

**Pia Huseby**

---

# **En erfaringskonsulents bidrag -**

**En studie av hvordan ansatte med erfaringskompetanse kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i rus- og psykisk helsearbeid**

## Sammendrag

Det er i dag et stort fokus på at rus- og psykisk helsetjenester skal utformes i et bruker- og mestringsperspektiv. Brukernes opplevelse av egen situasjon og hva de mener er viktig i egen bedringsprosess, skal etterspørres og tas hensyn til. Det er mye som taler for at brukeransettelser er en viktig del av dette arbeidet. Denne masteroppgaven handler om hvordan ansatte med erfaringskompetanse kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i rus- og psykisk helsearbeid.

Masterstudien har fokus på erfaringskonsulenter innen recovery-rettet rus- og psykisk helsearbeid. Recovery er et faglig perspektiv i praktiseringen av tjenester innenfor rus og psykisk helse, som har vokst fram som følge av endringene rundt brukerinvolveringen i tjenestene de to siste tiårene. Recovery bygger på systematisert erfaringskunnskap, hvorav kontroll over eget liv, åpenhet for hva som hjelper og ikke, rettigheter som innbygger og valgmuligheter fremheves.

Studien er kvalitativ og baserer seg på forskningsintervjuer med fem ansatte i seksjon for psykisk helse og rus, i en kommune som arbeider recovery-orientert. Studiens hensikt er å gi et innblikk i hvordan ansatte i ulike stillinger opplever erfaringskonsulentrollen og erfaringskompetansen, og hvordan rollen kan bidra til å styrke ønsket om et brukerperspektiv i tjenestene.

Resultatene av studien viser at de ansatte i ulike stillinger opplever og reflekterer rundt erfaringskonsulentrollen med vekt på forskjellige aspekter ved rollen, samt muligheter og utfordringer. Sammenfattende viste masterstudien at det er mange positive aspekter og muligheter ved erfaringskonsulentrollen. Samtidig ble det vist til at det er et relativt nytt felt, som derfor stadig er i utvikling. Informantene knyttet blant annet usikkerhet til hvordan man skulle benytte seg av erfaringskompetansen og rollen på en god måte i praksis.

Studien er et bidrag til de kvalitative undersøkelsene om erfaringskonsulenter innen rus- og psykisk helsearbeid. Studien har forsøkt å undersøke hvordan rollen og kompetansen en erfaringskonsulent besitter kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i tjenestene.

## **Abstract**

There is an increasing focus on a user- and coping perspective in mental health and substance abuse services today. The users' experience of their own situation and what they think is important in their own recovery must be sought and taken into account. There is much that indicates that peer support workers are an important part of this work. This master thesis is about how employees with experience based knowledge can help to strengthening a user's perspective in mental health and substance abuse services.

The thesis focuses on peer support workers in recovery-oriented drug and mental health work. Recovery is an academic perspective in the practice of mental health and substance abuse services, which has emerged as a result of changes in user involvement within services over the past two decades. Recovery is based on systematic experience based knowledge, where control over your own life, openness to what helps and not, rights as citizens and choices are highlighted.

The study is qualitative, and it is based on interviews with five employees in the section of mental health and substance abuse, in a municipality that works recovery-oriented. The purpose of the study is to provide an insight into how employees in different positions experience the role of a peer support worker and experienced based knowledge, and how this can help to strengthening a user's perspective in the services.

The results show that the employees in the various positions experience and reflect around the role of the peer support worker with emphasis on different aspects of the role, as well as the opportunities and challenges. In summary, the master thesis showed that there are several positive aspects and opportunities in the role of a peer support worker. At the same time, it is a relatively new field, which is therefore still in development. The informants, among other things, showed uncertainty in how to utilize the role of a peer support worker and the experienced based knowledge in a good way in the drug and mental health services.

The study is a contribution to the qualitative studies of peer support workers in mental health and substance abuse services. The study has attempted to investigate how the role and competence a peer support worker possesses can help to strengthening a user's perspective.

## Forord

Innledningsvis ønsker jeg å takke alle informantene som har bidratt til denne studien. Takk for all deres inspirasjon og engasjement. Deres erfaringer og kunnskap har vært verdifull for masterstudien. Jeg ønsker dere lykke til videre med det spennende arbeidet.

Mye av min masteroppgave er skrevet på ”hyttekontor” – fjelluften gjør underverker. Takk til mine foreldre for lån av hytta, og all støtte utenom, det er alltid godt å komme hjem til dere. Takk til min kjæreste, du er den beste turkamerat og støttespiller. Og takk til mine gode venner, for alle støttende ord og sosiale stunder underveis.

De to siste årene har vært svært innholds- og lærerike. Alt har sin sjarm, også eksamensperioder og masterskriving. Det ville riktignok ikke vært sånn, hadde det ikke vært for kollokviegruppen vår, som vi etablerte ved starten av studiet. Med latter og tårer har vi kommet oss gjennom det meste. Jeg må takke dere for inspirasjon og motivasjon. Selv om masterstudiet nå går mot slutten, vil jeg fortsette å kalle dere inn til kollokvier fremover, hvor vi kan drøfte og reflektere over alt livet har å by på.

Avslutningsvis vil takke min veileder Sidsel Natland ved OsloMet – storbyuniversitetet. Når jeg blir engasjert, jobber hodet mitt ganske uryddig. Du har hjulpet til å samle de uryddige tankene og bidratt til å holde fokuset på plass. Takk for veiledningstimer, preget av gode tilbakemeldinger på teksten, samt tips og råd til hele prosessen.

Oslo, mai 2018

Pia Huseby

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>II</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>III</b>
<b>Forord</b> .....	<b>IV</b>
<b>1. Beskrivelse av felt</b> .....	<b>8</b>
1.1 Erfaringskonsulenter i rus- og psykisk helsearbeid .....	<b>8</b>
1.2 Hva er en erfaringskonsulent? .....	<b>9</b>
1.3 Studiens kontekst: Brukerperspektivets plass i velferdspolitik og lovgivning .....	<b>10</b>
<i>Økt fokus på pasientperspektivet i tjenestene: politiske føringer</i> .....	10
<i>Brukermedvirkning – en lovfestet rettighet</i> .....	12
<i>Recovery-orientert rus og psykisk helsearbeid</i> .....	13
1.4 Fører brukeransettelser til bedre recovery-orienterte tjenester? En kunnskapsoversikt .....	<b>14</b>
1.5 Problemstilling.....	<b>17</b>
1.6 Begrepsavklaring .....	<b>18</b>
1.7 Oppgavens gang.....	<b>19</b>
<b>2. Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>20</b>
2.1 Kunnskapsformer: brukerkunnskap og fagkunnskap.....	<b>20</b>
2.2 Brukeransettelser, endel av brukerperspektivet .....	<b>23</b>
2.3 Roller.....	<b>24</b>
2.4 Samarbeid .....	<b>25</b>
2.5 Makt .....	<b>26</b>
2.6 Oppsummering.....	<b>28</b>
<b>3. Metode</b> .....	<b>29</b>
3.1 Kvalitativ metode.....	<b>29</b>
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring: intervjuet som en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesform.....	<b>30</b>
3.3 Forforståelse.....	<b>32</b>
3.4 Bakgrunn for valg av metoder .....	<b>33</b>

3.5	Utvalg og rekruttering av informanter .....	34
3.6	Informantpresentasjon.....	34
3.7	Forberedelse og gjennomføring av intervjuene .....	35
3.8	Transkribering.....	36
3.9	Analysearbeidet.....	37
3.10	Forskningsetiske overveielser .....	40
	<i>Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser</i> .....	41
	<i>Reliabilitet og validitet: undersøkelsens troverdighet</i> .....	42
<b>4.</b>	<b>Funn</b> .....	<b>45</b>
4.1	Hva er recovery for informantene? .....	45
4.2	Brukerperspektiv: -perspektiv, -erfaring, -medvirkning? .....	50
4.3	Fra bruker til borger? .....	51
4.4	Rollen som erfaringsmedarbeider – bidrag og forventninger .....	52
4.5	Opplevelser av utfordringer ved rollen som erfaringskonsulent.....	55
	<i>Ansettelse/organisatorisk</i> .....	55
	<i>Nærhet, distanse, lojalitet</i> .....	56
	<i>Å bli tatt på alvor</i> .....	57
4.6	Oppsummering.....	59
<b>5.</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>60</b>
5.1	Erfaringskonsulenten i lys av brukerperspektivet.....	60
5.2	Medborgerskap .....	62
5.3	Recovery-rettet arbeid og erfaringskonsulentens bidrag – relasjoner, kunnskap, identitet, håp.....	64
5.4	Anerkjennes erfaringskompetansen på lik linje med fagkunnskapen? .....	66
5.5	Vurderingene av erfaringskonsulentrollen, sett i lys av roller, samarbeid og makt .....	69
5.6	Oppsummering.....	72
<b>6.</b>	<b>Oppsummering, implikasjoner for praksis og avsluttende kommentarer</b> .....	<b>73</b>
	<i>Implikasjoner for praksis</i> .....	74
	<i>Studiens bidrag til sosialt arbeid</i> .....	75
	<i>Refleksjoner i etterkant</i> .....	76

<b>7.0 Referanseliste.....</b>	<b>78</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv .....</b>	<b>81</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide.....</b>	<b>83</b>
<b>Vedlegg 3: NSD-godkjenning.....</b>	<b>87</b>

## 1. Beskrivelse av felt

### 1.1 Erfaringskonsulenter i rus- og psykisk helsearbeid

Når jeg kom inn i psykiatrien for over 20 år siden, så var det med en tro på at jeg skulle bli frisk, og at det kunne noen hjelpe meg med. For der var det eksperter som hadde lest masse om sånne ting. Men etter hvert skjønnte jeg at det er ikke helt sånn det fungerer da. Tenkte mange ganger at hele diagnosesystemet kun var galskap satt i system og at det er det største humbuget enkelte smarte menn har hostet opp liksom, i sånne spede forsøk på å forklare komplekse fenomen som ikke så lett lar seg forklare.

Personen som forteller dette, er i dag ansatt som *erfaringskonsulent*. Vedkommende er en av informantene i min masterstudie, som er en kvalitativ undersøkelse av hvordan ansatte med *erfaringskompetanse* kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i rus og psykisk helsearbeid. Fortellingen viser til en opplevelse av tjenestene som ensidig preget av «ekspertenes kunnskap». Vedkommendes egne oppfatninger om seg selv og sin egen helse ble i mindre grad vektlagt og hørt. I Norge har vi imidlertid de siste 20 årene sett viktige og påkrevde endringer av tjenestene innen psykisk helse og rus (Karlsson & Borg, 2017, s. 15). Brukernes opplevelse og hva de mener er viktig for dem i sin prosess for å bli frisk, skal etterspørres, og tas hensyn til.

Brukermedvirkning har en egenverdi i at man - selv om man søker hjelp - får styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og ved at man blir sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet (Helsedirektoratet, 2017). Det kan samtidig ha en terapeutisk verdi og effekt. Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom å ta egne valg og benytte egne ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet positivt og generere motivasjon. Dette vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten som mange brukere opplever, bli forsterket. Reell brukermedvirkning fordrer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger angående en selv, og at både bruker og hjelper er åpne og lydhøre overfor hverandre. Viktige momenter i hjelper-bruker-relasjonen for å kunne finne fram til den beste hjelpen og skape mestring i brukerens liv er at vedkommende blir tatt på alvor, blir behandlet med respekt, føler på tillit og trygghet, samt at vedkommende opplever å få hjelp når behovet er der (Helsedirektoratet, 2017).

Brukermedvirkning anses ut ifra dette som et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Det kan bidra til økt treffsikkerhet i utformingen og gjennomføringen av generelle og individuelle tilbud. Helsedirektoratet (2017) mener man må tenke nytt for å få til et likeverdig



samarbeid. Det fremheves i den sammenheng at fagkunnskap og brukererfaring må betraktes som likeverdige grunnpilarer i kommunene og spesialisthelsetjenestene.

Denne masteroppgaven handler om en spesiell innsats i målet om å lykkes med å styrke brukerens perspektiv og muligheter for å medvirke, nemlig ansettelse av personer med brukererfaring, kalt *medarbeidere med brukererfaring* eller *erfaringskonsulenter*.

En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som har erfaring med egen eller pårørendes psykiske sykdom/rusmiddelproblemer og med tjenesteapparatet. Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring er én av flere måter å styrke brukerperspektivet og brukervedvirkning i tjenestene på (Helsedirektoratet, 2011 s.3).

Medarbeidere med brukererfaring trekkes frem som en ressurs for helse-, arbeids- og velferdstjenestene og deres brukere. I veilederen ”Sammen om mestring” er et av hovedpunktene som presenteres innledningsvis at tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene (Helsedirektoratet, 2014, s. 11).

Formålet med denne masterstudien er derfor å undersøke hvordan ansatte med erfaringskompetanse kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i recoveryrettet rus- og psykisk helsearbeid.

Jeg skal videre i kapitlet redegjøre for bakgrunnen for masterstudien, herunder hva en erfaringskonsulent er, brukerperspektivets plass i velferdspolitikken og lovgivning og brukersansettelser som en del av recoveryorienterte tjenester. Jeg vil deretter presentere problemstillingen, samt gi en kort begrepsavklaring.

## **1.2 Hva er en erfaringskonsulent?**

I praksisfeltet og litteraturen brukes ulike betegnelser på personer som er ansatt på bakgrunn av sin brukererfaring; *erfaringskonsulent*, *medarbeider med brukererfaring* og *brukersansatt*. Felles for de er ifølge Helsedirektoratet (2011, s. 4) noen grunnleggende kriterier: den som ansettes, har erfaring med psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblemer, og vedkommende har erfaring med hjelpeapparatet. Brukererfaringen vurderes altså som en grunnkvalifikasjon for utvelgelse av aktuelle personer for en slik stilling (Westerlund, 2012, s. 20). Felles for stillingene er også at de har som mål å fremme pasient-, bruker- og pårørendestemmen, samt styrke brukervedvirkning og medbestemmelse i tjenestene (Jensen & Weber, 2015, s. 235).

En erfaringskonsulent er ansatt på samme vilkår som andre ansatte, noe som innebærer forpliktelser både for den ansatte og arbeidsgiver. Erfaringskonsulenten møter, på samme måte som ansatte i andre stillinger, krav om kompetanse og forventninger om hva han/hun skal arbeide med (Westerlund, 2012, s. 21). For en erfaringskonsulent kan dette være for eksempel evne til å ta brukerperspektivet, ha god systemforståelse, ferdigheter til å bruke den erfaringsbaserte kunnskapen, være en god rollemodell for andre og kunne omsette erfaring til noe som er relevant for arbeidsplassen man er ansatt ved.

I flere engelskspråklige land har det vært langt større politisk og sosial bevissthet om brukeransettelser enn i Norge. I USA og England er det gitt tydelige politiske og administrative signaler om å vektlegge brukeransettelser i tjenestene (Weber & Jensen, 2016, s. 5). Ifølge Mohn-Haugen (refert i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018), leder for Erfaringsentrum, fins det ingen sikre tall over hvor mange erfaringskonsulenter det er ansatt per dags dato på landsbasis. Dette handler om at stadig nye erfaringskonsulentstillinger lyses ut, men med det forbeholdet snakker man om rundt 200-250 ansettelse.

I regi av NAV fins et kvalifiseringstilbud for mennesker som har eller har hatt erfaring med psykiske helsetjenester, kalt medarbeider med brukererfaring (MB) eller MB-opplæringen (Arbeids- og velferdsetaten, 2013). MB-opplæringen skal gi brukere av psykiske helsetjenester en mulighet til å anvende sine erfaringer og ressurser som en kompetanse i arbeid med brukere med psykiske helseproblemer. NAV understreker at formålet med opplæringen er at tjenesteapparatet skal kunne dra nytte av den erfaringskompetansen brukerne selv har, på lik linje med annen kompetanse. Selv om det finnes et slikt opplæringsprogram, er det ikke et krav ved en brukeransettelse. Ifølge Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2017) er det slik at de fleste erfaringskonsulentene ikke har denne utdanningen, men de er ansatt på bakgrunn av sine reflekterte og bearbejdede erfaringer, og eventuell annen yrkeserfaring eller utdanning.

### **1.3 Studiens kontekst: Brukerperspektivets plass i velferdspolitik og lovgivning**

#### *Økt fokus på pasientperspektivet i tjenestene: politiske føringer*

Sentrale helse- og sosialpolitiske og faglige dokumenter og føringer peker på brukerperspektivet, gjennom at brukeren er den avgjørende kraften i endring og samarbeidet med fagpersoner og tjenester. I Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) ble det fastslått at

”Brukerperspektivet står sentralt i Regjeringens politikk” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). I 2009 kom stortingsmeldingen ”Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Stortingsmeldingen belyste fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, hvorav en av hovedutfordringene som ble trukket frem var knyttet til pasientperspektivet i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). Det heter seg i reformen at ”Samhandlingsreformens verdimeslige utgangspunkt er at det skal tilstrebes at de ulike oppleggende for pasientmedvirkning i størst mulig grad er forankret i det helhetlige pasientforløpet. Det er pasientens integritet og behov som er utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestens eksistens” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 47). Det presenteres i forordet til reformen at manglende samhandling var en av de viktigste grunnene til at mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser ofte ble tapere i helse-Norge. En sentral del av arbeidet med reformen beskrives å ha bestått i å finne frem til systemtiltak som har forankring i og er rettet inn mot helheten i pasientens behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 47). Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning var i den sammenheng at både medvirkning og pasientmakt måtte økes og bli mer reell. Dette gjorde seg gjeldende på to nivåer; 1. individnivå, gjennom deltakelse fra pasienten i eget forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings- og omsorgsopplegg og 2. deltakelse fra pasient- og brukerorganisasjoner på systemnivå. Medvirkning og pasientmakt har videre blitt satt ytterligere fokus på.

Meld. St. 30 (2011-2012) ”Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping” legger frem at det har vært drøftet tiltak for å sikre helhetlige og tilgjengelige tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 10). Det heter seg at tjenestene skal bygge på et sterkt bruker- og mestringsperspektiv. Her understrekes det også at samhandlingsreformens mål skal etterleves. Tjenestene skal tilpasses etter den enkeltes behov og på den måten gi mulighet for mestring, god helse og en verdig livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 99). Åpenhet, normalisering, forebygging og medvirkning løftes frem innledningsvis i Meld. St. 19 (2014-2015) ”Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Regjeringen vil her styrke det forebyggende arbeidet, ved å utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter og forutsetninger for at alle kan mestre eget liv. Det trekkes frem at god helse er en av våre viktigste ressurser, både som samfunn og enkeltindivider. God helse handler ikke bare om fraværet av sykdom, det rommer også om å mestre de utfordringer man møter. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2015, s. 9) gir mestring livsglede, mening og overskudd, også i de situasjoner hvor vi rammes av sykdom.

Et mestringsperspektiv på folkehelsepolitikken handler om å legge til rette for at alle gis forutsetninger for å utnytte sine evner og muligheter. Når vi skal legge til rette for at den

enkelte kan ta mer ansvar for egen helse, må vi ta hensyn til at forutsetningene er forskjellige. All ny politikk må måles opp mot dette – om det styrker eller svekker den enkeltes mestring og kontroll over eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 12).

Det er altså et stort fokus på å fremme medvirkning i tjenestene og mestring hos den enkelte. Også i Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) påpekes det at tjenestene ”må ta utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I Norge har vi Fylkesmennene og Kompetansesentrene som har i oppdrag å bidra til økt brukermedvirkning i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 185). Ifølge Fylkesmannen i Oslo og Akershus (2017) bygger et godt lokalt rus- og psykisk helsearbeid på samarbeidsstrukturer som fremmer helhetlige og koordinerte tjenesteforløp for den enkelte. Det legges vekt på kapasitet, tilgjengelighet, helhetlige og samtidige tjenester, samt kvalitet, kompetanse og kunnskapsbasert praksis.

Vektlegging av brukerperspektivet, involvering av brukere av tjenestene på alle nivåer, har bydd på utfordringer og møtt motstand. Helsedirektoratet (2014, s. 17) skriver i ”Sammen om mestring” at et likeverdig tilbud forutsetter at tjenesteapparatet både har kjennskap til, samt verdsetter og anvender brukerens kunnskap ved utforming av tjenestetilbud. Veilederen beskriver krav og forventninger til lokalt rus- og psykisk helsearbeid, i lys av gjeldende lovverk og nasjonale føringer på området. Veilederen legger særlig vekt på at tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv. I et mestrings- og brukerperspektiv må fag- og brukerkunnskap møtes som likeverdige kunnskaper (Rogan, 2014, s. 21). Herunder påpekes det at brukermedvirkning er bidragsyter til innflytelse, likestilling, mestring, oppheving av begrensninger, i tillegg til at det skaper bedre tjenester fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng (Helsedirektoratet, 2014, s. 18).

### *Brukermedvirkning – en lovfestet rettighet*

Brukermedvirkning er en *lovfestet* rettighet (Helsedirektoratet, 2017). Pasienter og brukere har ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) rett til å medvirke, og tjenestene er pliktet til å involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud. Bakgrunnen for medvirkningsretten er respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett.

Brukermedvirkning er bredt hjemlet i lovverket, da også i Psykisk helsevernloven (1999), Spesialisthelsetjenesteloven (1999), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og Helseforetaksloven (2001).

Reell brukermedvirkning innebærer at de som berøres av en beslutning eller er bruker av tjenester får delta i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og kan legges til grunn for beslutningene, samt utforming av behandling og tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Målet med brukermedvirkning er å sikre at brukere likebehandles. Det betyr ikke at man skal yte like tilbud, men et likeverdig og forsvarlig tilbud, tilpasset brukerens behov og ønsker. Dette er med bakgrunn i at velferdspolitikken de siste tiårene har vært preget av målsettinger om å reformere velferdsstatens tjenesteyting, slik at utformingen er mer basert på brukernes premisser (Andreassen, 2004, s. 54). Tjenestene skal utformes i et brukerperspektiv, og brukermedvirkning blir et styringsmiddel for å sikre at brukerperspektivet synliggjøres. Brukermedvirkning er et ideal både for den individuelle hjelperelasjonen, samt for plan- og beslutningsprosessene som former hjelpetiltakene generelt (Andreassen, 2004, s. 56).

### *Recovery-orientert rus og psykisk helsearbeid*

Denne masterstudien har fokus på erfaringskonsulenter innen recovery-rettet rus- og psykisk helsearbeid. Recovery er et faglig perspektiv i praktiseringen av rus- og psykisk helsearbeid, og ifølge Helsedirektoratet (2014, s. 21) er tilsetting av medarbeidere med brukererfaring et anbefalt tiltak for å fremme *recovery-orientert praksis*. Recovery er et begrep, et perspektiv og en tilnærming som har vokst fram som en følge av endringene rundt brukerinvolvingen i psykisk helse- og rustjenestene de to siste tiårene (Karlsson & Borg, 2017, s. 15). Recovery henspiller på prosessen med å komme seg fra noe eller gjenvinne noe som er tapt (Karlsson & Borg, 2017, s. 12). Recovery er både personlige og sosiale prosesser som ikke kan adskilles. I Karlsson og Borg (2017) sin forståelse av recovery ligger en tanke om at personen selv har best kunnskap om hva som er til hjelp og ikke, at man selv må lede an arbeidet om recovery, at man må kunne velge å leve et annerledes liv enn hva flertallet vil, samt at arbeid, bolig, aktivitet, penger, utdanning, lokalmiljø, storsamfunnet, venner og familie er viktige bidrag i recovery-prosessene.

Recovery bygger på systematisert erfaringskunnskap, hvor kontroll over eget liv, åpenhet for hva som hjelper og ikke, rettigheter som medborger og valgmuligheter fremheves. Denne tenkningen er i tråd med WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020 og de sentrale nasjonale politiske føringene i Norge (Karlsson & Borg, 2017, s. 15).

De siste årene har man internasjonalt sett en voksende anerkjennelse av erfaringskompetansen i recovery-orienterte praksiser. Blant annet er det policy i England at alle psykisk helsetjenester skal rekruttere og ansette erfaringskonsulenter (Slade, 2009, s. 105). Det pekes her på hvordan

erfaringskonsulentene gjennom sine egne erfaringer med recovery kan bidra i andres recoveryprosesser: erfaringskonsulentene kan fremstå som rollemodell som videre kan generere håp. Brukerstemmen vil i tillegg være verdifull i personalgruppen med tanke på å skape bevissthet rundt egne holdninger og verdier (Slade, 2009, s. 104). Også i Danmark er det i perioden 2014-2018 gitt midler og satt stort fokus på brukeransettelser og mentorer med brukerbakgrunn i regional og kommunale tjenester (Korsbek & Petersen, 2016):

Forventningen er, at en implementering af peerstøtte kan påvirke organisationen i retning mod at være stadig mere recoveryorientert, og at en potentiel effekt også vil udspille sig som ændringer i kulturen (Korsbek & Petersen, 2016, s. 290).

Recovery er en del av en humanistisk og sosial tradisjon, som innebærer et syn på mennesket som at det skapes, fastholdes og utvikles i sosiale relasjoner mellom mennesker, lokalmiljøer og i samfunnsstrukturer (Karlsson & Borg, 2017, s. 14). Mennesket forstås som en handlende aktør – noe som aktualiserer autonomi og frihet i hjelper-bruker-relasjonen. Autonomibegrepet viser til at brukeren har muligheter til å ta vare på seg selv, og vedkommende kan derav fremstå med selvrespekt og verdighet. Relasjonen er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet. Brukeren som er i recovery-prosessen, skal sitte i førersetet og delta i alle avgjørelser vedrørende en selv og tilbudene vedkommende gis - vedkommende er ekspert på eget liv (Karlsson & Borg, 2017, s. 15). Fagpersoner og andre rundt skal være til støtte og hjelp i den reisen eller de prosessene som recovery er for hver enkelt.

## **1.4 Fører brukeransettelser til bedre recovery-orienterte tjenester? En kunnskapsoversikt**

For denne masteroppgaven er koblingen mellom recovery-orientert praksis og brukervedvirkning sentralt. Recovery er spesielt opptatt av integrering av brukerkunnskapen for å utvikle reelle brukerorienterte og samarbeidsbaserte tjenester. Jeg vil her presentere en kort kunnskapsoversikt over feltet. Jeg har i litteraturoversikten begrenset meg til å se på forskning innenfor recovery, jeg har ikke inkludert effekter av brukervedvirkning generelt innenfor rus- og psykisk helsearbeid. I litteratursøket har jeg benyttet meg av databasene Oria, Idunn, PsycINFO og SocINDEX. Jeg har også søkt i referanselister i litteraturen jeg fant, rådført meg og fått tips fra veileder, medstudenter og informanter.

”Med livet som kompetanse” er en rapport utarbeidet av en ekspertgruppe gjennom Rådet for

psykisk helse (2009), og tar for seg hva slags forskning som foreligger på feltet brukersattelser, både nasjonalt og internasjonalt. Den viser blant annet til en amerikansk studie hvor man fant at såkalte "case managere" med brukerkompetanse raskere oppnådde god behandlingsrelasjon, god brukeropplevd forståelse og positiv bekreftelse (Sells, Davidson, Jewell, Falzer & Rowe, 2006). De internasjonale erfaringene viste at brukersattelser fungerte godt både innenfor kvalitetsarbeid, undervisning og i kliniske roller (Rådet for psykisk helse, 2009). "Med livet som kompetanse" fastslo at brukersattelser i mange tilfeller kunne tilføre de eksisterende tjenestene en større bredde, nye innfallsvinkler og andre prioriteringer. "Å ansette mennesker med brukererfaring i tjenester for mennesker med psykiske lidelser er en naturlig videreføring av satsingen på brukermedvirkning" (Rådet for psykisk helse, 2009, s. 2). Samtidig fastslo rapporten at det på dette tidspunktet var få brukersattelser i Norge (Rådet for psykisk helse, 2009, s. 14).

Nytingnes (2008) har i artikkelen "Er brukersattelser mulig og ønskelig? – Internasjonale erfaringer med brukersattelser i psykiske helsetjenester" gitt en gjennomgang av internasjonale erfaringer med brukersattelser. Litteraturen forteller om utfordringer knyttet til rollekonflikt, doble relasjoner, taushetsplikt, støtte og veiledning, samt hvordan de kan løses og kjennetegn ved tjenester som har løst slike utfordringer. Undersøkelsene er gjort blant brukersatte i kliniske roller, i undervisning og som intervjuere. Samlet sett gir litteraturen et positivt bilde av brukersattelser for tjenestene selv, for brukerne og for de brukersatte. Artikkelen oppsummerer med at litteraturen omkring brukersattelser ikke er stor, men at den som foreligger, viser at brukersattelser er mulig og kan føre til både kvalitetsforbedring i tjenestene, men også sysselsetting og ytterligere bedringsprosesser hos de brukersatte selv.

Bøe og Elvemo (2008, s. 307) peker i sin artikkel "Psykisk lidelse – en kvalifikasjon" på at det kan foreligge en forestilling om at fagfolk forstår mer enn brukere, og at fagfolk dermed er lite villige til å vektlegge brukernes kompetanse og erfaring. En slik forestilling kan dermed være medvirkende til at det er få brukersattelser i Norge. At brukersattelser blir møtt med skepsis i mange fagmiljøer, kan ha sammenheng med at de fleste fagfolk møter brukerne når de er på sitt dårligste og mest hjelpetrengende. Det kan derfor være lett å generalisere ut ifra dette. Bøe og Elvemo (2008, s. 307) poengterer at det derfor er viktig å legge til rette for at ansatte og mennesker med brukererfaring møtes også utenom behandlingssituasjon, slik at uheldige "oss-dem-holdninger" kan bli avslørt og man kan arbeide for å viske ut dette skillet.

Ifølge Rydheim og Svendsen (2014) i artikkelen "Hvilken plass har erfaringskonsulenter i tjenestene innenfor psykisk helse?" er det gjort tilstrekkelig med forskning som viser at det er virksomt å ansette erfaringskonsulenter. De peker på at eventuell videre forskning bør dreie seg om hva som skal til for at erfaringskonsulenter får god nok opplæring, veiledning og eventuell

mentorordning. En helhetlig satsning på alle nivå i tjenestene må til om man skal få til en likestilling mellom erfaringskompetansen og fagkunnskapen.

Etter vår mening bør erfaringskonsulentene få en viktigere rolle i fremtiden. På systemnivå kan de være med på en bevisstgjøring når det gjelder stigma, maktforholdene og det språket som tjenestene er dominert av i dag. De kan bidra til at erfaringskunnskapen også får en mer sentral plass i kunnskapsutviklingen. Dette forutsetter opplæring og veiledning samt trygge rammebetingelser for stillingene. På individnivå er de viktige håpsbærere og forbilder (Rydheim & Svendsen, 2014, s. 376).

I ”Et nytt psykisk helsevern – ny kunnskap” konkluderer Ekeland (2011, s. 30) med at det er et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner i utviklingen av et nytt psykisk helsevern og det som er et hegemonisk kunnskapssyn innen ledende profesjoner i feltet. Han viser her til Opptappingsplanen for psykisk helse (1996-2008) og et perspektivskifte; hvor hovedvekten på lidelse og sykdommen i seg selv er flyttet til fokus på at mennesker oppfattes og møtes som subjekter og aktører. Samfunnet pålegger her seg selv en ambisjon om å legge til rette for brukermedvirkning, integrering og medborgerskap. En utfordring blir derav både å akkumulere erfaringskunnskap og å gyldiggjøre den. Det sistnevnte er ifølge Ekeland (2011, s. 26) trolig langt mer utfordrende enn det førstnevnte. Selv om kunnskapen utvikles og bygges opp på måter som gjør den troverdig i forhold til allmenne kriterier for saklighet og validitet, vil den samtidig kunne oppfattes ulikt, avhengig av fagmiljøene og fagpersonenes egne kunnskapssyn. ”Ny praksis krever ny kunnskap, og utvikling av en kunnskapsplattform for psykisk helsearbeid som i større grad legitimerer erfaringskunnskap, bør ha som ambisjon å utfordre denne dominansen. Det er et langsiktig arbeid” (Ekeland, 2011, s. 30).

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) arbeider med å gjøre relevant kunnskap om psykisk helsearbeid tilgjengelig. Økt etterspørsel etter forskning om recovery er bakgrunnen for at NAPHA har oversatt originalutgaven ”100 ways to support recovery” av Mike Slade til norsk (Slade, 2017, s. 7). ”100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell” viser til råd for hvordan man kan utvikle og utøve recovery-fokus i tjenestene. Første utgaven av hefte ble utgitt i 2009 og er siden den gang lastet ned 23 000 ganger fra nettstedet til Rethink Mental Illness og oversatt til en rekke europeiske språk (Slade, 2017, s. 8). Rethink Mental Illness arbeider for å forbedre livskvaliteten til mennesker med psykiske helseutfordringer. Nøkkelen til dette er å reformere måten de psykiske helsetjenestene praktiseres på. Den nyeste utgaven av ”100 råd som fremmer recovery” (2017) viser at forståelsen til Slade og hans forskningsteam ikke har endret seg mye siden den første utgaven, men de finner nytt evidensgrunnlag i den akademiske litteraturen om psykisk helse; de inkluderer systematiske



evalueringer som har identifisert de sentrale recovery-prosessene *tilknytning, håp, identitet, mening* og *empowerment* (Connectedness, Hope, Identity, Meaning og Empowerment, kalt the CHIME Framework) (Slade, 2017, s. 9). Disse ser på hvordan man evaluerer recovery, hvordan man identifiserer styrker og hvordan man øker håp. Tiltak for å identifisere god recovery-støtte er evaluert, og det har ført til utviklingen av evalueringsverktøyet INSPIRE som brukes i tjenestene. INSPIRE er blant annet oversatt til norsk.

Slade (2017, s. 9) viser til recovery-studier gjort av Section for Recovery ved Institute of Psychiatry ved King's College, ved Slade selv og Recovery Research Team. En del av arbeidet de har utført, har vært å danne Recovery Research Network, som består av mennesker fra hele verden som er interessert i forskning på recovery, deriblant Norge (Institute of Mental Health ved University of Nottingham, u.å.). Recovery Research Team har som mål å promotere personlig recovery og velferd hos mennesker som har opplevd psykiske helseutfordringer. Studiene har fokus på hvordan psykiske helsetjenester er organisert, utvikling av opplæring for fagpersoner, utvikling av nye intervensjoner som støtter personlig recovery og velferd, samt utvikling av tiltak som kan brukes klinisk. Alle studiene involverer mennesker som har opplevelser med psykiske helseutfordringer selv eller som pårørende, i tillegg til klinikere og forskere. Studiene påvirkes også av politikk og praksis lokalt, nasjonalt og internasjonalt (Institute of Mental Health ved University of Nottingham, u.å.)

Funnene i en norsk studie om brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus peker på en unik troverdighet og forståelse, tillit, omsorg, kjærlighet og lydhørhet (Borg, Sjøfjell, Ogundipe & Bjørlykhaug, 2017). Funnene viste også at erfaringsmedarbeidere hadde viktige funksjoner som brobyggere innen tjenestesystemer, lokalmiljøer og samfunnet generelt. Sammenfattet viste studien positive erfaringer med erfaringsmedarbeidere, men samtidig ble det fremhevet at det er et felt i utvikling. For eksempel er det mye usikkerhet knyttet til erfaringsmedarbeidernes kompetanse, roller og arbeidsforhold (Borg et al., 2017). Denne masteroppgavens bidrag er å bidra til dette "gap'et" ved å undersøke forventninger til og erfaringer ved rollen som erfaringskonsulent, sett fra ulike ansattes ståsted.

## **1.5 Problemstilling**

Praksisfeltet i Norge i dag reflekterer de politiske, idemessige og faglige strømninger gjennom blant annet lovpålagt brukermedvirkning og ansettelse av mennesker med erfaringskompetanse. Men feltet er som presentert fortsatt nytt og i utvikling. Med bakgrunn de presenterte krav og ønsker om

å styrke brukerperspektivet i psykisk helse- og rustjenester, foreligger det både forventninger, ønsker og krav hos de ulike aktørene på feltet om hvordan man bør jobbe for å lykkes. Dette er bakgrunnen for problemstillingen til masterstudiet mitt. Jeg ønsker å undersøke hvordan man reflekterer omkring det å ønske og å gjennomføre tanken om å sette brukeren i sentrum av arbeidet, og konkret hvordan en erfaringskonsulentrolle kan bidra til det. Denne problemstillingen ønsker jeg å besvare ved å intervjuere personer fra praksisfeltet som har ulike roller – ledere, en fagutvikler, en miljøterapeut og en som er ansatt på bakgrunn av sin erfaringskompetanse. Dette fordi jeg har en antagelse om at ulike roller og posisjoner kan innvirke på hvordan man tenker omkring det å ansette og bruke en erfaringskonsulent, samt at dette kan henge sammen med hvordan man opplever og vurderer erfaringskunnskap som bidrag i det å arbeide recovery-orientert.

### ***Hvordan kan ansatte med erfaringskompetanse bidra til å styrke et brukerperspektiv i recovery-rettet rus- og psykisk helsearbeid?***

For å besvare problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i disse forskningsspørsmålene:

- *Hva slags forventninger og erfaringer har informantene til rollen som erfaringskonsulent innen recovery-rettet arbeid?*
- *Hvordan vurderer informantene erfaringskompetanse som en del av recovery-arbeidets kunnskapsgrunnlag?*

## **1.6 Begrepsavklaring**

**Recovery:** Jeg vil i studien benytte det engelske ordet recovery, ettersom den norske oversettelsen («tilfriskning») blir kritisert for å ikke være dekkende nok. Recovery er det begrepet som er innarbeidet i fag- og forskningslitteraturen og som benyttes innad i ulike brukermiljøer om psykisk helse og rus. Begrepet er mangfoldig, med et bredt spekter av innhold, ulike arbeidsmåter og ulike uttrykk i praksis.

**Ansatt med brukererfaring:** I datamaterialet har både begrepet erfaringskonsulent og begrepet medarbeider med brukererfaring blitt benyttet av informantene. Jeg vil derfor forholde meg til begge begrepene i studien, men jeg vil hovedsakelig benytte erfaringskonsulent, ettersom det er stillingstittelen som oftest viser seg på feltet i dag.

Jeg vil i tilknytning til rollen snakke om brukerkunnskap og erfaringskompetanse. Ifølge Westerlund (2012, s. 15) er brukerkunnskap den erfaringsbaserte kunnskapen en person har om sitt

eget liv, lidelse og bruk av tjenester. Weber og Jensen (2016, s. 10) viser til at det kalles erfaringskompetanse når brukerkunnskapen man har tilegnet seg gjennom lidelse, bedringsprosess og møte med helse- og sosialtjeneste er reflektert over og bearbeidet, og sett i sammenheng med andres. Erfaringskompetansen kan da brukes konstruktivt i eget liv, samt i møte med andre, både på individ- og systemnivå. Begrepene henger altså nært sammen.

**Pasient/bruker:** Begrepene pasient og bruker kan virke å brukes om hverandre i praksis og litteraturen. Samhandlingsreformen nærmer seg 10 år gammel og i etterkant av dens publisering har det blitt satt større fokus på dette. Blant annet ble tittelen på Pasientrettighetsloven i 2012 endret til Pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2015). Jeg vil videre i studien anvende begrepet bruker, ettersom bruker er et av de sentrale begrepene innenfor psykisk helse- og rus feltet i dag (Westerlund, 2012, s. 12). Ifølge Westerlund (2012, s. 12) ble brukerbegrepet i sin tid lansert som et alternativ til pasientbegrepet, som ble kritisert for å definere personer som trenger hjelp i en hjelpeløs og passiv rolle. Brukerbegrepet skal heller betegne en person som har en aktiv og friere rolle i forhold til helsetilbudet, samt en person som er ekspert på eget liv og som tar egne valg i tjenestene ut fra preferanser og behov. I helseprofesjonenes forståelse har brukerbegrepet kommet som en del av utviklingen av det psykiske helsearbeidet, hvor tilbudet i dag består av et mangfold av tjenester. Dette gjelder både sosiale og økonomiske ytelser, boliger, fritidstilbud, mm. Brukere er altså ikke bare pasienter, men brukere av tjenester på ulike nivåer, i helseforetak, i kommuner og det private helsetilbudet (Westerlund, 2012, s. 13).

## 1.7 Oppgavens gang

Jeg har i første kapittel gitt en innføring i bakgrunn for studien og problemstillingen. Jeg vil i neste kapittel gjøre rede for teoretisk utgangspunkt for mitt analyse- og tolkningsarbeid. Jeg vil her presentere teori om ulike kunnskapsformer, teori om roller, samarbeid og maktstrukturer, samt se nærmere på begrepet medborgerskap. I kapittel tre beskriver jeg de metodiske valg som er gjort og framgangsmåten for masterstudien. Jeg vil her også diskutere forskningsetiske overveielser angående kildebruk, informantgruppen og feltet. I kapittel fire presenterer jeg hovedfunn jeg har gjort gjennom intervjuundersøkelsene. I kapittel fem drøfter jeg funnene og tolker dem teoretisk. I det siste kapitlet oppsummerer jeg og avslutter med en refleksjon omkring resultatene i henhold til dens relevans for sosialt arbeid. Jeg vil også se på noen likhetstrekk mellom sosialt arbeid til recovery.

## 2. Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet vil jeg se nærmere på to ulike kunnskapsformer som skal være fremtredende og i et samspill innenfor psykisk helse- og rusfeltet, nemlig brukerkunnskap og fagkunnskap. Jeg vil se på hvordan man i teorien tenker at brukeransettelser er en viktig del av det uttalte ønske om brukerperspektiv i tjenestene. Jeg vil også presentere Goffmans teori om roller og rolleforventninger, samt Meads teori om utvikling av selvbilde og identitet, og Løgstrups blikk på likeverdige relasjoner. Deretter ser jeg på samarbeid mellom ulike roller sin sentrale betydning i recovery-orientert praksis. Avslutningsvis vil jeg presentere teori om asymmetriske maktrelasjoner.

### 2.1 Kunnskapsformer: brukerkunnskap og fagkunnskap

Erfaringskonsulenter ansettes i tjenestene blant annet for å tilføre en annen type kunnskap enn fagkunnskapen. Kunnskap henger nært sammen med språk, og at det er derfor viktig å ha fokus på språkets funksjon i møte med andre mennesker (Bøe & Thomassen, 2017, s. 64). I et etisk lys handler det om å ha et åpent språk, slik at man får muligheten til å oppdage nærhet, nyanser og detaljrikdom av den andre, og hans eller hennes situasjon. Det må også være rikelig med rom for den andres språk. Fagpersoner kan i hjelper-bruker-relasjonen stå i fare for å bruke et språk som er monologisk og monopoliserende, ettersom kunnskapen gir et bestemt språk. En erfaringskonsulent kan synliggjøre dette, og dermed bidra til en bevisstgjøring rundt språkets funksjon i relasjonene. Bøe og Thomassen (2017, s. 64) beskriver at fagpersoner kanskje tenker de har det ”riktige og suverene” språket for forståelsen av brukerens problemer. Språket til den hjelpetrengende kan da bli fortrenget, og føre til at vedkommende blir frarøvet muligheten til å finne sitt eget språk for livssituasjonen han eller hun er i. Dette kan ses i lys av begrepene forklaring og forståelse, som representerer to ulike perspektiver i tilnærmingen til psykiske lidelser (Bøe & Thomassen, 2017, s. 66). Forklaring kan vi omtale som kunnskap fra et utenfraperspektiv, altså at den psykiske lidelsen forklares ut fra årsaker, hvor den psykiske lidelsen er en virkning av disse årsakene. Psykiske lidelser forklares da ut fra et naturvitenskapelig kunnskapsideal, langs en årsak-virkningslinje. Hvis en derimot omtaler psykiske lidelser ut fra forståelse, innebærer det at man inkluderer elementer hos mennesket som opplevelse, motiver, vilje, ønsker, hensikter og så videre (Bøe & Thomassen, 2017, s. 66). Å forklare ut fra forståelse åpner for et innenfraperspektiv. Det blir da viktig å få tak i den forståelsen og de refleksjoner brukeren selv har og gjør i forhold til sine handlinger og erfaringer. På denne måten blir også meningsaspektet innlemmet. ”Hvilken mening har personen med denne adferden? Hvilken opplevelse har den enkelte av den situasjonen han eller

hun er i? Hvilken mening gir den enkelte til den situasjonen som han eller hun handler i?” (Bøe & Thomassen, 2017, s. 66). Kunnskap blir forstått fenomenologisk og hermeneutisk når menneskers opplevelser, meninger og intensjoner står i fokus.

Bøe og Thomassen (2017, s. 70) skriver at noe forenklet kan vi kanskje si at det innen forståelse og behandling av psykiske lidelser finnes to metamodeller: den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen. Den medisinske modellen omfatter at behandlingen forutsetter at en først gjennom bruk av diagnoser identifiserer en avgrensbar lidelse/sykdom/forstyrrelse, og deretter skjer behandling ved at en finner en teknikk eller metode som skal være virksom overfor akkurat denne lidelsen/sykdommen/forstyrrelsen. Den medisinske forståelsen peker på en instrumentell rasjonalitet, ettersom man tenker at ved å gripe inn når det gjelder en tilstand, med noen metoder eller instrumenter, har det som konsekvens at tilstanden endrer seg. Den som har instrumentene, har også kontroll på endringsmekanismene (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70). Det som kalles den kontekstuelle modellen, utfordrer denne tenkningen og praksisen. Den er imidlertid ikke en modell i samme grad som den medisinske modellen, da man ikke har et fast skjema som regulerer hvordan en gjennomfører behandlingen. Hovedtanken bak den kontekstuelle modellen er at psykiske lidelser ikke kan forstås uavhengig av menneskets personlighet, livssituasjon, sosiale relasjoner, omgivelser og så videre (Bøe & Thomassen, 2017, s. 71). Denne modellen bærer derfor med seg en viss skepsis til bruken av diagnoser, for med diagnosene står en i fare for å nettopp trekke problemene og symptomene ut av de sammenhenger de oppstår og utvikler seg. I den kontekstuelle modellen forsøker man å gå inn i helheten og det mangfoldet av elementer som utgjør bakgrunnen for at et menneske har søkt hjelp.

Den kontekstuelle modellen kan ses i sammenheng med det Slade (2017, s. 14) omtaler som den personlige recovery-prosessen. Å støtte personlig recovery innebærer et skifte i fokus, fra at man behandler helseutfordringer til at man fremmer velvære. Å få til det skiftet innebærer en endring der profesjonelle forståelsesmodeller blir endel av den helhetlige forståelsen av personen. Den helhetlige forståelsen kan ledes frem av den personlige recovery-prosessen sine rammeverk, som består av de fire recovery-områdene; håp, identitet, mening og personlig ansvar. Tilknyttet disse fire områdene er fire recovery-oppgaver: 1) utvikle en positiv identitet, 2) ramme inn de ”psykiske helseutfordringene”, 3) ta personlig ansvar og 4) utvikle verdsatte sosiale roller (Slade, 2017, s. 15). En personlig recovery-orientert tjeneste er tilrettelagt for å støtte personer i de fire recovery-oppgavene og det underbygges ved å legge vekt på relasjoner. Slade (2017, s. 16) presenterer at det er sentrale forskjeller mellom recovery-orientert og tradisjonell praksis, som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 1: Forskjeller mellom tradisjonelle tjenester og recoveryorienterte tjenester (Slade, 2017, s.16).

TRADISJONELL TILNÆRMING	RECOVERY TILNÆRMING
<b>Verdier og maktforhold</b>	
Faktaorientert	Verdiorientert
Profesjonelt ansvar	Personlig ansvar
Kontroll	Valg
Makt over mennesker	Fremmer makt over eget liv
<b>Grunnprinsipp</b>	
Vitenskapelig	Humanistisk
Patografi	Biografi
Psykopatologi	Belastende erfaringer
Diagnose	Personlig mening
Behandling	Vekst og utvikling
Behandler og pasient	Profesjonelle og erfaringseksperter
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	
RCT-studier	Veiledende narrativer
Systematiske kunnskapsgjennomganger	Erfaringskunnskap
Akontekstuell	I en sosial kontekst
<b>Praksis</b>	
Beskrivelse	Forståelse
Fokusering på sykdommen	Fokusering på personen
Sykdomsorientering	Ressursorientering
Fokusering på symptomreduksjon	Fokusering på håp og drømmer
Personen tilpasser seg behandlingen	Behandlingen tilpasses brukeren
Belønner passivitet og compliance/«behandlingstro»	Fremmer empowerment
Eksperter koordinerer omsorgen	Selvstyring
<b>Mål med tjenesten</b>	
Bekjempe sykdom	Fremme helse
Bringe under kontroll	Egenkontroll
Compliance/«behandlingstro»	Valg
Gjenopprette normaltillstand	Endring

Ut ifra tabellen kan man se flere likhetstrekk mellom den recovery-orienterte tilnærmingen og den kontekstuelle modellen. Blant annet tar man utgangspunkt i forståelse, den sosiale konteksten ivaretas og hjelpen tilpasses etter hva personen selv ønsker. Ut ifra tabellen kan man også lese at det er både profesjonelle og erfaringseksperter, og det vektlegges erfaringskunnskap fremfor systematiske kunnskapsgjennomganger.

I en kontekstuell tilnærming er man ute etter det Bøe og Thomassen (2017, s. 71) kaller innenfrakunnskap – den kunnskapen brukeren har om seg selv, sin livssituasjon, sitt nettverk, sine opplevelser, erfaringer, virkelighetsforståelse og så videre. Bøe og Thomassen (2017, s. 71) mener at det først er i møte med denne kunnskapen at fagpersoners kompetanse eventuelt blir meningsfull.

I henhold til en kontekstuell tilnærming og en recovery-orientert tilnærming er det med utgangspunkt i utforskning av denne erfaringsbaserte kunnskapen at endringsarbeidet kan komme i gang. Det vil si at kunnskapen som skal danne arbeidet mot bedring, alltid er personlig, individuell og situasjonsavhengig. Ekeland (2011, s. 18) beskriver at psykisk helse nettopp er en ”verden av fenomen som ikke kan eksistere uavhengig av oss – de er enten skapt av oss eller ’kommer til verden’ gjennom vår bevissthet om og fortolkning av dem”. Ekeland (2011) peker på at opplevels- og erfaringsperspektivet må være førsteperspektivet i vitenskapen som er knyttet til psykisk helsefeltet.

## **2.2 Brukeransettelser, endel av brukerperspektivet**

Det er mye som taler for brukeransettelser som en del av brukerperspektivet. Bøe og Elvemo (2008, s. 308) trekker frem at brukeransettelser gjør at vi kan ta i bruk en lenge uutnyttet ressurs, som kan være med å bryte barrierer og bidra til endring av kultur og holdninger i tjenestene. Tjenestene kan gjennom brukeransettelsene bli mer erfaringsnære, og på denne måten treffe den enkelte på en måte som kan skape bedring. Det poengteres likevel at ”å anerkjenne andres erfaringskunnskap betyr ikke å devaluere sin egen fagkunnskap” (Bøe & Elvemo, 2008, s. 307).

Bjørgen (2013, s. 372) viser til at det har vært en historisk utvikling på feltet: ”det er lang vei fra de første kravene om brukermedvirkning ble framsatt, til dagens situasjon der brukernes kunnskap etter hvert kan representere en gyldig og verdsatt kompetanse”. Volden (2014) poengterer at brukerperspektivet ikke kan realiseres i sin fulle bredde i en kontekst der psykiatrisk diagnostikk og behandling er det selvfølgelige og dominerende innsteget til enhver tjeneste. Å ta hensyn til brukernes preferanser er derfor en sentral forutsetning for brukerperspektivet. Brukernes rett til å preferere kan ikke starte først når tjenestene har avgjort hva som er fenomenets karakter. Forhandlinger om fenomenene og eierskapet til fenomenene må inngå som en integrert del av alt psykisk helsearbeid (Volden, 2014, s. 83). Volden (2014) viser til det han kaller brukerperspektivets huskelapper: a) du skal bidra til universell utforming for psykisk helse på alle arenaer, b) du skal utarbeide lokal, brukerorientert og dialogisk informasjon, c) du skal la brukerne beholde eierskapet til fenomenene og livet, d) du skal arbeide systematisk mot stigmatisering på alle arenaer, e) du skal legge til rette for brukerorganisering, f) du skal bevege deg uanstrengt mellom ulike roller, g) du skal bidra til hele folkets psykiske helse og h) du skal varsle om forhold som ikke er tilfredsstillende. Disse såkalte huskelappene er i tråd med ”Sammen om mestring” hvor det heter

seg at: ”Brukerinnflytelse er en grunnleggende verdi og rettesnor for veilederen” (Helsedirektoratet, 2014, s. 3).

Mennesker som selv har erfaring med psykiske lidelser har gjennom sine erfaringer og levde liv tilegnet seg kvalifikasjoner som er viktig å lytte til for å bedre det psykiske helsearbeidet. Psykisk helsefeltet bør nyttiggjøre seg denne erfaringskompetansen på lik linje med faglig kompetanse (Bøe & Elvemo, 2008, s. 306) ”Hvis pasienten er i fokus istedenfor sykdommen, og vi ser deres behov og ønsker fremfor diagnoser, vil erfaringskompetanse da bli mer anerkjent?” (Rob, 2015, s. 260). A. Johansen (2018, s. 95) underbygger dette utsagnet med å si ”til slutt står vi igjen med det mest grunnleggende; at mennesker er forskjellige”. Erfaring og erfaringsbasert kunnskap er viktig, ettersom det ikke fins noe oppskrift på behandling som passer alle. Det handler om å legge læreboken til side og se det mennesket man har foran seg, og den konteksten som utgjør det menneskets erfaringsverden (A. Johansen, 2018, s. 85). Det poengteres også at på samme måte som mennesker er forskjellige, er de også likeverdige. Som fagperson senker man seg derfor ikke ned for å finne den som søker hjelp der vedkommende er, fordi man aldri selv har vært på et høyere nivå.

## 2.3 Roller

En *rolle* består ifølge Goffman (2004, s. 194) av den aktivitet innehaveren vil utføre hvis han eller hun utelukkende handler ut i fra de normative krav som stilles til en person i den gitte posisjonen. Posisjonen forklares ut i fra *status*, som er posisjonen i et system eller mønsteret av posisjoner, som er forbundet med de andre posisjonene i enheten, gjennom gjensidige bindinger, rettigheter eller plikter. Goffman (2004, s. 197) viser til at roller er fastlagt med ulike rolleforventninger, samt rammer for hvordan rollen skal være. Ulike roller avhenger altså av forskjellige personlige egenskaper for å inneha rollen. Egenskapene vil sammen med tittelen på rollen utgjøre hvordan andre ser på rolleinhaveren (Goffman, 2004, s. 197). I en erfaringskonsulentrolle ønsker man å fungere som en rollemodell, gjerne både for andre ansatte og for brukerne.

Goffman (2004, s. 198) beskriver hvordan roller på denne måten kan bidra til dannelse av selvbildet og hvordan man identifiserer seg med en rolle. Utvikling av selvbilde avhenger hvordan man blir knyttet til rollen sin. I en erfaringskonsulentrolle vil utvikling av selvbilde både kunne gjøre seg gjeldende i forhold til at en selv mestrer, samtidig som det dreier seg om å også skape en positiv utvikling og en overføringseffekt av positivt selvbilde til brukerne. En slik rolle kan samtidig muligens ha en opprettholdende faktor, som bruker av psykisk helse- og rustjenester for eksempel,



ettersom en har fått rollen på bakgrunn av sin erfaring. Mead (2005, s. 173) mener at selvbildet dannes og utvikles gjennom å interagere med andre. I samspillet oppstår en bevissthet om en selv og identiteten blir på denne måten tydeliggjort. Ifølge Mead (2005, s. 165) er selvet og identiteten stadig i utvikling. Det endres gjennom handlinger, erfaringer og kommunikasjon med andre.

Løgstrup (2010) hevder i ”Den etiske fordring” at vi som mennesker har evne til å sette oss i andres situasjon, på bakgrunn av at vi kjenner oss selv og våre ønsker. Ved å bruke vår livsvisdom har vi gode forutsetninger for å kunne forstå den andres beste. Løgstrup (2010) skriver også at pasient og terapeut bør møtes som likeverdige i det som skal drøftes. Dialogen erstatter så diagnosen, og man snakker med pasientene, ikke om dem. Dette er også verdier recovery-perspektivet vektlegger, og det påvirker den profesjonelle yrkesrollen (Pedersen, 2014, s. 108). Det har skjedd et skifte fra den tradisjonelle ekspertrollen, den som ”vet best” og gir råd og hjelp ut fra egen kunnskap, til rollen som ”medvandrer”, som benytter sin fagkunnskap til å støtte opp om den enkeltes bedringsprosess. Det handler om å likestille seg i relasjonen, og å være ydmyk både for brukernes egen innsats og for alt man i hjelperrollen ikke forstår. Dette er også i samsvar med empowerment-perspektivet, som omtaler personen i hjelperrollen som støttespiller, rådgiver eller ressursperson (Myhra, 2012, s. 116). I bruker-hjelper-relasjonen er det derfor viktig at hjelperen fremstår som et helt menneske, og ikke skjuler seg bak en yrkesrolle (Pedersen, 2014, s. 109).

## 2.4 Samarbeid

Samarbeid mellom de ulike rollene i en relasjon er viktig for å skape en utvikling. Man ønsker derfor å fremme et partnerskap mellom fagpersoner og brukere av tjenestene. Det handler om å etablere en erfaringsbasert kunnskapspool med et mangfold av ekspertiser og kunnskaper (Karlsson & Borg, 2017, s. 150). Noen prinsipper som er sentrale for å oppnå dette er ifølge Repper og Perkins (2003, referert i Karlsson & Borg, 2017, s. 150):

- Anerkjennelse personer som ressurser og bygge på de styrker og kompetanser som ligger i teamet bestående av personer med fagbakgrunn, brukerbakgrunn, pårørendebakgrunn og annet.
- Felleskap og gjensidighet: bryte ned barrierer, fremsnakke mangfold og variasjon, muliggjøre at deltakerne kan dele ansvar og bruke sin kompetanse i tilrettelegging for recovery på tjeneste-, relasjons- og personnivå.

- Utvide teamet med erfaringsmedarbeidere, personlige og profesjonelle nettverk for å skape kunnskap og nye praksisformer.
- Team og tjenester som katalysatorer for endring. Muliggjøre at personene kan finne styrke og se veier i sin egen recovery og bidra til recoverynærende omgivelser der mennesker kan finne tilhørighet, inspirasjon og fellesskap.

Samarbeid foregår i relasjoner som muliggjør dialog, samt å dele, respondere og forstå. En erfaringskonsulent har kjennskap til å være i en slik samarbeidsrelasjon med hjelpeapparatet, og kan gjennom rollen trekke paralleller til sin egen erfaring for å tydeliggjøre hva som er viktig i disse relasjonene. Ifølge Karlsson og Borg (2017, s. 134) kan relasjonell recovery hjelpe fagpersoner til å invitere og legge til rette for et likeverdig samarbeid. Relasjonell recovery innebærer en utvidelse av kunnskapsgrunnlaget, andre fagpersonroller og personalsammensetninger, andre brukerroller, samt at man søker å forstå, synliggjøre og arbeide med forhold som kan representere barrierer for personens livsprosesser (Karlsson & Borg, 2017, s. 138). Det innebærer samtidig å forstå og endre på maktforhold. Dette viser tilbake til målet med brukermedvirkning, som er å skape et likeverdig samarbeid, basert på gjensidig tillit, der partene deler makt og innflytelse (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 9).

## 2.5 Makt

Makt skapes i ethvert møte mellom mennesker (Karlsson & Borg, 2017, s. 137). Makt er altså et element i alle menneskelige relasjoner og er ikke i seg selv noe positivt eller negativt. Makt og sosial kontroll blir riktignok ofte tenkt på som negativt ladede fenomener, men innenfor samfunnsvitenskapen har det både positive og negative aspekter. Denne dobbeltheten ved makt og sosial kontroll omtales som "maktens dualitet" (Rasmussen & Rasmussen, 2010 referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 74). Dualiteten kommer til uttrykk gjennom kontrasten mellom makt som noe krenkende og skadelig versus makt som myndiggjørende og evne til å handle når det er nødvendig. På denne måten kan makt være både produserende og mulighetsskapende, så vel som innsnevrende og hemmende. Makt som produserende og mulighetsskapende kan knyttes til forhold av positiv verdi (Øye & Norvoll, 2013, s. 75). I et slikt perspektiv kan makt bidra til å styrke den psykiske helsen fordi den bedrer levekår, reduserer avmakt og fremmer mestring, bemyndigelse og medvirkning. I psykisk helse- og rusarbeid kan makt brukes på en positiv måte ved å tilrettelegge tjenestene og hjelpen på slik måte at brukeren opplever trygghet på, og tilgang til sine egne personlige ressurser. Imidlertid kan makt ha negative implikasjoner dersom den innsnevrer

handlingsrommet til avmektige og marginaliserte grupper (Øye & Norvoll, 2013, s. 75). Misbruk, krenkelse eller for store begrensninger i den enkeltes frihet eller autonomi er negative konsekvenser makt kan medføre.

Begrepet sosial kontroll blir ofte smalere definert enn begrepet makt (Øye & Norvoll, 2013, s. 77). Innenfor samfunnsvitenskapene vil sosial kontroll være knyttet til spørsmål om sosial orden i betydning av ulike samfunnsforhold eller innretninger som vil begrense ulike former for atferd, mens begrepet makt ofte blir forstått i retning av styrkeforholdet i et mangefasettert samfunnsliv. Samtidig er makt og sosial kontroll aspekter ved sosiale fenomener som samvirker og gjensidig forutsetter hverandre. Øye og Norvoll (2013, s. 77) peker på at sosial kontroll på flere måter er nært forbundet med maktutøvelsen overfor personer med psykiske lidelser og organiseringen av psykiske helsetjenester.

Øye og Norvoll (2013, s. 76) viser til at man kan skille mellom makt som en del av relasjoner og makt som en del av institusjonaliserte og strukturelle forhold. Maktforhold etableres ofte som faste mønstre i samfunnets økonomiske, politiske og kulturelle oppbygning og organisering av det enkelte system, for eksempel i psykisk helse- og rustjenester. Institusjonaliserte maktformer forsterker noen grupper og svekker andre (Øye & Norvoll, 2013, s. 76). Dette legger sterke føringer for praksisfeltene, samt handlingsrommet for den enkelte aktør. For å forstå maktpreget samhandling, for eksempel det som foregår på et vaktrom på et psykiatrisk sykehus, må det ses i lys av politiske og økonomiske forhold, organisasjonsstrukturer og kulturelt betingede fagideologier. Ansatte på dette vaktrommet er pålagt å gi pasientene behandling, sikre sikkerheten, drive normaliseringsarbeid, samt tilrettelegge for brukervedvirkning (Øye & Norvoll, 2013, s. 76). Systemnivået utgjør altså rammene for det personlige møte i hjelper-bruker-relasjonen, og påvirker maktutøvelsen og styrkeforholdet mellom ansatte og pasienter. Relasjonen mellom en fagperson og den personen som søker hjelp er på denne måten asymmetrisk, nettopp i kraft av at de har to ulike posisjoner i det som danner basis for møtet (Karlsson & Borg, 2017, s. 137). En erfaringskonsulent har erfaring med å være i en lignende relasjon og rollen blir derfor trukket frem som mulig brobygger mellom bruker og systemet (Weber & Jensen, 2016, s. 40).

Innføring av liberalistiske idealer og praksiser synes å prege tjenestene på andre måter enn tidligere (Øye & Norvoll, 2013, s. 95). Dette dreier seg om et forsøk på maktforskyvning mellom fagpersoner og brukere – der de ansatte skal gi fra seg mer makt og brukere skal gis mer makt for å kunne hjelpe seg selv. Brukervedvirkning er på denne måten med på å utfordre de tradisjonelle asymmetriske hjelperelasjonene, der ansvaret for eget liv i større grad legges over på brukeren selv. Hensikten er at brukeren skal styre seg selv gjennom å definere sine egne behov, ønsker, ressurser

og mål. Vektleggingen av selvstyring, bemyndigelse og mestring i tjenestene handler ikke bare om frigjøring av brukeres egne krefter, men det er også et styrings- eller hjelpeideal (Øye & Norvoll, 2013, s. 96). Styrings- og hjelpeidealets uavhengighet har blitt en av grunnpilarene i den skandinaviske velferdsmodellen. Ifølge Øye og Norvoll (2013, s. 96) synes likevel en sentral utfordring fremover å være institusjonelle tilrettelegginger som muliggjør brukermedvirkning og myndiggjøring, og som i større grad vektlegger brukerens egne livs- og hverdagserfaringer.

## 2.6 Oppsummering

Brukerkunnskapen representerer et innenfraperspektiv som det er ønsket å inkludere i tjenestene. Et innenfraperspektiv setter fokus på brukerens opplevelser, hensikter og ønsker. Brukerens egne refleksjoner og forståelse setter mening sentralt, i samsvar med recovery-tankegangen. Dette innebærer en innenfrakunnskap som kan supplere og styrke fagkunnskapen. Brukeransettelser trekkes derfor frem som en vesentlig faktor for å stryke kvaliteten i tjenestene.

Brukeransettelser utfordrer imidlertid de tradisjonelle yrkesrollene. Goffman beskriver hvordan det foreligger rolleforventninger, og hvordan rollen kan bidra til dannelsen av selvbildet og hvordan man identifiserer seg med rollen. Mead påpeker hvordan sosiale prosesser ligger bak dannelsen og utviklingen av selvbildet. Løgstrup hevder at mennesker har evne til å sette seg inn i andres situasjon på bakgrunn av egne erfaringer. Relasjonell recovery vektlegger også dette, samt en utvidelse av kunnskapsgrunnlaget, ulike roller og endring av maktforhold. De tradisjonelle asymmetriske rollene utfordres gjennom brukermedvirkning og brukerperspektivet, og en maktforskyvning blir påkrevd i recovery-orientert praksis. Maktforskyvningen kan sies å være todelt; både med tanke på innad i personalgruppen hvor kunnskapsgrunnlaget blir utvidet, samt med tanke på bruker-hjelper-relasjonen. Maktforskyvningen preges av erfaringskonsulentrollen som kan sies å ha "en fot i begge leire", både i systemets og fagkunnskapen og i brukerens og brukerkunnskapen.

### 3. Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunnen for valg av kvalitativ tilnærming og intervju som metode. Jeg vil her beskrive forberedelsene til min intervjuundersøkelse, kontaktetableringen og rekrutteringen av informantene, samt gjennomføringen av intervjuene. Jeg vil også gi en grundig gjennomgang av analysetilnærmingen jeg har brukt i tolkningsarbeidet. Til slutt vil jeg redegjøre for forskningsetikk og studiens gyldighet.

#### 3.1 Kvalitativ metode

”Veien til målet” er den opprinnelige betydningen av ordet metode (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 140). Hvis man skal finne eller vise veier til målet, må man vite hva målet er. Valg av metode må altså tilpasses temaet og problemstillingen som skal undersøkes i studien. Temaet for mitt masterprosjekt gjorde det naturlig for meg å velge det kvalitative forskningsintervjuet som metode, da jeg ønsket å få frem folks erfaringer og avdekke deres opplevelse av tematikken (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 20). Det kvalitative forskningsintervjuet er egnet for dette ettersom man gjennom metoden kan forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 42).

”Fra yttersiden ser rusvaner bare ut til å ødelegge. Men i individets livsverden finnes enkle situasjonelle forklaringer på hvorfor rusepisoder skjer” (Brumoen, 2010). Sitatet skisserer hvordan man i fenomenologi ønsker å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og på den måten beskrive verden slik den oppleves av den enkelte (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 45). I en slik tilnærming tar man utgangspunkt i at den ”virkelige virkeligheten” er den mennesker selv oppfatter. Et semistrukturert livsverdenintervju benyttes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonenes egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015, s.46). Et slikt semistrukturert livsverdenintervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden, og da særlig med vekt på fortolkninger av meningen om fenomenene som blir beskrevet. Ettersom det er semistrukturert vil det si at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Jeg valgte å gjennomføre slike semistrukturerte intervjuer med bakgrunn i at da hadde jeg et klart mål for samtalen, samtidig som det ga rom for at det kunne komme frem informasjon og temaer som jeg kanskje ikke tenkt på eller forventet i forkant av intervjuet. Enkelte av temaene som dukket opp underveis ønsket jeg å undersøke ytterligere, og jeg ble gitt anledning til det ut ifra metodens fleksibilitet. Kvale og Brinkmann (2015, s.48) beskriver en slik intervjusituasjon som preget av

bevisst naivitet og et forsøk på fordomsfrihet for å åpne for nye og uventede fenomener. Jeg hadde gjennomgående et fokus på å være nysgjerrig og lydhør for det som ble sagt, så vel som jeg var oppmerksom for det som ikke ble sagt. Samtalen ble altså mitt ”verktøy” for å gripe informantenes opplevelse av brukerperspektivet i tjenestene og erfaringskonsulentrollen for å styrke det.

Ifølge Brinkmann og Kvale (2015, s. 22) konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og informanten, og det ble min oppgave å skape en sosial relasjon basert på åpne og trygge rammer. Jeg var også bevisst å ivareta balansegangen mellom mitt ønske om å innhente interessant kunnskap og samtidig respektere informantens integritet etisk sett (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 96). I samsvar med hva Brinkmann og Kvale (2015, s. 84) skriver opplevde jeg det som viktig å inneha kunnskap om temaet for å kunne stille relevante og gode oppfølgingsspørsmål.

### **3.2 Vitenskapsteoretisk forankring: intervjuet som en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesform**

Fenomenologi er en filosofisk tilnærming til studier av opplevelser (Smith, Flowers & Larkin, 2009, s. 11). Brinkmann og Kvale (2015, s. 45) viser til at fenomenologi innenfor kvalitativ forskning er et begrep som viser til en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene. I kvalitativ forskning er som nevnt et semistrukturert livsverdenintervju inspirert av et fenomenologisk perspektiv (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 46). Ettersom det er semistrukturert, ligger det nært opp til en samtale i dagliglivet, men det er en profesjonell samtale, med et særlig formål. Fenomenologien omfatter altså vektlegging av bevissthet og livsverden, åpenhet overfor informantenes opplevelser, stor vekt på presise beskrivelser, forsøk på å sette forhåndskunnskap i parentes, samt en søken etter invariante essensielle betydninger i beskrivelsene (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 75).

Ved å studere erfaringer personer har med et fenomen, vil dette fokuset bidra til at man kan finne meningsbærende essenser ut fra det opplevde fenomenet. Smith et al. (2009, s. 13) viser til at vi er fenomenologiske i det vi selvbevisst reflekterer over det vi ser, tenker, husker og ønsker. Dette er med utgangspunkt i filosofen Husserl sin tenking om fenomenologi. Husserl omtales som grunnleggeren av fenomenologien, hvor den senere har blitt utviklet av Heidegger, Merleau-Ponty og Sartre (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 44). Husserls arbeid var med å etablere en oppfatning av viktigheten og relevansen av å ha fokus på en persons opplevelse. Heidegger, Merleau-Ponty og Sartre videreutviklet Husserls arbeid, ved å tilføye ulike syn på hvordan en person er endel av en

verden hvor man påvirkes av forhold, språk, kultur og ulike bekymringer (Smith et al., 2009, s. 21). De har tatt fenomenologien i en retning av mer fortolkning med fokus på å forstå vårt engasjement i den levde verden. Noe som er personlig for hver og en av oss, men som samtidig er en del av vårt forhold til verden og andre. De så altså ikke på mennesker som isolerte skapninger (Smith et al., 2009, s. 21). Gjennom arbeidet deres har man fått en forståelse av opplevelse som mer komplekst. En annen vitenskapsteoretisk posisjon som det kvalitative undersøkelsesopplegget er fundert i, er hermeneutikken. Hermeneutikk er teorien om fortolkning (Smith et al., 2009, s. 21). Ifølge Brinkmann og Kvale (2015, s. 74) var hermeneutikken læren om fortolkning av tekster, men det har gjennom årene skjedd en utvidelse av begrepet tekst slik at også omfatter diskurs og handling. De viktigste hermeneutiske teoretikere er Schleiermacher, Heidegger og Gadamer. Under kan man se sentrale spørsmål for hermeneutiske teoretikere;

What are the methods and purposes of interpretation itself? Is it possible to uncover the intentions or original meanings of an author? What is the relation between the context of a text's production (e.g. its historical genesis in the distant past) and the context of a text's interpretation (e.g. its relevance to life in the present day)? (Smith et al., 2009, s. 22).

Fra et hermeneutisk synspunkt er fortolkningen av mening det sentrale tema. Her legges det stor vekt på tolkerens forhåndskunnskap om tekstens tema. "Forståelse er avhengig av visse fordommer" har Gadamer uttalt (referert i Brinkmann & Kvale, 2015, s. 74). I dette ligger det at mennesker er selvfortolkende, historiske vesener, med forståelsesredskaper som er betinget av tradisjon og historisk liv. Hermeneutikken kan på denne måten lære kvalitative forskere å analysere intervjuene sine som tekster og for eksempel se utover her og nå i intervjusituasjonen ved å være oppmerksomme på den kontekstuelle fortolkningshorisonten betinget av historie og tradisjon (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 74). Den hermeneutiske sirkel er av stor betydning i hermeneutikken (Smith et al., 2009, s. 27). Den hermeneutiske sirkel ser på dynamikken i forholdet mellom en del og helheten, på flere nivåer. Smith et al. (2009, s. 28) fremstiller det på denne måten:

The part	The whole
The single word	The sentence in which the word is embedded
The single extract	The complete text
The particular text	The complete oeuvre
The interview	The research project
The single episode	The complete life

Det vil for eksempel si at et ord ikke har betydning uten at det ses i sammenheng med hele setningen. I min studie kan man for eksempel se på nivået hvor intervjuet må ses i konteksten av forskningsprosjektet. Den hermeneutiske sirkel er nyttig som en måte å tenke metode i ”Interpretative Phenomenological Analysis” (IPA) (Smith et al., 2009, s. 28). Jeg vil senere i dette kapitlet presentere analysemetoden.

Jeg har her vist til fenomenologi og hermeneutikk som vitenskapsteoretisk utgangspunkt for masterstudiens analysearbeid og kunnskapsproduksjon. I analysen vil jeg vekse mellom å se på beskrivelser av informantenes egne refleksjoner om temaene, samt den mer hermeneutiske meningstolking jeg gjør med utgangspunkt i eksisterende kunnskap på feltet.

### **3.3 Forforståelse**

Forforståelsen er gjerne vår inngangsport til det feltet vi ønsker å undersøke. Forskerens rolle som person og forskerens integritet vil derfor være avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutningene som treffes i den kvalitative forskningen (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 108). Forskerens integritet innebærer vedkommendes kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet. Betydningen av forskerens integritet øker i forbindelse med intervjuer, ettersom intervjueren selv er det viktigste redskapet i innhenting av kunnskap (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 108). Intervjuforskningen er fylt med moralske og etiske spørsmål, og det er derav viktig at forskeren erkjenner og er bevisst sin delaktighet og påvirkningskraft i intervjuet.

Min inngangsport til masterstudien og tematikken var erfaringer jeg hadde gjort meg ved tidligere arbeidsplasser. Jeg har blant annet jobbet ved et brukerstyrt hus som hadde recovery som faglig utgangspunkt. Dette trigget min interesse for tematikken brukermedvirkning, brukerperspektiv og recovery. Ettersom erfaringskompetanse trekkes frem som en viktig del av recovery-orienterte praksiser, og det stadig ansettes flere erfaringskonsulenter innenfor psykisk helse og rus ønsket jeg å se nærmere på hvordan rollen kunne være med å styrke brukerstemmen og det uttalte ønske om brukerperspektiv i tjenestene. I denne studien forsker jeg altså på praksisfeltet jeg allerede har en del kjennskap til. Dette innebærer at jeg har nærhet til, i form av erfaring og kunnskap om, temaene som berøres i studien. Jeg har derfor underveis i prosessen tenkt at det er viktig at jeg er så åpen som mulig som forsker og at jeg bruker forståelsen på en god måte, i denne anledning som et bakteppe for det jeg ønsker å undersøke.



### 3.4 Bakgrunn for valg av metoder

Problemstillingen for mitt masterprosjekt førte meg til valget om å gjennomføre et innledende gruppeintervju, samt individuelle oppfølgingsintervjuer. Gruppeintervjuer kan være nyttige for å innsikt i holdninger og meninger hos personer innenfor det feltet vi skal studere (Thagaard, 2016, s. 99). Jeg tenkte derfor at jeg i et gruppeintervju kunne få satt i gang en diskusjon om de overordnede temaene brukerperspektiv, recovery og erfaringskompetanse. Et gruppeintervju kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil, hvor man ønsker å få frem mange forskjellige synspunkter om emnene som er i fokus (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 179). Formålet var altså ikke at deltakerne skal komme til en enighet om tematikken, men få frem ulike perspektiver og opplevelser.

Jeg ønsket samtidig å gjennomføre individuelle oppfølgingsintervjuer slik at jeg kunne få anledning til å spørre mer konkret om den enkeltes arbeidshverdag og forhold til tematikken. Intervjuer med enkeltpersoner er den mest vanlige fremgangsmåten (Thagaard, 2016, s. 99). Jeg tenkte at jeg på denne måten ville jeg bli gitt anledning til å gjøre eventuelle utdypninger av temaer fra gruppeintervjuet eller ta opp andre temaer som vokste frem der.

Jeg ønsket å bruke disse to formene for kvalitative forskningsintervjuer for at de skulle utfylle hverandre. I et gruppeintervju er moderators rolle å skape en velvillig og åpen atmosfære, der personlige og motstridende synspunkter blir gitt plass (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 179). Settingen i et gruppeintervju kan også bidra til å sette i gang refleksjoner ut ifra andres synspunkter. Imidlertid kan det være en tendens til at de mest dominerende synspunktene kan fremmes i en gruppesituasjon, fordi personer med avvikende synspunkter kan vegre seg for å presentere de i en gruppe (Thagaard, 2016, s. 99). Individuelle intervjuer kan da skape trygge rammer på en annen måte, hvor man ikke blir nødt å forholde seg til andres oppfatninger og reaksjoner. Jeg ønsket ved å kombinere disse to intervjuformene å få frem mest mulig informasjon, kunnskap og opplevelser for å få best mulig grunnlag til å svare på problemstillingen. Det kom ikke frem særlige store forskjeller i gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene som vil bli vist i funnkapittelet. Fordelen med et gruppeintervju erfarte jeg var at informantene bygde videre på hverandres utsagn, og dette skapte refleksjoner og diskusjoner man kanskje ikke hadde kommet inn på ellers. Jeg synes riktignok fremgangsmåten var en spennende måte å jobbe på, som ga meg mulighet til å utforske nærmere temaene informantene kom inn på i gruppeintervjuet i de individuelle intervjuene.

### **3.5 Utvalg og rekruttering av informanter**

I kvalitative studier har man strategiske utvalg, som vil si at man ut i fra problemstillingen velger informanter ut ifra deres egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2016, s. 60). Etter innledende undersøkelser på feltet fant jeg ut at endel kommuner hadde satt seg som mål å jobbe recovery-orientert. Jeg henvendte meg da til seksjonsleder for psykisk helse og rus i en aktuell kommune. Jeg presenterte mitt masterprosjekt og mine utvalgs kriterier. Jeg ønsket fem-seks informanter, slik at omfanget av den tidskrevende prosessen med gjennomføring og bearbeiding av intervjuene var realistisk. Jeg ønsket også å intervju ansatte i ulike stillinger, hvor et kriterium var at de hadde kjennskap og erfaring med ansatte med erfaringskompetanse. Jeg ønsket også å intervju en som selv var ansatt som erfaringskonsulent.

Etter å ha kommet i kontakt med seksjonsleder og fått godkjenning til å gjøre intervjuer i kommunen, ble jeg satt i kontakt med fagutvikler. Vi hadde et innledende møte hvor vi avklarte forventninger, ønsker og planla prosessen videre. Deretter fikk jeg tilsendt kontaktinformasjon til fem aktuelle informanter. Jeg opplevde å få et frafall fra informantgruppen underveis. Jeg var samtidig heldig da to andre informanter kom til i prosessen. Jeg opplevde positiv respons på problemstilling og aktualiteten for tematikken, noe som gjorde at ”ballen rullet”. Jeg ble introdusert for nye potensielle informanter underveis. Dette var veldig spennende, og jeg ble selv ivrig, men måtte etterhvert begrense ut ifra oppgavens omfang og egen arbeidskapasitet.

### **3.6 Informantpresentasjon**

Alle informantene er ansatt i seksjon for psykisk helse og rus i samme kommune. De er ansatt i ulike stillinger. I informantgruppen er en erfaringskonsulent, en leder, en tjenesteleder, en fagutvikler og en miljøterapeut. Felles for dem var at alle på ulike måter jobber eller hadde jobbet i med en ansatt med erfaringskompetanse. I hvilken grad de hadde en jobbrelasjon til en erfaringskonsulent i dag varierte. Erfaringskonsulenten var ansatt på systemnivå, med fag- og tjenesteutvikling. Erfaringskonsulenten hadde kun vært noen måneder i jobben da jeg gjennomførte intervjuene. I kommunen hadde de tidligere erfaring med brukersettelser, ved medarbeidere med brukererfaring.

Jeg hadde i utgangspunktet to tjenesteledere som informanter, men underveis i intervjuet med en av dem, slo lydopptakeren seg av. Jeg har derfor valgt å ikke inkludere dette intervjuet i analysen, men intervjuet ga ytterligere forståelse for tematikken og jeg ble samtidig gitt relevante litteraturtips.

Informantene vil videre i studien omtales ved stillingstittelen. Jeg omtaler ikke informantene ved han eller hun, av hensyn til anonymisering.

I kapittel 4 er det ikke en helt satt rekkefølge på presentasjonen av funnene. Jeg valgte å gjøre det på denne måten ettersom informantene i ulik grad uttalte seg om de forskjellige temaene, og det på denne måten ble en variert og interessant fremstilling av funnene. Det endte likevel med at erfaringskonsulentens bidrag ofte ble presentert til slutt under hvert av temaene. Dette har ikke med hierarkiske årsaker å gjøre, men bidragene var utfyllende og interessante, og det ga på denne måten en god flyt og spennende presentasjon.

### **3.7 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene**

Etter å ha mottatt kontaktinformasjon til potensielle informanter innkalte jeg til gruppeintervju, med to aktuelle datoer. Det var felles enighet om en dato blant informantgruppen – kun en informant hadde ikke mulighet. Ettersom dette var i førjulstiden og det var travle tider for alle, valgte jeg å gjennomføre denne datoen og inviterte informanten som ikke kunne delta på gruppeintervju til individuelt intervju. Jeg avtalte også dato for individuelt oppfølgingsintervju med alle informantene i denne runden. Jeg gjennomførte ytterligere to individuelle intervjuer i januar og februar, da et par informanter kom til underveis i prosessen.

Ifølge Brinkmann og Kvale (2015, s. 51) betraktes altså ikke et forskningsintervju som en fullstendig åpen og fri dialog mellom likestilte partnere. Her viser de til at forskningsintervjuer er en spesifikk profesjonell samtale hvor det foreligger et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og informant. Som masterstudent i forskerrollen har jeg riktignok reflektert rundt at disse rollene var snudd på hodet. Det ga en spennende inngangsport, og gjorde at jeg kanskje var ekstra spent før gjennomføring av intervjuene. Dette fordi det var en ny opplevelse for meg å skulle lede en samtale på denne måten, og fordi jeg intervjuet mennesker som hadde arbeidet på feltet i mange år, med lang erfaring og stor kompetanse. For meg var det derfor viktig å vise mitt engasjement og nysgjerrighet for tematikken og deres erfaringer.

Intervjuene ble avholdt på arbeidsplassene til informantene. Intervjuene startet jeg med en presentasjon av meg selv og bakgrunn for masterprosjektet. Jeg informerte videre om prosjektets gang og temaet for studiet. Informantene leste deretter gjennom informasjonsskrivet jeg hadde utarbeidet og skrev under på samtykke til deltakelse i studien. Etter hvert gikk vi over på selve intervjusamtalen, hvor fokuset ble rettet mot spørsmål rundt tematikk og problemstillingen.

For å være mest mulig til stede i intervjusituasjonen, benyttet jeg lydopptaker. Jeg tok noen få notater ved siden av, men det ble begrenset ettersom jeg ikke ønsket å distrahere samtalens frie flyt (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 206). Notatene jeg tok, ble benyttet for å stille oppfølgingsspørsmål, da det var temaer jeg ønsket å undersøke nærmere. Jeg valgte å stoppe opp når intervjuet gikk mot slutten, for å se over intervjuguiden, slik at jeg kunne sikre at vi hadde vært innom alle temaer. Jeg har i etterkant reflektert rundt hvordan kunnskapen jeg hadde til feltet fra før har påvirket hvordan jeg stilte enkelte spørsmål. Det var avgjørende for valg av noen lukkede/ledende spørsmål, oppfølgingsspørsmål og bruk av eksempler. Hovedsakelig følte jeg dette tilførte samtalene noe interessant, og i noen situasjoner bidro det til å eksemplifisere og avklare det informanten fortalte.

Å skulle lede et gruppeintervju kan være krevende, men jeg opplevde at samtalene fikk en god dynamikk og at alle kom til ordet. Det var også rom for å kunne legge frem ulikheter og uenigheter, uten at det påvirket stemningen ytterligere. De individuelle intervjuene utspilte seg ganske ulikt, men i alle intervjuene fikk jeg nyttig informasjon og ulike refleksjoner rundt tematikken.

### **3.8 Transkribering**

Jeg benyttet altså lydopptaker for å registrere intervjuene med henblikk på senere dokumentasjon og analyse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 205). Etter hvert intervju skrev jeg ned et kort notat med refleksjoner rundt intervjuet og samspillet jeg hadde med informanten. Dette gjorde meg oppmerksom på om det forekom spesielle hendelser, uttrykk, temaer, sinnsstemninger og reaksjoner. Notatet var bidragsyter for meg til å rette opp i og forbedre eventuelle svakheter til neste intervju. Notatet fungerte også som en bevisstgjøring og bidro til å bevare opplevelser som var nyttig i videre analysearbeid.

Etter intervjuene var transkripsjon av intervjuene neste steg i prosessen. Transkripsjonen er prosedyren man gjør for å gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 204). Jeg har selv utført transkriberingen, og jeg opplevde denne prosessen som nyttig da

jeg ble bedre kjent med datamaterialet. Min opplevelse av transkriberingen er i samsvar med hva Brinkmann og Kvale (2015, s. 206) beskriver; når materialet struktureres i tekstform, blir det lettere å få oversikt over det og struktureringen i seg selv er en begynnelse på analysen. For å forstå hva som ble sagt i lydopptakene måtte jeg lytte opptil flere ganger. Gjennomføringen av transkriberingen var altså preget av å både lese og høre på lydopptaket om igjen underveis. Jeg forsøkte å gjengi informantenes beskrivelser og uttalelser mest mulig direkte, men jeg valgte å ikke inkludere alle ”ehm” og ”mhm”. Det som riktignok ble tydelig i transkriberingen, var at informantene i blant stoppet i en setning og tok en lengre pause, før de fortsatte med andre formuleringer. Disse pausene har jeg forsøkt å inkludere i materialet.

### 3.9 Analysearbeidet

Jeg har i analysen og fortolkningen av intervjumaterialet anvendt *Interpretative phenomenological analysis* (IPA) (Smith et al., 2009). IPA er en analysetilnærming til kvalitative studier, hvor man ønsker å undersøke hvordan mennesker forstår og tilegner mening til sine livserfaringer. IPA er fenomenologisk i den forstand at den undersøker erfaringer ut ifra den enkeltes opplevelse. Man er gjerne interessert i hvordan opplevelser ser ut i det daglige livet til informanten. Jeg tenker at dette er spesielt interessant når jeg skal se på ulike ansattes oppfatning av erfaringskonsulentrollen. IPA er også hermeneutisk, da man etterstreber å fortolke og gi mening til hendelser. IPA deler her syn med hermeneutikken ved at man tenker at mennesker er meningsskapende (Smith et al., 2009, s. 3). For å forstå hva informanten forteller og dens opplevelse, må man ta hensyn til konteksten og informantens egen forståelse av situasjonen. Det kan derfor sies at man som IPA-forsker er involvert i en dobbelhermeneutikk, ettersom forskeren forsøker å gi mening til det informanten forteller, hvor informanten selv forsøker å forstå meningen i hva de opplever.

Man benytter ofte tilnærmingen IPA i studier hvor man har et lite antall informanter (Smith et al., 2009, s. 3). Da blir man gitt muligheten til å utforske nærmere likheter og ulikheter mellom informantene. Dette var svært relevant i min masterstudie, hvor problemstillingen altså dreide seg om å undersøke forståelsen av erfaringskonsulentrollen ut ifra ulike ansatte sitt syn og erfaringer.

I IPA analyserer man først det ene intervjuet, deretter det andre, så det tredje og så videre. Analysen består av ulike steg: 1) ”reading and re-reading”, 2) ”initial noting”, 3) ”developing emergent themes”, 4) searching for connections across emergent themes, 5) ”moving to the next case” og 6) ”looking for patterns across cases” (Smith et al., 2009).

I det første steget handler det om å lese og re-lese transkriberingen av datamaterialet man har produsert. Smith et al. (2009, s. 82) anbefaler å høre på opptaket minst en gang før man leser transkripsjonen. Å høre stemmen til informantens mens man leser det transkriberte materialet, gir en mer komplett analyse. Det handler om å sikre at informantens beretninger blir fokuset i analysen. Det er derfor lurt å underveis skrive ned umiddelbare observasjoner fra transkripsjonen. For forstå informantens livsverden fra vedkommendes ståsted, er det viktig å ha en aktiv tilnærming til data. Jeg gjennomførte dette første steget med alt mitt datamateriale. Jeg leste det flere ganger og levde meg inn i materialet ved å ”høre” stemmen til informantens underveis. Jeg skrev også ned stikkord eller enkelte deler ved intervjuene som jeg synes utpekte seg som vesentlig. Jeg ble veldig godt kjent med datamaterialet ved aktiv gjennomlesing gjentatte ganger.

Det andre steget henger tett sammen med det første. Dette er det mest tidkrevende steget, ettersom man går ned i detaljene ved materialet. Her forholdt jeg meg åpen og noterte ned alt av interesse fra transkripsjonen. Denne prosessen sikrer en voksende kjennskap til de transkriberte intervjuene, og man begynner å identifisere spesifikke måter informantens snakker om, forstår eller tenker om tematikken. I dette steget fortsetter man altså å notere, gjerne flere utforskende notater eller kommentarer som kan bli lagt til etter den etterfølgende lesingen. Smith et al. (2009, s. 83) omtaler denne formen for analyse for å være nærmest en fri tekstanalyse. Det er ingen regler eller føringer angående hva som er påkrevd eller ikke. Målet er å produsere et omfattende og detaljert sett av notater og kommentarer til data. Det fenomenologiske aspektet viser seg her ved at man forholder seg til informantens eksplisitte meninger. Hermeneutikken gjør seg synlig ved språket og konteksten informantens befinner seg i. I min masterstudie kan man tenke at informantens stilling preger deres opplevelse, ut i fra hvilke fokus stillingen krever, hvilke rammer vedkommende må forholde seg til og hva arbeidsoppgavene går ut på. I gjennomføringen av dette detaljerte steget av analysen burde beskrivende-, språklige- og konseptuelle kommentarer kombineres, da sammenhenger mellom dem er kritiske i forsøket på å fordype seg i informantens livsverden. Jeg forsøkte underveis å gjøre dette, ved at jeg ikke delte opp i de enkelte, men så på helheten og sammenhengen i materialet. Smith et al. (2009, s. 84) peker i denne sammenheng på at det er viktig å engasjere seg i en analytisk dialog med hver linje i transkripsjonen, ved å stille spørsmål som ”hva betyr dette ordet og denne frasen”, ”hva betyr denne setningen for meg”, samt forsøke å sjekke hva dette betyr for informantens selv. Det er også viktig å huske på at analysen primært er om informantens, ikke en selv, selv om man i analysen bruker seg selv med henhold til tanker, følelser og opplevelser.

Det tredje steget i analysen innebærer å identifisere fremvoksende temaer i materialet. Denne prosessen innebærer et analytisk skifte, ved at man primært jobber med notatene, fremfor det

transkriberte materialet. Oppgaven med å administrere datamaterialet endrer seg idet forskeren nå forsøker å redusere volumet av detaljer (Smith et al., 2009, s. 91). I prosessen med å identifisere fremvoksende temaer, innebærer det å bryte opp den narrative flyten i teksten. Materialet kan etter en slik reorganisering fremstå mer fragmentert. Man ønsker imidlertid også å beholde kompleksiteten, i form av å kartlegge sammenhenger, koblinger og mønstre i de utforskende notatene. Denne prosessen representerer den hermeneutiske sirkel, hvor man ser på dynamikken i forholdet mellom en del og helheten, på flere nivåer (Smith et al., 2009, s. 91). Jeg strukturerte analysen etter temaene i intervjuguiden; *brukerperspektiv, recovery, rollen erfaringskonsulent, erfaringskonsulentens bidrag, utfordringer tilknyttet rollen og tilbakemeldinger*. Temaer som vokste frem underveis i mitt datamateriale var *medborgerskap og identitet*.

Det fjerde steget søker å se sammenhenger og mønstre mellom temaene. Dette steget involverer derfor en slags kartlegging av hvordan forskeren syns temaene passer sammen. Dette nivået er ikke normativt og forskeren oppfordres til å utforske og tenke nyskaping i form av organisering av analysen (Smith et al., 2009, s. 96). Ikke alle temaene som vokser frem trenger nødvendigvis å være med videre. Dette avhenger av den overordne problemstillingen til studien og formålet. I mitt datamateriale ble det synlig underveis i de første stegene av analysen at endel av temaene fra intervjuguiden hang nært sammen. Jeg strukturerte derfor temaene fra det tredje steget av analysen i mer overordnede temaer. Herunder det overordnede temaet *rollen* som omfatter temaene; rollen erfaringskonsulent, bidrag fra rollen, utfordringer og tilbakemeldinger, og det overordnede temaet *anerkjennelse av brukerkunnskap*; brukerperspektiv, medborgerskap og identitet. *Recovery* er den faglige plattformen i arbeidet til informantene og fremstod i datamaterialet som et bakteppe for informantenes arbeid og syn på tematikken, og vil derfor bli presentert innledningsvis i kapittel 4.

Det femte steget innebærer å gå til neste intervju og gjenta denne analyseprosessen. Det var her viktig å fokusere på det enkelte intervjuet, ved å ta vare på dets individualitet (Smith et al., 2009, s. 100). Det handler om å forsøke å legge til side det datamaterialet man allerede har analysert. Samtidig vil man alltid være påvirket av det tidligere analysearbeidet til en viss grad og hva man har funnet. Det er da viktig å være åpen for at eventuelle nye temaer vokser frem.

Det siste steget i IPA innebærer å se etter mønstre *på tvers* av datamaterialet. Her bygde jeg videre på sammenhengene jeg så mellom temaene i steg fire. Jeg så da på hva de ulike informantene sa om temaene. Jeg lagde et nytt dokument hvor temaene ble presentert. Herunder skrev jeg inn hva den enkelte informant hadde sagt om temaet. Dette gjorde at jeg tydeligere så mønstre i informantens beretninger, samt vokste det frem ulikheter som viste seg som spennende funn for masterstudien og interessant for videre diskusjoner angående funnene.

Smith et al. (2009, s. 103) skriver at IPA kritiseres for de ulike nivåene av fortolkning. Deres erfaringer tilsier at forskerne har tendens til å være for forsiktige med å produsere analyser som er for beskrivende, ved at man ofte ser på delene først for å få et bilde av helheten. Dette mener de kan snus, ved at man ser på det gjennomgående i helheten og deretter tar en nærmere kikk på detaljene (Smith et al., 2009, s. 104).

### **3.10 Forskningsetiske overveielser**

I studier hvor forskeren og de personene forskeren studerer har nær kontakt, som ved intervju, får forskeren data som kan knyttes til de personer som deltar i prosjektet. Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger faller inn under personopplysningsloven fra 2001, som betyr at prosjektene er meldepliktige (Thagaard, 2016, s. 25). Mitt masterprosjekt er derfor meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD vurderer forsknings- og studentprosjekter i forhold til gjeldende forskningsetiske regler (Thagaard, 2016, s. 25).

Forskningsetiske spørsmål er ikke begrenset til den direkte intervjusituasjonen, men er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 95). Brinkmann og Kvale (2015, s. 95) peker på at en intervjuundersøkelse er en moralsk undersøkelse, hvor det er knyttet moralske spørsmål til både intervjuundersøkelsens midler og til dens mål. Kunnskapen som produseres i intervjuet, påvirker videre vårt syn på menneskets situasjon. Etiske problemstillinger i intervjuforskninger oppstår gjerne på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med det å utforske andre menneskers privatliv i form av opplevelser og erfaringer, for så å legge beskrivelsene ut i det offentlige (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 97). Derfor må man ta hensyn til disse mulige etiske problemstillingene helt fra starten av studiet til den endelige rapporten foreligger.

Forskerens rolle er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutninger som treffes i den kvalitative forskningen. Herunder menes forskerens moralske integritet, hans eller hennes empati, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål og moralske handlinger (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 108). Forskerens integritet er spesielt viktig i forbindelse med intervju, ettersom intervjueren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap. Den nære kontakten som kan oppstå mellom forsker og personene som intervjues, stiller spesielle krav til forskerens etiske ansvar (Thagaard, 2016, s. 26). Forskerens fortrolighet med verdispørsmål,



etiske retningslinjer og etiske teorier kan derfor bistå forskeren med å treffe valg som veier etiske hensyn opp mot vitenskapelige hensyn. Forskningsetiske retningslinjer som forskere må forholde seg til er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser ved å delta i studien (Brinkmann & Kvale, 2015).

### *Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser*

Utgangspunktet for ethvert forskningsprosjekt er prinsippet om at forskeren må ha deltakerens informerte samtykke (Thagaard, 2016, s. 26). Informert samtykke betyr at deltakere ved et forskningsprosjekt informeres om undersøkelsens overordnede formål og hovedtrekkene i designet (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 104). Personvernombudet for forskning (2017) skriver på sine nettsider at ”For at samtykket skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert. Det betyr at den som spørres om å delta må forstå hva samtykket gjelder, og hvilke konsekvenser samtykke til deltakelse i forskningen får”. At det er informert, betyr altså at deltakerne i prosjektet orienteres om hva deltakelsen innebærer (Thagaard, 2016, s. 26). Deltakerne av studien skal også opplyses om at man kan trekke seg så lenge studien pågår, uten at man må oppgi grunn. I mitt informasjonsskriv opplyste jeg deltakerne om at personopplysningene slettes ved masterprosjektets slutt. Se vedlegg 1 for informasjonsskrivet.

Konfidensialitet er et annet grunnprinsipp i etisk forsvarlig forskningspraksis. Det refererer til enigheten med deltakerne om hva som kan gjøres med dataene som blir resultatet av deres deltakelse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 106).

De som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt. Forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner det forskes på. Forskningsmaterialet må vanligvis anonymiseres, og det må stilles strenge krav til hvordan lister med navn eller andre opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner oppbevares og tilintetgjøres (NESH 2006, referert i Thagaard, 2016, s. 28).

Et etisk dilemma knyttet til konfidensialitet i mitt masterprosjekt oppstod mellom hensynet til informantenes anonymitet og hensynet til å fremstille resultatene på en måte som oppfyller kravene til pålitelighet. Det har derfor metodisk vært viktig å presentere informantene slik de for meg fremstod i sin stilling, samtidig som det etisk sett har vært viktig å ivareta hensynet til informantenes rett til anonymitet (Thagaard, 2016, s. 29). Konfidensialitet omhandler samtidig at

ikke andre enn de som er oppgitt som daglig ansvarlig for studien får innsyn. I mitt masterprosjekt har det kun vært meg selv og veileder som har hatt innsikt i datamaterialet. Dette ble spesifisert i informasjonsskrivet. For å ivareta konfidensialiteten til informantene har jeg ikke oppgitt navnet på kommunen hvor informantene er ansatt. Jeg omtaler ikke informantene ved navn, kun ved deres stillingstittel. I tillegg har jeg valgt å ikke gjengi dialekter.

Konsekvenser av å delta i forskningsstudien er et tredje grunnprinsipp i etisk forsvarlig forskningspraksis. Det handler om at man må forholde seg til potensielle konsekvenser ved en kvalitativ undersøkelse, både med hensyn til de mulige skadene det kan påføre deltakere og de fordeler de kan forvente å få ved å delta i undersøkelsen (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 107). Det vil i et nytteperspektiv si at summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskapen bør veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren, og på denne måten gjøre det berettiget å gjennomføre studien. Et slikt nytteperspektiv er forbundet med forskerens ansvar for å reflektere over mulige konsekvenser (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 107). Dette gjelder ikke bare de som deltar, men også for den større gruppen de representerer. Jeg har derfor vært bevisst hvordan jeg presenterer informantene og materialet, da det vil kunne danne grunnlag for hvordan leseren oppfatter informantene. Jeg har også vært bevisst hvordan åpenhet og intimitet som kjennetegner kvalitativ forskning, kan få deltakere til å fortelle om erfaringer eller opplevelser de senere kanskje angres på at de har fortalt. NESH (referert i Thagaard, 2016, s. 30) fremhever at ”forskeren skal arbeide ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Forskere skal respektere deltakernes integritet, frihet og medbestemmelse”. Disse generelle normene er ikke alltid lett å vite hva innebærer i praksis, og derav er det viktig at forskeren har tenkt igjennom forskningsetiske hensyn og mulige konsekvenser ved undersøkelsen.

### *Reliabilitet og validitet: undersøkelsens troverdighet*

I kvalitativ forskning snakker man gjerne om undersøkelsens troverdighet, og herunder blir reliabilitet og validitet trukket frem (Thagaard, 2016, s. 202).

Reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 276). Begrepet reliabilitet refererer i utgangspunktet til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene, ville kommet frem til samme resultat (Thagaard, 2016, s. 202). I en slik sammenheng har reliabilitet referanse til repliserbarhet og det knyttes her spørsmål til om repliserbarhet er et relevant kriterium i kvalitativ forskning. I en alternativ forskningslogikk, basert på et konstruktivistisk ståsted, fremheves prosessene hvor kvalitative data utvikles i samarbeidet

mellom forsker og personer i felten. Her er ikke repliserbarhet et relevant kriterium. Forskeren må argumentere for reliabilitet ved å redegjøre for hvordan dataene har blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen, i relasjon (Thagaard, 2016, s. 202). Argumentasjonen for reliabilitet innebærer at man som forsker reflekterer over konteksten for innsamlingen av data og hvordan relasjonen til deltakere i prosjektet kan influere på den informasjonen forskeren får gjennom undersøkelsene (Thagaard, 2016, s. 203). Thagaard (2016, s. 203) stiller spørsmålene:

Hvordan har forskningsprosessen utviklet seg? Har relasjonene til deltakerne vært preget av åpenhet, eller har forskeren fått begrenset og overfladisk informasjon? Hva er sentrale trekk ved relasjonen mellom forsker og deltaker, og hvilken betydning har denne relasjonen for de dataene forskeren får?

Mens det er ønskelig med en høy reliabilitet av intervjuformene for å motvirke vilkårlig subjektivitet, kan samtidig en for sterk fokusering på relabilitet motvirke kreativ tenkning og variasjon (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 276).

Validitet er knyttet til tolkningen av data. Validitet handler da om gyldigheten av de tolkninger forskeren kommer frem til (Thagaard, 2016, s. 204). I samfunnsvitenskapene dreier validitet seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 276). Validiteten av forskningen kan også vurderes med henblikk på spørsmålet om resultatene av undersøkelsen representerer den virkelighet vi har studert. Det skilles mellom intern og ekstern validitet, og man benytter begrepet overførbarhet i samsvar med forståelsen om ekstern validitet (Thagaard, 2016, s. 205). Overførbarhet har en direkte tilknytning til hvordan vi argumenterer for at tolkninger som er utviklet innenfor prosjektet, også kan ha gyldighet i andre sammenhenger. Spørsmålet blir deretter hvordan vi kan styrke forskningens validitet. Begrepet ”gjennomsiktig” blir da presentert som et relevant utgangspunkt. Det innebærer at forskeren tydeliggjør grunnlaget for fortolkninger ved ”å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjoner hun eller han kommer frem til. Fortolkningens styrke er avhengig av hvor grundig forskeren redegjør for fortolkningene” (Thagaard, 2016, s. 205).

Ifølge Thagaard (2016, s. 205) blir vitenskapelige publikasjoner vurdert nøye ut fra prinsippet om at de tolkninger som presenteres, skal være begrunnet. Forskeren skal da spesifisere hvordan han eller hun har kommet frem til den forståelsen prosjektet resulterer i. Det innebærer både å redegjøre for fremgangsmåter i prosjektet og relasjoner i felten. Forskerens relasjoner til deltakere i felten som studeres kan knyttes til hvordan han eller hun posisjonerer seg i forholdet til deltakerne av studien. Det er derfor viktig at forskeren reflekterer over sin posisjon under feltarbeidet for å styrke

forskningens validitet. Posisjonering kan samtidig knyttes til om forskeren allerede har en posisjon innenfor det miljøet som studeres. Når forskeren i utgangspunktet er innenfor miljøet, får vedkommende et særlig godt grunnlag for forståelse av de fenomener som studeres. De erfaringene forskeren har i miljøet, gir grunnlag for gjenkjennelse og blir på den måten et utgangspunkt for den forståelsen han eller hun i studien kommer frem til (Thagaard, 2016, s. 206). Tolkningen utvikles da i relasjon til egne erfaringer. En slik tilknytning kan også være problematisk, da det kan føre til at forskeren overser det som er forskjellig fra egne erfaringer. Forskeren blir dermed mindre åpen for nyanser i de situasjonene som studeres. Som forsker har jeg i masterstudien hatt med meg kjennskap til psykisk helse- og rusfeltet. Dette bidro blant annet til at jeg kunne bruke et par eksempler fra egen erfaring, for å bekrefte hva informantene fortalte. Samtidig har jeg underveis i studien forsøkt å være bevisst egne erfaringer, slik at jeg bevarte en åpenhet ovenfor informantene. Her gikk jeg også inn i intervjusituasjonene med en ydmykhet ovenfor deres mange års erfaring, jf. tidligere beskrevet omvendt maktposisjon.

## 4. Funn

Jeg vil i dette kapittelet gi en fremstilling av sentrale funn i studien, for i neste kapittel å drøfte disse i lys av aktuell teori og forskning.

I kommunen jeg intervjuet i, har de en tiltaksplan der det står at seksjonen skal ansette erfaringskonsulent og at det skal utredes i planperioden 2016-2019. Ansettelse av erfaringskonsulent har blitt gjennomført, men i intervjuene ble det imidlertid reflektert rundt mandatet til rollen, og hvor mye det i forkant av ansettelsen faktisk var tenkt og planlagt rundt rollen. Dette skaper en kontekst omkring forståelsen av den informasjon som kom inn i mine intervjuer.

Funnkapittelet er strukturert etter de to overordnede temaene som vokste frem i analysen; *anerkjennelse av brukerkunnskap og rollen*. Først vil jeg vise hvordan informantene reflekterer omkring hva recovery-rettet arbeid er.

### 4.1 Hva er recovery for informantene?

Fagutvikler pekte på at de nå er i en fase hvor en del sentrale føringer, stortingsmeldinger og *Sammen om mestring* anbefaler recovery. Recoveryveilederen til kommunen snuser også på recovery-orienterte praksiser.

Leder pekte på at dette er en ekstremt fersk tilnærming og vinkling, hvor man gjennom recovery-tenkingen og erfaringskompetanse er i ferd med å rakke ved mange ”forsteina sannheter”. ”Vi er veldig tidlig i tankegodset, om både recovery som, kall det konsept, og erfaringskompetanse som en kompetanse, som kan bidra i vårt helhetlige bilde av utfordringer, løsninger og alt”.

Tjenesteleder fortalte at ”det er alltid sånn i fagmiljøer eller i samfunnet generelt at det går strømninger og det vokser frem populære ord. Nå har vi en strømning hvor erfaringskompetanse skal brukes”.

Erfaringskonsulenten utfordret imidlertid ledernes syn på at dette er så veldig nytt:

Opptappingsplanen kom på slutten av 1990-tallet og da var erfaringskunnskap uttrykt veldig tydelig. Det var ønsket mer tverrfaglig syn på psykisk helse og de ønsket å løfte

brukerperspektivet. Så på en måte, i et langt tidsperspektiv er det nytt, men samtidig så har det vært uttalt i snart 20 år.

Leder pekte på at recovery handler om å få til mestringssituasjoner, å være noe annet enn bare pasient:

I stedet for å si at ”ja, men du har diagnose 17”, så kan vi på en måte, ja greit, men den trenger du for en side av saken, kanskje for å få riktig medisin. Men så kan vi på denne siden snakke om ”hva vil du?” og ”hvor vil du?”.

Leder poengterte at dette er utrolig krevende, både i et fagperspektiv og i et menneskelig perspektiv. Etter en recovery-tankegang skal man stå å se på mennesker ”ramle” med hendene på ryggen, for deretter å ta samtalen med ”ok, hva skjedde nå?”, ”hva tenker du?”, ”hva skal vi og hvordan gjør vi det nå?”. Leder påpekte at vi mennesker har en iboende trang til å systematisere og sette i bås i henhold til tidligere erfaringer. Innenfor recovery som fremstår usystematisert blir det da krevende.

Hvis du ser for deg en plen med mye snø. Første gangen du går over der da lager du de første sporene liksom, og alt du gjør der det er første gang. Men etterhvert som det begynner å bli endel spor, da vil det også fort bli noen stier der. Det er også ganske naturlig, at vi følger letteste vei. I et recovery-arbeid så skal du ikke nødvendigvis følge den stien. For hvis da brukeren, pasienten, tjenestemottakeren, klienten, ønsker å gå rett ved siden av, så er det der du skal gå. Det er veldig krevende. Fordi du hele tiden vil søke oppi den der stien. Fordi det er lettere å gå, du har gått der før og du vet hvordan dette går.

For leder er det her erfaringskonsulenten er en viktig del av recovery-rettet arbeid:

Der kommer erfaringsmedarbeideren sin kanskje viktigste funksjon inn. Og på en måte hjelpe, støtte, medarbeideren sin til å gå i den djupe snøen. Til å stille spørsmålene, ”har du tenkt på”, ”har du vurdert”. En erfaringskonsulent kan treffe på en annen måte enn de som bare har sittet og lest bøker, for de vet selv hvordan dette var. Det kan åpne noen dører.

Leder la til ”se på hvordan diagnoser og hvordan fortiden vår hemmer oss i å gå videre i retning av erfaringskonsulenter og erfaringskompetanse. Og det å komme virkelig til en recovery-verden, hvor spørsmålet er ”hva er viktig for deg?”. Leder viste videre til hvordan recovery kan materialisere seg gjennom språk og grenser, og hvordan det kan medvirke til at man er ”lik alle andre” og ikke satt i en enkelt bås.

Grenser vil alltid finnes. Så lenge grensene gjelder for alle så er det uproblematisk å sette dem opp. For eksempel; jeg bor i et borettslag. Jeg kan ikke ha fest hele døgnet på onsdag, da blir jeg kastet ut. Hvis jeg hadde vært rusmiddelavhengig og hatt fest hver onsdag, da hadde jeg blitt kastet ut. Sånn at da er det plutselig noe som er helt normalt, det er liksom ikke noe spesielt siden du er rusmisbruker eller psykisk syk.

Et annet eksempel leder trakk frem, var om «villmarks-kjendisen» Lars Monsen:

Han er jo ganske kjent, har masse bikkjer og greier. Jeg vet ikke hvor han bor, men jeg er ganske sikker han ikke bor i femte etasje i en bygård på Grünerløkka med 30 huskybikkjer. Jeg tror han bor et sted som passer for hans livsstil og hans hobby. Og hvis du da trekker det over til en psykisk syk eller en rusmisbruker. Hvis det er viktig for rusmisbrukeren å ha sykkelverksted på kjøkkenet, å ha alle vennene sine på besøk minst to ganger i uka, da kan ikke han bo i kjellerleiligheten hos Fru Olsen. Da må, og da er det kun en kommunal bolig som vil kunne fungere for han, for det han syns er viktig. Og da er det hans valg.

Leder mente at det ideelle da var om noen har spurt:

Hva er det viktige for deg? Hvis svaret er ”det å kunne ha sykkelverksted, og det å kunne ha alle vennene mine på besøk når det passer meg”, fint, da har det seg sånn at det funker ikke på det private leiemarkedet, da må du inn på det kommunale leiemarkedet og vi må finne en frittliggende bolig til deg. Fordi at det er viktig for deg. Det er noe helt annet enn å si ”du er rusmisbruker, du må bo der”.

Leder poengterte at hvis man benytter seg av de ordinære rammene som fins i samfunnet, som fins i vår kultur, så er det langt mer verdighet i å snakke om dem enn å snakke om at en er psykisk syk eller rusmisbruker. ”Egentlig er det en fundamental endring i innfallsvinkel på synet eller hvordan du møter utfordringene”. Leder trakk videre frem at ”recovery for Per er ikke nødvendigvis recovery for Kari”. Recovery er på denne måten svært og u håndterlig. Ofte handler det kanskje ikke om at utfordringene forsvinner, det handler kanskje like mye om å takle dem.

Tjenesteleder trakk også fram spørsmålet ”hva er viktig for deg”, som en sentral del av recovery og brukervedvirkning. Tjenesteleder påpekte at recovery var en ideologi eller filosofi, ikke en metodikk. Tjenesteleder poengterte at ”jeg er veldig opptatt av brukervedvirkning”, og vektla at de som mottar tjenester gjennom brukervedvirkning skal få lov å være med å styre sitt eget liv og ta egne valg. Recovery ble videre av tjenesteleder lagt frem som en kjent mentalitet som tjenestene

egentlig alltid hadde jobbet etter, forskjellen nå var at det ble satt ord på og satt i system. I motsetning til den intervjuede lederen (ovenfor), satte imidlertid tjenesteleder spørsmålsteget ved behovet for erfaringskompetanse ved denne tilnærmingen. Tjenesteleder mente at det var noe en fagperson kunne gjøre uten å nødvendigvis ha erfaringskompetanse.

Fagutvikler presenterte ”100 veier til recovery”, med en tabell som skilte mellom tradisjonell faktaorientert og recovery verdiorientert tenkning (”Forskjeller mellom tradisjonelle tjenester og recoveryorienterte tjenester” presentert i kapittel 2). I tradisjonell tenking er det profesjonelt ansvar, mens innen recovery beveger vi oss mer over til at *personen selv tar ansvar*.

Hvis jeg skulle laget en strek mellom de to, skillet mellom tradisjonell faktaorientert og recovery verdiorientert, så ligger det et potensiale inni her. Det er noe med å bruke de erfaringene slik at vi skjønner hva som er viktig for folk.

Miljøterapeuten fortalte at de i bofellesskapet hadde fokus på at beboerne skulle få lov å utføre dagens gjøremål selv, med mye veiledning og motivasjon. Miljøterapeuten poengterte at hovedbestemmelsen skulle ligge hos de, i forhold til hvordan de vil ha det og lignende. Mye dreide seg om helt vanlige hverdagslige ting som ”når man skal spise, hva man skal ha på seg, om man skal dusje eller bare vaske seg. Alt sånt. Som for oss er kanskje små, små ting, men som betyr veldig mye for beboerne”.

Erfaringskonsulenten omtalte recovery som både personlige/individuelle og sosiale prosesser – noe som foregår i kontekst og en sammenheng. I sin refleksjon omkring hva recovery-rettet arbeid er, kom erfaringskonsulenten flere ganger inn på identitet: ”det er ikke så rart et menneske til slutt ikke ser sine egne ressurser hvis det kun har blitt bekreftet på sine problemer i mange år”.

Erfaringskonsulenten la her frem at flere og flere trekker frem identitet og selvopplevelse som en nøkkelvariabel i recovery-prosessen: ”I så fall er det jo vi som jobber med mennesker som kan være med å bidra til hvordan et menneske ser seg selv da. I kraft av hvordan vi møter dem og hva vi har fokus på”. Erfaringskonsulenten trakk videre frem hvordan identitet utvikles i relasjon og hvordan hjelper-bruker-relasjonen da kunne medvirke til å opprettholde brukeridentitet. ”Jeg er opptatt av verdighet og identitetsopplevelse. Og det å se ressurser. I psykiatrien kommer folk inn fordi de har problemer, så da blir man fort veldig problemfokuseret”. Erfaringskonsulenten kom med et par eksempler fra egen historie, rundt å oppleve utenforskap og viktigheten av verdighet og identitetsopplevelse:



Det som hjalp meg mest, var ikke bare terapi, men at jeg turte å søke jobb. Jeg kunne da gå ute på gaten uten å gjemme meg, i tilfelle jeg traff gamle kjente. For hva skulle jeg da si, alle spør jo hva du driver med. Det gjorde så innmari mye med meg. Jeg følte meg så utafør alt, jeg hadde på en måte et sånt ikke-liv. Det var bare skam og mislykkahet på en måte. Da tenker jeg, hvordan komme dit da – at vi hjelper en til å bli noe mer enn bare bruker? Det er noe med å bygge videre på ressurser samtidig som man ivaretar problemene.

Jeg opplever at den psykiatridelen kanskje ikke har vært så anerkjent av samfunnet. Og det har kanskje vært med på å opprettholde min skam og behov for å skjule. Men det er så slitsomt i lengden. For det å gå rundt å holde en fasade, om jeg har det bra eller dårlig, så skal jeg liksom bare holde den fasaden eller skjule en del som egentlig er en så stor del av mitt liv. Som på en måte har endra alt i mitt liv. Det er ikke noe jeg kan viske bort eller bestemme meg for å ikke ha lenger. Jeg vil at brukerne skal kunne forstå og se at selv om det er begrensninger, er det også muligheter. Altså man kan utvide de rammene på hva som er mulig. Det er faktisk mange nyanser og det er mange måter å kunne leve et liv på. Og det er ikke enten eller, enten er man i jobb eller så er man ikke.

Erfaringskonsulenten mente at samfunnet vårt er for lite raust. Det snakkes mye om utenforskap og faren ved utenforskap, men allikevel så er vi ikke vide eller rause nok i møte med andre mennesker. Erfaringskonsulenten trakk paralleller til egen historie og fortalte om hvordan situasjonen i dag opplevdes: ”selv om jeg mottar hjelp fortsatt og har hatt innleggelse, så er det på en helt annen måte. Fordi jeg har en hverdag som gir meg mening”. Erfaringskonsulenten eksemplifiserte dette ved å si:

Mennesker innehar både kunnskap, ressurser og egenerfaring, og menneskets kunnskap om seg selv er sentralt. Jeg tenker ikke lenger om meg selv som syk for eksempel. Jeg tenker at jeg lever av levd liv. Hvis man tenker på Aksel Lund Svindal, så har han belastet knærne sine helt ekstremt og kommer sikkert resten av sitt liv å ha litt trøblete knær. Og det kan vi tenke at er ganske naturlig. Så det tenker jeg at er kanskje ganske naturlig med psyken også, hvis man har hatt mange belastninger er det ikke rart om man får slitasjeskader. For meg handler egentlig bedring om hvordan jeg klarer å forholde meg til meg selv og hvordan leve med meg selv på best mulig måte.

## 4.2 Brukerperspektiv: -perspektiv, -erfaring, -medvirkning?

”Foreløpig er det en dulleard spørsmål og veldig få svar” sa leder, i refleksjoner rundt hvordan man i dag rokker ved ekstremt mange ”forsteina” sannheter i tjenestene gjennom begreper og tilnærminger som brukerperspektiv, erfaringskompetanse og recovery. Brukerperspektivet har kommet i løpet av ”de siste sekundene på tidslinja” til tjenestene fortalte leder.

Tjenesteleder mente at hvis brukerperspektivet skulle brukes fullt ut, forstås og implementeres i tjenestene, var det viktig at toppledelsen forstod hva begrepet betydde og innebar. Tjenesteleder mente det var viktig at de hadde en definisjon og en forståelse av fenomenet brukererfaring for å oppnå dette. Tjenesteleder understreket videre at brukermedvirkning er et mer etablert begrep enn brukerperspektiv og brukererfaring, som ”folk” kjenner bedre til – herunder både ansatte og brukere. Tjenesteleder mente med bakgrunn i dette at det ville være enklere å operasjonalisere brukermedvirkning. Tjenesteleder poengterte fokuset på den ”reelle brukermedvirkningen” ved å si ”hver enkelt skal få være med å styre sitt tilbud, sitt livsløp, sin fremtid”. Det betyr at for hvert tiltak som vurderes å igangsettes, skal vedkommende som mottar hjelpen, snakkes med og spørres. Det skal diskuteres, og på denne måten blir man omforent om hvilken vei man skal gå.

Tjenesteleder mente at hvis man fikk til dette samarbeidet, var man på vei og la til at: ”det er en lett metodikk. Kontra brukererfaring”. Tjenesteleder mente her at det var vanskelig å vite hvordan man skal benytte brukererfaringen på en god måte i praksis, og ettersom brukermedvirkningen allerede har sin plass i tjenestene vektla tjenesteleder dens tyngde og fundament. Tjenesteleder hevdet at erfaringskonsulentrollen kom til ”å vitre” ut, og begrunnet dette med nettopp brukermedvirkningens fundament i tjenestene. Tjenesteleder mente at fokuset på brukermedvirkning ville gjøre at det stod enda sterkere i tjenestene fremover.

I intervjuet med miljøterapeuten ble det flere ganger trukket frem at det var stort fokus på brukerperspektiv i arbeidet på bofellesskapet, og at det ble ivaretatt i tjenestetilbudet.

Miljøterapeuten fortalte allikevel at de ansatte i noen tilfeller opplevde at beboerne ønsket og trengte at de ansatte skulle være med å ta noen valg og bestemme litt.

Erfaringskonsulenten fortalte at brukerperspektivet opplevdes veldig forskjellig og varierende fra sted til sted: ”noen er veldig interessert i perspektivet og å få innspill, andre har mer eller mindre gitt meg litt munnkurv”. Erfaringskonsulenten poengterte at ”brukerperspektivet må være villet. Må være villet fra ledelse, og fra helsemyndigheter også, det med å lytte til brukeren”.

Erfaringskonsulenten problematiserte at brukerperspektivet kunne oppleves som et alibi: ”man har kanskje ikke tatt det helt innover seg eller at det er villet nok, fordi det innebærer en maktforskyvning”.

Maktforskyvning ble også diskutert av fagutvikler i forbindelse med graden av brukerperspektiv i tjenestene. Fagutvikler poengterte at brukerperspektiv ”har med makt, endring og omdefinering av mye å gjøre”. Fagutvikler mente også at så lenge du snakker om brukerperspektiv, holder du fremdeles folk i brukerrollen.

### 4.3 Fra bruker til borger?

I intervjuene kom det fram at man i den aktuelle kommunen ønsket å gå videre i sin begrepsbruk om brukere av tjenestene. Fagutvikler fortalte at de i kommunen ”går lengre enn å tenke brukerperspektiv” – de har gått til å snakke om ”medborgerskap”.

Vi tar det grepet ettersom rådmannen vår snakker om utenforskap og at det er noe kommunen satser på å redusere og da på en måte konseptualisere. Da trekker vi alt sammen litt lenger – når du snakker om medborgerskap, er det egentlig ikke noe forskjell på folk. Da er vi borgere eller innbyggere av kommunen alle sammen.

Erfaringskonsulenten fortalte også at

Jeg har egentlig blitt veldig opptatt av medborgerskap, eller følelsen av å kunne føle seg som en del av samfunnet. Jeg opplever at vi har et sorteringssamfunn på en måte. Det at det har blitt ganske trangt. Alt er egentlig som det skal, men så er det den der følelsen av å være innafor eller utafor. Og det å komme i en posisjon hvor du kanskje føler deg som en likeverdig medborger. Jeg vet ikke om jeg er der helt ennå. Jeg føler meg mindreverdig på en måte. Jeg føler meg annerledes, jeg føler meg litt utafor. Jeg føler meg fortsatt som en taper eller et problem da. Det henger igjen mye i min opplevelse av meg selv, og jeg bruker fortsatt tjenester innenfor psykisk helsevern.

Erfaringskonsulenten så på sammenhengen mellom medborgerskap og bedringsprosesser, hvor det handler om å komme i posisjon til å bli et ”empowered” menneske.

”Det handler jo kanskje mye om å være et medmenneske”, sa fagutvikler. Fagutvikler mente at et ”verdighetsperspektiv” var sentralt å ivareta, for bare ved et slikt fokus var det mulig å begynne å sette seg mål, og på denne måten ble man gitt et helt annet handlingsrom: ”det er noe med å åpne dette – å tørre og åpne det sammen med de som ber deg om det, og utforske det sammen”.

Fagutvikler la her til at det er normalt å snuble og falle, for så å reise seg og prøve på nytt. Fagutvikler påpekte denne tankegangen gjennom å si at: ”(...) hvis man snakker om medborgerskap, da er vi alle like”. Fagutvikler understreket at det allerede ligger til rette for dette i lovverket, i helse- og omsorgstjenesteloven: ”(...) man skal fremme sosial trygghet og levekår, og at vi skal forebygge og tilrettelegge i forhold til mestring av skade, sykdom og lidelse”. Fagutvikler viste hvordan et slikt fokus kunne se ut i praksis:

Når folk spør ”kan jeg gjøre det da?” sier jeg ”ja, du kan det”. Hvis du går en runde med deg selv og tenker, er dette faglig forsvarlig? Ja. Er det tilrettelagt? Ja. Er det med respekt og verdighet? Ja. Er det innenfor recovery-tenking? Ja. Da drar vi det et hakk lenger. Ut fra en brukerverden, til et slags type medmenneske-, medborgerskapverden.

#### **4.4 Rollen som erfaringsmedarbeider – bidrag og forventninger**

Leder trakk fram at det å ha egenerfaring med sykdom og bedring, er viktig. For eksempel mente leder at det å ha erfaring med hvor lang tid ting kan ta, var viktig, eller det å ha erfaring med tilbakeslag. Leder pekte på at mange snakker om at en bedringsprosess fra A til Å ikke er en rett linje. Det er gode dager og dårlige dager, med tilbakefall og rykk tilbake til start, og kanskje forbi start til og med. Å ha følt på det, ha den erfaringen, vil være nyttig.

At du har kjent på de utfordringene, gjerne være liten og kanskje alene mot det gigantiske systemet, det kan en erfaringskonsulent dele erfaringer på. Hvor det er skam og vonde følelser som er tilknyttet. Gjennom for eksempel ting man ikke greier eller får til. Forventninger man har satt på seg selv og som andre har satt på en.

Leder så for seg at det ville være rom og behov for erfaringskompetanse på to nivåer, hvor det var forskjell i kompetansekrav. På systemnivå mente leder at man måtte ha noe faglighet med seg, på direktnivå med brukere trengte man ikke nødvendigvis fagkompetanse i tillegg til erfaringskompetansen. Leder sa at det ikke var overraskende om vi om en del år ser rollen formalisert. Dette med bakgrunn i at man må ha god tidsmessig avstand til sine utfordringer. Selv en slik formalisert ”tidsramme” kan man oppleve å komme i en del situasjoner som blir store og sterke, preget av tidligere erfaringer. Situasjoner hvor man da må gå noen runder på å være profesjonell og at man faktisk er ansatt. Og hvordan krav fra arbeidsplassen da gjør seg gjeldende, uansett hva man føler som privatperson. Leder problematiserte at dette kan by på noen dilemmaer,

da det er noen krysningslinjer her som er utfordrende og ikke ”svarte og hvite”. Disse går ut på at erfaringskonsulenten faktisk er ansatt på bakgrunn av den erfaringen han/hun har med seg, men at nettopp disse erfaringene kan være vanskelige i møte med andre med lignende problematikk og da situasjoner man kjenner seg igjen i.

Tjenesteleder stilte seg kritisk til erfaringskonsulentrollens bidrag. Tjenesteleder anerkjente at man gjennom å skape mestringssituasjoner kunne skape håp hos individet, og videre at dette er noe som kan styrkes når det kommer fra en erfaringskonsulent. Tjenesteleder problematiserte samtidig at det også kunne oppleves negativt for brukeren. Tjenesteleder trakk frem eksempel på hvordan det kunne oppleves: ”her har du noen som har fått det til, hvorfor får ikke du det til?”. Tjenesteleder trakk frem at ”erfaringsmessig så ser jeg at det er vanskelig for ledelsen å fullt ut forstå hva man skal bruke en erfaringskonsulent til”. Tjenesteleder vektla i denne sammenheng fokuset på brukermedvirkning i tjenestene og mente at tilnærmingen ”hva er viktig for deg?” kunne tilbys av en fagperson, *uten* at man nødvendigvis måtte ha en erfaringskompetanse.

Fagutvikler vektla at en erfaringskonsulent kan bidra med åpenhet for en annen type kunnskap og tilføre en kunnskap som gjør at man kan se ting fra et annet ståsted. Fagutvikler mente videre at denne kunnskapen kan gjøre noe med de andres roller også. ”I stedet for å definere ut ifra det man allerede vet er det noe med å spørre. Hvordan var det for deg? Hvordan hadde du det da? Hva trengte du da? Hva var viktig for deg?”. Fagutvikler la frem at her var det et utviklingspotensiale for tjenesten. Fagutvikler trakk også frem håp som noe erfaringskonsulentrollen kunne bidra med. ”Håp er ofte knyttet til bevegelse. At man kjenner på en utvikling og at det er bevegelse. Blir man møtt med det samme, så blir ting stående helt stille. Så det å fokusere på ressurser i stedet for å fokusere på problemer, det er et terapeutisk grep”. Fagutvikler la også til ”apropos håp, når ting begynner å gi mening for en person, så begynner man å søke etter andre svar. Det skaper altså en bevegelse”.

Miljøterapeuten trakk frem positive opplevelser med å ha en med erfaringskompetanse i teamet. Blant annet satte miljøterapeuten pris på å kunne spørre hva medarbeideren med brukererfaring tenkte og hadde erfart i ulike situasjoner, slik at de kunne tilrettelegge tjenestene på best mulig måte. Miljøterapeuten mente at erfaringskompetansen ble verdsatt på bofellesskapet hvor de jobbet. Miljøterapeuten påpekte at medarbeideren med brukererfaring var «en av dem», at vedkommende var ansatt og hadde en rolle på lik linje som de andre i teamet.

Erfaringskonsulenten selv trakk frem mange viktige aspekter ved hva rollen kan bidra med. En viktig del av arbeidet var ovenfor brukere. Blant annet i forhold til oss-dem-tenkingen, hvor erfaringskonsulenten mente det var et *oss*. Ifølge erfaringskonsulenten er det ikke så mystisk hva et

menneske med psykiske lidelser eller ruslidelser trenger – man trenger ikke å se lengre enn på seg selv og sine behov.

Hva er det jeg trenger? Jo, jeg trenger et trygt sted å bo, jeg trenger andre mennesker i livet mitt, jeg trenger noe meningsfylt å gjøre på dagen. Jeg tenker det er noen grunnleggende basale allmenne ting som gjelder for et oss.

En annen viktig del er å skape håp, gjennom å vise hva som er mulig. Håp skaper bevegelse, gjennom å generere motivasjon. Erfaringskonsulenten fortalte at det har vært viktig å vise at det er mye som er mulig og at det ikke er ”svart-hvitt”: ”Når de spør: ’men nå som du jobber, går du i behandling?’ Da kan jeg si ja, man kan jobbe og gå i behandling. Jeg opplever jo at det genererer litt håp og muligheter”. Erfaringskonsulenten trakk også frem at man i relasjonene kan dele erfaringer, for eksempel om møter med NAV. Ett av målene ved rollen er å etablere relasjon og tillit til brukerne. Et annet mål er være en brobygger – mellom både brukere og de ansatte, og mellom fagkunnskap og brukerkunnskap.

Også ”i forhold til de ansatte er rollen viktig”, mente erfaringskonsulenten. Dette er særlig med tanke på å viske ut oss-dem-tenkningen. Erfaringskonsulenten trakk frem viktigheten av dette i etiske refleksjoner, i for eksempel måten brukere snakkes om på. ”Med måten jeg har brukt meg selv på, har jeg prøvd å stille litt spørsmål rundt hvordan det snakkes om og ved, og hvordan man tolker og forstår ting som gjøres, eller atferd”. Å bevisstgjøre ansatte rundt verdier og holdninger, fordi måten det snakkes rundt et personalbord viser seg i møte med bruker. Erfaringskonsulenten håpet at rollen kunne bidra til at tjenesteapparatet ”så seg selv” mer.

Jeg håper at en med egenerfaring både våger og evner å stille andre spørsmål, å kunne se litt med et kritisk blikk på tjenesteapparatet og hvor det kanskje er mangler da. Jeg håper at en stemme som min, en brukerstemme, kan bidra til mer nyansert syn og skape et større kunnskapsforståelse og bredde i faget.

Erfaringskonsulenten ønsket å bidra til større grad av å være spørrende og undrende, i stedet for å si ”sånn gjør vi det her”. Erfaringskonsulenten trakk frem viktigheten av å vise at livet aldri er en rak kurs og rett vei, og at det derfor er viktig å bli sett, møtt og bekreftet underveis. Samtidig la erfaringskonsulenten vekt på at;

Det som har vært virksomt for meg er ikke nødvendigvis virksomt for alle andre, men jeg tror det er en del felles i opplevelsen av å være bruker i mange år som jeg deler med mange

andre. Og så er det hvordan endring har foregått, som kanskje kan være på ulike måter, men samtidig tror jeg det er en del felles i dette, og hva mennesker grunnleggende trenger for å leve godt.

Erfaringskonsulentene sa også at

Det som jeg tenker noen kan lære noe av, er jo den veien jeg har gått. Jeg tror at det som er viktig, er hva jeg har gjort for å få til endring. Og det er der jeg kan ha noe å bidra med når det kommer til både brukere og hvordan vi tenker tjenesteutvikling.

## **4.5 Opplevelser av utfordringer ved rollen som erfaringskonsulent**

### *Ansettelse/organisatorisk*

Tjenesteleder fortalte at rådmannen setter noen mål og føringer, eksempelvis recovery og erfaringskompetanse. Disse målene må deretter brytes ned for å kunne operasjonaliseres: ”Okei, erfaringskompetanse er viktig. Hvordan faktisk bryte det ned og bruke den erfaringskompetansen?”. Tjenesteleder mente det var utfordrende for en ledelse å klare å fullt ut utnytte kompetansen som en erfaringskonsulent sitter med. Hvis man skulle ha ansatte med erfaringskompetanse, måtte det ”være i en struktur”, altså må det være en ramme og god opplæring i hvordan man skal bruke den kompetansen. Dette anså tjenesteleder som mangelfullt i dag.

Fagutvikler var også opptatt av det å faktisk omsette planer og føringer til kommunal virksomhet: ”Selv om det er bestemt at vi skal jobbe etter recovery og brukerperspektiv, hva betyr dette i praksis? Hvordan skal vi møte folk som gjør at de får tatt gode beslutninger?”. Fagutvikler stilte spørsmålstegn ved at det er veldig mange gode intensjoner med å ansette erfaringskonsulent, men hvordan fungerer det i praksis? ”Hva er innholdet i det?”. Fagutvikler konkretiserte dette ved vise til prosessen i egen kommune med å ansette, og sa i denne sammenheng at det hadde vært ønskelig om de hadde brukt mer tid i forkant til å snakke om hvordan man skulle bruke rollen, mer faglig rundt den. Fagutvikler mente at bare slik kan intensjonen med å ha en erfaringskonsulent blir synliggjort. Intensjonen med å ha en som vet hvordan det er å være bruker i et system. Fagutvikler understreket spørsmålet: ”hvordan skal man da dra nytte av den kompetansen?”. Fagutvikler fortalte at det fremstår som en automatikk at idet brukerne er representert, så vil deres stemme bli hørt, men slik er det nødvendigvis ikke. Fagutvikler påpekte at man må være tydelig på hva mandatet til rollen

er, slik at man på lik linje med andre ansatte har definerte mål og at man ikke blir endel av en slags kvalitetssikring av tjenestene. Det er viktig at man er omforent om disse målene.

Erfaringskonsulenten la også frem at kommunen hadde uttalt at de ønsket å ha en erfaringskonsulent på systemnivå, og at de ønsket å implementere recovery i tjenestene.

Hvis de ønsker å implementere som de har sagt brukerperspektivet i fagutvikling og tjenesteutvikling, og i forhold til å implementere recovery, så må jeg nesten sitte i noen foraer hvor fag drøftes. Jeg må sitte i noen foraer hvor en drøfter forming av tjenestene i en kommune.

Erfaringskonsulenten uttrykte at man er på vei, men at det er lange prosesser, ettersom det handler om å endre tankesett og endre en del i måten vi forstår og møter mennesker på. ”Det er ikke bare en metode som skal læres, det er så sammensatt og stort”. Erfaringskonsulenten trakk også frem at hvis man har lyst å utnytte erfaringskompetansen og erfaringsansettelser bedre, så må det etableres egne nettverk og fora for det. Et sted hvor erfaringskonsulentene blir gitt mulighet til å holde sin kunnskap varm, hvor de drøfter sine dilemmaer, ut ifra sine perspektiver. Med slike nettverk og fora mente erfaringskonsulenten at det kunne være enklere å være tydelig på sitt perspektiv i avdelingen, ettersom man har støtte i ryggen fra andre. Erfaringskonsulenten begrunnet dette med at: ”det er ikke så enkelt å tale fagpersoner imot”.

### *Nærhet, distanse, lojalitet*

Leder påpekte at erfaringskompetanse kan brukes både på en positiv måte, og at den kan misbrukes. Leder trakk frem at det kan slå feil ut om erfaringsmedarbeideren blir veldig ”låst” i egen historie. ”Erfaringskompetansen må brukes med klokskap. Det kan aldri bli en fasit for alle”.

Tjenesteleder trakk også frem at noen som er ansatt på bakgrunn av sin erfaringskompetanse sliter med å ha det distanserte forholdet man trenger, og derav balansegangen mellom egne utfordringer og andres utfordringer.

Leder uttrykte at man ikke alltid klarer å se for seg de utfordringene man plutselig kommer i. Det kan være ekstra utfordrende når det er følelser involvert, for situasjoner kan bli ekstra sterke og nære. Og dette kan komme overraskende på, ved at man ikke forventer at man skal reagere på det, men så er det det som skjer. En annen utfordring leder pekte på som utfordrende ved rollen, var ”lojalitet”:



Det å balansere en lojalitet, ja, superkomplisert, og det er kanskje en av de mest kompliserte elementene med å være erfaringskonsulent eller erfaringsmedarbeider. Vi som bare leser bøker, vi gjør det veldig lett, vi distanserer oss kanskje mer til det. Vi berøres også som medmennesker, men det blir i langt større grad enn vi-og-dem-greie. Mens har du virkelig følt det på kroppen selv, så er det klart å sette opp det skillet, det kan være vanskelig. For det du har opplevd selv, det får du jo et litt annet forhold til.

Erfaringskonsulenten trakk også frem utfordringer knyttet til lojalitetsspørsmål:

For meg så er det viktig at hvis jeg innehar rollen som erfaringskonsulent, så må jeg kunne tale brukernes stemme. Jeg er lojal mot min arbeidsgiver, men jeg må også være lojal for de jeg representerer. Jeg håper jo at jeg både våger og kan være kritisk uten at det skal bli vanskelig for min arbeidsgiver på en måte, for jeg tenker at det er litt av min oppgave på en måte.

Erfaringskonsulenten ønsket muligheten til å kunne ta opp temaer, enten det var med bakgrunn i egne eller brukeres opplevelser – i hvert fall kunne stille spørsmål rundt det.

Jeg viste ovenfor at erfaringskonsulenten kunne oppleve at det var vanskelig å argumentere mot fagpersoner, og at det derfor kunne vært bra med egne fora der slike temaer kunne diskuteres. Det er derfor et interessant funn at denne opplevelsen også kan finnes fra de andres ståsted: Fagutvikler sa nemlig at en utfordring som umiddelbart kom til tankene, var at det kanskje var vanskelig å være uenig med en person som argumenterer ut i fra egne erfaringer, enn fra et faglig ståsted. Dette ettersom det er det den personen opplever eller har opplevd, og man kan ikke si seg uenig i en opplevelse. Fagutvikler trakk også frem at opplevelsen muligens kan bli en ”sannhet” fordi man opplevde det selv på den måten, og at man da har rett til å uttale seg på bakgrunn av det. Fagutvikler mente at disse nyansene måtte tas hensyn til. ”Hvis det ikke er noe kompetanse eller noe erfaring med hvor skillene går på hvor mye avstand man skal ha til sine egne psykiske helse- og rusutfordringer, så ser jeg noen dilemmaer” la fagutvikler til.

### *Å bli tatt på alvor*

Fagutvikler hadde fokus på at en erfaringskonsulent ikke måtte komme i posisjon hvor vedkommende ble brukt eller misbrukt. Fagutvikler mente at erfaringskonsulentrollen var en veldig sårbar rolle. Du er ansatt på andre premisser, men skal fungere i samme miljø:

Du skal dele veldig mye av ditt private liv, som kulturelt sett er veldig tabubelagt. Og det tar alle litt for gitt, at det skal du. Uten at du nødvendigvis har noen å dele det med eller har noen andre i samme situasjon.

Erfaringskonsulenten beskrev en frykt knyttet til rollen;

Det kan kanskje være en frykt som bor i meg og ikke en reell frykt, men det er jo det å ikke bli tatt like mye på alvor som en annen fagperson. Og at jeg på en måte er et alibi da. At det ser flott ut på papiret at man har med erfaringskonsulenter i utviklingsarbeid.

Erfaringskonsulenten beskrev at man kunne tenke seg at brukerperspektivet og det at man trenger noen i en erfaringskonsulentrolle, kan være med å opprettholde en annenrangsfølelse. En annen utfordring i sitt arbeid som erfaringskonsulent hadde vært opplevelsen av at rollen og kompetansen ikke hadde vært så godt forankret oppover i systemet, i forhold til hvordan man tenkte man skulle bruke rollen. Erfaringskonsulenten uttrykte et ønske om at det hadde vært tenkt litt mer rundt rollen fra arbeidsgivers side.

Erfaringskonsulenten problematiserte også sider ved en slik såkalt ”dobbelrolle”. En rolle som innebar at erfaringskonsulenten selv hadde vært og enda var bruker av psykisk helse tjenester, og samtidig var i en ansattrolle. Erfaringskonsulent påpekte at ved brukeransettelser vil man risikere at erfaringskonsulenten kan møte brukere de kjenner til, og som brukere vil identifisere som ”kjent bruker” og ikke ”ansatt/hjelper”. Erfaringskonsulenten fortalte om en opplevelse av å få beskjed om at det var viktig å identifisere seg med ansattrollen og ikke brukerrollen;

Hva jeg identifiserer meg som eller tar med meg i møte med bruker ... da bruker jeg jo hele meg. Hvis jeg skal kunne gjøre en god jobb og ha de autentiske menneskemøtene, kan jeg ikke distansere meg eller splitte meg opp. Jeg må ta i bruk meg, selvfølgelig innenfor faglige og etiske rammer. Min erfaring har jo på en måte hjulpet meg og er en vesentlig del av mitt kunnskapsgrunnlag.

Miljøterapeuten fortalte at de ikke hadde opplevd noen spesielle utfordringer knyttet til rollen i det daglige arbeidet. Informantene fikk alle spørsmål om det var gitt noen tilbakemeldinger angående erfaringskonsulentrollen og dens bidrag i tjenestene. Det viste i den sammenheng at rollen var ganske ukjent og ny. Deres personlige erfaringer tilsa at erfaringskonsulenten var velkommen i

tjenestene, men de reiste spørsmål i hvilken grad erfaringskonsulenten ble inkludert i det faglige og la frem at det sikkert fantes delte meninger om rollen og kompetansen.

## 4.6 Oppsummering

Brukerperspektivet har blitt løftet av informantene som viktig i tjenestene, herunder også brukermedvirkning. Det ble tydelig gjennom analysen at de i kommunen jobber recovery-rettet, da det gjennomgående ble trukket frem som faglig grunnlag for tjenestene. Det ble også gjennom analysen synliggjort forskjeller i synet på erfaringskonsulentrollen og erfaringskompetansen som en del av det recovery-rettede arbeidet. Leder poengterte at erfaringskompetanse er en sentral del av recovery og trakk frem eksempler på hvordan erfaringskompetansens viktighet kunne komme til syne gjennom blant annet å stille spørsmål som ”hva er viktig for deg?”. Erfaringskonsulent, fagutvikler og miljøterapeut ga også uttrykk for at erfaringskompetansen stod sentralt i recovery, mens tjenesteleder satte kritiske spørsmålstejn rundt betydningen av erfaringskompetanse: hvor viktig er erfaringskompetanse for å styrke tjenestene, og hvordan skal erfaringskompetansen i så fall skal benyttes?

Miljøterapeuten var tydelig på at i deres tjenester på bofellesskapet ble brukerperspektivet ivaretatt og satt i fokus. Erfaringskonsulenten viste derimot til erfaring med at brukerperspektivet hadde varierende grad av synlighet i ulike tjenester. Tjenesteleder trakk her frem brukermedvirkning som mer definert og etablert begrep enn brukerperspektiv og brukererfaring. Leder viste til at brukerperspektivet er i ferd med å etablere seg, men ettersom det er en så fersk tilnærming, tar det tid da andre såkalte ”forsteina sannheter” ennå står ved lag. Erfaringskonsulenten og fagutvikler trakk frem begrepet medborgerskap som en videreføring av brukerperspektivet, og var mer opptatt av denne tilnærmingen enn de øvrige informantene.

Å skape håp, være en brobygger og bidra til åpenhet i tjenestene, både i relasjonene og i forhold til ulike kunnskapsgrunnlag, var noen av bidragene som ble trukket frem som potensielle ved erfaringskonsulentrollen. Å kunne dele erfaringer ble også trukket frem av flere av informantene som verdifullt. Allikevel kunne alle informantene se potensielle utfordringer og dilemmaer ved rollen, blant annet med tanke på hvordan erfaringskompetansen benyttes. Det ble sagt at det var viktig at erfaringskompetansen ikke ble sett på som ”fasit” eller som den eneste ”sannhet” i andres endringsarbeid.

I neste kapittel vil jeg diskutere de presenterte funnene i lys av aktuell teori og forskning på feltet.

## 5. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene i lys av relevant teori og sentrale føringer på feltet. Jeg vil først diskutere erfaringskonsulentens rolle i lys av brukerperspektivet og medborgerskap, for så å diskutere erfaringskonsulentens bidrag i recovery-rettet arbeid, herunder med et blikk på relasjoner, kunnskap, identitet og håp. Deretter vil jeg se nærmere på om erfaringskompetanse anerkjennes på lik linje med fagkunnskap. Kapittelet avsluttes med å se på hvordan informantene vurderer erfaringskonsulentrollen, sett i lys av roller, samarbeid og makt.

Diskusjonen bygger på funnene av studien, som baserer seg på informantenes opplevelse og erfaringer rundt erfaringskonsulentrollen. Som bakgrunnen til dette kan man tenke seg hvordan rollen og stillingen til den enkelte informant avhenger av deres ulike kontekster – altså i hvilken kontekst de står i, i det daglige arbeidet. En leder vil ha et ”lederblikk” på mulighetene og utfordringene ved en erfaringskonsulentrolle, mens mulighetene og utfordringene kan gjerne se annerledes ut enn for en som har andre arbeidsoppgaver, for eksempel for en som jobber direkte brukerrettet i et bofellesskap. Det ble riktignok reflektert rundt mange av de samme mulighetene og utfordringene, på tvers av informantene og deres stillinger.

### 5.1 Erfaringskonsulenten i lys av brukerperspektivet

Weber og Jensen (2016, s. 38) skriver at ”Sammen om mestring” og ulike offentlige meldinger oppmuntrer til brukeransettelser for å bidra til å styrke brukerperspektivet i tjenestene. Weber og Jensen (2016, s. 39) legger til at ”Noe av det mest særegne er det tydelige brukerperspektivet erfaringskonsulenter definerer seg ut fra. Et felles trekk er forståelsen av rollen:

*Erfaringskonsulenten skal endre tjenestene på brukernes premisser”* (Weber & Jensen, 2016, s. 39).

Brukerperspektivet løftes her frem som sentralt for å skape en endring i tjenestene, med henhold til større grad av brukerinvolvering. Likevel fremstår opplevelsene av brukerperspektivet som varierende i praksisfeltet.

Erfaringskonsulenten hadde opplevd at i noen tjenester ble brukerperspektivet løftet frem og verdsatt, mens på andre plasser virket brukerstemmen mer uønsket. Brukerperspektivet representerer ifølge Andreassen (2004, s. 56) en verdi og et menneskesyn, hvor man tar utgangspunkt i at ethvert menneske har krav på respekt for sin autonomi og selvbestemmelsesrett. Brukerperspektivet var i utgangspunktet ment å ha konsekvenser for hvordan tjenestene møtte sine brukere, og perspektivet skulle også innebære at tjenesteyterne skulle forholde seg til brukeren som

et likeverdig menneske, med sin relevante kunnskap, innsikt og ressurser. Disse skulle legges til grunn for at man selv kunne gjøre vurderinger for løsningen av egne utfordringer.

Brukermedvirkning anses derfor som et styringsmiddel for å sikre at brukerperspektivet synliggjøres (Andreassen, 2004, s. 54). Brukermedvirkning er basert på tanken om at brukere besitter sentral og viktig kunnskap, og at deres opplevelser gir nyttige holdepunkter og er en del av arbeidsgrunnlaget (Andreassen, 2004, s. 57). Brukermedvirkning trekkes frem som et middel for å få fram kunnskap om brukeres erfaringer, virkelighetsbilde og problemforståelse. ”Sammen om mestring” og andre offentlige meldinger hevder at nettopp brukersettelser kan bidra til å styrke brukerperspektivet i tjenestene. Tjenesteleder problematiserte i sitt intervju dette rundt brukerperspektivet. Tjenesteleder mente at en forståelse og implementering krevde at ledelsen forstod hva begrepet betydde og innebar. Tjenesteleder mente at for å skape denne forståelsen, måtte man ha en definisjon og forståelse av fenomenet brukererfaring. Ifølge tjenesteleder var brukermedvirkning ”en lett metodikk, kontra brukererfaring”. Tjenesteleder var opptatt av å få til et samarbeid, basert på brukermedvirkning i bruker-hjelper-relasjonen, og mente at dette var mulig å oppnå for ansatte uten brukererfaring. Hvis man skulle ha erfaringskonsulenter i tjenestene, mente tjenesteleder at man måtte ha tydelig struktur og ramme for hvordan man skulle bruke kompetansen. Dette var noe tjenesteleder påpekte som mangelfullt i dag.

Erfaringskonsulenten var tydelig på at brukerperspektivet ”må være villet” fra alle hold i tjenestene. Erfaringskonsulenten mente at utviklingen med brukerperspektivet kanskje bar preg av at det ikke var villet nok, ettersom det innebar en maktforskyvning. Dette kan ses i lys av ”maktens dualitet”, hvor makten både kan være innsnevrende og hemmende, eller produserende og mulighetsskapende (Rasmussen & Rasmussen, 2010 referert i Øye & Norvoll, 2013, s. 74). I dette tilfelle kan maktforskyvningen muligens være med å hemme en ønsket utviklingen i tjenestene, om brukerinvolveringen og brukerperspektivet ikke ivaretas. Samtidig kan en maktforskyvning være mulighetsskapende, om den blir gitt plass. Altså om brukers egne erfaringer, virkelighetsbilde og problemforståelse blir satt i sentrum for arbeidet – ved dette caset gjennom erfaringskonsulentrollen. Øye og Norvoll (2013, s. 75) påpeker at makt som produserende og mulighetsskapende kan ses ved bedring av levekår, reduksjon av avmakt, samt økt mestring, bemyndigelse og medvirkning. Det kan ut i fra dette se ut som en slik maktforskyvning, hvor kontrollen og ansvaret blir lagt til brukerne selv, kan gi ringvirkninger ved at bedring, mestring og medvirkning har en overføringsverdi også til andre områder.

## 5.2 Medborgerskap

Fagutvikler fortalte at de har gått lengre enn brukerperspektiv i kommunen, ved å snakke om begrepet medborgerskap. Begrepet medborgerskap er ikke en typisk del av dagligspråket i Norge, men løftes frem som et sentralt begrep av blant annet Karlsson og Borg (2017, s. 88) innen recovery-arbeidet. I denne masterstudien ser jeg på medborgerskap i den forstand at det er et verdigrunnlag en erfaringskonsulent kan formidle og bidra med i arbeidet, både på individ- og systemnivå.

Mange personer med psykisk helse- og rusvansker erfarer at de ikke er likeverdige borgere av samfunnet. Flere føler seg utenfor og krenket av samfunnet. Medborgerskap bygger på prinsippet om at alle borgere er fullverdige samfunnsmedlemmer. Hvert enkelt individ har et sett av sivile, politiske og sosiale rettigheter som sikrer dem en likeverdig status, og like muligheter og rettigheter til å delta i alle sider av samfunnslivet (Karlsson & Borg, 2017, s. 88). Status forklares av Goffman (2004, s. 194) som den posisjonen i et system eller mønsteret av posisjoner, som er forbundet med de andre posisjonene i enheten, gjennom gjensidige bindinger, rettigheter eller plikter. Erfaringskonsulentene viste til viktigheten av en likeverdig status, ved å si at det handler om ”(...) å komme i en posisjon hvor du føler deg som en likeverdig medborger”. Erfaringskonsulentene fortalte om følelsen av å enda være litt på utsiden, selv om man egentlig er på innsiden, med tanke på jobb og bolig. Erfaringskonsulentene kalte det et sorteringssamfunn, hvor ”(...) jeg føler meg mindreverdig på en måte. Jeg føler meg annerledes”. Recovery-arbeidet kan for borgere som opplever seg utenfor og annerledes, nettopp være med å styrke individets autonomi, samt se vedkommende sine ressurser og muligheter. For til tross for arbeid med stigma og rettigheter, opplever innbyggere med psykisk helse- og rusutfordringer fremdeles at det for eksempel er problematisk å få jobb eller at de er uønskede som naboer (Karlsson & Borg, 2017, s. 89). Man kan derfor tenke seg at en erfaringskonsulent kan fronte dette arbeidet og være en stemme for at det går an å bli integrert som en del av samfunnet. Brukeres erfaringskunnskap får frem hva sosial inkludering kan bety i praksis (Karlsson & Borg, 2017, s. 16).

Flere av informantene trakk også frem at det fremdeles finnes et ”oss-dem-skille” i tjenestene. Ekeland (2011) viser til hvordan Opptappingsplanen for psykisk helse (1996-2008) gjennom sin språkbruk representerte et skifte i synet på psykiske lidelser. Målsetningen som ble formidlet var deltakelse i samfunnet, integrering og medborgerskap. Herunder lå en tanke om at mennesker med psykiske lidelser i mindre grad skulle bli omtalt som gruppe. På denne måten skulle fokuset rettes mot individualisering, samt den enkeltes ønsker og behov. Brukernes behov skulle således avgjøre hvilke tilbud som ble gitt og disse skulle gis ut ifra et helhetlig menneskesyn, i mest mulig åpne,

normaliserte og frivillige former, der brukerne møtes som subjekter og aktører (Askheim, 2016, s. 193). Hjelpearbeidet skulle foregå i andre kontekster enn tidligere, og de som mottok hjelpen og deres nærstående skulle gjøres til samarbeidspartnere. Ifølge Ekeland (2011) har det medisinske kunnskapssynet riktignok styrket sitt hegemoni på psykisk helsefeltet etter opptrappingsplanen ble skrevet. Opptrappingsplanen virket å legge til rette for et recovery-perspektiv i arbeidet med psykisk helse og rus, men i midlertid virker det ikke som at recovery er dominerende tilnærming på området hevder Askheim (2016, s. 193). Volden (2014, s. 81) har også lagt frem tanker om at vi har oppnådd mye med henhold til brukerperspektivet, men at det fortsatt gjenstår mye og begrunner det med at: ”vi har fortsatt i større grad brukere enn borgere”. Erfaringskonsulenten påpekte også dette ved å hevde at samfunnet vårt er for lite raust.

Kanskje kan en erfaringskonsulent bidra i større grad til at brukere føler seg mer som likeverdige medborgere. Kanskje kan man føle seg mer innenfor selv, om man møter noen som har vært i en lignende situasjon, og som selv har erfart å være i en posisjon hvor man føler seg mer utenfor enn innenfor. Fagutvikler mente at brukerperspektivet enda kunne holde folk i en brukerposisjon, mens medborgerskap var mer inkluderende, ettersom man da var borgere og innbyggere av kommunen alle sammen. Fagutvikler poengterte at det allerede ligger til rette for det i helse- og omsorgstjenesteloven, ved at man ”skal fremme sosial trygghet og levekår, og at vi skal forebygge og tilrettelegge i forhold til mestring av skade, sykdom og lidelse”. Ved denne formuleringen kan man trekke paralleller til Anthonys definisjon av recovery (1993, referert i Slade, 2017, s. 12):

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller rollen. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg.

Det handler altså ikke nødvendigvis om at utfordringene forsvinner, men at man kan forebygge og tilrettelegge for «en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer» (Slade, 2017, s. 12).

### 5.3 Recovery-rettet arbeid og erfaringskonsulentens bidrag – relasjoner, kunnskap, identitet, håp

I recovery forstås mennesket som en handlende aktør (Karlsson & Borg, 2017, s. 14). Det innebærer at brukeren får styrket sin autonomi og frihet i hjelper-bruker-relasjonen. Det vil likevel være en relasjon preget av personer i ulike roller. Relasjonen skal derfor ifølge recovery legge til rette for en samarbeidsorientert praksis. Samarbeid er samtidig et sentralt stikkord for å oppnå reell brukermedvirkning. Tjenesteleder var svært opptatt av å oppnå reell brukermedvirkning i tjenestene, hvor et samarbeid basert på samtale og diskusjon rundt tiltakene og hjelpen som ble gitt, ble vektlagt. Også miljøterapeuten var opptatt av å skape et samarbeid med beboerne, preget av veilednings- og motivasjonsarbeid. Miljøterapeuten fortalte om et stort fokus på å fremme en recovery-orientert praksis i deres tjenester, for å nettopp løfte brukerstemmen. Karlsson og Borg (2017, s. 15) har pekt på recovery som en nødvendig vei å gå for å utvikle reelle brukerorienterte og samarbeidsorienterte tjenester. *Relasjonell* recovery innebærer blant annet en utvidelse av rollene, både blant fagpersoner og brukere. Det handler om at de normative kravene som stilles til rolleinnhaveren, endres i takt med at tjenestene omorganiseres og tillegges et annet verdigrunnlag. Dette kan samtidig ha med rolleforventninger å gjøre – hvor de ulike rollene er fastlagt med ulike rolleforventninger og rammer for hvordan rollen skal være (Goffman, 2004, s. 197). Ifølge Repper og Perkins (2003, referert i Karlsson & Borg, 2017, s. 150) handler det om å fremsnakke mangfold og variasjon for å tilrettelegge for recovery på relasjonsnivå. Fagutvikler mente også at en erfaringskonsulents rolle ville kunne bidra med åpenhet og *tilføre kunnskap*, som videre kunne skape endring og utvikling i andres roller.

Erfaringskonsulenten trakk frem *identitet* som en viktig variabel i recovery-rettet arbeid. Erfaringskonsulenten mente at det ikke var rart at et menneske som i mange år kun har blitt bekreftet på sine problemer, i dag ikke ser sine egne ressurser. Erfaringskonsulenten vektla her hvordan identitet skapes i relasjon. Goffman (2004, s. 198) beskriver også hvordan man kan identifisere seg med en rolle. Det kan i et slikt tilfelle for eksempel være en bruker av psykisk helse- eller rustjenester som ikke har vært ”annet enn” bruker av systemet over lengre tid. I møte med systemet hvor det da er ansatt en erfaringskonsulent, kan det muligens minske den sosiale avstanden i relasjonene, og erfaringskonsulenten kan være et bilde på at den hverdagen, den rollen, og den identiteten kan endres. Mead (2005, s. 165) mente at selvbildet og identitet dannes gjennom interaksjon og at det derfor er i stadig utvikling. Erfaringskonsulenten viste til hvordan man kan motarbeide en ”stagnasjon” i livet til brukere, ved å bekrefte ressurser gjennom samhandling, og på den måten bygge og utvikle identitet. Dette kan ses i lys av de sentrale recovery-prosessene: tilknytning, håp, identitet, mening og empowerment (Slade, 2017). Erfaringskonsulenten sa blant



annet ”selv om jeg mottar hjelp fortsatt og har hatt innleggelse, så er det på en helt annen måte. Fordi jeg har en hverdag som gir meg mening”.

Erfaringskonsulenter kan samtidig fungere som *rollemodeller*, som kan vise at ”du kan”. Ifølge K. A. Johansen (2016, s. 33) fungerer rollemodeller i den forstand at brukerne identifiserer seg med dem. Når en bruker er i en endringsprosess, er det lettere å lytte til en du føler minner om deg selv, en såkalt likemann. Dette handler om hvordan identitet dannes gjennom identitetsprosesser med andre. K. A. Johansen (2016, s. 33) trekker frem at man velger venner fordi man liker dem og man liker dem for den de er. Dette er ofte med bakgrunn i at man er like, og derfor velger man kanskje venner med samme utdanning eller fra samme samfunnssjikt. For eksempel velger ofte ”en narkoman”, ”en narkoman”. Og nettopp på grunn av dette er det ifølge K. A. Johansen (2016, s. 33) viktig å ha ”narkomane” i tjenestene. Av K. A. Johansen (2016) kalles dette for en dysfunksjonell identifikasjonsprosess – altså supplerer man det negative aspektet ved kategorien ”narkoman” med noe ekstra, altså fraværet av bruk av narkotika, da en ”tidligere narkoman”. Tjenesteleder trakk i denne sammenheng frem at en potensiell utfordring ved en erfaringskonsulentrolle kunne være å klare å ha ”det distanserte forholdet man trenger”, altså å mestre balansegangen mellom egne og andres utfordringer.

Leder mente at en av erfaringskonsulentens viktigste funksjoner i samarbeidet med brukeren ville være å ha en *hjelpende og støttende funksjon*. For eksempel gjennom den djupe snøen, jamfør eksemplet om stien i snøen i kapittel 4. Recovery for Per, er nemlig ikke recovery for Kari mente leder, og trakk derfor frem viktigheten av ”hva er viktig for deg?” og ”hva vil du?”. Samtidig mente leder at et recovery-arbeid i praksis var utrolig krevende, ettersom recovery innebærer det man kan kalle reell autonomi, altså retten til å velge det andre kanskje mener er ”dårlige” løsninger. Spørsmålet ”hva er viktig for deg?” ble gjennomgående trukket frem i intervjuene. En motbevegelse til recovery-orienterte psykiske helsetjenester, er den brukerstyrte gruppen ”Recovery in the bin”. De hevder at utviklingen av recovery innen psykisk helsetjenester i USA og England det siste tiåret er preget av neoliberalisme og kapitalisme (Recovery in the bin, u.å.). De mener at mange aldri vil bli gitt muligheten til å «recover» under det de beskriver som: «intolerable social and economic conditions, due to the effects of circumstances such as poor housing, poverty, stigma, racism, sexism, unreasonable work expectations, and countless other barriers» (Recovery in the bin, u.å.). De skriver riktignok at kjerneverdiene i recovery er verdt å ta vare på, men at disse prinsippene ikke kan ses i en «one size fits all» modell. De tror at autonomi og selvstyre kun kan bli reelt i en kollektivt setting, ikke gjennom individualistiske ambisjoner, ettersom mennesker er sosiale og derav er avhengig av hverandre. ”Hva er viktig for deg?” og det individuelle fokuset mener de derfor ikke er en riktig fremgangsmåte, når det som er viktig for en er sosiale faktorer som

det ikke tas høyde for eller som prioriteres. De motsetter seg også erfaringskonsulentrollen, ved at det er forventet i rollen at deres bedringshistorier deles, mens det ikke stilles slike krav til andre ansatte i tjenestene. Fagutvikler pekte også i retning av dette ved å si at erfaringskonsulentrollen er en sårbar rolle, hvor man er ansatt på andre premisser enn andre ansatte, hvorav det blant annet forventes at man skal dele mye av sitt private liv – deler som kulturelt sett er veldig tabubelagt. Recovery in the bin (u.å.) understreker at de ikke vil føle seg tvunget til å fortelle sine historier for å bli validert, eksempelvis som erfaringskonsulenter. De mener at det å bli gitt følelsen av at man må dele sin historie for å rettferdiggjøre sin opplevelse, er en form for umyndiggjøring, under dekke av empowerment.

Erfaringskonsulenten trakk frem *håp* som et annet viktig bidrag fra rollen. Ved å vise at endring er mulig, kan man skape håp hos brukeren, som videre kan generere motivasjon. Erfaringskonsulenten mente at bildet ikke er «svart-hvitt», og eksemplifiserte dette ved muligheten til å svare ja når brukere spør «nå som du jobber, går du i behandling?». Muligheten til å svare ja mente erfaringskonsulenten ga et annet handlingsrom, og kunne bidra til å skape håp hos andre. Rob (2015, s. 258) som selv er utdannet medarbeider med brukererfaring, diskuterer om fagfolk kan være redde for å gi håp til brukere i noen tilfeller, og om håp da eventuelt forveksles med garantier. Det påpekes at det er forskjell på å si ”jeg vet du blir frisk” og ”jeg vet du kan bli frisk”. Fagutvikler var også opptatt av erfaringskonsulentens mulighet til å skape håp gjennom å skape bevegelse og utvikling. Fagutvikler la i tillegg til et meningsaspekt. Ved å skape mening i hverdagen til brukere, kunne det være med på å skape bevegelse og utvikling i brukerens liv. Fagutvikler pekte på at håp, identitet og mening er tre av hovedpunktene i recovery-rettet arbeid.

#### **5.4 Anerkjennes erfaringskompetansen på lik linje med fagkunnskapen?**

Erfaringskompetanse som kompetanse ble av leder kalt for en fersk tilnærming og vinkling. Det ble av flere av informantene reist spørsmål ved hvordan erfaringskompetansen skulle benyttes på en god måte. Deriblant stilte tjenesteleder spørsmålsteget ved hvordan man faktisk skal ”bryte ned” erfaringskompetansen, slik at den kunne få sin plass og fungere i praksis. Fagutvikler reflekterte også rundt hvordan man skulle omsette anbefalingen om recovery og erfaringskompetanse til kommunal virksomhet. Fagutvikler påpekte at det var mange gode intensjoner med erfaringskonsulentrollen, men diskuterte samtidig hvordan rollen fungerer i praksis: ”hvordan skal man dra nytte av den kompetansen?”. I denne sammenheng viste fagutvikler meg ”Forskjeller mellom tradisjonelle tjenester og recoveryorienterte tjenester” (tabell 1 presentert i kapittel 2). Fagutvikler mente at det lå et stort potensial i å bruke erfaringskompetansen hensiktsmessig, slik at

man som ansatt i tjenestene kan forstå hva som er viktig for brukerne. Miljøterapeuten så også verdien av å ha en ansatt med erfaringskompetanse, og trakk frem at det var betydningsfullt å bli gitt en forståelse av hva som var viktig for brukerne.

Tjenesteleder mente at det hele tiden går strømninger i fagmiljøer og at det nå var en strømning som sa at erfaringskompetanse som skulle brukes. Tjenesteleder mente at en erfaringskonsulentrolle derfor etter hvert kom til å vitre ut, ettersom andre strømninger ville komme til. Weber og Jensen (2016) er en motstemme til dette. Weber og Jensen (2016, s. 38) mener at det å ha erfaringskonsulenter i det daglige arbeidet er av stor verdi. Erfaringskompetansen gir et supplerende grunnlag for å forstå personer med psykiske- og/eller rusrelaterte helseutfordringer. Erfaringskonsulenter arbeider ut i fra kvalifikasjoner det ikke går an å lese seg til, og akkurat derfor er de viktige i dette feltet. Leder pekte også på at en erfaringskonsulent ville ha en annen forståelse for situasjonen, ettersom erfaringsgrunnlaget og kompetansen gjør at man kan relatere seg mer til opplevelsen. Erfaringskonsulenten løftet frem at ”min erfaring har jo på en måte hjulpet meg og er en vesentlig del av mitt kunnskapsgrunnlag”. Dette kunnskapsgrunnlaget og erfaringskompetansen la derfor grunnlaget for å oppnå autentiske menneskemøter.

Slade (2009, s. 105) hevder man internasjonalt har sett en voksende anerkjennelse av erfaringskompetansen i recovery-orienterte praksiser. Karlsson og Borg (2017, s. 137) poengterer dette ved å skrive:

Ved å bringe inn flere og ulike stemmer i samarbeidet fremtvinger det seg en annen kunnskap enn den tradisjonelle forståelse av ekspertise hvor målet er kontroll gjennom faglig spesialkunnskap. Den posisjonen og det paradigmet utfordres gjennom arbeidet med relasjonell recovery.

Karlsson og Borg (2018, s. 17) presenterer samtidig at det foreligger argumentasjon om å forlenge Opptappingsplanen og den nye strategiplanen ”God psykisk helse”, som understreker behovet for å løfte frem brukerperspektivet og mestringsperspektivet i tjenestene videre. Fagutvikler fremmet at tjenesten hadde et utviklingspotensiale med tanke på å sette brukeren i sentrum for arbeidet. Fagutvikler pekte på at de i stedet for å definere ut i fra hva de allerede visste, burde spørre brukeren om hva som var viktig for vedkommende, både med tanke på situasjonen da, situasjonen nå og situasjonen fremover. Slik Karlsson og Borg (2018, s. 17) tolker argumentasjonen om å forlenge Opptappingsplanen, innebærer det en anerkjennelse av erfaringsbasert brukerkunnskap, som et av flere kunnskapsområder i psykisk helse- og rusarbeid. Likevel skriver A. Johansen (2018, s. 85) at det er tendens i tiden til å forstå alt som angår behandling i psykisk helsearbeid som

elementer i en maskinreparasjon. Når noe er galt, må man finne rett måte å reparere det på. Ofte sverges det til medisiner og diagnostisering som det eneste saliggjørende. Leder påpekte dette ved å si: ”se på hvordan diagnoser og hvordan fortiden vår hemmer oss i å gå videre i retning av erfaringskonsulenter og erfaringskompetanse”. En slik mekanisk tilnærming til et menneskelig problem vil alltid nedvurdere betydningen av erfaring og erfaringskompetanse ifølge A. Johansen (2018, s. 85). Derfor burde det legges større vekt på erfaring innen behandling i rus- og psykisk helsearbeid, samt at behandlingen foregår i relasjoner og er basert på samarbeid. Dette er i tråd med den kontekstuelle modellen, som beskriver hvordan mennesket ikke kan ses uten sin kontekst.

A. Johansen (2018, s. 89) hevder at verdien av erfaringskunnskap i dag er sterkt undervurdert, i forhold til teoretisk innsikt og klinisk ferdighet. Det kan se ut til at mange ikke har forstått verdien av å ta med en brukerkunnskap som en integrert del av kunnskapsgrunnlaget, særlig innen klinisk sektor. Det stilles ikke spørsmål som ”hvordan opplevde du dette sist gang du ba om hjelp?” eller ”hva bør vi gjøre annerledes denne gangen?”. Dette er hovedgrunnen til at erfaringskompetanse er så viktig ifølge A. Johansen (2018, s. 89). Erfaringskonsulenten var riktignok tydelig på at ”det som har vært virksomt for meg er ikke nødvendigvis virksomt for alle andre”, men at det gjerne kunne være endel felles i opplevelsen av å være bruker av systemet, som kunne være fint å dele. Erfaringskonsulenten trakk også frem viktigheten av det å bli sett, møtt og bekreftet underveis i en bedringsprosess – noe en erfaringskonsulentrollen hadde gode forutsetninger for.

Leder påpekte at erfaringskompetansen kunne brukes på ulike måter, og at det var viktig at den ikke ble en ”fasit for alle”. Fagutvikler mente også at det var viktig at erfaringskompetansen ikke ble en ”sannhet”. En annen potensiell utfordring som av fagutvikler ble trukket frem var at det kunne være vanskelig å si imot en som argumenterer ut fra egne opplevelser, fremfor fagkunnskap. Samtidig problematiserte erfaringskonsulenten at det ikke alltid var enkelt å tale fagpersoner imot. Dette kan vise til en diskusjon om institusjonaliserte maktformer, og en maktforskyvning mellom fag- og brukerkunnskap. Øye og Norvoll (2013, s. 96) skisserte opp at en utfordring fremover vil være institusjonelle tilrettelegginger som muliggjør brukermedvirkning og i større grad vektlegger brukerens egne livs- og hverdagserfaringer. Da vil det kanskje være viktig at samarbeidet innad i ansattgruppen også er preget av anerkjennelse ovenfor hverandres kunnskap. Ifølge Weber og Jensen (2016, s. 40) kan en erfaringskonsulent blant annet bidra til å synliggjøre erfaringskompetansen som et eget fagperspektiv. Bøe og Elvemo (2008, s. 307) presiserer riktignok at ”å anerkjenne andres erfaringskunnskap betyr ikke å devaluere sin egen fagkunnskap”.

A. Johansen (2018, s. 89) mener at hvis en brukers erfaring med en intervensjon er entydig negativ, så er det både et argument for å redusere bruken av den, og for å slutte helt med det, og i stedet

finne en annen måte å håndtere det problemet man prøver å løse. Dette tvinger behandleren til å reflektere, samt vurdere egen kunnskap og ferdigheter, og på denne måten høstes også ny kunnskap som kan bidra til å bedre den teoretiske forståelsen av mål og midler. ”Erfaringskunnskapen fører til at behandleren, som studerer det inntrufne, gjennomgår en selvutviklingsprosess og blir bedre i sin rolle. Dette skjer som en følge av at den erfaringsbaserte kunnskapen er blitt delt” (A. Johansen, 2018, s. 89). Dette samsvarer med fagutviklers påstand om at erfaringskonsulenten kunne bidra til åpenhet for ny kunnskap. På denne måten kan man også si at erfaringskonsulentrollen får en brobyggerfunksjon mellom fag- og brukerkunnskap – en funksjon ved rollen som erfaringskonsulenten selv beskrev i intervjuene.

Et annet aspekt ved anerkjennelsen av ulike kunnskapsformer dreier seg om ”hvordan ser den kunnskapen vi får gjennom folks egne beskrivelser ut i forhold til såkalt faglig kunnskap?” (Bøe & Thomassen, 2017, s. 77). Det er ønsket at psykisk helse- og rusarbeid skal være basert på et etisk, dialogisk og kontekstueit utgangspunkt. Endringsarbeidet er et samarbeid som uløselig er knyttet til den livssammenhengen den enkelte lever sitt liv i. Samtidig er det slik at behandling som tilbys skal være evidensbasert, altså at det er vitenskapelig dokumentert at det virker mot den aktuelle lidelsen. Bøe og Thomassen (2017, s. 93) stiller derfor spørsmålet: ”Er dette to uforenlige visjoner, eller er det mulig å sammenholde dem?”. De reflekterer rundt at det her oppstår her noen dilemmaer, men at innenfrakunnskapen i dag blir artikulert og gjort tilgjengelig gjennom ulike former for forskning, særlig innenfor recovery-forskningen (Bøe & Thomassen, 2017, s. 93). Innenfrakunnskapen vil ikke kunne gi generell, kontekstuavhengig kunnskap eller generelle, kontekstuavhengige metoder som er anvendbare i arbeidet med og rundt den enkelte. Imidlertid vil den kunne gi oss andre måter å arbeide på og bidra til et mangfold av mulige viktige kunnskaper. Dette er i tråd med hva erfaringskonsulenten påpekte – erfaringskonsulentens historie er ikke nødvendigvis riktig for alle, men det handler om å dele erfaringer og opplevelser. Karlsson og Borg (2018, s. 18) mener at beskrivelser av erfaringsbasert kunnskap gir legitimitet til den subjektive innenfra-beskrivelsen: ”slik opplever jeg det”.

## **5.5 Vurderingene av erfaringskonsulentrollen, sett i lys av roller, samarbeid og makt**

Goffman (2004) mener at roller er fastlagt med ulike rolleforventninger og rammer for hvordan rollen skal være. Recovery-perspektivet er i dag med å påvirke og utfordre den tradisjonelle, profesjonelle yrkesrollen ved å løfte og verdsette erfaringskompetanse. Jensen og Weber (2015, s. 232) peker på hvordan erfaringskonsulentstillingene er nye og at rollene dermed også er nye for

systemene og brukerne. Det å finne innpass for en ny rolle, mellom fagfolk og brukere, og sammen med fagfolk og brukere, kan by på utfordringer. Det at det ansettes personer med pasient-, bruker- og pårørender erfaring på mange ulike områder innen psykisk helse- og rusfeltet, og at stillingene varierer med ulik størrelse, ulike formål og arbeidsområder kan bidra til at man blir møtt med varierende rolleforventninger (Jensen & Weber, 2015, s. 233). Fagutvikler var opptatt av at det burde være et tydelig mandat til erfaringskonsulentrollen, altså at rolleforventningene var klargjort og at man var omforent om disse. Fagutvikler uttrykte at det i forkant av ansettelsen av erfaringskonsulent i kommunen hadde vært for lite klargjøring av rollen, og at man i etterkant så at det hadde vært ønskelig med mer faglig diskusjoner og avklaringer rundt rollen. Fagutvikler mente at det var viktig at man i en erfaringskonsulentrolle på lik linje med andre ansatte skulle ha definerte mål, slik at man ikke ble en slags kvalitetssikring i tjenestene. Erfaringskonsulenten nevnte ved et par anledninger i intervjuene at det var en frykt at rollen skulle fungere som et alibi. Blant annet trakk erfaringskonsulenten frem at rollen kunne være et alibi for brukermedvirkning på ulike nivåer i tjenestene og i utviklingsarbeid.

Det er altså naturlig at det foreligger forventninger til en rolle, og da også en erfaringskonsulentrolle og hva den kan bidra med i tjenestene. Leder trakk frem at det å dele erfaringer var en viktig del en erfaringskonsulent kunne bidra med. For eksempel å dele erfaringer rundt både sykdom og bedring, herunder om hvor lang tid ting kan ta eller erfaring med tilbakeslag. Erfaringskonsulenten vektla også at man i relasjonen med brukere kan dele erfaringer, for eksempel om møte med systemet. Å dele erfaringer rundt for eksempel NAV eller lokale tilbud ble også trukket fram av Borg et al. (2017, s. 49). Borg et al. (2017, s. 15) viser også til verdien av å dele erfaringer, praktisk kunnskap og følelsesmessige opplevelser. Ifølge erfaringskonsulenten kunne det å dele erfaringer være bidragsytende i målet om å etablere sterke relasjoner og tillit mellom tjenestene og brukere. Tjenesteleder problematiserte samtidig hvordan et møte med en erfaringskonsulent kunne oppleves negativt for en bruker; ”her har du noen som har fått det til, hvorfor får ikke du det til?”. I ”Sammen om mestring” skrives det at det ligger en utfordring for yrkesutøveren i å finne den rette balansen mellom å stimulere og avpasse krav og forventninger til brukeren (Helsedirektoratet, 2014, s. 68). Fagutvikler mente at det handler om å formidle at det er normalt å snuble og falle, for så at man reiser seg igjen og prøver på nytt. Leder mente en erfaringskonsulent også kunne dele erfaringer på ”ting man ikke greier eller får til”. Herunder la leder til at erfaringskonsulenten kunne dele erfaringer omkring forventninger man setter på seg selv, og forventninger andre har satt på en.

Et annet bidrag fra erfaringskonsulenten som ble trukket frem handlet om et ønske og en forventning om å viske ut et ”oss-dem-skille”. Erfaringskonsulenten poengterte at det er et ”oss”.

Løgstrup (2010) hevder at vi som mennesker har evne til å sette oss i andres situasjon, på bakgrunn av at vi kjenner oss selv og våre ønsker. Ved å bruke vår livsvisdom har vi gode forutsetninger for å kunne forstå den andres beste. Erfaringskonsulenten pekte på dette ved å mene at man ikke trenger å gå lengre enn i seg selv for å forstå hva en person med en psykisk og/eller ruslidelse trenger. ”Jeg trenger et trygt sted å bo, jeg trenger andre mennesker i livet mitt, jeg trenger noe meningsfylt å gjøre på dagen. Jeg tenker det er noen grunnleggende basale allmenne ting som gjelder for et oss”.

”Oss-dem-skilllet” ble også trukket frem av erfaringskonsulenten med henhold til hvordan det snakkes om og ved brukere i en personalsetting. Erfaringskonsulenten mente at måten det snakkes om brukere, påvirker møte i bruker-hjelper-relasjonen, og at det derfor var viktig å skape en bevisstgjøring rundt dette blant ansatte. Bruker-hjelper-relasjonen kan ses i lys av Løgstrup (2010), som mener man bør møtes som likeverdige i relasjonen. En likeverdig relasjon i en slik setting blir riktignok påvirket av maktpreget samhandling i tjenestene. Slik samhandling preges av politiske og økonomiske forhold, organisasjonsstrukturer og kulturelt betingede fagideologier. Øye og Norvoll (2013, s. 76) trekker riktignok frem at det blant annet skal legges til rette for brukermedvirkning innenfor de rammene som foreligger. Erfaringskonsulenten vektla at i en slik setting kan rollen bidra til en slik bevisstgjøringen – rundt ansattes holdninger og verdier. Dette er i tråd med et av funnene i rapporten til Borg et al. (2017, s. 50), som beskriver hvordan erfaringsmedarbeidere hadde bidratt til å endre kulturen i rus- og psykisk helsetjenester, blant annet ved større ydmykhet og ressursfokus blant andre ansatte. ”Endringer i fagpersoners holdninger kunne handle om språkbruk, hvordan de ble møtt og hvordan de var sammen. Mer lydhørhet og engasjement i personen og hans eller hennes situasjon var også opplevelser som gikk igjen” (Borg et al., 2017, s. 50).

Selv med fokus på en likeverdig samarbeidsrelasjon, vil relasjonen ennå være asymmetrisk, ettersom møtet forekommer i en kontekst hvor den ene søker hjelp for noe. Også her kan man da trekke frem *makt* som produserende og mulighetsskapende; et grep man kan ta for å styrke brukerens autonomi. En erfaringskonsulent kan følge brukeren i en slik prosess på en annen måte enn hjelperen, ved å vise til egen erfaring ved at det fins muligheter til å ta makten og kontrollen i eget liv. En erfaringskonsulent vil kunne jevne ut den asymmetriske forskjellen som allerede foreligger, som et resultat av at vedkommende både vet hvordan det er å være bruker, samtidig som vedkommende vet hvordan det er å være ansatt, og hvilke føringer det bringer med seg. Karlsson og Borg (2017, s. 138) peker på at tilnærmingene må tilpasses etter kontekst, deltakerne og tema for møtet og samtalen. Erfaringskonsulenten mente at recovery var personlige prosesser, samtidig som det var sosiale prosesser. Altså mente erfaringskonsulenten at de personlige bedringsprosessene var noe som foregikk i en kontekst og en sammenheng. Ifølge Karlsson og Borg (2017, s. 11) er recovery nettopp det, både personlige og sosiale prosesser som ikke kan atskilles.

Erfaringskonsulentene mente at om det lå forventninger og ønsker til rollen om å implementere brukerperspektivet og recovery i fag- og tjenesteutviklingen i kommunen, måtte det samtidig legges til rette for deltakelse i foraer hvor fag og utforming av tjenester drøftes. Ifølge Weber og Jensen (2016, s. 36) viser erfaringer til at det er av stor betydning å ha jevnlig arbeidsmøter med leder, team og ulike brukermiljøer for erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulentene pekte også på at det å bli gitt mulighet til å holde erfaringskunnskapen varm, hvor man drøfter sine dilemmaer, ut i fra sine perspektiver, var viktig, for å kunne være enda tydeligere på sitt perspektiv i arbeidet. Et perspektiv som gjerne er forventet at en erfaringskonsulent har med seg i arbeidet.

## **5.6 Oppsummering**

Den tidligere tradisjonelle hjelperrollen var preget av en faglig ekspert som brukte sin fagkunnskap for å identifisere og behandle pasientens problem (Andreassen, 2004, s. 68). Leder viste til at vi ennå er tidlig i utviklingen på feltet, med henhold til recovery-tenkning og ved å tenke erfaringskompetanse som kompetanse. Erfaringskonsulentene mente derimot at erfaringskunnskap allerede på slutten av 1990-tallet ble uttrykt tydelig, samtidig som det ble presentert et ønske om mer tverrfaglig og tverregenskapelig samarbeid, samt et ønske om å løfte brukerperspektivet. Erfaringskonsulentene la til at det handler om å endre tankesett, samt måten vi forstår og møter mennesker på. Det er derfor ikke bare en metode som skal læres og innøves, det er mer sammensatt og stort enn som så. Det handler kanskje også om at rollene må endres, og slik som Goffman beskriver, at rolleforventninger er styrende. Brukermedvirkning og brukerperspektivet kan kanskje derfor sies å utfordre de satte rollene og de asymmetriske maktforholdene i en bruker-hjelperrelasjon.



## 6. Oppsummering, implikasjoner for praksis og avsluttende kommentarer

Oppgavens formål har vært å undersøke hvordan ansatte med erfaringskompetanse kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i recovery-rettet rus- og psykisk helsearbeid. Gjennom kvalitative forskningsintervjuer har studien fått innblikk i informantenes opplevelser og erfaringer rundt både muligheter og utfordringer ved en erfaringskonsulentrolle. Jeg vil i denne siste delen av masteroppgaven gi en kort oppsummering, vise til implikasjoner for praksis og avslutningsvis vise til studiens relevans og bidrag for sosialt arbeid.

Jeg har i forbindelse med masterstudien gjennomført et gruppeintervju, samt fem individuelle intervjuer. Disse ble etterfulgt av transkribering og analyse av materialet. En tidskrevende, men samtidig verdifull prosess, med tanke på kjennskapet man knyttet til materialet underveis. Deretter, for belyse problemstillingen tok jeg sentrale aspekter i materialet og så dem i lys av nasjonale politiske og faglige føringer, Goffmans teori om roller og rolleforventninger, Meads teori om utvikling av selvbildet og identitet, Løgstrups blikk på likeverdige relasjoner, samt maktrelasjoner.

Jeg har vist hvordan informantene som er ansatt i ulike stillinger erfarer og reflekterer rundt den samme rollen, på ulike måter. Et av forskningsspørsmålene i min masterstudie har vært *Hva slags forventninger og erfaringer har informantene til rollen som erfaringskonsulent innen recovery-rettet arbeid?*. Å skape reell brukermedvirkning, løfte brukerstemmen, skape nye praksisformer; herunder samarbeidsbaserte praksiser, være rollemodeller og drive identitetsutvikling var noen av elementene som ble beskrevet av informantene. Informantene trakk i tillegg frem muligheten til å skape håp, å legge til rette for at alle er likeverdige borgere, å dele erfaringer, samt å viske ut et "oss-dem-skille". Å skape åpenhet for annen kunnskap ble også beskrevet, og på den måten kunne rollen være en brobygger mellom fag- og brukerkunnskap, samt tjenestene og brukerne.

Jeg har samtidig sett på *Hvordan vurderer informantene erfaringskompetanse som en del av recovery-arbeidets kunnskapsgrunnlag?*. Erfaringskompetanse ble presentert som en fersk tilnærming og vinkling, og det ble stilt spørsmålsteget ved hvordan man på en god og hensiktsmessig måte skulle benytte erfaringskompetansen i praksis. Flere av informantene så potensiale og var positive til erfaringskompetansen som kompetanse, men det ble samtidig påpekt at den ikke måtte bli en "fasit" eller den eneste "sannhet". Det ble av flere av informantene nevnt at nasjonale politiske og faglige føringer peker på og anbefaler erfaringskompetanse og anerkjennelse av brukerkunnskapen i psykisk helse- og rusarbeid. I den forbindelse reist spørsmål til hvordan recovery og erfaringskompetanse skulle nyttiggjøres i kommunal virksomhet.

I tillegg til de nevnte bidragene fra rollen ble hvordan å unngå lojalitetskonflikter, hvordan å argumentere mot en som argumenterer ut i fra egne opplevelser, hvordan å unngå at rollen blir et alibi, og hvordan å forankre kompetansen og rollen i systemet og skape anerkjennelse, trukket frem som aspekter og potensielle utfordringer.

Jeg har underveis i arbeidet med masterstudien reflektert over i hvilken grad de ulike stillingene informantene var ansatt i hadde noe å si for synet på erfaringskompetanse og erfaringskonsulentrollen. Jeg presenterte innledningsvis i kapittel 5 at konteksten den enkelte informant snakket ut ifra kunne variere med hvilken rolle og stilling vedkommende hadde. Inntrykket jeg sitter igjen med er altså at rollen og stillingen vil legge føringer med henhold til at de snakker ut i fra ulike kontekster, altså den kontekst som preger deres daglige arbeid.

Funnene i studien baserer seg på erfaringene og opplevelsene til fem ansatte i seksjons for psykisk helse og rus i en kommune, og kan derfor ikke generaliseres. Studien har kun gyldighet innenfor sitt undersøkelsesområde; praksisfeltet, hvor den kan gi kunnskap i form av å bidra til økt refleksjon omkring temaene erfaringskonsulenter, brukerperspektiv og recovery.

### *Implikasjoner for praksis*

I Norge de siste årene har interessen for å ansette personer med brukererfaring i ulike roller i psykisk helse- og rusfeltet økt. Recovery har samtidig vokst fram som en følge av endringene rundt brukerinvolveringen i tjenestene. Det handler i recovery om å skape samarbeidsbaserte praksiser. Erfaringer med recovery-orientering av tjenester viser ifølge Biong og Borg (2016, s. 25) til at de daglige praksiser må gjennomgå i forhold til hvordan samarbeidet og relasjonene mellom fagpersoner, brukere og pårørende fungerer. Karlsson og Borg (2017, s. 138) hevder at det å utvikle relasjonell recovery i psykisk helse- og rustjenester innebærer en omorganisering av tjenestene. Det innebærer som tidligere presentert en utvidelse av kunnskapsgrunnlaget, andre fagpersonroller og personalsammensetninger, andre brukerroller, samt å forstå, synliggjøre og arbeide med forhold som representerer barrierer for personens livsprosesser (Karlsson & Borg, 2017, s. 138). En omstrukturering av tjenestene innebærer derfor å forstå og endre på maktforhold. Ett eksempel på dette er at det er brukernes forståelse av egen situasjon skal ha forrang. For å oppnå dette må man et samarbeid som muliggjør en relasjon basert på dialog, hvor man kan dele og skape forståelse for den aktuelle situasjonen. Ifølge Repper og Perkins (2003, referert i Karlsson & Borg, 2017, s. 150) handler det om å anerkjenne personer som ressurser, og bygge på de styrker og kompetanser de har – herunder brukerkunnskapen. På denne måten vil man legge til rette for fellesskap og gjensidighet,

hvor man kan bryte ned barrierer og fremsnakke mangfold og variasjon. Dette igjen kan bidra til at tjenestene fungerer som katalysator for endring. Repper og Perkins (2003, referert i Karlsson & Borg, 2017, s. 150) peker herunder på at å utvide teamet med brukeransettelser vil kunne bidra til å skape nye praksisformer.

Samarbeid fremstår for meg som et nøkkelord og en viktig implikasjon for praksis. Herunder samarbeid på ulike nivåer. Det handler blant annet om å skape et samarbeid rundt erfaringskonsulentrollen, om dens mandat og rolleforventninger. Videre kan man se på samarbeid som en funksjon av erfaringskonsulentrollen, i å være et bindeledd eller brobygger mellom tjenesteapparat og bruker. Dette er i tråd med recovery og visjonen om å skape samarbeidsbaserte praksiser. Et samarbeid er derfor også et nøkkelord for å oppnå reell brukermedvirkning og styrke et brukerperspektiv i tjenestene. En implikasjon som vokser ut ifra dette, som blant annet støttes av Helsedirektoratet (2014), er at brukerkunnskap og fagkunnskap må ses i sammenheng. Hvis ikke brukerkunnskapen ses i sammenheng med fagkunnskapen, vil det ikke være en likeverdig relasjon. En slik skjev maktfordeling vil derav ikke legge til rette for et velfungerende samarbeid.

Erfaringskonsulenten var også tydelig på at hvis brukerkunnskapen skulle løftes og brukerstemmes høres, måtte det legges til rette for deltakelse i de foraer hvor fag drøftes. Det var samtidig viktig for erfaringskonsulenten med foraer hvor erfaringskompetansen kunne ”holdes varm”, altså et foraer for å dele erfaringer.

### *Studiens bidrag til sosialt arbeid*

Samarbeid blir i ”Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere” pekt på som en forutsetning for utøvelse av helse- og sosialfaglig arbeid (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 8). Gode relasjoner mellom yrkesutøver og bruker er grunnlaget for et helhetlig og godt koordinert tjenestetilbud. For at man skal kunne samarbeide mot et felles mål må yrkesutøveren ha kjennskap til, samt vise respekt for den andres kompetanse og roller. Det poengteres at yrkesutøvernes arbeid skal ta utgangspunkt i brukernes egne verdier, kunnskap og ressurser (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 3). ”Gjennom dialog og tilrettelegging for medvirkning skal yrkesutøveren bidra til å styrke den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger” (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 6).

Sosialt arbeid har her mange likhetspunkter med recovery-orientert arbeid (Askheim, 2016, s. 201). Sosialt arbeid har et dobbelt mandat; det skal ha fokus på individuelle problemer, samt samfunnsmessige og strukturelle forhold som forårsaker enkeltpersoners sosiale utfordringer. Dette

kan ses i lys av recovery som både personlige og sosiale prosesser, som ikke kan atskilles (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Askheim (2016, s. 202) viser til at sosialt arbeid i dag har et mer interaksjonistisk perspektiv enn tidligere – hovedfokuset ligger nå på interaksjonen mellom yrkesutøver og bruker, ikke yrkesutøver som ekspert som ved tidligere tradisjoner. Levin (2004, s. 76) hevder at sosialt arbeids forståelsesramme bygger på en forestilling om at det enkelte menneske er unikt, og hvor det formes gjennom relasjoner til de nærmeste, samt den konteksten det befinner seg i. Å se ”personen i situasjonen” handler derfor om å se *personen*, og forstå hans/hennes *situasjon*. Levin (2004, s. 13) påpeker også på at sosialt arbeid som fag ikke kan ses uavhengig av praksis. Studiens relevans og bidrag kan knyttes til dette, ved at man gjennom erfaringskonsulentrollen, får inn brukerstemmen og de praksisnære erfaringene i tjenestene. Ifølge A. Johansen (2018, s. 85) handler det nettopp om å legge læreboken til side og se mennesket man har foran seg, og den konteksten som utgjør akkurat det menneskets erfaringsverden.

I sitatet innledningsvis i masteroppgaven het det seg at komplekse fenomener ikke lar seg så lett forklare. Den medisinske modellen var i tidligere tradisjoner styrende, mens i dag tar man utgangspunkt i en mer kontekstuell modell, hvor man forsøker å se helheten og det mangfoldet av elementer som utgjør bakgrunnen for at et menneske har søkt hjelp. For å oppnå dette må man inkludere innenfrakunnskapen, altså erfaringskompetansen. Økningen av brukeransettelser innenfor psykisk helse og rus kan ses i lys av at ”*Erfaringskonsulenten skal endre tjenestene på brukernes premisser*” (Weber & Jensen, 2016, s. 39). Ettersom systematisert erfaringskunnskap og brukeransettelser settes i sentrum for et recovery-rettet arbeid, vil det derfor kunne bidra til å styrke det uttalte ønske om brukerperspektiv i psykisk helse- og rusarbeid.

### *Refleksjoner i etterkant*

Jeg anser bredden i informantgruppen som en styrke i studien, altså hvordan problemstillingen belyses gjennom å se på ulike rollers synspunkter og forventninger til erfaringskonsulentrollen. Det har skapt en spennende diskusjon, og jeg tror at den er virkelighetsnær og på den måten kan reflektere praksisfeltet. Det har føltes både viktig og interessant å ha en som selv er ansatt i erfaringskonsulentrollen med i informantgruppen. Det kunne vært interessant og intervjuet flere erfaringskonsulenter som jobber på ulike nivåer i tjenestene, men oppgavens omfang og tidsramme la begrensninger for utvidelse av prosjektet. Jeg synes det har vært spennende å jobbe med masterstudien og tematikken, ettersom det stadig ansettes flere erfaringskonsulenter og det derfor oppleves høyst dagsaktuelt. Kapittel 1 er preget av helse- og sosialpolitiske dokumenter og føringer, nettopp for å forsøke å reflektere feltet. Det var disse dokumentene og føringene som i utgangspunktet fattet min interesse for problemstillingen, ved at jeg stilte spørsmålsteget ved

hvordan brukerperspektivet styrkes av brukeransettelsene. Jeg har derfor valgt å heller inkludere faglitteratur senere i oppgaven. Skulle oppgaven vært skrevet på nytt, kunne jeg vurdert om dette burde vært annerledes. For meg føltes det riktignok som en naturlig innfallsvinkel og oppbygning av oppgaven nå, også ettersom det ble påpekt av informantene at dette var føringer som lå for feltet, og de reflekterte rundt hvordan man skulle omsette det til praksis og kommunal virksomhet.

Metodisk valgte jeg å gjennomføre et innledende gruppeintervju og deretter individuelle oppfølgingsintervju. Jeg synes dette var en spennende og givende framgangsmåte. Jeg fikk gjennom gruppeintervjuet et bredt overblikk over tematikken, som ga muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål i de individuelle intervjuene, samt muligheten til å spørre nærmere om den enkeltes hverdag, opplevelse og erfaringer i tilknytning til erfaringskonsulentrollen. Et gruppeintervjus dynamikk avhenger mye av hvor mye informantene deler i gruppesettingen. Jeg var heldig, jeg hadde en informantgruppe som var frittalende og spilte på hverandre. Dette er ikke gitt i et gruppeintervju, så jeg tenker at det i utgangspunktet var en god framgangsmåte å ha individuelle intervjuer i etterkant. Dette lot seg riktignok gjøre ettersom antall informanter i studien var få. I presentasjon av funnene gikk jeg flere runder på om jeg skulle skrive informantene i en fast rekkefølge eller om jeg skulle la tematikken være styrende for rekkefølgen av presentasjonen. Jeg valgte sistnevnte, da jeg følte dette ga best flyt for teksten og interessant lesing. Dette handlet om at tematikken henger så nært sammen, og det derfor også var vanskelig å lage skiller i teksten. Jeg kunne valgt å skrive i en fast rekkefølge som ville gitt en mer ryddig leseopplevelse, men endte opp med å presentere på en måte som jeg følte ga teksten mest flyt. Å gjennomgående holde en rød tråd i oppgaven har vært utfordrende, da temaene som nevnt henger nært sammen. Det har vært utfordrende å skulle vise de ulike delene, samtidig som man fikk frem helheten av de. Dette har samtidig vært noe av det mest interessante å jobbe med og jeg tenker at det bekrefter de sammenhengene jeg har ønsket å se på.

Helt avslutningsvis vil jeg igjen takke informantene for at de delte sine opplevelser med meg, det har gjort arbeidet med masteroppgaven veldig interessant og lærerikt. Selv om det tidvis har vært høye skuldre og lange dager, er jeg veldig glad for at jeg har fått muligheten til å gjennomføre masterstudien, som har resultert i denne masteroppgaven.

## 7.0 Referanseliste

- Andreassen, T. A. (2004). Brukermedvirkning i praksis - Faglig fortolkning av politiske mål. I R. Dahle & K. Thorsen (Red.), *Velferdstjenester i endring* (s. 53-72). Bergen: Fagbokforlaget.
- Arbeids- og velferdsetaten. (2013). Medarbeider med brukererfaring. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relateret+informasjon/medarbeider-med-brukererfaring>
- Askheim, O. P. (2016). Recovery-perspektivet: Utfordrende, men utydelig og uavklart. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser* (s. 192-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørger, D. (2013). Fremveksten av brukermidvirkning i Norge – strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 372-378.
- Borg, M., Sjøfjell, T. L., Ogundipe, E. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus*. Hentet fra <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2017/06/Forskningsrapport-Brukeres-erfaringer-med-hjelp-og-stotte-fra-erfaringsmedarbeidere-innen-psykisk-helse-og-rus.pdf>
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brumoen, H. (2010). Svake og sterke øyeblikk – Bygging av mestringsstilling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(11), 1020-1025.
- Bøe, T. D. & Elvemo, O. (2008). Psykisk lidelse - en kvalifikasjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 306-308.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Et nytt psykisk helsevern - ny kunnskap?* . Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Fellesorganisasjonen. (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Fylkesmannen i Oslo og Akershus. (2017). Psykisk helse og rus. Hentet fra <https://www.fylkesmannen.no/Oslo-og-Akershus/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Psykisk-helse-og-rus/>
- Goffman, E. (2004). *Social samhandling og mikrosociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1 - KAP1-2>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - doping*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester LOV-2011-06-24-30*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2011). Medarbeider med brukererfaring – en ressurs.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS- 8 2015 Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak LOV-2001-06-15-93*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Institute of Mental Health ved University of Nottingham. (u.å.). Our reserach. Hentet fra <http://www.researchintorecovery.com/research>
- Jensen, M. J. F. & Weber, A. (2015). Mellom barken og verden. Stilling: erfaringskonsulent. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), (s. 231-239). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, A. (2018). Erfaring gir bedre behandling! I B. Karlsson & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (s. 85-93). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johansen, K. A. (2016). Erfaringsprofesjonen. *Rus & Samfunn*, 9(3), 32-35.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2018). Introduksjon. I B. Karlsson & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (s. 11-27). Bergen: Fagbokforlaget.
- Korsbek, L. & Petersen, L. (2016). Peerstøtte i de etablerte psykiatriske og psykosociale innsatser - hva sier litteraturen om effekten? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(4), 288-304. doi:10.18261/issn.1504-3010-2016-04-02
- Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4. utg.). Århus: Forlaget Klim.
- Mead, G. H. (2005). *Sindet, selvet og samfundet*. København: Akademisk Forlag.
- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner. Realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018). Over 40 erfaringskonsulenter i Oslo. Hentet fra <https://www.napha.no/content/22170/Over-40-erfaringskonsulenter-i-Oslo>
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. (2017). Erfaringskonsulenter - vanlige spørsmål. Hentet fra <http://www.erfaringskompetanse.no/ressurs/erfaringskonsulenter-vanlige-sporsmal/>
- Nyttingnes, O. (2008). Er brukersettelser mulig og ønskelig? – Internasjonale erfaringer med brukersettelser i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 310-320.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 - KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 - KAPITTEL_3)
- Pedersen, A. (2014). Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet - helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 99-118). Bergen: Fagbokforlaget.
- Personvernombudet for forskning. (2017). Informasjon og samtykke. Hentet fra [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/)
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern LOV-1999-07-02-62*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Recovery in the bin. (u.å.). RITB – Key Principles. Hentet fra <https://recoveryinthebin.org/ritbkeyprinciples/>
- Rob, S. B. (2015). Anerkjennes erfaringskompetanse på lik linje med fagkompetanse? . *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(3), 256-260.
- Rogan, T. (2014). Fra Opptappingsplan til samhandlingsreform. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 15-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rydheim, S. H. & Svendsen, E. (2014). Hvilken plass har erfaringskonsulenter i tjenestene innenfor psykisk helse? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 368-376.
- Rådet for psykisk helse. (2009). Med livet som kompetanse. Hentet fra <http://docplayer.me/22416-Med-livet-som-kompetanse.html>
- Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P. & Rowe, M. (2006). The Treatment Relationship in Peer-Based and Regular Case Management for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(8), 1179-1184.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell*. 2. utgave, oversatt av R. K. Karlsen, I. Wormdahl og L. B. Ødegaard. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Smith, J., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten LOV-1999-07-02-61*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thagaard, T. (2016). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Volden, O. (2014). Hvis vi tar brukerperspektivet helt ut - brukerperspektivets forutsetninger, status og konsekvenser. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 73-98). Bergen: Fagbokforlaget.
- Weber, A. K. & Jensen, M. J. F. (2016). Brukeransettelser. Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet. Hentet fra <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2016/03/Håndbok-for-erfaringskonsulenter.pdf>
- Westerlund, H. (2012). *Begreper i psykisk helsearbeid*. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/3094/80006-Hefte-Ord-og-begreper.pdf>
- Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 73-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.



## **Vedlegg 1: Informasjonsskriv**

### **Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjektet:**

#### ***Erfaringskonsulenter i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid***

##### **Bakgrunn og formål**

I mitt mastergradsprosjekt i sosialt arbeid på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), ønsker jeg å studere bruken av erfaringskonsulenter i helse- og velferdstjenester. Målet med studien er å få kunnskap om hvordan erfaringskonsulenter kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, og hvordan rollen kan bidra til å øke kvaliteten på tjenestene. Studien vil ta utgangspunkt i recovery som faglig perspektiv.

##### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

For å få svar på mine forskningsspørsmål, ønsker jeg å få kontakt med personer som har erfaring med både å ansette, samarbeide med og selv være erfaringskonsulent. Disse vil jeg invitere til å stille opp til forskningsintervju med meg. Intervjuet tar form som en profesjonell samtale der jeg er opptatt av å få vite hva du/dere tenker om de spørsmålene jeg har omkring det å arbeide med og som erfaringskonsulent. Spørsmål som blir stilt vil dreie seg om rollen som erfaringskonsulent, brukermedvirkning, recoveryrettet arbeid og endringshistorier.

Jeg planlegger både et gruppeintervju og individuelle oppfølgingsintervju. Intervjuene vil ta omtrent en time. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptaker hvis det er greit for den som intervjues.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som du/dere deler med meg i intervjuene, skal kun brukes i min masteroppgave.

Lydopptakene av intervjuene vil skrives ut og utgjøre datagrunnlaget for min studie. Alle personopplysninger anonymiseres og behandles konfidensielt. Det er kun jeg som vil ha tilgang til personopplysninger og lydopptak. Lydopptak lagres på datamaskin med brukernavn og passord. Det er kun jeg som har tilgang til denne. Min veileder ved Høgskolen i Oslo og Akershus vil imidlertid få innsyn i de utskrevne intervjuene.

All informasjon både om deg/dere som informanter, plassen dere arbeider ved o.l., vil bli anonymisert ved at jeg gir dere fiktive navn. Ingen personer vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2018. Alle personopplysninger brukt i studiet, i form av notater og lydopptak, vil bli slettet ved prosjektets slutt.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Har du spørsmål om prosjektet, kan du kontakte meg på telefon 48190532 eller e-post [pia.huseby@gmail.com](mailto:pia.huseby@gmail.com). Du kan også kontakte min veileder ved HiOA, førsteamanuensis Sidsel Natland på telefon 99352737 eller e-post [Sidsel-Therese.Natland@hioa.no](mailto:Sidsel-Therese.Natland@hioa.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om Pia Husebys mastergradsprosjekt om bruk av erfaringskonsulenter i rus- og psykisk helsearbeid. Jeg er informert om mine rettigheter som informant, og er villig til å delta.

Navn:

Adresse:

E-post:

Telefon:

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

**Tema:** Erfaringskonsulenter/medarbeidere med brukererfaring, brukerperspektiv i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, recovery

**Problemstilling:** Hvordan kan ansatte med erfaringskompetanse bidra til å styrke et brukerperspektiv i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid?

**Form:** Jeg ønsker å gjennomføre et gruppeintervju og individuelle intervjuer. Intervjuene vil jeg gjøre med erfaringskonsulent(er), leder(e) og sosialarbeider(e).

### Gruppeintervju

#### Avklaring

- Forskjellen erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring

#### Brukerperspektiv

- Hvor synlig er brukerperspektivet i tjenestene i dag?
- Hvordan kan erfaringskompetanse være med å styrke brukerperspektivet?
  - o I hefte "Medarbeider med brukererfaring – en ressurs" utarbeidet av NAV og Helsedirektoratet skrives det blant annet at "Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring er én av flere måter å styrke brukerperspektivet og brukervedvirkning i tjenestene på" – hvorfor?

#### Rollen som erfaringskonsulent

- Hva innebærer rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring?
  - o Arbeidshverdagen og arbeidsoppgaver
- Hvilke muligheter og utfordringer er knyttet til rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring?

#### Erfaringskonsulentens bidrag

- Hva er det viktigste ansatte med erfaringskompetanse bidrar med?
  - o Til brukerne
  - o Til arbeidsplassen/kolleagaene
- I erfaringskonsulentundersøkelsen fra 2016 trekkes blant annet håp frem som et av de viktigste bidragene til erfaringskonsulenter. På hvilken måte føler dere at rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring kan være med å skape håp hos brukerne?

#### Recoveryrettet arbeid

- Hvordan praktiseres recovery som faglig satsningsområde?
- Hvorfor er erfaringskompetanse en viktig del av recoveryorientert arbeid?
  - o Blant annet veilederen Sammen om mestring fra Helsedirektoratet skriver "Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene, og er et anbefalt tiltak for å fremme en recoveryorientert praksis" – hvorfor?

#### Oppsummering og eventuelle avklaringer

## Individuelle intervjuer

### **Erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring:**

#### Rollen som erfaringskonsulent

- Jeg har tidligere spurt hva rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring innebærer. Jeg vil gjerne ta opp tråden her. Kan du fortelle om hvordan en vanlig dag ser ut for deg?
- Må man ha noen form for utdanning for å være erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring? → Svar på i avklaringen gruppeintervju?
- Hvilken opplæring fikk du når du begynte her?

#### Recoveryrettet arbeid

- Hva er recovery for deg?
- Hvilken opplæring har du fått i recovery?
- Hvordan er rollen som erfaringskonsulent med på styrke det recoveryrettede arbeidet?

#### Erfaringskonsulentens bidrag

- Hvordan kan erfaringskonsulenter bidra til at brukerstemmen blir mer hørt i tjenestene?
- Hva føler du er ditt viktigste bidrag i rollen som erfaringskonsulent?
  - o Til brukerne
  - o Til arbeidsmiljøet

#### Endringshistorie

- Kan du fortelle litt om din historie med endring?
  - o Hverdagen, behandling, relasjoner
  - o Var du selv i kontakt med erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring?
  - o Viktigheten av arbeid i dag

#### Utfordringer

- Opplever du noen utfordringer i arbeidshverdagen?
  - o Hvordan er det å jobbe i et miljø man har fortid med, eventuelt har brutt med?
  - o Se systemet fra to sider - i dag en del av de ansatte

#### Tilbakemeldinger

- Har du fått feedback fra miljøet på rollen din og jobben du gjør?
  - o Brukere
  - o Kollegaer

#### Oppsummering og eventuelle avklaring

## Leder:

### Rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring

- Jeg har tidligere spurt hva rollen som erfaringskonsulent eller medarbeider med brukererfaring innebærer. Jeg vil gjerne ta opp tråden her. Kan du fortelle om hvorfor dere har valgt å ansette medarbeidere med brukererfaring/erfaringskonsulent?
- I hvilken grad vektlegges noen form for utdanning for å bli ansatt som erfaringskonsulent eller medarbeider med brukererfaring?
- Hvilken opplæring fikk den ansatte med erfaringskompetansen når han/hun/de begynte her?

### Recoveryrettet arbeid

- Hva er recovery for deg?
- Har alle ansatte opplæring i recovery?
- Hvordan er rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring med på styrke det recoveryrettede arbeidet?

### Erfaringskonsulentens bidrag

- Hvordan kan ansatte med erfaringskompetanse bidra til at brukerstemmen blir mer hørt i tjenestene?
- Hva er det viktigste bidraget til de ansatte med erfaringskompetanse i tjenestene?
  - o Til brukere
  - o Til arbeidsmiljøet

### Endringshistorie

- Hvordan tror du endringshistorien til erfaringskonsulenten/medarbeideren med brukerkompetanse kan virke positivt i tjenestene?
  - o Hvordan bruke endringshistorien til å skape utvikling hos andre?

### Utfordringer

- Opplever du noen utfordringer i arbeidshverdagen knyttet til rollen til den ansatte med erfaringskompetanse?

### Tilbakemeldinger

- Hvordan er feedbacken fra miljøet på rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring og jobben vedkommende gjør?
  - o Brukere (brukerundersøkelser)
  - o Kollegaer

### Oppsummering og avklaring

## **Sosialarbeider/miljøterapeut:**

### Rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring

- Jeg har tidligere spurt hva rollen som erfaringskonsulent eller medarbeider med brukererfaring innebærer. Jeg vil gjerne ta opp tråden her. Kan du fortelle om en vanlig dag for deg og hvordan det er å samarbeide med den ansatte med erfaringskompetanse?

### Recoveryrettet arbeid

- Hva er recovery for deg?
- Hvordan er rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring med på styrke det recoveryrettede arbeidet?

### Erfaringskonsulentens bidrag

- Hvordan kan ansatte med erfaringskompetanse bidra til at brukerstemmen blir mer hørt i tjenestene?
- Hva er det viktigste bidraget til de ansatte med erfaringskompetanse i tjenestene?
  - o Til brukere
  - o Til arbeidsmiljøet

### Endringshistorie

- Hvordan tror du endringshistorien til erfaringskonsulenten/medarbeideren med brukerkompetanse kan virke positivt i tjenestene?
  - o Hvordan bruke endringshistorien til å skape utvikling hos andre?

### Utfordringer

- Opplever du noen utfordringer i arbeidshverdagen knyttet til rollen til den ansatte med erfaringskompetanse?

### Tilbakemeldinger

- Hvordan er feedbacken fra miljøet på rollen som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring og jobben vedkommende gjør?
  - o Brukere
  - o Kollegaer

### Oppsummering og avklaring

## Vedlegg 3: NSD-godkjenning



Sidseil Therese Natland  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 01.11.2017

Vår ref: 56326 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

### Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 02.10.2017 for prosjektet:

56326	<i>Erfaringskonsulenter i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sidseil Therese Natland</i>
<i>Student</i>	<i>Pia Huseby</i>

#### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

#### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

#### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

#### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / [belinda.helle@nsd.no](mailto:belinda.helle@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Pia Huseby, [pia.huseby@gmail.com](mailto:pia.huseby@gmail.com)





### FORMÅL

Formålet er å studere bruken av erfaringskonsulenter i helse- og velferdstjenester. Målet med studien er å få kunnskap om hvordan erfaringskonsulenter kan bidra til å styrke et brukerperspektiv i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, og hvordan rollen kan bidra til å øke kvaliteten på tjenestene. Studien vil ta utgangspunkt i recovery som faglig perspektiv.

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

### SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

### TREDJEPERSON

Det behandles enkelte opplysninger om tredjeperson. Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere.

### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 15.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak