er gjennomført på to steder, hvor det ene stedet beskriver forberedelser av organisasjonen og i personalgruppen i forkant, men ikke det andre. På tjenestestedet hvor ansettelsene var forberedt trekker en informant dette frem som en av forutsetningene for å lykkes, mens på det stedet hvor det ikke var forberedt mente en informant at dette ikke hadde noen betydning. *"Jeg tror ikke vi trengte noen spesielle forberedelser, eller at det ble tilrettelagt for, vi måtte bare erfare"*.

Gates & Akabas (2007) viser i sin studie til ønskede kvalifikasjoner for ansatte med brukererfaring, som skulle ha studiekomeptanse, og tidligere jobberfaring, utmerkede kommunikasjonsferdigheter, tospråklig evne, bachelorgrad og tidligere erfaring med å ha arbeidet med brukere. Noen steder ansees brukererfaringen som sammelignbar med formalkompetanse.

Ralph Bjørnson er prosjektleder for utdanningen av "Medarbeidere med brukererfaring" ved Mølla Kompetansesenter. I opptakskrav til utdanningen beskriver Bjørnson at søkeren skal ha eller ha hatt en psykisk lidelse og eventuelt rusmisbruk. Utdanningen ønsker treårig høyere utdanning etter videregående men ingen blir avvist grunnet manglende formalkompetanse (Andersen og Karlsson, 2011). En informant peker på at erfaringen kan sees på som en tilleggsutdanning: *"Men samtidig med den kunnskapen som alle har, men med en kunnskap i tillegg, nesten tatt seg en tilleggsutdanning på en måte"*. Bjørnson beskriver en av verdiene for utdanningen: "Vi vil at våre studenter skal lære å lytte på en slik måte at de kan innta den andres perspektiv uten verken å overta eller å "glemme" seg selv" (Andersen og Karlsson, 2011, s189). Sitatet overfor viser til en viktig og sentral kvalifikasjon for medarbeideren med brukererfaring, som understøttes av våre informanter. Flere av informantene pekte på en potensiell risiko for at medarbeideren med brukererfarings egen erfaring eller lidelse kan ta for mye plass og i verste fall kan fungere som en ny form for ekspertrolle. En informant beskriver det slik: *"det kan bli litt ovenfra og ned, og noen ganger er det fare for, det kan bli litt sånn: sånn er det! Det blir litt generalisering, definisjonsmakt på opplevelser"*.

På den annen side mener vi det kan være en fare for den distinkte rollen for medarbeideren med brukererfaring bli for spesiell og på utsiden de øvrige medarbeiderne at de ikke aksepteres og får noen innflytelse. Vi tenker organisasjonen må legge til rette for særegenheten i den nye rollen for å bevare den og gyldiggjøre den. Medarbeideren med

brukererfaring besitter en rolle med potensielt kvaliteter som bør defineres som et nytt tilskudd til tverrfagligheten i psykisk helsearbeid. En posisjon, dimensjon og en ny innfallsvinkel til mulig kvalitetsheving av tjenestene og en større forståelse for brukerne. Etter vår mening vil denne studien vise behov for ytterligere forskning i forhold til hvor kompleks rollen til medarbeideren med burkererfaring viser seg å være. Litteraturgjennomgangen viser positive funn i internasjonal forskning som vi ikke kan tillate oss å overse. Rollen vil kreve en teoretisk forankring for å gis en legitim plass i psykisk helsearbeid. Det er behov for mer kunnskap om at rollen fungerer i praksis og videre forskning om effekten av den.

Medarbeiderene med brukererfaring skal være lojale til organisasjonen, miljøterapien og miljøterapeutene. I tillegg skal de være lojale mot brukerne og ikke minst seg selv og sin særegne rolle og erfaring. Tittelen for artikkelen ”Brukererfaring i psykisk helsearbeid, en umulig rolle?” viser til kompleksiteten og utfordringene ved den nye rollen. Vi tror like fullt det er mulig å stille spørsmålet” Brukererfaring i psykisk helsearbeid, en mulig rolle?”

Studiens begrensninger

I små kvalitative studier, slik som vår, vil resultatene gjenspeile informantenes meninger og ideer og er ikke ment å generaliseres (Kvale, 2005). Imidlertid kan det belyse et nytt og lite utforsket felt og andre innenfor feltet vil kanskje kunne kjenne seg igjen i erfaringene informantene frembringer. Om vår forforståelse og feltkunnskap kan ha overskygget ny kunnskap som kunne fremkommet er uvisst.

KONKLUSJON

Denne artikkelen viser til den komplekse nye rollen medarbeideren med brukererfaring bringer inn i det psykiske helsearbeidet. Hovedfunn i undersøkelsen viser til et nytt perspektiv basert på den egen erfaringen, men at det forutsettes en balanse mellom å by på seg selv og være en profesjonell hjelper som medarbeider med brukererfaring.
Videre forskning vil kunne si noe om den nye rollen i klinisk psykisk helsarbeid innebærer en *reell* forskjell for mottakerne av helsetjenestene, brukerne.

REFERANSER

Andersen, A, J, W. (red.) (1997). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Cappelen Akademisk Forlag as.

Bennetts, W., Cross, W. & Bloomer, M. (2011). Understanding consumer participation in mental health: Issues of power and change. *International Jorurnal of Mental Helath Nursing, 20. 155-164.* DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00719.x

Bjørnson, R. (2011). *Medarbeider med brukererfaring. MB-utdanningen*. I: A. J. W. Andersen (red.) & Karlsson, B. E. (red.) (2011) *Variasjon og dialog. Perspektiver på Psykisk Helsearbeid*. Universitetsforlaget.

Bøe, T.D. & Thomassen. A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Carlson, L., Rapp, C.A. & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer providers: barriers and alternative solutions. *Community Mental Health Journal, Vol 37, No.3.*

Coatsworth- Puspokey, R., Forchuk, C. & Ward- Griffin, C. (2006). Peer support relationshios: an unexplored interpersonal process in mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing. Volume 13. Issue 5. Pages 490- 497.*

Foucault, M. (1961/2000). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gadamer, H.G.(1960/2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk.* Oslo: Pax forlag.

Gates, L. B. & Akabas S. H. (2007). Developing strategies to entegrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies. *Adm Policy Ment health & Ment Health Serv Res.34: 293- 306.* DOI: 10.1007/s10488-006-0109-4

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research.* Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.

Helsedirektoratet og NAV (2011). *Medarbeider med brukererfaring - en ressurs.* Hefte. IS-1927.

Husserl, E. & Janssen, P. (1986). *Die Idee der Phänomenologie : fünf Vorlesungen : Text nach Husserliana, Band 2 / Edmund Husserl ; herausgegeben und eingeleitet von Paul Janssen.* Hamburg: Meiner.

Ilstad, S. (2004). *Sosialpsykologi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. 5 utgave.

Juliussen, F. B. (2008). *"En annerledes brik?" Medarbeidere med brukererfaring -en aktiv brik i rehabiliteringsarbeidet.* MB Rapport. Vidensenter for Socialpsykiatri. Danmark. Hentet fra: http://www.socialpsykiatri.dk.

Kreuger, M. (1986). Job – satisfaction for child and youth care workers. I Larsen, E.(2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut.* Oslo: Universitetsforlaget.

Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Gyldendal akademisk.

Kvale, S. (2005). Om tolkning af kvalitative forskningsinterviews. idunn.no.- tidsskrifter på nett. *Nordic studies in Education. Nr 01.*

Kvale,S. & Brinkmann,S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utgave, 1 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Larsen, E.(2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut.* Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K.(1996/2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2 utgave, 4 opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Manen, M. Van. (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. USA: State Unievrsity of New York Press.

Mead, G.H. (1934/2005). *Sindet, selvet og samfundet. Fra et socialbehavioristisk standpunkt.* Oversættelse Søren Willert. København: Akademisk forlag.

Møller, R. (2003). *Den gode hjelper i profil og prosess. Om dyktige miljøterapeuters kjennetegn og faglige utvikling.* Hovedoppgave i sosialt arbeid.

Olkowska, A. & Landmark, B. (2009). Hva gjør miljøterapi til terapi? *Fontene 9/2009*. Hentet fra http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Barnevernpedagogene/Artikkelsamling%202010/Olkowska%20%26%20Landmark.pdf

Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Repper, J. & Carter, T. (2011). Review Peer Support in mental health services. *Journal of Mental Health August 2011; 20(4): 392-411. DOI: 10.3109/09638237.2011.583947*

Rådet for psykisk helse. (2008). *Med livet som kompetanse.* Oslo: Rådet for psykisk helse. Hentet fra http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/Medlivetsomkompetanse_lav.pdf

Salzer, M.S., & Shear, S. L.(2002). Identifying Consumer-Provider Benefits in Evaluations of Consumer-Delivered Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(3), 281-288*.

Simpson, E. L. & House, A.O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ. Volume 325;126.*

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn- kropp- samfunn.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smith, E.R. & Mackie, D.M. (2007). *Social Psychology* (third edition). New York: Psychology Press.

Vedeler, G. H. (1973). *Samspill. En studie av ungdom og behandlere – med spesiell referanse til miljøterapi i ungdomspsykiatriske institusjoner.* Universitetsforlaget.

Ørstadvik, S. (2007). *Det tvetydige brukerperpsektivet - en teoretisk analyse.* I:Norvoll, R. (red.) (2007). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. 3 opplag, 1 utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Artikkel 3

Medarbeider med brukererfaring,
6 forutsetninger for en ressurs i psykisk helsearbeid

Ingrid Bjørkman & Kristina Pettersen

Sammendrag

Bakgrunn Medarbeidere med brukererfaring er et lite utforsket fenomen i klinisk psykisk helsearbeid i Norge. Det finnes imidlertid noe internasjonal litteratur på området, hovedsakelig mindre undersøkelser.

Formål Vi har ved å benytte funn fra vår undersøkelse ønsket å belyse sider ved fenomenet i lys av teori, egen klinisk erfaring og andres funn, og bidra til kunnskapsutvikling på området.

Metode Artikkelen inngår som del av masteroppgave i psykisk helsearbeid, hvor det er gjennomført en studie med kvalitative dybdeintervju av syv informanter. Artikkelen har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, hvor vi har tatt i bruk fortolkning og egen feltkunnskap.

Resultat Et nytt funn i undersøkelsen beskrives som viljen og evnen til å utfordre brukere og formidle forventninger om egen aktivitet og endringsarbeid tydeligere enn sine kollegaer. Et annet nytt funn er at det pekes på fare for generalisering av løsninger til brukere basert på egne personlige erfaringer. Fenomenet medarbeidere med brukererfaring beskrives imidlertid av informantene å være en stor potensiell ressurs. Det pekes på den helt spesielle formidlingen av håp som personliggjøres ved medarbeideren med brukererfaringen i det kliniske arbeidet, og betydningen av en positiv rollemodell i forhold til utvikling og bedring. Dette finner vi også i annen forsknings litteratur. Funn om forutsetninger for at ressursen som medarbeiderer med brukererfaring skal optimaliseres, er utgangspunktet for denne artikkelen, og drøftes i lys av et dialektisk relasjonsperspektiv.

Konklusjon Undersøkelsen som artikkelen bygger på viser noen nye funn, men understøtter også eksisterende forskning på området. Det formidles særlige forutsetninger for at rollen som medarbeider med brukererfaring skal oppfattes som en stor ressurs blant informantene i undersøkelsen. Det kan synes som om både egenskaper knyttet til øvrige ordinære psykiske helsearbeidere, i tillegg til den egne erfaringskompetansen, fordres før det regnes som en stor ressurs, men at det da ses det på som en *spesielt* stor ressurs.

Nøkkelord: Medarbeidere med brukererfaring, psykisk helsearbeid, forutsetninger, ressurs.

Abstract

Background Peer provider experience is a scarcely explored phenomenon in clinical mental health care in Norway. Some international literature exists on the subject, but then mostly research on a smaller scale.

Aims By using findings from our study we seek to highlight aspects of the phenomenon in light of theory, our own clinical experience and the findings of others, thereby contributing to the development of better understanding of this topic.

Method The article is part of a masters program in mental health care, whereby an exploratory study with qualitative in-depth interviews of seven participants has been conducted. The article has a phenomenological and hermeneutical approach, where we have deployed our own interpretations and our practical knowledge base.

Results A new finding in the study is referred to as the willingness and ability to challenge users and to communicate expectations with regards to own activity and change more clearly than their colleagues. Another new finding is highlighting the risk of generalization of solutions for users based on their own personal experiences. The peer provider experience phenomenon is nonetheless described by the participants as a significant potential resource. Emphasis is placed on the very distinct communication of hope rendered more personal by peer providers with user experience in clinical efforts, and the importance of a positive role model in terms of development and improvement. This finding is also prevalent in other research literature. Findings about circumstances necessary to optimize peer provider experience as a resource, which is the point of departure for this article, is discussed from a dialectical relationship perspective.

Conclusion The study on which this article is based identifies several new findings, but also supports existing research on the topic. Particular conditions necessary for regarding peer provider experience as a significant resource by the participants is presented. It appears that both the qualifications of traditional mental health workers, as well as competence from own experiences, is required in order for peer providers to be considered a great resource - but when such conditions are present they are considered a *particularly* significant resource.

Keywords: Peer provider experience, mental health, circumstances, resource.

INTRODUKSJON

Bakgrunn for artikkelen og begrepsavklaring

Klinisk psykisk helsearbeid er et fagfelt som omfatter mange fagprofesjoner, hvorav de fleste er knyttet til de tradisjonelle helseprofesjonene. Å ansette medarbeidere med brukererfaring er relativt nytt i fagfeltet, og innebærer å bringe inn et nytt kunnskapsgrunnlag basert på egenerfaring og et brukerperspektiv. Stortingsmelding 25 ga overordnede føringer til fagfeltet om behov for endringer på flere områder: i forhold til holdninger til, og kunnskaper om psykiske lidelser, og styrking av behandlingstilbud (Stortingsmelding 25, 1996- 97, s. 13).

Opptrappingsplanen for psykisk helse kom som en økonomisk forpliktende plan for å utbedre forhold pekt på i Stortingsmeldingen, og formidlet mål om aktiv deltakelse og integrering i samfunnet for mennesker med psykiske lidelser (Opptrappingsplanen, 1996 - 2008).

Helsedirektoratet utga i 2011 en brosjyre hvor de peker på medarbeidere med brukererfaring som et virkemiddel som kan styrke brukerperspektivet i de psykiske helsetjenestene. De definerer også begrepet medarbeider med brukererfaring på følgende måte:

"En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som har:
-erfaring med psykisk sykdom/ rusmiddelproblemer
-erfaring med hjelpeapparatet" (Helsedirektoratet, 2011, s. 3).

Bakgrunnen for valg av tema i studien er også knyttet til egne personlige arbeidserfaringer med fenomenet gjennom flere år samt ønske om å belyse erfaringskompetanse som et kunnskapsgrunnlag i fagfeltet.

Tidligere forskning

Det er publisert lite norsk forskning på fenomenet medarbeidere med brukererfaring, men fenomenet er beskrevet i internasjonal forskningslitteratur, hovedsakelig fra Nord-Amerika, Australia og England. En systematisk litteraturgjennomgang av 5 randomiserte kontrollerte studier og syv andre sammenlignbare studier beskriver at det ikke dokumenteres skadelige effekter av fenomenet på systemnivå eller i relasjonen til brukerne som mottar tjenester fra medarbeidere med brukererfaring i form av økning av symptomer eller redusert livskvalitet og fungering. De beskriver noen utfordringer ved fenomenet knyttet til høyere

turnover og rolleavklaring, men av positive effekter også noe bedret livskvalitet og sosial fungering, samt færre rapporterte livsproblemer for brukere av tjenestene (Simpson & House, 2002).

I en review fra 2011 ble det av foretatt en gjennomgang av 38 forskningsartikler om medarbeidere med brukererfaring i klinisk virksomhet publisert mellom 1995 og 2010 av hovedsakelig kvalitative studier med små utvalg, men også noen randomiserte kontrollerte studier (Repper & Carter, 2011). De oppsummerer at medarbeidere med brukererfaringer enten rapporterer bedrede resultater eller ingen forandring for brukerne av tjenestene, og påpeker at til sammenligning er nivået av "ingen forandring" det samme som ordinære helsearbeidere innehar. Medarbeidere med brukererfaring synes å ha bedre resultater enn øvrige helsearbeidere målt i antall reinnleggelser for brukere.
Fordelene synes også å vise seg i forhold til økning av selvtillit og selvhevdelse for brukerne, med økt uavhengighet, stabilitet i jobb og økt involvering i egen behandling (Repper & Carter, 2011).

Søk i databaser

I søk etter forskningslitteratur er følgende databaser benyttet: Academic Search Premier, Psych Info, Cochrane Library, PubMed, MedLine og Cinahl. Det er benyttet følgende søkeord: Consumer Participation, Consumer Behavior, Mental Health, Mental Health Services, Life Experiences, Employment Status, Clinical Practice. Kombinasjon av disse ordene på ulike måter ga funn, eksempelvis ved kombinasjon av Consumer Participation, Consumer Behavior, Mental Health og Mental Health Services fikk vi 19 treff i PsychInfo. Søk er gjennomført i perioden august 2011 til mars 2012.
For øvrig har vi benyttet tidsskriftdatabasen Idunn, Helsebiblioteket og Google Scholar til ytterligere fritekst søk.

Formål og hovedfokus i artikkelen

Ordinære psykiske helsearbeidere ble i studien stilt spørsmål om sine opplevelser, erfaringer og forståelse knyttet til å ha medarbeidere med brukererfaring som kollega(er), og om fenomenet innebærer noen forskjeller sett i forhold til tradisjonelle helsearbeidere uten

brukererfaring. Ønsket var i størst mulig grad å få konkrete beskrivelser fra praksis som den enkelte informant erfarte og forsto det, og som var egnet å belyse studiens hovedtittel:
”En kvalitativ undersøkelse om medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid”
som i løpet av studien ble utvidet med:
”*De har erfaring med hva som hjelper”*

I studien framkom det ganske raskt i intervjuene rikelige funn på at informantene opplevde sine kollegaer som en stor potensiell ressurs, men at de pekte på noen forutsetninger for at ressursen skulle være virksom. Dette skulle utkrystallisere seg som et av hovedtemaene i studien. I løpet av analyseprosessen ble det klart for oss at dette hadde potensial i seg for en artikkel hvor forutsetningene for denne ressursen også ble mer inngående beskrevet. Denne artikkelen vil med utgangspunkt i funnene fra vår undersøkelse, men også ut fra andres funn og teori, belyse temaet nærmere under tittelen:
”Medarbeider med brukererfaring,
6 forutsetninger for en ressurs i psykisk helsearbeid”

I artikkelen har vi hovedsakelig benyttet Anne-Lise Løvli Schibbye og hennes teori om dialektisk relasjonsforståelse for å se nærmere på den relasjonelle kompetansen som beskrives som en forutsetning for medarbeideren med brukererfaring.

TEORI

Dialektisk relasjonsforståelse

Psykolog og forsker Anne Lise Løvlie Schibbye har utviklet en teori om relasjonsforståelse preget av Hegels dialektikk, Kierkegaards eksistensfilosofi og Freuds psykoanalyse.
”Den terapeutiske holdning dannes gjennom psykoterapeutens personliggjøring eller integrering, ikke bare av teori, men et bakenforliggende menneskesyn”
(Schibbye, 2009, s19).
Hun mener at vår væremåte mot klienter gjenspeiler vårt menneskesyn og vårt meta teoretiske syn, og at det er en sammenheng mellom metateori, teori og praksis.
Hun omtaler metateori som et utkikkstårn med lyskastere på teorien, som gir mulighet til å ta stilling til et teoretisk mangfold. Schibbye skriver at eksistensialismen, med fokus på menneskets livs problemer som angst, valg, frihet og død, innebærer et viktig korrektiv for terapeuter til en tilnærming ikke bare basert på teori og empiriske observasjoner.

Eksistensialismen er opptatt av ontologiske spørsmål. Å eksistere betyr å tre frem, å bli synlig. Eksistensen blir en forutsetning for selvrefleksjonen.
Dialektikken understreker at mennesket eksisterer i nær og gjensidig relasjon med andre, noe som innebærer å se den enkelte innenfor en helhet (Schibbye, 2009).
Eksistensialistene peker på at tilværelsen innebærer felles menneskelige vilkår; fødsel, seksualitet, angst, sykdom, aldring, selvoppholdelsesdrift og død. En terapeutisk holdning preget av en dyp forståelse av vårt eksistensielle fellesskap muliggjør å kunne delta i andres indre opplevelse og være empatisk og dele intersubjektivt. Det forutsetter at terapeuten har evne til både være hos seg selv og den andre – og har et reflektert forhold til egne opplevelser. Dialektikken er i følge Schibbye forenlig med eksistensialismen. Fokus må rettes mot sammenhenger og relasjoner for å forstå enkeltmennesket. Mennesket oppfattes som både subjekt og objekt, og de to sidene viser til hverandre. Dialektikk fokuserer på det tosidige eller mangesidige i en relasjon, men det er både dialektikk mellom indre prosesser i selvet og prosesser i selvets samspill med andre (Schibbye, 2009).

Schibbye refererer til Hegel når hun mener at fastlåste forhold mellom mennesker som gjentar negative handlingsmønstre handler om angst og manglende anerkjennelse. Hver enkelt må forlate ”sin” posisjon for å se hvordan verden ser ut fra den annens, altså bevege seg vekk fra seg selv, og evne og se den andres subjektive perspektiv, før en går tilbake til sitt eget. Likeverd er en forutsetning for egentlig anerkjennelse. En må selv erkjenne at den andre er et likeverdig og avgrenset selv, og på den måten anerkjenne den andre, før den andres anerkjennelse av en selv kan bli gjeldende. Slik skaper parter i en relasjon hverandres forutsetninger gjennom samspill for begge å bli anerkjent.
”Våre relasjonspartneres selvstendighet, knyttet til selvrefleksivitet og selvavgrensing(selvbevissthet), blir altså avgjørende for hva slags anerkjennelse vi mottar” (Schibbye, 2009, s. 45).
Selvet blir til via den annens bevissthet, og utviklingen av egen bevissthet handler om å gjenkjenne (og tape seg) i den annen, og så ta seg selv tilbake som forandret. Dette beskrives som en affektiv opplevelse av å bli ” fanget opp” i den andre, og for å bli selvstendig, trenger vi den andre, for å være uavhengig må vi være avhengig.

Anerkjennelse innebærer både nærhet og avgrensing, og dilemmaet forsones gjennom et intersubjektivt fellesskap. Uten anerkjennelse av den andre blir vi fastlåste, avhengige og frustrerte i våre samspill. Uerkjent angst kan opprettholde slike mønstre, men Schibbye skriver at angsten også innebærer muligheten for å komme ut av det fastlåste. I følge

Schibbye er viktige aspekter ved mor- barnrelasjonen svært relevant for terapeut - klient relasjonen. Intersubjektiv deling, å oppleve et emosjonelt fellesskap, skjer i mor - barn forholdet - men også i terapiforholdet, og fører til endring. Begges væremåte skaper forutsetninger for den andre, og hvordan den svarer på samspillet. Ved ”matching” kan barnet, og senere den voksne, oppleve stimuli fra omverdenen og sin indre tilstand - og oppdage likhet eller matching, ”du er lik meg”.

Affekter gjør at vi kan oppleve oss som sammenhengende, og virker som et slags ”psykisk lim”. Følelser fungerer som de viktigste signaler når det gjelder både fysisk og psykisk trussel, og bidrar til å trygge individets psykiske og fysiske overlevelse.

Kontakt med egne følelser er nødvendig for å forstå andre og for å kunne identifisere følelsesuttrykk hos den andre. Affektinntoning, å stemme seg inn på den andres affektive bølgelengde, skjer umiddelbart - her og nå - uten kognitive prosesser. Inntoning danner en bro mellom to individers indre verdener, og er en forutsetning for intersubjektiv deling, men representerer kun det første leddet av prosess som kan føre fram til intersubjektiv deling. Matching skjer etter inntoning, og må være av rett intensitet og form. Intersubjektiv deling skjer når inntoning og matching har funnet sted, og matchingen er formidlet tydelig tilbake. Affekten deles ved opplevelsesfellesskap. Anerkjennelse og intersubjektivitet er gjensidig, og for at anerkjennelse skal kunne endre, må begge være subjekter, men også objekter. Selvrefleksivitet beskrives som en menneskelig egenskap med å forholde seg til seg selv, og kunne stille seg utenfor og avgrense, observere og analysere seg selv, men også å uttrykke dette med ord. Selvavgrensing viser til den enkeltes evne til å kunne skille mellom egne og andres opplevelser, synspunkter, oppfatninger og følelser. Selvrefleksivitet fordrer selvavgrensing. Schibbye beskriver at jo mer jeg kan skille mine opplevelser fra dine, jo nærmere er jeg i egne prosesser i eget selv, og jo nærmere egne prosesser, jo nærmere selvprosesser hos den andre. Reflekterte mennesker kan ofte gjenkjenne raskt hva den andre opplever, og raskt ”lese” den annens samværsmåte og hva denne gjør med en selv, og hvilke psykiske prosesser som tilhører hvem. Selvrefleksivitet, skriver Schibbye, gjør det mulig å fatte den annens indre opplevelsesverden, og beskrives som en forutsetning for empati og innfølelse.

Schibbye påpeker at hennes teoriforståelse gjelder for relasjoner generelt, for ulike steder, tider og mennesker (Schibbye, 2009).

METODE

Vitenskapsteoretisk forankring

Studien er preget av en fenomenologisk og hermeneutisk metode, med vekt på hermeneutisk fortolkning hvor egen klinisk erfaring og forforståelse har vært aktivt til stede og preget hele forskningsprosessen med intervjuer, bearbeiding og valg av data. Metodevalg har sammenheng med problemstillingen i studien, ”*hvordan erfares medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid”,* da kvalitative metoder benyttes for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved psykologiske og sosialpsykologiske fenomener, og utforske meningsinnhold i fenomenene slik de beskrives av involverte og framstår for forskeren (Malterud, 2008).

Utvalg

Rådet for psykisk helse har bistått med oversikt over aktuelle tjenestesteder som har hatt medarbeidere med brukererfaring ansatt, og ut fra dette er utvalget strategisk for å kunne gi adekvate data som svar på problemstillingen. Vi har intervjuet syv informanter på to tjenestesteder, ett i spesialisthelsetjenesten, og ett i kommunehelsetjenesten. Henvendelsen til de enkelte tjenestestedene ved lederne på avdelingene, ble gjort på e-post, med vedlagt informasjonsskriv. Utvalget av informanter på den enkelte avdeling er gjort av det enkelte tjenestested ved avdelingsleder, og forhold rundt valg av informanter er ikke kjent om kan betegnes som strategisk eller tilfeldig. Informantene beskriver erfaringer med til sammen fire medarbeidere med brukererfaring.

Intervju

Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervju med bruk av lydopptak på to tjenestesteder i studien. Begge forfatterne var til stede under intervjuene, og intervjueren som ikke hadde hovedansvaret for intervjuet gjorde notater. Informantene var utpreget verbale, og virket å ha reflektert mye omkring problemstillingen. I forkant av intervjuene var planen i stor grad å benytte en fenomenologisk forankret tilnærming, og å få fram den enkelte

informants subjektive perspektiver, beskrivelser og eksempler, og i størst mulig grad å tilsidesette egen forforståelse.

Analyse

Analysemetoden som ble brukt i studien er inspirert av Giorgi (1985) men modifisert av Malterud, som omtaler metoden som systematisk tekstkondensering (Malterud, 2008). Den beskrives som en tverrgående analyse over fire trinn. Metoden er fenomenologisk forankret, men særlig senere deler av analysen bærer også preg av hermeneutisk fortolkning.

Vi har i analysen lett etter fellestrekk i informantenes beskrivelser.

Trinn 1. i analysefasen omhandlet å finne hovedtemaer basert på førsteinntrykk fra å lese hele det transkriberte tekstmaterialet, samlet i eksempelvis *håp, rolle*, *ressurs, forutsetning*. Trinn 2 gikk ut på å velge ut deler av teksten som utgangspunkt for meningsbærende enheter, for eksempel *"å være avklart"*.

I trinn 3 av analysen jobbet vi med vår forståelse av datamaterialet i lys av teori i større grad enn tidligere i prosessen. Analysedelen av studien har hovedsakelig vært datastyrt i de tidligere fasene, men etter hvert mer preget av teori, parallelt med at vi fant for oss meningsfullt teoretisk rammeverk. Vår forståelse har blitt bearbeidet over tid i prosessen, i forbindelse med nærhet og avstand til datamaterialet, og hva vi til enhver tid evnet å se. Fordeler og ulemper ved fenomenet ble tidlig i prosessen en måte å kategorisere på. I tredje fase trakk vi sammen eller abstraherte tekstdelene, her eksemplifisert ved *"opplevelsesfelleskap"*.

I trinn 4. av analysen kom vi fram til tre hovedtemaer, med tilhørende undertemaer, hvor det i denne artikkelen gjenfinnes funn fra et hovedtema med undertemaer i punkt nr 1. i tabell 1. Undertemaene gjenfinnes som egne avsnitt i den rekkefølge de framstår i tabell 1 under overskriften resultater og diskusjon.

1. Forutsetninger for en ressurs	1.1 Inntoning 1.2 Intersubjektiv deling 1.3 Balanse 1.4 Ydmykhet 1.5 Språk 1.6 Forutsetninger i organisasjonen

Tabell 1

Under resultater og diskusjon gjenfinnes undertemaene fra tabell 1 i egne avsnitt, hvor de hovedsakelig vil bli belyst ut fra dialektisk relasjonsteori.

RESULTATER OG DISKUSJON

Inntoning

Flere informanter i studien omtaler en kvalitet ved medarbeidere med brukererfaring som evnen til å få god kontakt og relasjon med brukerne, og å gjenkjenne hvor brukerne befinner seg affektivt. En informant utalte:
”de kan relatere seg raskt til opplevelser som brukerne har, de får lett inngang, inntoning..”
Fra internasjonal forskning om medarbeidere med brukererfaring beskrives at det antas at mennesker med lignende erfaringer kan relatere seg bedre til brukerne og konsekvent tilby mer autentisk empati (Repper & Carter, 2011).
Schibbye beskrev å ha kontakt med egne følelser som en forutsetning for å kunne identifisere følelsesuttrykk hos den andre. Å evne og inntone seg på følelser, stemninger, rytmer og kroppsholdninger er sentralt i alt terapeutisk arbeid, og utgangspunktet for å dele den dype betydningen av å bli (gjensidig) anerkjent (Hansen, 2009; Schibbye, 2009;). I studien erfarte vi flere beskrivelser fra informantene hvor vi synes å kunne gjenkjenne dette;
”*..så sier han gjerne noe om sin egen situasjon, forteller en bit fra sin egen historie som illustrerer at han gjenkjenner den følelsen brukeren står i”*

Psykolog, forsker og veileder Bjørg Røed Hansen skriver om intersubjektivt relasjonsperspektiv at å bli forstått gjennom følelsen av å dele er et primært motiv for pasienten, og at i den prosessen er betydningen av terapeutens evne til affektinntoning og

intersubjektiv deling stor. Dette krever emosjonelt nærvær, sensitivitet og responsivitet (Hansen, 2009).

Et aspekt ved medarbeidere med brukererfaringer beskrives i en kvalitativ undersøkelse som virkelig empati og aksept gjennom en delaktig relasjon. Allianser bar preg av kameratskap og at deres utfordringer ble bedre forstått (Coatsworth – Puspokey, Forchuk & Ward Griffin, 2006).

Refleksivitet

En av informantene snakket om at medarbeidere med brukererfaring ville møte mye følelsesmessig ”gjenklang” i kontakten med brukerne som følge av sin erfaringsbakgrunn, og mente det var helt avgjørende at vedkommende kan avgrense seg fra brukernes følelsesmessige materiale.

”Man må ha kommet ganske langt i sin egen bearbeiding, fordi du vil møte mye gjenklang. Du vil møte mye av den smerten som man har som bruker. En kollega av meg som har veldig mye ubehag og som møter brukere som har veldig mye ubehag, hun møter mye sånn gjenklang, møter eget ubehag som går frem og tilbake. Den følelsen er veldig lik den brukeren har, og hun kjenner seg veldig godt igjen. Derfor må egen bearbeiding hos kollegaen være kommet ganske langt”.

Schibbye skriver at terapeuter må benytte enhver anledning til å få tilgang til sine egne følelser, og ha tilgang til sin egen smerte for å kunne ”gå inn i” klientens lidelse og dele den og ikke bli stående utenfor. Medarbeidere med brukererfaring er etter vår oppfatning å forstå tilsvarende, i terapeutisk arbeid med brukere. Det er, slik vi forstår Schibbye, nødvendig å være nær den andres eksistensielle smerte og lidelse, som i denne sammenheng ikke bare er knyttet til det å være menneske, men også med å dele erfaringen med å ha eller ha hatt en psykisk lidelse, og eventuelt vært rusavhengig. Her har medarbeidere med brukererfaring et helt spesielt utgangspunkt med sine egne kroppslige og følelsesmessige erfaringer knyttet til psykisk uhelse og lidelse, og til angst, smerte og ensomhet.

Nærheten som inngår i å kunne erfare intersubjektiv deling, og oppleve et emosjonelt fellesskap, kan i følge Schibbye føre til endring. Intersubjektivt fellesskap inngår i anerkjennelse og innebærer både nærhet, men også avgrensing (Schibbye, 2009).

En annen terapeut som i høy grad har vært opptatt av og utforsket den eksistensielle smerten i terapivirksomhet, er den amerikanske psykoanalytikeren og forfatteren Irvin Yalom:

- ” *Jeg tror det er vanlig for terapeuter å bli hjulpet av sine pasienter. Jung snakket ofte om at den sårede helbreder var mer effektiv. Han hevdet til og med at terapien fungerte best når pasienten brakte den perfekte salve til terapeutens sår, og at hvis terapeuten ikke forandrer seg, gjør ikke pasienten det heller. Kanskje sårede helbredere er effektive fordi de er bedre i stand til å ha empati med pasientenes smerte; kanskje er det fordi de deltar dypere og mer personlig i helbredelsesprosessen”* (Yalom, 2003, s108).

Vi velger å se på medarbeidere med brukererfaring ut i fra den samme forståelsen som Yalom legger i uttrykket ”sårede helbredere”.

En av informantene ga uttrykk for utfordringen av å håndtere nærhet til egen smerte, og, slik vi forstår det, selvavgrensing og selvrefleksivitet:

”Jeg mener at en person med brukererfaring som har jobbet godt igjennom det langt på vei, litt langsomt, besitter en kunnskap som er veldig viktig også for brukere etter hvert. Samtidig kan det jo være et sårt område, man må finne ut; er det for sårt, er det for tidlig, denne gjenklangen, blir den for stor? Når plutselig medarbeideren med brukererfaring er i en oppbyggingssamtale med en bruker om ubehag eller vonde tanker, følelser, så sitter de plutselig selv med, man mister overblikket hvor du vil i samtalen med brukeren”.

Flere informanter peker på at medarbeidere med brukererfaring er en *potensiell* ressurs Det potensielle knyttes opp mot om medarbeideren med brukererfaring har bearbeidet, reflektert og avklart sider ved seg selv og sin fungering. Først da anses det å øke kvaliteten på tjenestene, både i relasjonen til brukerne, men også til de øvrige helsearbeiderne på tjenestestedet.

”*For den som på en måte ikke helt er ute av problemet sitt sjøl, så kan dette slå en annen vei, så kan dette bli vanskelig. Så de vi har hos oss, er folk som er ferdig med problemet sitt som de har hatt, ser framover, og er en ressurs”.*

En av informantene var inne på at egenskaper som selvavgrensing og selvrefleksivitet er vesentlige egenskaper for alle som jobber terapeutisk innen psykisk helsearbeid, men at det må forutsettes i enda større grad for medarbeidere med brukererfaring:

..”. *når ressursen deres dreier seg om at her byr jeg på meg selv, med mine opplevelser og mine følelser og delinger på det..”*

Intendert selvavsløring fordrer en spesiell sensitivitet for både når, hvor, og hvor mye, og er på flere måter sammenfallende med begrepene ”matching” i sammenheng med affektinntoning, for at en intersubjektiv deling eller opplevelsesfelleskap skal finne sted. Intendert selvavsløring beskrives i litteratur å kunne bidra til at terapeuten blir en tydeligere rollemodell, og at klient og terapeut får et mer likeverdig forhold (Hansen, 2009).
Vi forstår dette som overførbart til og virksomt i forhold til medarbeidere med brukererfaring og brukere, og knyttet det til både informantenes erfaringer og beskrivelser, og egen feltkunnskap.

Flere informanter var opptatt av hva vi kan forstå som uttrykk for en fenomenologisk tilnærming hos medarbeideren med brukererfaring, ved å sette seg selv til side, for å være emosjonelt tilgjengelig for brukeren:
”Brukerkollegaen må være godt fungerende og ha bearbeidet sjøl, det er først da det blir en styrke. Man kan ikke sjøl om man er bruker sette seg sjøl først. Det må man sette til side der og da, nesten sånn mindfulness ikke sant? For du må glemme din egen, sette til side og fokusere, forandre fokus, det er det som er nødvendig.”

Vi forstår informantene slik at erfaringskompetansen kan forstås som en ressurs som fordrer spesielle forutsetninger, men når disse innfris, blir det til gjengjeld en spesielt stor ressurs.
Flere informanter kom inn på at den refleksiviteten og bearbeidingen som medarbeiderne med brukererfaring hadde gjort for egen del, virket inn på de øvrige kollegaene på tjenestestedet:
”den påvirkningen de har den setter i gang en eller annen prosess hos oss som jobber her, kollegaer, den setter i gang en eller annen tankevirksomhet i forhold til hva vi egentlig holder på med, det er jeg ganske sikker på”.
Flere andre informanter var inne på det samme og ga uttrykk for at medarbeidere med brukererfaring i miljøet bidrar til bevegelse i den forstand at det igangsetter refleksjonsprosesser hos kollegaene i personalgruppa.

Balanse

Informantene refererte flere ganger til viktigheten av å *balansere* for medarbeiderne med brukererfaring:

"Sjøl om man har blitt syk så kan man ikke heller bli personlig, det er alltid en balanse der"

Dette gjenfinner vi i annen forskning hvor det beskrives som en av utfordringene ved medarbeidere med brukererfaringer.

Det ble referert til mange balanseområder som skulle beherskes, og ivaretas. Det ble snakket om balansering i forbindelse med egne følelser, med nærhet og avstand til brukerne, om det komplekse i at medarbeidere med brukererfaring forventes, og selv ønsker, å gå nært i samspill og relasjon, men samtidig ivareta distanse nok til å håndtere selv, og andre - avgrensing:

"..rusavhengighet og psykisk tilstand handler jo veldig mye om følelser da, på godt og vondt. Og skal du jobbe med det profesjonelt og si noe om hva som fungerte for deg og møte situasjoner underveis i behandlingen som er trøblete så må du ha en slags robusthet og klarhet, sånn at ikke du går inn og lar deg styre av egne følelser for da er det veldig fort gjort at en kan trå feil."

Et annen balansepunkt var i forhold til den egne erfaringskompetansen, å balansere den individuelle erfaringen og kunnskapen uten å ta for gitt at den er gyldig for alle andre.

Ydmykhet

Flere informanter pekte på at en mulig fare ved medarbeidere med brukererfaringer kan være å formidle generaliserte løsninger i forholdet til brukerne på bakgrunn av deres egne personlige erfaringer. Funnet i undersøkelsen har vi ikke funnet beskrevet i andre forskningsartikler, om enn temaet er blitt nevnt i annen litteratur, som en mulighet (Aarre, 2010; Lauveng, 2005).

"Og så er det også noen, i mine øyne, fallgruver, som i kommunikasjon med brukerneene, det med å kunne få en definisjonsmakt på et problem"

Det ble pekt på at på at medarbeidere med brukererfaring også må ha sensitivitet og forståelse for at deres erfaringer, løsninger og mestringsstrategier ikke nødvendigvis passer for alle brukere.

"Det tenker jeg er en viktig ting å være oppmerksom på da, med de som har brukererfaring at de kan snakke om sine opplevelser, hvordan de kom ut av det; og så blir det opp til

brukerne å gjenkjenne det, og ta til seg de da. Jeg tenker at det er et potensial for en veldig bra ressurs, i den grad vedkommende altså klarer å tone seg inn… på brukeren."
Igjen betones evne til selvrefleksivitet, og evne til gjensidig anerkjennelse.

"Åpenhet og ydmykhet dreier det seg om.. Altså åpenhet og ydmykhet for en annen, og ikke lukke seg selv inne i "jeg vet" og "sånn er det"
Argumenter om definisjonsmakt er gjenkjennbart fra "ekspert" kritikk av psykiatrien og det psykiske helsevesenet over lang tid, men har tidligere vært rettet mot de tradisjonelle helseprofesjonene og deres systemmakt. Det er interessant å merke seg at argumentet også dukker opp i forbindelse med den relativt nye rollen medarbeidere med brukererfaring som en fare for en mulig ny ekspertrolle. Som en informant uttalte:
"At man har en brukererfaring betyr ikke at man har all brukererfaring"

Språk

En av informantene fortalte om konkrete situasjoner i grupper hvor medarbeidere med brukererfaring har evnet å formidle sin personlige historie og erfaring på måter som tilsynelatende har berørt andre brukere, og åpnet for endring.
"*..da han begynte å si litt på sin måte så prata han som en bruker som har klart det, dette fungerte for meg.(..) Han satt og beskrev dette her og så vekka det veldig mye i brukerne, så etter hvert så kom den ene etter den andre på bordet med litt av det samme. De kjente seg igjen."*

Betydningen av språket som faktor i den terapeutiske relasjonen for medarbeidere med brukererfaring, gjenfinnes i forskningslitteratur. Solomon (2004) kommenterer i sin artikkel at medarbeidere med brukererfaring må forbli tro mot seg selv, og ikke bli for like ordinære profesjonelle helsearbeidere, ei heller for å oppnå respekt av de. Språket beskrives som viktig for å skille medarbeidere med brukererfaring fra øvrige helsearbeiderne (Mead & Mcneil, 2004). De hevder at om medarbeidere med brukererfaring føler at de må omtale brukere i "medisinske" termer for å passe inn, vil det underminere deres potensielle muligheter. For å opprettholde deres distinkte rolle fordres veiledning med erfarne medarbeidere med brukererfaring, for å dele innsikt, mestringsstrategier og erfaringer.

Språk som faktor i terapeutisk virksomhet beskrives også av Schibbye. Hun er opptatt av den dialogiske undringen, og å åpne for den subjektive opplevelsesverdenen uten konklusjoner eller klare svar (Schibbye, 2009).

Ved at medarbeideren med brukererfaring bruker seg selv, sine egne erfaringer og affektive prosesser i samspillet kan også vanskelig og konfliktfylt materiale nærmes ved forsiktig utprøvning hvor brukeren kan få rom med sin subjektive opplevelse.
Schibbye beskriver hva hun omtaler som ”å gå bak ordene” i den terapeutiske dialogen, og fokuserer da på hva klientens kommunikasjon er uttrykk for (Schibbye, 2009).

Tom Andersen, tidligere norsk professor i sosialpsykiatri, utviklet gjennom flere tiår reflekterende team som behandlingsform i familieterapifeltet. Han var opptatt av reflekterende prosesser hvor de terapeutiske samtalene tok utgangspunkt i det den eller de som var til stede, konkret ga uttrykk for. Han mente det var viktig å prate med folk om det som var viktig for de, og det de sa som berørte de selv. Gjennom å ta opp igjen disse uttalelsene og si det på nytt, vil den andre føres tilbake til det øyeblikk de selv sa det, og bli berørt på nytt. På denne måten aksepterer man den andres uttrykk og fortelling, og avstår også fra å reflektere over noe den andre *ikke* sier av respekt for den enkelte (Andersen, 2002).

Vi tror, på bakgrunn av våre og andres funn, at medarbeidere med brukererfaring kan bruke språket på andre, og kanskje mer virksomme måter enn tradisjonelle psykiske helearbeidere, ved bruk av et mindre spesialisert og distansert språk, et språk som oppleves som nærere og mer preget av de levde erfaringene.

Forutsetninger i organisasjonen

Flere av informantene mente at en av forutsetningene for at medarbeidere med brukererfaring skulle fungere godt også handlet om forberedelser og avklaringer knyttet til rollen deres på tjenestestedet. En informant pekte også på behovet for oppfølging og veiledning av medarbeiderne med brukererfaring, med tanke på rollens ofte krevende balansegang ved å dele personlige livserfaringer
”*De må de ta inn over seg at de får ikke en vanlig kollega. De som blir produsert ut av skolen hver dag, det er litt sånn som en vond negl, så kommer de fra en annen skole, med en annen kunnskap”*

En informant snakket om forberedelser ved ansettelser av medarbeidere med brukererfaringer, for at det skal bli en ressurs for brukerne, arbeidsstedet, kollegaene og den enkelte medarbeider med brukererfaring selv.
”..Å finne ut dette sånn 100 % er jo en utfordring, da, men det er spørsmål som vi stiller til folk som vi skal ha her. Er du avklart med din egen situasjon, klarer du å jobbe med dette?

Du vil kjenne deg igjen på veldig mange måter, mange situasjoner, hva vil det gjøre med deg?".

Flere informanter snakket om at organisasjonen måtte ha definert rollen og arbeidsoppgavene for medarbeidere med brukererfaring i forkant av oppstart, men en mente at dette ikke var nødvendig, og at å få en kollega som medarbeider med brukererfaring bare måtte erfares.

En amerikansk studie av Gates & Akabas (2007), viser til nye strategier for å integrere brukeransatte i personalgrupper på forskjellige steder innen psykisk helsearbeid. I studien ble det gjennomført dybdeintervju med direktører, ledere av menneskelige ressurser, veiledere og andre ansatte på 27 "byråer" er intervjuet i New York City. Det kom frem fem problemer som ikke fremmet integrering:

1. holdninger rundt recovery ("engang syk, alltid syk")
2. rolle konflikt og forvirring
3. manglende reglement og praksis rundt taushetsplikt
4. dårlig definerte arbeidsoppgaver
5. manglende støtte/veiledning.

Ved å se på hva studien til Gates & Akabas (2007) beskriver som *ikke* fremmet integrering, sammenfaller det godt med funn i vår studie angående beskrivelser fra kollegaer av medarbeidere med brukererfaring over hva de mente måtte være på plass for at fenomenet skulle være en ressurs.

KONKLUSJON OG IMPLIKASJON FOR VIDERE FORSKNING

I artikkelen har vi belyst og drøftet beskrivelser av 6 forutsetninger for at medarbeidere med brukererfaringer skal erfares som en ressurs i psykisk helsearbeid, på bakgrunn av funn fra vår undersøkelse, og i lys av Anne-Lise Løvlie Schibbys dialektiske relasjonsteori. Arbeidet med studien har utvidet vår kunnskap på feltet, og vi har blitt slått av kompleksiteten i rollen som medarbeideren med brukererfaring innebærer. Det er også blitt tydelig for oss hvilken stor ressurs kollegaene av medarbeidere med brukererfaringer i undersøkelsen beskriver rollen som, når forutsetningene som nevnes innfris. Dette var vi forut for undersøkelsen ikke forberedt på i det omfanget vi opplevde.

Utvalget med syv informanter er imidlertid lavt, og informantene omtaler erfaringer knyttet til et lite antall medarbeidere med brukererfaringer, i alt fire personer. Dette i seg selv tilsier at stor varsomhet er på sin plass når det gjelder å trekke konklusjoner om overførbarhet av undersøkelsen.

Fenomenet medarbeidere med brukererfaring fortjener å få en større plass i praksis, og vitenskapelig oppmerksomhet med både eksplorerende undersøkelser og effektundersøkelser, for å kunne framstå tydeligere, for et større publikum.

Vår oppfatning er at det psykiske helsearbeidet, brukerne og psykiske helsearbeidere, med og uten egen brukererfaring, vil være tjent med det.

REFERANSER

Aarre, T.F.(2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.

Andersen, T. (2003). *Reflekterande processer, samtal och samtal om samtalen* Stockholm Bokførlaget Mareld.

Coatsworth- Puspokey, R., Forchuk, C. & Ward- Griffin, C. (2006). Peer support relationshios: an unexplored interpersonal process in mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing. Volume 13. Issue 5. Pages 490- 497.*

Gates, L. B. & Akabas S. H. (2007). Developing strategies to entegrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies. *Adm Policy Ment health & Ment Health Serv Res.34: 293- 306.* DOI: 10.1007/s10488-006-0109-4

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research.* Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.

Hansen, B.(2009). Det kliniske intervjuet i et intersubjektivt perspektiv. I M, H. Rønnestad & A., Lippe. (2009). *Det kliniske intervjuet.* 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet og Nav. (2011). *Medarbeider med brukererfaring - en ressurs.* Brosjyre. IS-1927.

Lauveng, A.(2008). *Arbeidsmaur med gipset hjerte.* Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K.(1996/2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 1 utgave, 4 opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Mead, S. & MacNeil, C. (2004). Peer support: What makes it unique? Hentet fra: http://www.mentalhealthpeers.com/pdfs/PeerSupportUnique.pdf.

Repper, J. & Carter, T. (2011). Review Peer Support in mental health services. *Journal of Mental Health August 2011; 20(4): 392-411.* DOI: 10.3109/09638237.2011.583947.

Schibbye, A.L.L.(2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget. 2 utgave.

Simpson, E. L. & House, A.O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ. Volume 325;126.*

Solomon, P. (2004.) Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal. Volume 27. Number 4.*

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997), *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?showdetailedtableofcontents=true&id=191086

Yalom, I.D.(2003). *Terapiens gave*. Valdres: Pax Forlag.

Artikkel 4

”Med en annen troverdighet”
Hvordan kollegaer erfarer å ha medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid.

Kristina Pettersen & Ingrid Bjørkman

Sammendrag

Behov for endringer i det psykiske helsearbeidet som ble påpekt i Stortings melding 25 (1996-1997) og nærmere beskrevet i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp.nr.63.,1997-1998), satt fokus på brukerperspektiv og brukers erfaringer på en annen måte enn tidligere i fagfeltet. Kritikk av eksisterende organisering og resultater i den psykiske helsetjenesten, pekte også mot ønske om utvidet og annen kunnskap og praksis for å rette opp kritikkverdige forhold. Medarbeidere med brukererfaring innebærer en måte å bringe brukerperspektivet inn i psykisk helsearbeid.

Artikkelen presenterer en kvalitativ undersøkelse med utgangspunkt i erfaringer fra syv kollegaer av medarbeidere med brukererfaring i klinisk psykisk helsearbeid. Kollegaenes beskrivelser viser til at den spesifikke erfaringen med egen psykisk lidelse hos medarbeiderne med brukererfaring bringer noe nytt til det psykiske helsearbeidet. Medarbeideren med brukererfaring er en som har eller har hatt en psykisk lidelse og har arbeidet seg gjennom egen utvikling og bedringsprosess, og kan gi brukerne håp om at det går an å lykkes. Det kreves mange kvaliteter og kvalifikasjoner av medarbeiderne med brukerefaring når de skal dele av sin personlige erfaring samtidig som de skal være profesjonelle hjelpere. Studien viser at ansatte får en utvidet innsikt og forståelse for brukerne og deres livsverden ved å ha kollegaer som medarbeidere med brukererfaring. I artikkelen ønsket vi å se om holdningsendringer og kvalitet kan knyttes til å ha ansatt medarbeidere med brukererfaring, på bakgrunn av funn i studien, annen litteratur og klinisk erfaring. Artikkelen beskriver et manglende fokus på endring av kunnskapssyn i psykisk helsearbeid som er nødvendig for at endringene skal trå i kraft.

Summary

The changes described in the Norwegian Government`s "National Programme for Mental Health" (1998-2008) enabled people with experience from mental illness and substance abuse to work in mental health care. This article presents a qualitative study based on the perspective of seven colleagues of peer providers in clinical practice in mental health services. The colleagues descriptions refer to the distinctive experience peer providers hold, brings something new to the mental health service. The peer providers have worked through their own recovery processes and give service users hope that it is possible to succeed. It requires several qualities for the peer providers to share their personal experience while they should be professional helpers. Colleagues enhance knowledge and understanding about service users and their life-world by having colleagues as peer providers. This article attempts to describe if changes in attitude and service quality can be linked to peer providers. The theoretical point of view has to switch focus for the changes described by the Norwegian Government will become effective.

Innledning

Opptrappingsplanen[1] for psykisk helse (1998-2008), utfordret det rådende perspektivet i psykisk helsearbeid fra å ha fokus på sykdom, symptomer og avvik, til økt fokus på helse, mestring av hverdagsliv, ressurser og kompetanse hos brukerne. Brukerperspektivet innebærer å se fra brukers ståsted, og står i motsetning til å treffe avgjørelser først og fremst på basis av tjenestestedsperspektivet og faglig kunnskap. Tidligere forsøkte de fagansatte å ivareta brukerperspektivet ved å tenke seg brukernes opplevelser og interesser (Rådet for psykisk helse, 2004). Et av målene i opptrappingsplanen handlet om at brukerne skulle medvirke til tjenestens kvalitet på individ, gruppe og systemnivå, ha innflytelse over egen behandlingssituasjon, og delta på et mer overordnet nivå ved utformingen av tjenestetilbudene. Opptrappingsplanen beskriver at brukerne har erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer, og dette vil i mange tilfelle være et viktig supplement for fagfolk, politikere og administrasjon, og bidrag i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud (St. prp.nr.63.1997-1998). I opptrappingsplanen beskrives et perspektivskifte som kan forstås som et behov for å endre kultur, etikk, verdier og arbeidsmåter i møtet med mennesker med psykiske lidelser. Dette vil medføre at posisjoner forrykkes og holdninger, maktfordeling og tankegang er i endring (Rådet for psykisk helse, 2004; St. prp.nr.63., 1997-1998). Brukerperspektivet er i beskjeden grad representert i forskning og kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid. En måte å forstå dette på er at intensjonene i opptrappingsplanen ikke kan realiseres uten et nytt kunnskapssyn basert på brukernes livserfaring og bedringsprosess innlemmes og gyldiggjøres i kunnskapsutvikling (Ekeland, 2011). Opptrappingsplanen skulle reformere psykiske helsetjenester på spesialist- og kommunenivå og ble prosjektert til å koste 24 milliarder kroner. Den beskriver: ”Opprioriteringen av tilbudene på dette området må settes inn i et perspektiv som kan bidra til å øke forståelsen for psykiske lidelser, styrke mulighetene for integrering og dermed redusere faren for utstøting” (St. prp.nr.63.1997-1998, s.2).

I denne artikkelen presenteres deler av vår masteroppgave i psykisk helsearbeid som omhandler erfaringer med fenomenet medarbeidere med brukererfaring i klinisk psykisk helsearbeid. Helsedirektoratet (2011) beskriver i sin brosjyre at en medarbeider med

---

[1] Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63., 1997-1998) er en økonomisk forpliktende plan som ble utarbeidet på bakgrunn av psykiatrimeldingen (Stortingsmelding nr. 25., 1996-1997). Psykiatrimeldingen beskrev at det var brist i alle ledd i behandlingskjeden på psykisk helsefeltet og opptrappingsplanens siktemål ble å utbedre disse.

brukererfaring er en ansatt som har erfaring med egen psykisk sykdom/rusmiddelproblemer og med tjenesteapparatet. I brosjyren beskrives det at tilsetting av medarbeidere med brukererfaring er én av flere måter å styrke brukerperspektivet og brukermedvirkning i tjenestene på (Helsedirektoratet, 2011, s. 3). Bakgrunn for valg av tema er for førsteforfatter en økende interesse for brukerperspektivet gjennom eget arbeid som sykepleier i spesialisthelsetjenesten. Behovet for endring i form av å innlemme brukerperspektivet i det psykiske helsearbeidet er blitt tydeligere gjennom masterstudiet. Andreforfatter har direkte erfaring med å ha medarbeider med brukererfaring og har kjennskap til fordeler og utfordringer med temaet både som kollega og leder.

Formålet med studien var et forsøk på å frembringe ny kunnskap til et felt som er lite forsket på i Norge. Internasjonalt, og da først og fremst England, Australia og USA, foreligger det i større utstrekning forskning på fenomenet. Noen studier (Simpson & House, 2002) viser til at å ha ansatte med brukererfaring i klinisk arbeid, eller på systemnivå ikke har skadelig effekt. Den internasjonale forskningen som er gjort når det gjelder ansatte med brukererfaring deles inn i positive og negative effekter for den ansatte selv, på brukerne og på selve tjenestesystemet (Carlson, Rapp & McDiarmid, 2001; Gates & Akabas, 2007). Hvordan det erfares for kollegaene av ansatte med brukererfaring finner vi lite beskrevet og på bakgrunn av dette ønsket vi å tilføre feltet noe nytt.

Kvalitativ metode er benyttet som forskningsdesign på studien. Utvalget bestod av syv informanter på to steder innen klinisk psykisk helsearbeid, ett i spesialisthelsetjenesten og ett i kommunehelsetjenesten.

Hovedelementer i vår undersøkelse

Å ha medarbeidere med brukererfaring i klinisk psykisk helsearbeid er et relativt nytt og lite utbredt fenomen i Norge. Studien presenterer fenomenet sett fra kollegenes perspektiv. Vi har tatt utgangspunkt i deres opplevelse og erfaringer med fenomenet, og stilt spørsmål ved om det er noe som ble annerledes eller om det utgjorde en forskjell å ha medarbeidere med brukererfaring i det daglige arbeidslivet. Alle informantene beskriver at å ha medarbeidere med brukererfaring utgjør en forskjell og at de bringer noe nytt til arbeidet. Det er spesielt i relasjonen mellom medarbeideren og brukeren det synes å være annerledes enn det vi finner hos tradisjonelle psykiske helsearbeidere. Et sentralt funn i undersøkelsen viser til hvordan medarbeideren med brukererfaring har evnen og viljen til en mer direkte og utfordrende tilnærming til brukeren. Dette gjenfinner vi ikke beskrevet i tidligere forskning. Et annet funn vi oppfatter som nytt, er at informantene har pekt på risikoen for at

medarbeideren med brukererfaring på bakgrunn av sin egen erfaring kan komme til å generalisere og mene at det som hjalp vedkommende, vil hjelpe for alle. Dette kan i så fall framstå som en ny form for ekspertmakt.

Sammenfallende med tidligere forskning, finner vi i studien at medarbeideren med brukererfaring erfares som en positiv rollemodell som gir håp til brukerne som et bevis for at det går an å lykkes. Det beskrives behov for å definere og forberede rollen for medarbeideren med brukererfaring forut for oppstart i organisasjonen. En sentral kvalifikasjon hos medarbeideren med brukererfaring ligger i den personlige erfaringen med å ha kjent på egen kropp hvordan lidelsen, medisiner og møte med behandlingsapparat og omgivelser kan oppleves i sykdoms og bedringsprosess. Den relasjonelle kompetansen som forutsettes å være til stede hos medarbeideren med brukererfaring, gjenfinner vi også fra andre studier. Det beskrives som en forutsetning for at fenomenet skal forstås som en ressurs at medarbeideren med brukererfaring har et reflektert forhold til egen sykdom og utvikling, og håndterer en hårfin balanse mellom å by på seg selv og være lydhør for brukerne.

Vi valgte å fokusere nærmere på og belyse tre ulike sider ved fenomenet medarbeidere med brukererfaring. Ut i fra funn i studien, ved hjelp av teori, annen forskning og feltkunnskap ønsket vi å bidra til en utvidet forståelse av fenomenet. Medarbeideren med brukererfaring som en veiviser til bedring, har vi forsøkt å belyse med teori om utviklingssoner og modellæring. Den nye rollen til medarbeideren med brukererfaring er sett på i forhold til den tradisjonelle miljøterapeutrollen som benyttes i psykisk helsearbeid. Forutsetningene for at medarbeideren med brukererfaring skal bli en ressurs blir hovedsakelig belyst ved hjelp av dialektisk relasjonsteori. Vi ønsker også å se om fenomenet kan virke inn på forståelse, holdninger og kvalitet i det psykiske helsearbeidet.

Skepsis i begynnelsen

”I utgangspunktet så var jeg veldig skeptisk fordi jeg tenker at innenfor det området her så trodde jeg eller hadde en forestilling om at det ikke ville la seg gjøre. Den komponenten med psykisk helse og det å jobbe med seg selv. Jeg fryktet at de ville bli grenseløse, brukerens talsmann, at de ikke ville klare å opprettholde struktur og at de ville komme i en posisjon midt imellom oss og dem. Det trodde jeg og da tok jeg veldig feil. For sånn har det ikke fortonet seg i det hele tatt, snarere tvert imot. De er mere på andre siden og det tenker jeg handler om at de har jobbet seg gjennom dette”.

Flere av informantene beskrev en skepsis og en usikkerhet i starten når de fikk en medarbeider med brukererfaring. En informant beskriver det som uvant og at det var en terskel å komme over. Informanten beskriver det også som nytt og ukjent og at det var litt skremmende for noen. Den norske psykologen, som selv har erfart å ha hatt en alvorlig psykisk lidelse, Arnhild Lauveng (2008) beskriver to myter, når det gjelder mennesker med brukererfaring, som ønsker å arbeide med å hjelpe andre mennesker med samme problematikk. Den ene myten, er at mennesker som har opplevd vansker er bedre egnet til å hjelpe andre, mens den andre myten er at mennesker som har strevd bør holde seg unna hjelperollen. Lauveng (2008) mener at fagfolk tror det er en ulempe fordi medarbeiderne med brukererfaring blir opptatt av sin egen situasjon og ikke har overskudd til å hjelpe andre. Flere studier viser til problemer og utfordringer med å integrere de ansatte med brukererfaring. Utfordringene var blant annet personalets holdninger rundt bedring samt å gyldiggjøre brukerperspektivet. Rolle konflikt og forvirring, manglende reglement og praksis rundt taushetsplikt er beskrevet, og dårlig definerte arbeidsoppgaver og manglende støtte/veiledning (Bennetts, Cross & Bloomer, 2011; Carlson, Rapp & McDiarmid, 2001; Gates & Akabas, 2007).

Informantene beskriver interesse for medarbeidernes historie og deres brukererfaringer. Medarbeiderne med brukererfaring deler og er åpne om sine erfaringer, og informantene finner det spennende og lærerikt å høre medarbeiderens historier. Flere av informantene beskriver en mer ydmyk holdning og økt respekt for medarbeiderne med brukererfaring etter å ha lært dem å kjenne. Alle informantene beskriver medarbeiderne med brukererfaring som noe positivt men at det krever en innsats fra medarbeideren, kollegene, og organisasjonen. Som med en hvilken som helst ny kollega må man vise interesse for få til et samarbeid, og for å inkludere vedkommende. En informant utrykker at man må være bevisst på at man ikke får en vanlig kollega, men en medarbeider fra en annen skole med en annen kunnskap.

Tidligere generalsekretær i Rådet for Psykisk helse, Sunniva Ørstadvik (2008) peker på tre forhold som hun mener fikk lite oppmerksomhet i Stortingsmelding 25 (1996-1997): Kunnskap og forståelse av psykiske lidelser, kulturen i tjenesteapparatet og makt og avmakt. Hun savner konkrete grep i Opptrappingsplanen i forhold til holdninger til fagansatte og den gamle forestillingen om ”dem” og ”oss”. Hun bringer en kritikk til feltet med at kulturen synes sterkere en statlige føringer, lover og rettigheter, og at makten oppleves å ligge hos

fagpersonellet som vet best hva som virker for brukerne. I opptrappingsplanen beskrives det at:

”Brukermedvirkning kan bidra til økt åpenhet omkring psykiske lidelser, og ”gi disse et ansikt” og bidra til en holdning at ”også vi kan” ” (St. prp.nr.63.1997-1998, s.2).

Psykoterapiforskning viser til at det er brukeren selv med sine ressurser og innsats, som skaper den største endringen og bedringen i eget liv (Duncan & Sparks, 2008). Duncan & Sparks (2008) beskriver terapi som en pai hvor klienten er fyllet. Relasjonen mellom klient og terapeut er bunnen på paien, og forventninger, håp og tiltro til hjelp og behandling er paiens utseende og duft. De terapeutiske metodene er beskrevet som paipynt eller kremen på paien. På bakgrunn av dette vil det være avgjørende for fagfolk å finne ut hva brukerne tror vil være nyttig for dem, og hjelpe brukerne å oppnå endring med utgangspunkt i brukernes erfaringskunnskap. Vi forstår det slik at medarbeidere med sin egen brukererfaring fra endrings- og bedringsprosess vil tilføre fagfeltet noe genuint nytt i forståelsen.

En veiviser til bedring[2]

Informantene trekker frem tallrike eksempler på at medarbeiderne med brukererfaring er en rollemodell for brukerne i forhold til sin egen utvikling og bedringsprosess, og på den måten bringer håp til brukerne med at de har lykkes. Den egne erfaringen kan gi en helt spesiell kunnskap, en merkompetanse med tilgang til eget kjent følelsesregister og handlingsrepertoar, og til å gjenkjenne brukerens.

Flere av informantene beskriver at medarbeiderne med brukererfaring har en tilnærming til brukerne som er mer utfordrende, direkte og konkret. Informantene mente at dette kunne være en god tilnærming som førte til en positiv utvikling hos brukeren. Vi har benyttet den russiske psykologen Lev Vygoskys teorier om utviklingssoner for å belyse temaet. Vygosky var opptatt av utvikling og læring og mente at læring skjer *mellom* mennesker. Han beskriver at mennesker innehar et stort utviklingspotensiale, spesielt i forbindelse med endringsarbeid. I utviklingssonene ligger muligheter for å bevege seg fra et lavere til et høyere utviklingstrinn gjennom aktivitet, samhandling og instruksjon med noen som allerede innehar et høyere nivå av erfaring og kunnskap i en ønsket utvikling. Han beskrev i sin teori den mer kompetente som gradvis mindre instruerende, for etter hvert å gå over til å observere, samtidig som den mindre kompetente blir kompetent (Vygotsky, 1978).

---

[2] For mer utfyllende lesing henviser vi til artikkelen *”Å se at det er mulig” Kan modellæring brukes til å forstå medarbeidere med brukererfaring?* Artikkelen er upublisert.

En ny rolle[3]

Den nye rollen som medarbeider med brukererfaring skiller seg fra den tradisjonelle miljøterapeutrollen da den er basert på en åpenhet om egen erfaring med psykisk lidelse og/eller rusmisbruk. Miljøterapi er en behandlingsform der miljøet med fysisk utforming og mellommenneskelige forhold sees på som et virkemiddel som kan fremme endring og utvikling hos brukerne. Miljøterapeutene er en miljøfaktor og blir endel av miljøet med å være tilstede. Miljøet på en avdeling skapes av personalets tanker og følelser, holdninger, handlinger og ytringer, slik dette viser seg i et samspill med pasientene og oppleves av disse (Tveit, Haaland, Knudsen & Bøe, 2007).

Den nye rollen for medarbeidere med brukererfaring innebærer en større forståelse og identifisering med brukerne og en tryggere, mer direkte og åpen kommunikasjon i arbeidet med brukerne og generelt i personalgruppen. Rollen er tilsynelatende preget av mer likhet og likeverd enn den tradisjonelle psykiske helsearbeider. Informantene peker på at medarbeiderne med brukererfaring er nærmere brukerne og oppnår raskt god kontakt. Flere av informantene vektlegger at å ha kroppslig erfaring med lidelse og rusmisbruk gir et annet perspektiv, et innenfraperspektiv og en dypere forståelse for brukerne. Dette gir en raskere identifisering og oppfatning av hvor brukeren er i sykdoms og bedrings prosess. I kraft av sin erfaring vil den ansatte lettere kunne få brukeren til å delta i egen utvikling og behandling. Flere informanter peker på utfordringen for medarbeideren med brukererfaring til å dele av seg selv og egne erfaringer og samtidig opptre profesjonelt. Den ansatte med brukererfaring er forventet å benytte egen erfaring i større grad enn tradisjonelle psykiske helsearbeidere. Noen informanter mente at det innebærer en mulighet for at den indivduelle brukererfaringen *kan* overskygge brukerens egen stemme, og at den ansatte med brukererfaring i så fall kan få en ny type ekspertmakt. Et viktig poeng med den nye rollen er at den må defineres i forkant og at organisasjonen, personalgruppen og medarbeideren med brukererfaring trenger forberedelse og veiledning. Lauveng (2008) mener at egenerfaring alene aldri kan være det ene kriteriet for å avgjøre om mennesket er egnet eller uegnet for en stilling.

---

[3] For mer utfyllende lesing henviser vi til artikkelen *" Brukererfaring i psykisk helsearbeid - en umulig rolle?"*. Artikkelen er upublisert.

En potensiell ressurs[4]

Medarbeidere med brukererfaring beskrives av informantene å være en stor potensiell ressurs, og undersøkelsen viser til funn om 6 forutsetninger for at ressursen som medarbeiderer med brukererfaring skal optimaliseres. Vi har drøftet funnene i lys av dialektisk relasjonsforståelse som er utviklet av den norske psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye. Hun har pekt på verdien av å kunne skille mellom egne følelser og behov, og kravene vi møter fra omverdenen. Selvavgrensing, selvrefleksjon og en anerkjennende holdning er sentrale elementer i hennes teori (Schibbye, 2009).

De 6 forutsetningene for at fenomenet skal være en ressurs beskrives i studien å være: 1) Å gjenkjenne hvor brukerne befinner seg affektivt, som Schibbye (2009) beskriver som inntoning. 2) At medarbeiderne med brukererfaring kan avgrense sin erfaring og sine følelser fra brukernes følelsesmessige materiale. Å dele subjektive erfaringer skaper et helt spesielt utgangspunkt. Nærheten som inngår i å kunne erfare intersubjektiv deling, og oppleve et emosjonelt fellesskap, kan i følge Schibbye føre til endring. Intersubjektivt fellesskap inngår i anerkjennelse og innebærer både nærhet, men også avgrensing (Schibbye, 2009). 3) At medarbeiderne med brukererfaring evner å balansere forhold til egne følelser, og nærhet og avstand til brukerne. 4) Medarbeidere med brukererfaring kan ta i bruk et mer forståelig språk og benytte personlige erfaringer som kan åpne for endring hos brukerne. 5)Medarbeidere med brukererfaring må ha sensitivitet og forståelse for at egne erfaringer, løsninger og mestringsstrategier ikke nødvendigvis passer for alle brukere. 6) Flere av informantene mente at en av forutsetningene for at medarbeidere med brukererfaring skulle fungere godt også handlet om forberedelser og avklaringer knyttet til rollen deres på tjenestestedet.

Økt forståelse, endret holdning og arbeidsmåte i personalgruppen

Studien viser at medarbeiderne med brukererfaring erfares å virke inn på kollegaene og det psykiske helsearbeidet. Kollegaene mente at den spesielle kompetansen som medarbeiderne med brukererfaring innehar vil spre seg på sikt og bidra til endringer også hos kollegaene, og at kollaegene vil komme til å arbeide på en annen måte. Noen informanter forteller de er blitt mer ydmyke og lydhøre overfor brukerne og brukerperspektivet. Flere av informantene forteller at de påvirkes av medarbeiderne med brukererfaring og får en større

---

[4] For mer utfyllende lesing henviser vi til artikkelen *"Medarbeider med brukererfaring, 6 forutsetninger for en ressurs i psykisk helsearbeid"*. Artikkelen er upublisert.

forståelse for den subjektive opplevelsen av lidelse, symptomer og medisiner. Dette vil også virke inn på kollegaenes tilnærming til brukerne, og som en informant sier, gi et større repertoar i møte med brukerne. Informantene mener holdninger vil endre seg over tid og at skillet mellom de - brukerne og oss - miljøpersonalet, blir brutt ned og skaper en større nærhet til brukerne. Dette er i tråd med hva Helsedirektoratet (2011) beskriver i sin brosjyre om medarbeidere med brukererfaring: De kan bidra med ny kunnskap mellom bruker og hjelpeapparatet, fordi de med sine livserfaringer har en innsikt som det ikke er mulig å lese seg til. De beskrives å kunne fungere som brobyggere mellom brukere og øvrige ansatte, og kan bidra til å bygge ned skillet mellom "friske" og "syke".

Holdninger, dreier seg i denne sammenheng om tradisjonelle fagpersoners innstilling både til brukerne og til sin egen rolle i psykisk helsearbeid. Den norske psykiateren Trond Aarre (2011) tror at brukerne ville ha godt av å bli møtt med et mindre "medisinsk" blikk. En australsk kvalitativ undersøkelse fra 2011 utført av Bennetts, Cross & Bloomer fokuserer på maktfordelingen i psykisk helsearbeid som den største hindringen for endring i form av ansatte med brukererfaring. Studien viser en enighet blant syv informanter i lederposisjoner om at den medisinske modell, og de som arbeider ut fra denne, er de som har mest makt. Hindringene for endring lå i den "gamle institusjonstenkningen", personalets holdninger, tenkning om at "kunnskap er makt" og stigmatisering av psykiske lidelser. De ansatte med brukererfaring ble mer et symbol for brukerperspektivet en å inneha faktisk innflytelse. Helen Glover (2009) benytter begrepet "tokenism" i forskning som viser til en symbolsk medvirkning hvor man ikke er interessert i å dele på ressurser eller etablere fellesskap med personer med brukererfaring. Tokenisme viser til manglende anerkjennelse og forventninger til de med brukererfaring, hvor de ikke blir tatt med i avgjørelser og blir plassert i bruker rollen. Å integrere et brukerperspektiv innbærer å bryte med tradisjoner i fagmiljøer, og endre den ordinære psykiske helsearbeiders rolleutøvelse. Brukeren må bli en likeverdig part i utforskingen av hva som vil være den beste hjelpen (Sundet, 2006). Rådet for psykisk helse (2009) mener at brukernes kunnskap må benyttes mer aktivt i tjenestetilbudet og at alt annet er sløsing med ressurser. Rådet konstaterer på bakgrunn av prosjektet "Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid" (2009), at en arbeidsdeling mellom brukere og fagfolk er den eneste fornuftige måten å organisere et tjenestetilbud på. Aarre (2011) mener at godt psykisk helsearbeid innebærer fem prinsipper og starter med brukermedvirkning. Han kommenterer at profesjonssynspunkter er viktige, man må ikke bli enerådende, og at brukermedvirkning er den sikreste måten å skape en motvekt til dette på. Aarre (2011) mener at godt psykisk

helsearbeid må ta høyde for at tradisjonell helsefaglig kompetanse ikke alltid strekker til og derfor må suppleres med kunnskap fra andre områder.

Vi tenker at kunnskapen kompetente og reflekterte medarbeidere med brukererfaring bringer med seg er uvurderlig, og utvider og forbedrer det psykiske helsearbeidet, men ikke som en erstatning for eksisterende kompetanse. Lauveng (2008) mener at så lenge innsikt ikke brukes til å gjøre ting på en annen måte vil ting sjelden endre seg. Innsikt i seg selv forandrer lite, det er først når innsikten brukes til å forandre noe at ting blir annerledes.

”En skjerpings”. Flere av informantene beskriver at medarbeiderne med brukererfaring igangsetter prosesser hos kollegaene, og bidrar til en bevegelse som øker forståelse. Det innebærer en vekker som skjerper og gjør kollegene ”obs” på hva de holder på med og øker refleksivitet. Medarbeiderne med brukererfaring bidrar med sin tilstedeværelse i personalgruppa, og miljøet, til at kollegene holder fokus og blir mer seriøse. Informantene beskriver det som en positiv effekt, som hindrer ”tull og fjås”.

Mange spørsmål omkring den nye rollen som medarbeider med brukererfaring innebærer står ubesvart, blant annet hvordan den vil påvirke eksisterende fagroller og maktposisjoner. Etter vår mening er det behov for ytterligere forskning på forholdet mellom medarbeideren med brukererfaring og den tradisjonelle psykiske helsearbeideren. En informant tror at hvis det bare er en eller to medarbeidere med brukererfaring så vil antallet ”friske” bli for stort og kollegene vil ikke være ydmyke nok til å innse at tross sin fagkunnskap er det noe de *ikke* vet hvordan er.

Nytt kunnskapssyn

Den norske psykologen og professor i sosialpsykologi Tor-Johan Ekeland mener det er et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner om utviklingen av et nytt psykisk helsevern og det rådende kunnskapssynet innen ledende profesjoner i feltet. Han mener at ny praksis krever ny kunnskap, og at det bør utvikles en kunnskapsplattform i psykisk helsearbeid som legitimerer erfaringskunnskap og utfordrer den rådende dominansen. Ekeland mener at kunnskap med utspring i aktørenes livsverden må gyldiggjøres og dette innebærer utvikling av relevant forskning, da det er vanskelig å tenke seg ny praksis forankret i en gammel kunnskapsplattform. Han påpeker at dette er et langsiktig arbeid (2011).
Som psykiske helsearbeidere opplever vi i vår kliniske hverdag, dels i spesialisthelsetjenesten, og dels i kommunehelsetjenesten, at det er langt igjen til et

kunnskapssyn i fagfeltet hvor erfaringsbasert kunnskap inngår som en selvfølgelig og naturlig del.

Aarre (2010) påpeker at metodene som spesifikke fagmiljø legger vekt på kanskje er mindre viktig i forhold til hva brukere erfarer som virksomt. Han mener veien å gå er en tilnærming som forener flere perpektiver på psykiske lidelser og tar klarere utgangspunkt i hva brukerne sier at de trenger.

I undersøkelsen ønsket vi å utforske om medarbeiderne med brukererfaring kunne bidra til økt bevissthet om brukermedvirkning på tjenestestedet. En informant mente at medarbeiderne med brukererfaring vil øke oppmerksomheten mot brukermedvirkning. En annen mente at lovverk i større grad hadde gjort det enn medarbeiderne. Vi har lurt på om medarbeiderne med brukererfaring kan bidra til og gyldiggjøre brukermedvirkning på steder som er preget av en medisinsk tilnærming. Enkelte steder kan brukermedvirkning sees på som unyttig og tungvint, og en unødvendig innblanding i medisinske spørsmål, skriver Aarre (2010). Dette er også i tråd med at evalueringen av opptrappinsplanen (Sosial og Helsedirektoratet, 2006) som viste at brukermedvirkning ikke var godt nok ivaretatt. I vår studie kom vi ikke nærmere noen entydige svar på spørsmål omkring dette, og videre forskning vil være av interesse.

Kvalitet

Rådet for psykisk helse (2009) har hatt fokus på kvalitet i psykiske helsetjenester over lengre tid, og beskriver i sitt kvalitetsutviklingsprosjekt at det vil lønne seg å ansette brukere på tjenestestedene da kvaliteten på tjenestene vil bli bedre. Alle informantene i undersøkelsen mener at medarbeiderne med brukererfaring bidrar til økt kvalitet, men de påpeker, som tidligere nevnt, at det innebærer noen forutsetninger. Helsedirektoratet (2011) beskriver at fagkompetanse og brukererfaring sammen kan gi et mer helhetlig og bedre tilpasset tjenestetilbud til den enkelte brukeren. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005- 2015) beskrives det at: ”God kvalitet forutsetter at brukeren og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene” (Sosial og Helsedirektoratet, 2005, s 23). Aasland et al. (2011) skriver i sin bok om kvalitet, at i arbeid med mennesker handler kvaliteten først og fremst om relasjoner mellom mennesker. Aasland (2011) beskriver at opplevelsen av kvalitet på en tjeneste skjer i møtet mellom to involverte parter, i dette tilfellet medarbeideren med brukerfaring og brukeren, som et enkelttilfelle som er knyttet til tid og sted og som oppleves subjektivt. Aasland (2011) mener dette innebærer at kvalitet ikke kan vurderes skikkelig av en som står helt utenfor. I tråd med dette blir det i vår undersøkelse

vanskelig å si noe om kvalitet på tjenesten, da vi ikke har intervjuet hverken brukerne eller medarbeiderne med brukererfaring. Det eksisterer imidlertid undersøkelser utført av ansatte med brukererfaring som intervjuer brukere, og som viser til at brukerne svarer ærligere om evaluering av tjenesten enn hvis de blir spurt av tradisjonelle forskere (Simpson & House, 2002).

Aasland (2011) beskriver at i dagens samfunn er kunnskapen til de som leverer varer og tjenester avgjørende for kvaliteten. Relatert til vårt tema og undersøkelse, tenker vi at erfaringskunnskapen vil kunne bidra til en økt kvalitet for den psykiske helsetjenesten.

Oppsummering

Vi har i underøkelsen ønsket å forstå informantenes erfaringer med medarbeidere med brukererfaring og erfaringskompetanse i lys av teori og annen forskning, da det i beskjeden grad er gjort tidligere. I tråd med behovet for et utvidet og endret kunnskapssyn, og for å gyldiggjøre brukerperspektivet i fagfeltet, ser vi vår undersøkelse som *et* bidrag. Det er likevel nødvendig å peke på at utvalget av informanter i undersøkelsen er lite, noe som krever stor varsomhet med hensyn til generalisering av funnene. Vårt ønske er at undersøkelsen også kan bidra til å inspirere andre til ytterligere forskning og kunnskapsutvikling på området.

Litteratur

Aarre, T.F.(2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.

Aarre, T.F. (2011). Fem prinsipp for godt psykisk helsearbeid. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 8. Nr. 2. 2011.*

Aasland, D.G., Eide, S.B., Grelland, H.H., Kristiansen, A. & Sævareid, H.I. (2011). *Kvalitet og kvalitetsopplevelse. En bok om kvalitet i arbeid med mennesker.* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bennetts, W., Cross, W. & Bloomer, M. (2011).Undertanding consumer participation in mental health: Issues of power and change. *International Jorurnal of Mental Helath Nursing. 20. 155-164.* DOI: 10.1111/j1447-0349.2010.00719.x

Carlson, L., Rapp, C.A. & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer providers: barriers and alterantive solutions. *Community Mental Health Journal, Vol 37, No.3.*

Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2008). *I fellesskap for endring.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T. J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra http://www.erfaringskompetanse.no/kunnskapsbase/publikasjoner/egne-publikasjoner/ekeland-ny-kunnskap-ny-praksis.

Gates, L. B. & Akabas S. H. (2007). Developing strategies to entegrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies. *Adm Policy Ment health & Ment Health Serv Res.34: 293- 306.* DOI: 10.1007/s10488-006-0109-4

Glover, H. (2009). Hvordan skille mellom likeverdig og symbolsk medvirkning i forskning? Kapittel 3. I M. Borg & K. Kristiansen (2009). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse.* Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet og Nav. (2011). *Medarbeider med brukererfaring - en ressurs.*

Brosjyre. IS-1927.

Lauveng, A.(2008). *Arbeidsmaur med gipset hjerte.* Oslo: Universitetsforlaget.

Rådet for psykisk helse. (2004). Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid. Oslo: Politikk/ Opplysning/ Fagutvikling.

Rådet for psykisk helse. (2009). Sluttrapport for prosjektet Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP) 2005-2008. Hentet fra http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29148

Schibbye, A.L.L.(2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget. 2 utgave.

Simpson, E. L. & House, A.O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ. Volume 325;126.*

Sosial og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse.* Rapport.IS 1315.

Sosial og Helsedirektoratet. (2005). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ... og bedre skal det bli!* Veileder. IS-1502.

Stortingsmelding nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?showdetailedtableofcontents=true&id=191086

St. prp. nr 63. (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjett for 1998.* Oslo: Helse og omsorgsdepatermentet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915

Sundet, R. (2006). Tør vi tro på det pasientene sier? Om kunnskap og makt i psykisk

helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 3*, 197–200.

Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H. & Bøe, T. (2007). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling*. 5 opplag. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society, The Development of Higher Psychological Processes*. London: Harvard University Press.

Ørstadvik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* Vol.5. Nr 2: s 111-119.

VEDLEGG 2

Ansvarsfordeling i samarbeidet

Ingrid Bjørkman:

Artikkel 1. *"Å se at det er mulig". Kan modellæring brukes til å forstå medarbeidere med brukererfaring?*

Artikkel 3. *Medarbeider med brukererfaring, 6 forutsetninger for en ressurs i psykisk helsearbeid.*

Ingrid Bjørkman er hovedforfatter og hovedansvarlig for artikkel 1 og 3 i studien.

Kristina Pettersen:

Artikkel 2.*" Brukererfaring i psykisk helsearbeid - en umulig rolle?"*

Artikkel 4. *"Med en annen troverdighet" Hvordan kollegaer erfarer å ha medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid.*

Kristina Pettersen er hovedforfatter og hovedansvarlig for artikkel 2 og 4 i studien.

Studien er i sitt hele gjennomført som et felles prosjekt. Forberedelser og gjennomføring av intervjuene og utformingen av kappen er utført i felleskap. Arbeidet med transkriberingen av intervjuene ble fordelt likt mellom oss, og krysskontrollert av hverandre i etterkant. Analysen og fortolkningsarbeidet er gjort i fellesskap, men dels hver for oss, og dels sammen. Vi har vært medforfattere på hverandres artikler hvor begge har bidratt med kommentarer, innspill og forslag til endringer. Imidlertid har Kristina Pettersen hatt hovedansvar for strukturen i arbeidet gjennom studien, for litteratursøk, samt layout i studien.

Ingrid Bjørkman har hatt hovedansvar for den språklige utformingen i studien.

VEDLEGG 3

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Vi er to masterstudenter i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo som holder på med avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven er bruker ansettelser, og vi skal undersøke hvordan det oppleves å arbeide som kollega med medarbeidere med brukererfaring i klinisk arbeid. Vi er interessert i å finne ut om hvordan det påvirker psykisk helsetjenester og om det virker inn på kvaliteten av tjenestene.

For å finne ut av dette, ønsker vi å intervjue 10 personer.
Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer og refleksjoner rundt bruker ansettelser.
Vi vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta ca en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet fra undersøkelsen. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og avidentifisert, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Dataene og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, juni 2012.

Dersom du ønsker å delta på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til oss.
Hvis det er noe du lurer på kan du ringe Ingrid Bjørkman på 97 18 26 84, eller sende en e-post til imbjoerk@online.no, eller Kristina Pettersen på 95 92 35 14, eller sende en e-post til s120502@stud.hioa.no . Du kan også kontakte vår veileder Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo på telefonnummer 22 45 35 04.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Kristina Pettersen Ingrid Bjørkman
Langgata 41 Odinsvei 10
0566 Oslo 1344 Haslum

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å stille på intervju.

Signatur ……. Telefonnummer ……..

VEDLEGG 4

Intervjuguide

”Hvordan erfarer ansatte brukererfaring i psykisk helsearbeid?”

1. Hvordan opplever du å arbeide med kollegaer med egen brukererfaring?
2. Kan du beskrive en situasjon som har gjort spesielt inntrykk på deg (positivt eller negativt)
3. Innebærer det noen forskjell å ha kolleger med brukererfaring? Hva innebærer evt denne forskjellen?
4. Kan du gi noen eksempler på noe som er annerledes med å ha kollegaer med brukererfaring?
5. Har det bidratt til noen endringer?
6. Opplever du at det har påvirket dine egne holdninger? På hvilken måte i så fall?
7. Har det endret din måte å forstå psykiske lidelser på?
8. Har det påvirket din forståelse av psykisk helsearbeid? På hvilken måte i så fall?
9. Hvilke tanker gjør du deg om brukererfaringer og kvaliteten på det psykiske helsearbeidet?
10. Har denne erfaringen hatt innvirkning på din forståelse av brukermedvirkning?