

«REPRESENTANTER FOR HÅPET»

EN STUDIE AV ERFARINGSKONSULENTENS ROLLE OG FUNKSJON I DET
PSYKISKE HELSEFELTET.

AV

NINA BORCHGREVINK LUND ANDERSEN

Veileder

ANNE MARIE STØKKEN

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2013

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Institutt for sosiologi og sosialt arbeid

Sammendrag

Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen i Norge. Økt fokus på psykisk helse og brukermedvirkning har vært et stort satsningsområde i Norge de siste årene.

Erfaringskompetanse er et voksende felt innenfor psykiske helsetjenester, og kan sees på som en videreføring av brukerperspektivet. Sett i lys av at erfaringskompetanse er et relativt nytt felt innenfor psykisk helsearbeid, er det lite forskning på systematisk ansettelse av mennesker med brukererfaring. Hvordan kan tidligere brukere med erfaring fra å være psykisk syke være nyttige i psykiske helsetjenester? Hensikten med denne studien er å belyse et utvalg erfaringskonsulenters erfaringer med å jobbe i det psykiske helsefeltet. Hvilken rolle og funksjon har de og hvordan kombineres erfaringer og fagkompetanse i det psykiske helsefeltet? Problemstillingen lyder slik: «Hva er erfaringskonsulentenes rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet?»

Datainnsamlingen ble gjort våren 2013 gjennom kvalitative dybdeintervju, med temabasert intervjuguide, av syv informanter som jobber innenfor det psykiske helsefeltet. Fire av informantene er ansatt i klinikk for psykisk helse, mens tre av dem jobber på et brukerstyrt senter.

Analysen av datamaterialet frembrakte noen fremtredende fellestrekk blant informantenes beskrivelser og oppfatninger av deres rolle og funksjon. Informantene hadde en felles oppfatning av at de i kraft av egne erfaringer ga håp om bedring til pasientene. De pekte alle på at den gjensidige gjenkjennelse mellom dem og brukerne/pasientene kunne være viktig for brukernes/pasientenes bedring og opplevelse av å bli forstått og hørt. Det var stor enighet blant informantene om at erfaringskompetanse bør være et supplement til fagkompetanse, og at den ikke kan stå alene. Et fremtredende funn er erfaringskonsulentenes ønske om tettere samarbeid med de fagansatte og større markedsføring fra ledelsen. Rollen oppleves av de fleste informantene som tydelig. Samtidig blir rollen beskrevet som fri og udefinert. Den frie rollen oppleves som både positiv og negativ. Noen etterlyste imidlertid fastere rammer, og et tydeligere mandat.

Oppgaven konkluderer med at erfaringskonsulentenes mest synlige funksjon er gjenkjennelsen og håpet de gir pasienten. Erfaringskonsulentene kan selv bli styrket gjennom arbeidet de gjør. Man kan dermed snakke om en dobbelgevinst der både bruker og brukeransatt drar nytte av erfaringskompetanse. For å kunne gi håp og jobbe som erfaringskonsulent er det viktig at den brukeransattes sykdomshistorie er bearbeidet. Det kan se ut til at erfaringskonsulentenes rolle bør tydeliggjøres i forhold til hvor fri eller hvor definert den skal være. I forlengelsen av det er det viktig at det er samsvar mellom ledelsens forventninger og erfaringskonsulentens forutsetninger. Erfaringskompetanse som arbeidsfelt innenfor psykisk helsearbeid er enda «ferskt.» Det kan ta tid før ordningen med erfaringskonsulenter blir etablert. Med tiden vil man antagelig få flere «rollemodeller» å lære av, slik at erfaringskonsulentene og de fagansatte har flere erfaringer å se til.

Nøkkelord: erfaringskompetanse, erfaringskonsulent, brukeransatt, roller, brukermedvirkning, innenfra-kunnskap, evidensbasert praksis, profesjoner, habitus, makt, personlig kompetanse og relasjoner.

Forord

Nå er dagen her, dagen min masteroppgaven i velferdsstudier skal leveres. Da jeg i januar satt i gang med undersøkelsen, virket målet om en ferdig masteroppgave langt unna. Veien hit har vært lang, men spennende og læringsrik. Prosessen har vært preget av opp og nedturer, frustrasjon og glede. I den forbindelse er det noen jeg ønsker å takke.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til mine syv informanter som lot seg intervju. Hver og en av dere har vært til stor inspirasjon. Uten dere hadde ikke denne masteroppgaven blitt til.

Jeg ønsker å rette en spesiell takk til min veileder, Anne Marie Støkken, for god oppfølging, konstruktive tilbakemeldinger og gode råd. Veiledningen har vært uvurderlig for at jeg skulle komme i mål med oppgaven.

Takk også til Arne Thomassen, Arne August Larsen og Tove Johnsen for at dere tok dere tid til å møte meg og gi meg gode råd.

Jeg vil også takke min kjære samboer Vidar, som har støttet, hjulpet og inspirert meg til å stå på videre. Takk for tålmodigheten du har vist mens jeg har vært i min «masterboble.» Takk også til mine foreldre, Reidun og Kjell, som alltid stiller opp og støtter meg. Dere er fantastiske.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til alle venner, familie og kjente som har heiet meg fram. Jeg setter stor pris på dere alle.

Kristiansand, 3. juni 2013

Nina Borchgrevink Lund Andersen

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag | 1 |
| Forord | 3 |
| Kapittel 1 Innledning | 8 |
| 1.1 Interesse for feltet | 8 |
| 1.2 Presentasjon av tema og problemstilling | 9 |
| 1.3 Begrepsavklaringer | 12 |
| 1.4 Tidligere forskning og erfaringer | 16 |
| 1.4.1 MB-utdanning | 16 |
| 1.4.2 Internasjonale erfaringer med brukeransettelser | 20 |
| 1.4.3 Kartlegging av brukeransettelser i Norge | 20 |
| 1.4.4 Annen forskning på feltet..... | 22 |
| 1.5 Videre oppbygging av oppgaven | 24 |
| Kapitel 2. Metode | 25 |
| 2.1 Det kvalitative intervju | 25 |
| 2.2 Rekruttering og utvalg | 29 |
| 2.3 Gjennomføring av intervjuene..... | 31 |
| 2.4 Intervjuguide..... | 32 |
| 2.5 Kvalitetskriterier: Validitet og reliabilitet | 33 |
| 2.6 Forskningsetiske hensyn/forskningsetikk | 35 |
| 2.7 Forforståelse | 37 |

| | |
|---|-----------|
| Kapitel 3 Teoretisk rammeverk | 38 |
| 3.1 Evidensbasert praksis og innenfra-/utenfraperspektivet..... | 38 |
| 3.1.1 Innenfra-/utenfraperspektivet..... | 44 |
| 3.1.2 Kan evidensbasert praksis og innenfrakunnskapen forenes?..... | 45 |
| 3.2 Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid | 46 |
| 3.3 Brukerkunnskapen i møte med habitus | 49 |
| 3.3.1 Habitus | 49 |
| 3.3.2 Sosiale felt og doxa | 51 |
| 3.4 Makt, profesjonskamp og rolleendring..... | 54 |
| 3.4.1 Makt og profesjonskamp..... | 54 |
| 3.4.2 Samarbeid | 58 |
| 3.4.3 Domenekompatibilitet..... | 58 |
| 3.4.4 Ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet..... | 59 |
| 3.4.5 Mandatkompatibilitet | 60 |
| 3.4.6 Rolleendring..... | 60 |
| 3.5 Personlig kompetanse- en viktig del av profesjonaliteten | 64 |
| 3.5.1 Kompetansetrekanten..... | 65 |
| Kapitel 4 Empiri og analyse | 68 |
| 4.1 Systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse | 68 |
| 4.2 Gjenkjennelsen - betydningen av innenfrakunnskap..... | 70 |
| 4.3 Representanter for håpet – om å gi håpet et ansikt..... | 74 |
| 4.4 «Veien blir til mens man går» - om å definere rollen..... | 81 |

| | |
|--|------------|
| 4.5 Samarbeid - «Erfaringskompetanse kan ikke stå på egne bein» | 86 |
| 4.6 Makt og konfliktlinjer..... | 90 |
| Kapitel 5. Oppsummering | 97 |
| 5.1 Oppsummering av hovedfunn | 97 |
| 5.2 Studiens betydning og videre spørsmål | 100 |
| Litteraturliste..... | 102 |
| Vedlegg 1: Godkjenning fra Personvernombudet..... | 108 |
| Vedlegg 2: Forespørsel og samtykke til å delta i intervju | 110 |
| Vedlegg 3: Intervjuguide | 112 |

Sykepleieren de henger 4 meter oppå veggen, de har et liv som er helt utenfor rekkevidde for meg. Men de brukeransatte henger 2 meter oppe på veggen. Hvis jeg strekker meg kan jeg nå dem. De er innenfor rekkevidde, jeg kan forestille meg at kanskje jeg engang kan få et liv som de har...

(Sitat fra bruker på et dagsenter i Elvemo & Bøe, 2008, s. 307)

Kapittel 1 Innledning

1.1 Interesse for feltet

Jeg har lenge hatt interesse for det psykiske helsefeltet, men det var i min praksisperiode under sosionomutdanningen høsten 2010 at interessen for psykisk helse virkelig ble vekket. Praksisperioden ble gjennomført på en attføringsbedrift som drev med arbeidsavklaring og hjelp til å videreformidle mennesker ut i arbeid. I løpet av praksisperioden ble jeg kjent med mange brukere som slet med den psykiske helsen, som ønsket å komme ut i jobb. Med tanke på bacheloroppgaven jeg skulle skrive ønsket jeg å undersøke hvilken betydning arbeid har for den psykiske helsen. Jeg ønsket også å kartlegge arbeidsrettede tiltak som fremmer et inkluderende arbeidsliv. I arbeidet med denne oppgaven fikk jeg kjennskap til noe som ble omtalt som erfaringsansettelse i Bergen og Bærum. Idéen er hentet fra Århus i Danmark, der de har utviklet en utdanningsløp kalt «Medarbeider med brukerutdanning» (MB-utdanning). Arbeidet med å utvikle en utdanning der mennesker med erfaringer fra egne psykiske lidelser skolerer til å bli hjelpere startet opp i 2005 i Bergen og 2006 i Bærum. Jeg vil komme nærmere inn på dette når jeg presenterer tidligere forskning

Ytterligere interesse for det psykisk helse feltet fikk jeg da en slektning fortalte om sin arbeidsplass på Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. Senteret er finansiert av Helsedirektoratet, gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, og er en brobygger i møte mellom personlig erfaring og fagkunnskap innenfor psykisk helse. Ved å samle, gyldiggjøre og spre erfaringer og fakta, arbeider senteret for å gjøre ny kunnskap tilgjengelig (Erfaringskompetanse.no). Senteret skal være et ressurscenter for bruker - og pårørende - kunnskap, kunnskap basert på pårørende og brukeres erfaringer. Senteret skal bidra til gyldiggjøring av denne kunnskapen for økt kvalitet innen det psykiske helsefeltet. Visjonen deres er likeverd mellom erfaringskompetanse og fagkunnskap. (Erfaringskompetanse.no)

Jeg ønsket å undersøke dette feltet nærmere. Hvordan kan tidligere brukere med erfaring fra å være psykisk syk være nyttig i psykiske helsetjenester? Hvilken rolle og funksjon har de og hvordan kombineres erfaringer og fagkompetanse i det psykiske helsefeltet? Videre ønsket jeg å belyse hvilke erfaringer de ansatte hadde med å bruke egenopplevde erfaringer med psykisk uhelse i sitt arbeid. Hvordan er maktbalansen mellom fagfolk og medarbeidere med

erfaringskompetanse? Disse spørsmål opptok meg i startfasen av arbeidet med undersøkelsen. Jeg skal nå presentere oppgavens tema nærmere.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

Rundt ti prosent av verdens voksne befolkning opplever til enhver tid å ha en psykisk lidelse, og én av fire vil utvikle en i løpet av livet (Ose, Kaspersen & Pettersen, 2012). Målt som sykdomsbelastning er psykiske lidelser den mest kostbare sykdomsgruppen i Norge, med en samfunnsøkonomisk kostnad på 69-70 milliarder kroner per år (Helse- og omsorgsdepartementet 2010, gjengitt etter Ose et al., 2012).

Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen i Norge. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av alle personer som får diagnose av fastlegen, er det 12 prosent som får diagnosen psykisk lidelse. Mange av pasientene som får denne diagnosen er unge, 39 prosent er i alderen 25 til 44 år. Det er først når pasienten selv opplever at hun eller han har et *vesentlig* problem at fastlegen setter diagnosen «psykisk lidelse.» Dette omfatter problemer som angst, depresjoner, livskriser og psykoser (SSB, 2006). Til sammenligning skyldes 20 prosent av alt sykefravær i Norge psykiske helseproblemer, som også står bak hver fjerde uføretrygding. Omtrent halvparten av befolkningen vil oppleve å ha psykiske helseproblemer en eller flere ganger i løpet av livet. Folkehelseinstituttets store levekårsundersøkelse fra 2005, «Psykisk helse i Norge» viser at over 300 000 nordmenn sliter med psykiske helseproblemer på et gitt tidspunkt (Helsedirektoratet, 2011a)

I Stortingsmeldingen nr. 25 (1996-1997), «Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helhetstilbudet», ble det påpekt at «kvaliteten og sammenhengen i helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser og problemer i Norge var under enhver kritikk. Denne kritikken førte til kraftig opprustning og større fokus på det psykiske helsefeltet. Løsningen ble klarere kvantitative mål om opptrapping av tjenestetilbudet ved hjelp av årlige bevilgninger av øremerkede midler over statsbudsjettet» (St. prp. Nr. 63(1997-98), gjengitt etter Ose et al., s. 226).

Brukermedvirkning står som et overordnet mål på den politiske dagsorden og i St. Melding 25 (1996-1997) heter det at:

«Økt brukermedvirkning innen helse- og sosialtjenestene er et overordnet mål, bl.a. nedfelt i St meld nr. 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, jfr. Innst. S nr. 120 (1988-89), og i Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede. Tjenester til mennesker med psykiske lidelser skal ta utgangspunkt i brukernes behov. Dette gjelder både hvilke tjenester som ytes, og hvordan de er organisert.»

I følge Almvik og Borge (2006) var Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) på mange måter startskuddet for en ny faglig kurs innenfor psykisk helsearbeid.

I Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. 63 1997-1998) og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Sosial og helsedirektoratet IS-1162) er brukerens kunnskaper og medvirkning en viktig ingrediens i arbeidet for bedre psykiske helsetjenester (Rådet for psykisk helse, 2008). Siden forlengelsen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) ble innledet, har brukermedvirkning fått økt betydning i offentlige føringer for helsetjenester (ibid.). Utvikling av det lokalbaserte psykiske helsearbeidet for voksne står sentralt i planen. Satsingen har blant annet bestått i utbygging av kommunale tjenester og Distriktpsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten (DPS) (Almvik & Borge, 2006). Almvik og Borge (2006) mener forlengelsen av Opptappingsplanen var et viktig signal om videre prioritering av psykisk helse. Noe av målet var å styrke individer, familier og lokalsamfunn til å oppnå empowerment og resilience (motstandskraft), og å bedre kvaliteten på den profesjonelle hjelpen.

I følge Ose et al. (2012) viser evalueringer at opptappingsplanmålene for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd på de aller fleste områdene (Norges forskningsråd 2009; Kaspersen & Ose 2010; Ådnes & Halsteinli 2009, gjengitt etter Ose et al., 2012). Det blir vist til at de som er rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene generelt har høy utdanning (Ådnes & Sitter 2007, gjengitt etter Ose et al., 2012), noe de mener bør være en indikasjon på at kvaliteten i tjenestene har blitt bedre. Det pekes på at opptappingsplanen også har høstet kritikk, blant annet for et for ensrettet fokus på kvantitet foran faglig kvalitet og effekt, for å ha utelatt eldre i målgruppen, for å operere med usikre tall og for ikke å ha endret kunnskapssyn, ukulturer og maktforhold i psykisk helsearbeid (Legeforeningen 2004; Dagens Medisin 2009; Gjertsen 2007; Ørstadvik 2008, gjengitt etter Ose et al., 2012). Til tross for kritikken hevder Ose et al., (2012) at opptappingsplanen har bidratt til at psykiskhelsearbeid har vokst til å bli et godt dokumentert kunnskaps- og praksisfelt. De mener at vi i sum besitter

mye informasjon om hva som fungerer og ikke fungerer når man skal bygge ut og forme de psykiske helsetjenestene i kommunene. De viser til at det arbeides aktivt med kvalitetsutvikling: «I perioden 2005–2015 pågår en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten i regi av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2005), Kunnskapssenteret arbeider med utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten (Kunnskapssenteret 2010)» (ibid., s 227). I 2008 ble Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) etablert, med mål om å hente inn, lagre og formidle forsknings- og erfarings - basert kunnskap som produseres ute i kommunene (ibid.).

I følge Rådet for psykisk helse (2008, s. 4) har brukermedvirkning fått økende fokus i offentlige føringer for helsetjenesten, men brukeransettelser er lite omtalt:

«Mennesker som har eller har hatt psykiske lidelser, har jobbet i helsetjenesten til alle tider. Det har imidlertid ikke vært vanlig å anerkjenne disse erfaringene som en viktig kompetanse blant ansatte eller overfor brukeren av tjenesten.»

I rapporten «Med livet som kompetanse- brukeransettelser i psykiske helsetjenester» (Rådet for psykisk helse 2008) pekes det på at forskning og rapporter viser at brukeransettelse er et godt virkemiddel med gode resultater. «Svarene vi har funnet i dokumenter i denne rapporten, viser at brukeransettelser er et godt virkemiddel, og at forestillingen om at psykiske helsetjenester ikke trenger eller ikke bør ansette mennesker med brukererfaring, må kalles en myte» (Rådet for psykisk helse 2008, s.1).

Fyrland (gjengitt etter Schafft, 2009, s. 34) peker på at «Likemannsarbeid og frivillige hjelpere har vist seg som en vellykket strategi for mennesker i kriser. Kobling til mennesker som har erfart samme problemer og kommet seg godt igjennom dem, har ofte vist seg å være mer vellykket enn at profesjonelle går inn som hjelpere.»

Økt satsing på psykisk helse og fokus på brukermedvirkning har vært et aktuelt tema i Norge de siste årene. Selv om det psykiske helsevernet domineres av fagutdannede psykologer og leger, ser man at brukerperspektivet og innenfra-kunnskapen stadig får større plass i dette feltet. Sett i lys av at erfaringskompetanse er et relativt nytt felt innenfor psykisk helsearbeid, er det lite forskning på systematisk ansettelse av mennesker med brukererfaring. Det er også

lite forskning på de brukersansattes erfaringer med å jobbe i feltet. Jeg vurderer det derfor som relevant og viktig å belyse erfaringskompetanse i det psykiske helsefelt.

Målet med denne oppgaven er å synliggjøre erfaringer med brukersansettelse i det psykiske helsefeltet, belyse i hvilken grad deres kompetanse blir anerkjent og brukt, samt å se på hvilken rolle og funksjon de har i feltet.

Problemstillingen for denne oppgaven lyder slik:

Hva er erfaringskonsulentenes rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet?

Det er viktig at problemstillingen er forskbar (Ryen, 2002). Målet med problemstillingen er at en skal kunne si mye om lite. Dersom en prøver å favne for vidt med problemstillingen, vil arbeidet med oppgaven og de konklusjoner en søker bli mer utilgjengelige og uoversiktlige (Ryen, 2002). I forhold til det Ryen (2002) sier har jeg i denne undersøkelse endret problemstillingen noe underveis, og det har vært en utfordring å begrense den, ettersom det er mange spennende områder som kunne vært interessant å studere. Mye av den foreliggende forskningen på feltet, som vil presenteres senere i oppgaven, handler om tjenestestedenes erfaringer knyttet til brukersansettelse. Med denne undersøkelsens ønsker jeg å fange opp erfaringskonsulentenes opplevelser og tanker rundt hvilken rolle de har og hvilke tanker de gjør seg om hvordan de beriker det psykiske helsefeltet. Jeg ønsker også å belyse maktbalansen mellom fagfolk og brukersansatte, sett fra de brukersansattes perspektiv. I tilknytning til det ønsker jeg også å finne ut eventuelle utfordringer erfaringskonsulentene har møtt eller tror de vil møte i sin jobb. Jeg har bevisst valgt å ikke fokusere på erfaringskonsulentenes sykdomsbakgrunn, da fokuset i oppgaven er knyttet til deres nåværende jobb.

1.3 Begrepsavklaringer

Jeg skal nå presentere noen begreper som knyttes til min problemstilling. Jeg vil her avklare de mest sentrale begrepene i denne studien.

Rollebegrepet

Rollebegrepet er sentralt i problemstilling og i oppgaven og vil her avklares nærmere. En *rolle* er et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre, og hvordan man skal oppføre

seg når man er i en bestemt sosial posisjon. Slike normer og forventninger kan uttrykkes av andre individer, men vil etter hvert ofte bli internalisert av individet selv (Repstad, 2007). Det vil si at normene og forventningene blir en del av individets virkelighetsforståelse. Begrepet rolle i sosiologisk betydning finner vi også i dagligspråket. Repstad (2007) peker på at vi kan snakke om en lærerrolle, om kjønnsroller og så videre, og at det knytter seg et sett av formelle og uformelle regler til hvordan folk i bestemte posisjoner oppfører seg, og hva de gjør.

Funksjon

I forhold til problemstillingen vil jeg avklare hva jeg legger i «funksjon.» Med «funksjon» viser jeg i denne oppgaven til erfaringskonsulentenes oppgaver og bidrag i det psykiske helsefeltet.

Erfaringskonsulent, brukeransatt, medarbeider med brukerkompetanse

I denne undersøkelsen vil betegnelsene erfaringskonsulent, brukeransatt og medarbeider med brukerkompetanse blir hyppig omtalt. I rapporten «Med livet som kompetanse» (Rådet for psykisk helse, 2008) redegjøres det for brukeransettelser i psykiske helsetjenester:

I følge Rådet for psykisk helse (2008) finnes ingen etablert definisjon av brukeransatt eller brukeransettelser i Norge og det forekommer flere benevnelser på personer med erfaringskompetanse. For eksempel *medarbeider med brukererfaring (MB)*, *medarbeider med erfaringskompetanse*, *erfaringskonsulent* og *brukeransatt*. I følge Rådet for psykisk helse (2008) viser begrepet brukeransettelse til at man er ansatt innen en type tjeneste man selv har brukererfaring fra. Rapporten «Med livet som kompetanse» ser på brukeransettelse som «et redskap for tjenesteutvikling, fagutvikling og for å fremme brukerperspektivet i hjelp for psykiske lidelser» (Rådet for psykisk helse, 2008, s. 5).

Gjennom en av informantene jeg intervjuet i denne undersøkelsen fikk jeg kjennskap til at det er en erfaringskonsulent i Vest-Agder som utarbeidet denne betegnelsen. I denne oppgaven avgrenses benevnelsen brukeransatt seg til å gjelde personer som har erfaring fra det psykiske helsefeltet. Jeg benytter benevnelserne brukeransatt og erfaringskonsulent synonymt med medarbeider med erfaringskompetanse for å variere ordbruken.

Jeg bruker forkortelsene EK for erfaringskompetanse og FK for fagkompetanse.

Bruker og brukervedvirkning

Bruker og brukervedvirkning er sentrale begreper i denne undersøkelsen, og henger sammen med hverandre.

Helsedirektoratet (2011b, s. 1) definerer bruker slik:

«En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I Plan for brukervedvirkning defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet eller rusfeltet»

I følge Helsedirektoratet (2008) innebærer det tilhørende begrepet brukervedvirkning at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Brukerne opplever hvordan tjenestene fungerer i praksis og kan ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av helsetjenestene. Et viktig mål er at brukervedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukervedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Begrepet brukervedvirkning kan sies å ha blitt et politisk honnørord, som blir tydelig vektlagt i offentlige føringer. I St. Meld nr. 34 (1996-1997), s. 29) heter det at:

«Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og veien videre», innebærer brukervedvirkning at: «de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. (...) Brukervedvirkning er, i tillegg til en demokratisk rettighet, en overføring av erfaringsbasert kunnskap fra bruker til for eksempel beslutningstaker eller tjenesteyter.»

Brukervedvirkning er et flertydig begrep og Bøe og Thomassen (2009, s. 126) peker på at det er viktig å understreke at «brukervedvirkning i psykisk helsearbeid skal realiseres på flere nivåer og på ulike arenaer.» Det er vanlig å skille mellom individnivå, tjenestenivå og systemnivå. På individnivå innebærer brukervedvirkning at den enkelte bruker skal ha innflytelse og være deltaker i utforming av den behandling eller de tiltak som gjelder for han eller henne. På tjenestenivå innebærer brukervedvirkning at det skal finnes ordninger som gjør det mulig for brukere å være med og påvirke utforming og utvikling av tjenester. På systemnivå innebærer brukervedvirkning at brukere og brukerorganisasjoner kan være med og påvirke utforming av de psykiske helsetjenestene på overordnet nivå (ibid.). Bøe og

Thomassen (2009) legger til at brukermedvirkning også må realiseres på forskning- og fagutviklingsnivå.

Brukeransettelse, kan sees på som en videreføring av brukerperspektivet. Slik jeg ser det kan man plassere brukeransettelse på alle de tre nivåene. En brukeransatt har innflytelse på flere nivåer og arenaer. På individnivå, har den brukeransatte direkte kontakt med brukeren, gjennom samtaler, og kan bruke sin stemme til å spre brukerens ønske eller budskap videre. På tjenestenivå, er den brukeransatte med på å utvikle tjenestetilbudet, ved at de selv er en del av det. På systemnivå, kan brukeransatte, gjennom brukerorganisasjoner være med å påvirke utforming av psykiske helsetjenester.

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse i perioden 1999-2006 (St.prp. nr. 63 (1997-1998)), som ble forlenget med to år, til 2008, var brukermedvirkning et sentralt tema.

«Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. (...) Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og er i vårt samfunn et gode i seg selv. En åpen forvaltning og deltakelse i offentlig planlegging er eksempler i denne sammenhengen. Videre har brukerne erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. Dette vil i mange tilfeller være en viktig supplering for fagfolk, politikere og administrasjon. (...) For brukere som engasjeres i medvirkning, representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv» (St.prp. nr. 63 (1997-98), s. 6-7).

Brukermedvirkningen skulle bidra til tjenestenes kvalitet, og det var «viktig å støtte prosjekter som brukerne selv tar initiativ til, og som både andre brukerorganisasjoner og offentlige organer kan høste erfaringer fra» (St.prp. nr. 63 (1997-98), s. 11).

Empowerment

Brukermedvirkningsprinsippet ligger nært opp til *empowerment* eller myndiggjøring (Løken, 2006). Empowerment bygger på en tenkning der alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, ha innflytelse, medbestemmelse og oppleve autonomi (Borge, 2006). Empowerment kan beskrives som en prosess for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Det handler om mobilisering av egen kompetanse, styrke og innsikt, egne erfaringer, vilje og evne til å mestre eget liv. Det innebærer at folk blir i stand til å definere sine problemer ut i fra egen situasjon, gjerne i felleskap med andre. Utvikling av

gruppebevissthet anses å være det fremste virkemiddelet til å fremme empowerment (Askheim 2003, gjengitt i Løken, 2006). Begrepet empowerment brukes i dag av ulike grupperinger som befinner seg i en avmektig posisjon, og i økende grad av brukere i ulike tjenester som krever rett til kontroll av eget tjenestetilbud, men også livssituasjon generelt (Askheim 2003). Askheim (2009) viser til at også empowerment begrepet er et mangetydig begrep, men at kjernen i det er at mennesker utvikler økt kraft, makt og styrke til å ta styring over livet sitt.

Likemann

Noen steder i oppgaven refererer jeg til *likemannsarbeid*. Likemannsarbeid er funksjonshemmedes egen omsorgsarena, men brukes også innenfor det psykiske helsefeltet. I artikkelen «Likemann og brukermedvirkning» (Hodne 2004, s. 4) defineres likemannsarbeid slik:

- En likemann er et medmenneske og en kvalifisert legmann som i kraft av egne erfaringer har kompetanse som andre mennesker i tilsvarende situasjon kan dra nytte av.
- Likemannsarbeid er organisert kontakt mellom to eller flere personer med likhet livssituasjon og/eller diagnose.
- Kontaktens hensikt er å formidle bearbejdede, praktiske og følelsesmessige erfaringer som andre kan dra nytte av i egen situasjon.

1.4 Tidligere forskning og erfaringer

1.4.1 MB-utdanning

Som tidligere nevnt er erfaringskompetanse fra psykisk helse et relativt nytt felt, og etter å ha undersøkt hva som foreligger av tidligere forskning får jeg inntrykk av at dette feltet er relativt urørt i Norge. Før jeg går litt nærmere inn på hva som foreligger av tidligere forskning skal jeg se litt på historien bak erfaringskompetanse.

Danmark kan sees på et pionerland i forhold til satsning på erfaringskompetanse. Medarbeider med brukererfaring (MB) er en modell hentet fra Århus, som startet med MB-utdanning som et pilotprosjekt i 2001, og som nå driver storskala-prosjekt i flere amt i Danmark. Århus har igjen fått inspirasjon fra USA og England, hvor man flere steder har ansatt medarbeidere som har brukererfaring fra psykiatrien. Forhistorien går enda lengre tilbake. Den franske legen

Phillipe Pînel var på 1800-tallet direktør for Bicêtre, et offentlig hospital for menn med sinnslidelser. Pînel mente at mennesker med egne erfaringer var bedre egnet til å forstå andre pasienters behov, nettopp fordi de har vært der selv (Nav.no).

Som en del av Opptrappingsplanene for psykisk helse (1999-2008) skulle innsatsen når det gjaldt arbeid og arbeidsrettede tiltak styrkes. Daværende Aetat fikk midler fra opptrappingsplanen til en egen satsning, «Vilje Viser Vei – satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV (2004-2007) (Schafft og Spjelkavik, 2006). Som en del av satsingen ble det i 2005 satt av ca. 20 millioner til en egen storbysatsing for å styrke innsatsen i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Midlene skulle brukes til arbeidsmarkedstiltak. Storbysatsingen er et prosjekt som startet våren 2005 og var en del av Aetat sin innsats finansiert over Opptrappingsplanen for psykisk helse. Prosjektet var underlagt etatens satsing på arbeid og psykisk helse, Vilje Viser Vei. Etter etableringen av den nye arbeids- og velferdsetaten (NAV), er det NAV Drift og Utvikling som har ansvar for satsingen videre (Schafft og Spjelkavik, 2006). I 2006 ble Storbysatsningen utvidet med to nye byer, Bodø og Kristiansand. Målgruppen for Storbysatsingen er «personer med moderate og alvorlige psykiske lidelser og som trenger bistand fra Aetat for å komme seg ut i lønnet arbeid.» Schafft og Spjelkavik (2006) peker på at de finner en interessant utvikling av tilbud og tiltak i Storbysatsingen. De peker på at tiltaket «Medarbeider med brukererfaring» kan gi interessante erfaringer.

Under storbysatsingen i Bergen ble modellen, «Opplæring i brukerkompetanse- Medarbeider med brukererfaring, hentet fra Århus, prøvd ut gjennom et vellykket pilot prosjekt (Strategiplan 2007-2012). Piloten ble evaluert av AFI (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012), og MB-opplæringen er nå etablert som et opplæringstiltak i NAV. Opplæringen som går over et skoleår, gir brukere av psykiske helsetjenester en opplæring og bevisstgjøring i hvordan egne erfaringer og ressurser kan tas i bruk i arbeid med andre som har psykiske helseproblemer (Strategiplan, 2007-2012). Opplæringen har så langt vært et tilbud i Hordaland og Buskerud gjennom NAV, og i Akershus gjennom Bærum kommune. Formålet med MB-opplæringen er at tjenesteapparatet skal kunne dra nytte av den erfaringskompetansen brukerne selv har, på lik linje med annen kompetanse (ibid.).

Ralph Bjørnson (2011) viser til at MB-utdanningen ved Mølla kompetansesenter i Bærum har vært finansiert av Bærum kommunes andel av Opptrappingsplanen for psykiske helse.

Bjørnson (2011) har selv vært med på å evaluere kullene som har tatt MB- utdanningen og prosjektet vurderes som vellykket. Utdanningen «Medarbeider med brukererfaring» ved Mølla kompetansesenter har helt siden idéstadiet vært utviklet i et miljø der brukere, tidligere brukere, pårørende innen psykisk helse, ansatte og ledere i Bærum kommune har vært viktige bidragsytere. I utviklingen og driften av utdanningen er brukererfaring blant ansatte en helt sentral kompetanse. Utdanningen ved Mølla kompetansesenter er en ettåring utdanning med 150 timer teori, og praksis ved et tjenestested hvor også mennesker med psykiske lidelser får tjenester. En gang i måneden møter studentene til 3 timers arbeid i nettverksgrupper. På slutten av utdanningen skal det også skrives prosjektoppgave. I tillegg til teori, praktisk arbeid og prosjektoppgaver skal studentene arbeide med personlige målsettinger. Samlet arbeidstid regnes å være 50 prosent av full stilling (Bjørnson, 2011). Målet med utdanningen er å bidra til at fordommer om psykiske lidelser endres og å løfte frem brukernes kunnskap om hva som hjelper i egenprosess (ibid.) Så langt har ikke Vest- Agder et tilbud om MB-utdanning, og ingen av informantene i min undersøkelse har vært med på dette opplegget.

Bjørnson (2011) sier til at det er en hyppig feiloppfatning at psykiske lidelser bare rammer et fåtall av oss. Det er imidlertid mange som får en diagnose på en psykisk lidelse i løpet av livet, og de aller fleste vil ha en venn eller et familiemedlem som har hatt psykiske problemer. Ved MB- utdanningen på Mølla kompetansesenter er de opptatt av at alle har ressurser i seg til å endre egen situasjon. En viktig målsetting for utdanningen er derfor at studentene blir seg bevisst bedringsprosesser og selv blir den største bidragsyteren i dette arbeidet. Det kan være med på å synliggjøre at frisk er ikke noe man blir, men noe man må arbeide seg fram mot (ibid.).

Hvert kull som har tatt MB-utdanningen har blitt evaluert. Per april 2010 ble det gjort en undersøkelse av hvordan det hadde gått med studentene i de tre kullene som da var avsluttet. I korte trekk viser rapporten at mens 71 prosent ikke hadde en fast aktivitet utenfor hjemmet da de startet MB-utdanningen, var 79 prosent i fast aktivitet i april 2010.

«Hele 50 prosent er i lønnet arbeid. Regner vi dette om i penger og forutsetter at lønn er minstelønn for ufaglærte i kommunalsektor er avkastningen slik at for hver krone investert i

MB-utdanning har samfunnet fått minst tre tilbake i form av økt verdiskapning» (Bjørnson 2011, s. 195).

Brukeransettelse har ikke vært vanlig i norske helsetjenester, og det er i liten grad lagt offentlige føringer for slike ansettelser når det gjelder brukervedvirkning og fagutvikling. I Plan for brukervedvirkning er det imidlertid en anbefaling om å fremme brukervedvirkning på systemnivå ved å ansette «brukere innen tjenesteapparatet og liknende for å høste erfaringer fra slike ordninger» (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 28).

Kvalitetsutviklingsprosjektet (KUP) i Rådet for psykisk helse nedsatte i 2004 et utvalg, Ekspertgruppe brukerkompetanse, som skulle komme med råd og ideer om hvordan psykisk helsefeltet best kan ivareta sine oppgaver. Et av de første forslagene denne gruppa kom med, var at det var på tide å ansette brukere i tjenestene. I 2006 fikk Rådet for psykisk helse bevilget midler fra Sosial- og helsedirektoratet til en 40 prosent stilling for en medarbeider med brukererfaring som skulle arbeide med brukersettelser på tjenestestedene (Rådet for psykisk helse, 2008). I sluttrapporten for prosjektet (KUP 2005-2008, sitert i Rådet for psykisk helse, 2009) pekes det på at brukersatte gir håp om at bedring er mulig, noe som kan være avgjørende for en bruker som strever med livet.

I Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (Strategiplan, 2007-2012) er det et eget kapittel om brukervedvirkning og selvhjelp. Der heter det:

«Det er en overordnet målsetting for arbeids- og velferdsetaten og kommunenes helse- og sosialtjenester å bidra til å styrke sine brukeres evne til å mestre tilværelsen og eget liv. Til grunn for dette perspektivet ligger et syn på mennesket som den fremste ekspert på eget liv og som selv vet best hva som er bra, nyttig og viktig for han eller henne.» (Strategiplan 2007-2012, s. 19).

Bjørnson (2011, s. 195) peker på at MB-utdanningen er nevnt som et sentralt virkemiddel i denne strategien:

«Det iverksettes kurs for å lære opp «Medarbeidere med brukererfaring» for å kvalifisere til ansettelse i virksomheter som yter tjenester til personer med psykiske lidelser, jf. Tiltak 1.1.a i vedlagt handlingsplan.»

Bjørnson (2011) mener at den nasjonale satsningen og de gode erfaringene evalueringen viser, er tegn på at MB-utdanningen har kommet for å bli. Han presiserer at brukerkompetanse ikke skal komme i stedet for den profesjonelle kompetansen, men snarere som et tillegg til den. Han sier at hans inntrykk er at deltakerne som har tatt utdanningen er svært bevisste på betydningen av profesjonell kompetanse. Samtidig er de bevisst at det også finnes en kompetanse som ikke kommer til syne i den profesjonelle. Han viser til Alan Topor (2004, gjengitt i Bjørnson, 2011) som skriver i sin bok «Vad hjälper», som sier at det er viktig å ta utgangspunkt i brukernes egne erfaringer i kvalitetsutvikling og tjenesten. Bjørnson (2011) taler for at forskning på denne kompetansen er viktig

1.4.2 Internasjonale erfaringer med brukersattelser

Rådet for psykisk helse (2008), har i samarbeid med prosjektleder Lars Poverud gjort en oppsummering av nasjonale og internasjonale brukersattelser i rapporten «Med livet som kompetanse» (Rådet for psykisk helse, 2008). Som en del av rapporten har de søkt etter litteratur som evaluerer erfaringer med brukersattelser. I rapporten kommer det frem at de ikke finner noe omfattende internasjonal litteratur om brukersattelse. Fenomenet er imidlertid omtalt i forbindelse med enkeltprosjekter, prosessorienterte artikler og i effektforskning. «En oppsummering av internasjonal forskning om brukersattelser fra 2002 finner sammenlignende forskning om brukersattelser knyttet til intervjuer av andre brukere, til undervisning av ansatte eller som tjenesteutøvere med direkte brukerkontakt» (ibid.). I rapporten pekes det imidlertid på at de fleste undersøkelser er små, og ut fra normer for randomisert klinisk forskning vil studiene regnes for å være av lav til moderat kvalitet (ibid.). Men de internasjonale erfaringene viser at brukersattelser fungerer godt, både innen kvalitetsarbeid, undervisning og i kliniske roller. Det pekes på at brukersatte kan tilføre nye kvaliteter til tjenestene og faktisk oppnå eller bidra til å bedre behandlingsresultatene.

1.4.3 Kartlegging av brukersattelser i Norge

I forhold til brukersattelser i Norge bygger den nevnte rapporten på oppsummert forskning om brukersattelser og på svar fra dps-er, helseforetak og kommuner. Rapporten viser at det

er få tjenestesteder innenfor psykisk helse som har brukeransatte i Norge, der bare et fåtall er fast ansatt. De færreste stillingene ble utlyst, og brukeransettelser ble funnet innen arbeidsområdene miljøterapi, informasjonsarbeid, aktivitetsledelse, fagutvikling og evaluering. Selv om det er relativt få erfaringer med brukeransettelser samsvarer funnene med de internasjonale:

«Som i de internasjonale erfaringene var det mange positive erfaringer knyttet til brukeransatte. Hovedinntrykket fra informantene samsvarer med funnene i den internasjonale forskningen: Brukeransettelse kan i mange tilfeller tilføre de eksisterende tjenestene en større bredde, nye innfallsvinkler og andre prioriteringer» (Rådet for psykisk helse 2008, s. 14).

Blant tjenestestedene som har eller har hatt brukeransettelser, var det kun én negativ erfaring, mens de øvrige informantene vurderte brukeransettelse som positivt. Den negative erfaringen blir ikke omtalt i rapporten. Blant tjenestestedene som ikke hadde brukeransatte, var vurderingen av brukeransettelser mer preget av skepsis, selv om det også i den gruppen var få tjenestesteder som var klart negative til brukeransettelser (Rådet for psykisk helse, 2008). Holdninger som «En gang syk, alltid syk», ble formidlet på tjenestesteder som ikke hadde brukeransatte. Kartleggingen av norske brukeransettelser har ikke gitt informasjon om at sykefravær, taushetsplikt eller andre problemer utgjør noe større problem ved brukeransettelse enn ved andre ansettelser. Ingen av de som har brukere ansatt rapporterte om slike problemer. «Slike forestillinger om brukeransatte må derfor kunne betegnes som en myte» (ibid., s. 5). Rapporten viser til resultater som i klar tale viser gode erfaringer med brukeransettelse.

Rapporten sier noe om at brukeransatte kan være representanter for håpet og gode rollemodeller for brukere. «En brukeransatt vil være en synlig rollemodell som kan bidra til håp om et bedre liv. En slik synlighet kan også hjelpe andre ansatte som lett kan miste håpet om bedring når de stadig arbeider med mennesker som er i dyp krise. Bare ved å være tilstede på arbeidsplassen kan en brukeransatt være en representant for håpet (Myhrer og Perkins, gjengitt etter Rådet for psykisk helse 2008, s. 1-2).

Rapporten peker også på at brukeransettelse kan ha positiv virkning som rehabiliteringstiltak for brukeransatte. Dette i kraft av opplevelsen av å bli inkludert og verdsatt og gleden av å bety noe for andre og være til nytte (Rådet for psykisk helse, 2008).

Videre i rapporten vises det til variasjonen i de brukersansattes arbeidsoppgaver. Oppgavene ble kartlagt i fem kategorier; brukermedvirkningsaktiviteter, kafe, kantine og velferd, tjeneste/kvalitetsutvikling og forskning, kurs og aktiviteter og klinisk arbeid. «Noen av de brukersansatte har arbeidsoppgaver innenfor flere av disse kategoriene.» (ibid., s. 5). Sett i lys av disse funnene kan det være interessant å se på hvilke rammer de brukersansatte jobber innenfor og hvilke rolle erfaringskonsulentene selv opplever at de har i det psykiske helsefeltet.

1.4.4 Annen forskning på feltet

Det er skrevet noen masteroppgaver om erfaringskompetanse, blant annet «En av oss?» av Monica Danielsen (2010). Studien omhandler muligheter og utfordringer ved ansettelse av personer med erfaringskompetanse i psykisk helsearbeid. Oppgaven belyser både fagansatte og de brukersansattes syn på erfaringskompetanse. Danielsen (2010) sier at funnene i materialet peker på at synet på utfordringer og muligheter er ganske like blant informantene. Sentrale perspektiver som kommer frem i oppgaven er viktigheten av håpet, tverrfaglighet og bredde i møte med mennesker. Utfordringer går i retning av at erfaringskonsulentenes historie må være bearbeidet og avklart for at de skal kunne hjelpe pasienten.

I forhold til videre spørsmål, peker Danielsen (2010) på viktigheten av å belyse maktaspektet mellom erfaringskonsulenter og fagpersoner. Hun er opptatt av at man må finne frem til en metode for å kvalitetssikre ansettelser av erfaringskonsulenter uten at fagpersoner skal bestemme dette ut i fra deres definisjonsmakt. Dette er noe jeg ønsker å se på i denne oppgaven.

I masteroppgaven «Brukermedvirkning på Hamarsk.» Evaluering av et prosjekt om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid», av Heim (2010), omtales erfaringer brukersansettelser. På lik linje med det jeg har funnet, viser Heim (2010) også til at det finnes lite dokumentert kunnskap om emnet. Hun peker på at «Erfaringene med brukersansettelser både her til lands og internasjonalt er overveiende positive, gir grunnlag for å hevde at brukere ved å bidra med sin erfaringskunnskap kan øke tjenestekvaliteten og brukermedvirkning» (Heim 2010, s. 14). Hun peker videre på at brukersansatte gir håp om at bedring er mulig og at de er rollemodeller som gir brukeren håp. Hun sier at «Brukersansettelse er en spennende nyskaping i arbeidet for å fremme brukermedvirkning

[...] Tilpasning av brukeransettelse må gjøres ut fra lokale behov og forutsetninger.» Heim (2010) påpeker at brukeransettelser må forberedes grundig gjennom tilrettelegging og strukturelle og kulturelle forhold og rammevilkår. Hun viser til utarbeiding av vedtak, mandat, tilrettelegging av makt- og samarbeidsstrukturer og det å skape positiv åpenhet og etterspørsel etter brukerkompetanse. Hun taler for at en viktig forutsetning for brukeransettelser skal fungere etter hensikt om å fremme brukermedvirkning, er at rollen som brukeransatt må anerkjennes og respekteres av dem som står for ansettelsen og av dem den brukeransatte skal virke blant. Anerkjennelse av rollen er blant annet avhengig av forhold knyttet til organisasjons – og profesjonskulturen (Heim 2010). Hun påpeker at «Det er verdt å gjøre felles anstrengelser på dette området, både for å ivareta brukernes rett til innflytelse, og for å bedre kommunens evne til å gi gode tjenester.» (Heim, 2010, s. 100).

Brandsø (2012) har skrevet masteroppgaven «Medarbeidere med egenerfaring for økt brukermedvirkning - En beskrivelse av erfaringskonsulenter ved en klinikk for psykisk helse i et norsk sykehus, sett i lys av profesjonsbyråkrati.» Brandsø (2012) har intervjuet erfaringskonsulenter ansatt i Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet sykehus, og belyst erfaringer med ansettelse av personer med egenerfaring som bruker/pasient, og deres medvirkning til brukermedvirkning på ulike nivåer. Studien beskriver erfaringskonsulentenes egne erfaringer, i lys av organisasjonen og profesjonsbyråkrati. Brandsø (2012, s. 4) konkluderer med at «erfaringskonsulentene en ser i KPH er et godt tiltak for økt brukermedvirkning på alle nivåer. De opplever at de har en fri rolle uten alt for mye kontroll fra ledelsen, dette bidrar til at de kan bevege seg på ulike steder i organisasjonen.»

Jeg vil også trekke frem magasinet «Erfaringer» utgitt av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2012). Som nevnt jobber senteret med å bygge bro mellom fag og erfaringsbasert kunnskap. Senteret har en kunnskapsdatabase der brukere deler sine erfaringer, for å spre erfaringskunnskapen. I heftet vises det blant annet til pilotprosjektet «Videreutdanning i samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid» ved Høgskolen i Buskerud. Det overordnede målet med studiet har vært å styrke deltakernes forutsetninger for å utvikle og arbeide med samarbeidsbaserte forskningsprosjekt. Forskningsarbeid mellom mennesker med forskerkompetanse og mennesker som har slitt med psykiske lidelser er et nytt område innen psykisk helsefelt, både i Norge og internasjonalt. Professor Marit Borg står bak studien og sier at det har vist seg at fagfolk og mennesker med egenerfaring har fått til

godt samarbeid, og at hun ønsker mer samarbeidsbasert forskning (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, 2012).

Med henblikk på tidligere forskning og erfaringer kan det være behov for ytterligere studier av brukersettelser. Jeg ønsker med denne oppgaven å se nærmere på erfaringskonsulentenes rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet.

1.5 Videre oppbygging av oppgaven

I dette kapitlet har jeg innledet med å si noe om tematikken, bakgrunn for oppgaven, begrepsavklaring, relevans og hensikt, samt avgrensninger. Videre i kapittel 2 redegjør jeg for metodiske valg. Der vil jeg si litt om hvilke metode jeg har valgt, rekruttering og utvalg, kvalitetskriterier, intervjuguiden og min forforståelse. I kapittel 3 skal jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket. Her vil jeg presentere teori som jeg ser som relevant for å belyse problemstillingen og funnene i undersøkelsen. I kapittel 4 vil jeg beskrive den spesifikke analyseringsmetoden jeg har anvendt, for så å presentere de empiriske funnene jeg har gjort i denne undersøkelsen. Funnene vil bli analysert opp mot relevant teori. I kapittel 5 vil jeg oppsummere oppgaven og komme med noen konklusjoner.

Kapitel 2. Metode

2.1 Det kvalitative intervju

Hvordan man skal gå fram når man skal forske på en gitt problemstilling er avhengig av de forestillinger man har om verden, ontologien. Man trenger også en generell teori om hvordan man søker kunnskap om verden, gjennom det som kalles epistemologi. Denne teorien kan konkretiseres ved hjelp av modeller eller såkalte metodologier (Ryen, 2002). Hver modell inneholder et utvalgt av metoder, og det er metoden som gir forskeren konkrete råd om hvordan han eller hun bør samle inn, bearbeide og analysere data med utgangspunkt i problemstillingen. Löfgren (1996, gjengitt etter Ryen, 2002, s. 11) sier at det derfor sammenheng mellom de forestillinger man har om verden, hvordan man søker kunnskap om den og hvilke metode man velger. Ryen (2002) poengterer at den metodologien man velger påvirker de valgene man står overfor senere i prosessen.

Metodologi er altså læren om metodene som brukes i vitenskapene (Kvale & Brinkmann, 2009). I vitenskapsteorien skiller man mellom to hovedretninger. Tradisjonelt skilles det mellom kvantitativ og kvalitativ forskning (Ryen, 2002). Ryen (2002, s. 11) påpeker at vitenskapsteorien ikke gir svar på hvorvidt man bør bruke kvalitativ eller kvantitativ metode et gitt prosjekt, og skillene mellom de to ikke er så klare som de ofte kan fremstilles.

Kvantitativ metode er påvirket av naturvitenskapen som mener at for at ny kunnskap skal kunne klassifiseres som vitenskap må dataene kunne observeres, telles og måles. Denne retningen innen vitenskapsteorien kalles positivismen. Innen denne retningen tar en sikte på å finne nomotetisk vitenskap, det vil si lovmessigheter som vil kunne gjelde generelt for alle tilsvarende forhold og tilfeller (Ryen, 2002).

På den andre siden har vi samfunnsvitenskapelige metoder og humaniora som ofte støtter seg på kvalitative metoder. Malterud (2003, s. 50) skriver at «I et prosjekt med kvalitative metoder gjør forskeren bruk av både beskrivelser og tolkninger. Det går ikke an å bruke det ene uten å bruke det andre – enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser.» Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2003). Gjennom hermeneutiske fremgangsmåter og fenomenologi tar en utgangspunkt i ideografiske momenter og søker å forstå og tolke disse. I følge Ryen (2002, s. 30) sikter ideografisk til noe individuelt eller

enkeltstående. Det vil med andre ord si at man tar utgangspunkt i ideografiske momenter der forståelsen av enkeltfenomener står i fokus. Hvor forskeren står i dette landskapet vil ha betydning for hvordan forskningsopplegget blir og for hvilke valg forskeren tar underveis.

Men som sagt så er ikke forskjellen eller inndelingen av kvalitativ og kvantitativ metode så klar. Grønmo (1982:94-95, gjengitt etter Jacobsen, 2004) viser til at metodene er mer utfyllende enn konkurrerende, og at inndelingen ikke er en dikotomi, men heller en glidende overgang. Han påpeker at kvalitative undersøkelser kan ha innslag av kvantitative metoder og vice versa. Jacobsen (2004) hevder at forskjellen mellom metodene er strategiske, med andre ord at man bør bruke den metoden som egner seg best til å belyse den problemstillingen man har. Forskjellen mellom de to metodene består i hva slags type data man samler inn og analyserer. Jacobsen (2004) viser til Grønmos synspunkter om metodene og sier at «helt konkret gjør kvantitative metoder sosiale fenomener, som holdninger og adferd, om til tall, mens kvalitative metoder beskriver de samme fenomenene i form av ord.»

Ryen (2002, s. 18) refererer til Denzin og Lincoln (1994) som sier at kvalitativ forskning er «multimethod in focus, involving an interpretive, naturalistic approach to its subject matter.» De utdyper dette ved å si at «forskere som nytter kvalitativ metode, studerer ting i deres naturlige setting, der de prøver å forstå eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem» (Ryen 2002, s. 18). Ryen (2002) hevder at dette viser at skille mellom kvantitativ og kvalitativ forskning ikke er så klart som det ofte fremstilles, og at kvalitativ forskning rommer mange tilnærminger. Hun sier videre at det ikke finnes noen standardtilnærming blant kvalitative forskere, men et mangfold, blant annet intervju, observasjon, analyse av tekst eller dokument og bruk av visuelle medier. «Bruk av intervju er likevel den mest utbredte innen norsk sosiologi og i utlandet, til tross for at andre måter å framskaffe data øker» (Ryen 2002, s. 18).

Jeg valgte en naturalistisk tilnærming til undersøkelsen der jeg hadde en forventning om at informanten satt innen med svarene på det jeg spurte om. Innenfor det naturalistiske paradigmet tenker man seg at dataene finnes «inni» respondentene, og at forskernes oppgave er å samle inn dataene slik de er (Ryen, 2002) Det vil være informantens fortolkninger som representerer sannheten eller deres virkelighet. Spørsmålene i min undersøkelse bærer preg av denne spørsmålsstillingen. I forhold til min konkrete problemstilling søkte jeg respondenter som hadde kompetanse og erfaringer fra temaet jeg ønsket å undersøke. Det var derfor naturlig for meg å ha en forventning om at informantene satt inne med bevisste refleksjoner

rundt temaet. Men i selve intervjusituasjonene bar samtalen mer preg av at vi reflekterte sammen. Jeg var mer aktiv i samtalen enn jeg hadde sett for meg. Selv om jeg i utgangspunktet hadde en forestilling om at jeg skulle «hente ut» svarene, bar flere av intervjuene mer preg av at vi hadde en samtale der jeg aktivt deltok. Når jeg hørte på lydopptakene registrerte jeg at jeg av og til deltok aktivt ved å komme med innspill som:

«Det er jo det, som er, akkurat det skille mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse. Alle har jo erfaring, jeg har snakket med en som sa at han også hadde tenkt mye på det at en terapeut sitter der og har noe som han kan dele som pasienten kan gjenkjenne seg i, så hvorfor kan ikke han. Det er noe der.» (Intervjuer, 2013)

Ved å dele av mine erfaringer og meninger bar noen av intervjuene preg av at vi reflekterte sammen. Min forestilling om hvordan intervjuene skulle bli stemte ikke helt med hvordan de i virkelighet ble.

Holstein og Gubrium (1995) har noen interessante innspill i forhold til forestillinger forskeren kan ha om det kvalitative intervjuet. De peker på at forskere som undersøker menneskers følelser og opplevelser ofte kan ha en forestilling om at de kan hente ut de «sanne» svarene, kun ved å stille de rette spørsmålene.

«Typically, those who are curious about person's feeling, thoughts, or experiences believe that they merely have to ask the right questions and the other's "reality" will be theirs» (Holstein & Gubrium, 1995, s. 2).

De hevder videre at det er viktig å være bevisst at ethvert intervju er situasjonsbestemt og at det foregår en interaksjon mellom forsker og informant.

«Although these conversations may be variously configured as highly structured, standardized, quantitatively oriented surveys, as semiformal guided interviews, or as free-flowing exchanges, all interviews are interactional events. Their narratives may be as truncated as forced-choice survey answers or as elaborate as live histories, but, in any case, they are constructed in situ, a product of the talk between interview participants» (ibid., s. 2).

Jeg har valgt kvalitativ datainnsamling med intervju som metode. Det kvalitative intervjuet er kunnskapsproduserende (Kvale & Brinkmann, 2009) og i min undersøkelse trengte jeg at det ble produsert kunnskap utover det lukkede svaralternativ vill kunne gi. Jeg tok ikke sikte på å

finne lovmessigheter som vil kunne gjelde for alle, mitt fokus lå i å få forståelse av et enkeltfenomen, der jeg søkte å tolke og forstå dette. Enkeltfenomenet jeg undersøker er erfaringskompetanse innen psykisk helse, sett fra de erfaringsansattes perspektiv. Det kvalitative forskningsintervjuet kjennetegnes ved at forskeren går ut blant folk for å få mer dyptgående forståelse for deres oppfatning av en problemstilling. Kvalitative forskere hevder at de kan få tak i en dypere forståelse av sosiale fenomener og kvalitativ metode er en god måte å få frem de forskjelliges ståsted på (Ryen, 2002). Nærheten til informantene er en styrke ved kvalitative metoder (Thagaard, 1998). En styrke fordi forskeren kan få tilgang til informasjon som ikke er synlig gjennom for eksempel statistikk, slik som informantenes tanker, følelser og refleksjoner om egen situasjon. En annen styrke ved kvalitative metoder er at vi kan spør etter mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd, og vi kan oppnå økt forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2003, s. 32). Sett ut i fra dette perspektivet var mitt ønske å få kunnskap om informantens erfaringer, i lojalitet til informantens egen versjon av sin historie.

Hvordan informantene opplever å dele erfaringer fra eget liv og hvordan de mener de kan berike det psykiske helsevernet var noen tema jeg ønsket å belyse. For å sikre at jeg kom innom de temaene jeg ønsket å ha fokus på laget jeg en intervjuguide der jeg kategoriserte diverse temaer med spørsmål under. Selv om jeg laget spørsmål på forhånd, la jeg opp til at det skulle være et uformelt intervju, der det var rom for å gå utover de spørsmålene jeg hadde satt opp. Ryen (2002) påpeker at hvis det blir for mye struktur, kan det skje at man ikke fanger opp eller misforstår fenomener som er viktige for respondentene. Det kan på forhånd være vanskelig å vite hva slags informasjon informantene kan komme med og jeg reflekterte over at min spørsmålsstilling som forsker ville kunne endres noe underveis. Jeg så det derfor som nødvendig med stor åpenhet og fleksibilitet i forhold til intervjurundene. Dette er ifølge Thagaard (1998) kriterier som gjør kvalitativ metode er spesielt velegnet.

Jeg ønsket at intervjusituasjonene skulle fortone seg som en så naturlig konversasjon som mulig, slik at informantene skulle føle seg avslappet og komfortable. Etter å ha fått tillatelse fra Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste As (NSD), valgte jeg å ta intervjuene opp på bånd. Jeg valgte dette for å kunne være fullt tilstede under intervjuene og for å ha muligheten til å gå inn i materiale senere og transkribere det. Alle informantene gav samtykke til dette. Jeg vil komme nærmere inn på innmelding av prosjektet til NSD, senere i oppgaven.

2.2 Rekruttering og utvalg

Etter at jeg fikk kjennskap til Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse gjennom en slektning, ble nysgjerrig min trigget til å finne ut av hvor utbredt brukeransettelser var i Norge, og hvordan det fungerte i praksis. Jeg kontaktet senteret og hadde et møte med bibliotekar og fagansvarlig som gav meg nyttig og oppdatert litteratur på feltet.

På bakgrunn av de begrensninger masteroppgaven rommer, bestemte jeg meg for å undersøke brukeransettelse på Sørlandet. I kvalitative studier benyttes strategiske utvalg, det vil si at informantene velges ut på en måte som er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen (Thagaard, 1998). Min problemstilling fordret at jeg måtte se etter informanter som er tidligere brukere og som nå jobber som erfaringskonsulenter.

I startfasen av undersøkelsen var tanken å intervju 3 fagansatte og 3 brukeransatte på en konkret arbeidsplass og undersøke erfaringer med kombinasjonene fagkompetanse og erfaringskompetanse. Jeg hadde da en annen problemstilling enn den jeg endte opp med. Thagaard (1998) sier at helhetsperspektivet som preger kvalitative metoder, medfører at enkeltstående tilfeller betraktes som uttrykk for en større helhet. Derfor kan kvalitativ forskning basere seg på relativt små utvalg (ibid.) Etter å ha brukt tid på å finne ut hvilke institusjoner og fagområder som bruker denne kompetansen og hvordan den blir brukt som supplement til fagkompetanse fant jeg ut at de erfaringskonsulentene jeg fikk kjennskap til var spredt på ulike arbeidsplasser og avdelinger. Etter å ha fått et klarere bilde av hvor jeg kunne rekruttere erfaringskonsulenter fra, gikk jeg bort i fra ideen om å intervju fagansatte. Jeg valgte heller å gå i dybden på erfaringskonsulentenes tanker og erfaringer.

Neste steg var å opprette kontakt med aktuelle informanter. I intervjuundersøkelser er det vanlig først å etablere kontakter med noen sentrale personer som kan bistå forskeren med å få tak i informanter. Dette betegnes som snøballmetoden (Thagaard, 1998). Gjennom en kontakt på Universitet i Agder fikk jeg gode tips om informanter det kunne være aktuelt å kontakte. Jeg gikk noen omveier, og brukte mer tid enn planlagt til å finne frem til utvalget mitt. Jeg fikk omsider opprettet kontakt med en som jobbet som erfaringskonsulent og som tipset meg om andre som kunne være aktuelle å intervju. Dermed begynte snøballen å rulle og jeg fikk opprettet kontakt med fire informanter på fire ulike avdelinger i klinikk for psykisk helse.

Klinikk for psykisk helse (KPH) i kommunene jeg utfører undersøkelsen er den overordnende enheten som utfører behandling innen psykiatri og avhengighet samt veiledning av

kommunale helsetjenester i det aktuelle fylket. Klinikken er delt inn i flere underordnede enheter, der jeg intervjuer fire informanter på fire ulike avdelinger. Tre av de fire avdelingene jeg opprettet kontakt med er distriktpsykiatriske sentre (DPS), mens den fjerde er en avdeling for barn og unges psykiske helse.

Jeg trengte flere informanter til undersøkelsen og tok kontakt med et brukerstyrt kompetansesenter. Der fikk jeg ta del i en samtalegruppe, som er et åpent møtested for alle, der den gode samtalen er i fokus. Den måten å møtes på har til hensikt å bidra til mestring og vekst i eget liv og ledes av en leder og en medhjelper som har erfaringskompetanse. På det brukerstyrte kompetansesenteret fikk jeg opprettet kontakt med tre informanter til.

Det brukerstyrte senteret er en organisasjon som vektlegger brukermedvirkning og erfaringskompetanse innenfor psykisk helse og avhengighet. Organisasjonen samarbeider med: Mental Helse, Aust- og Vest-Agder; Landsforeningen for Pårørende innen psykiatri, Aust- og Vest-Agder; Sørlandet Sykehus, klinikk for psykisk helse og Vest-Agder fylkeskommune/Folkehelsa på Agder.

Informantene jeg opprettet kontakt med fikk tilsendt et informasjonsskriv der jeg informerte om undersøkelsen og at de på ethvert tidspunkt i prosessen kunne trekke seg om de ønsket det. Informasjonsskrivet informerte også om min taushetsplikt og informert samtykke.

I forhold til utvalget var det viktigste momentet i utvelgelsen at informantene var ansatt eller jobbet på bakgrunn av sin brukererfaring. Repstad (1998) skriver at det er problemstillingen som avgjør hvem det kan være aktuelt å intervju. Det er viktig at man får et bredt inntrykk gjennom intervjuene. Det for å belyse problemstillingen fra ulike områder slik at man får flere innfallsvinkler til temaet. Ulike variabler kan være kjønn, alder, bakgrunn, familiesituasjon og jobbsituasjon (ibid.)

Jeg har intervjuet både kvinner og menn, der tre av informantene er menn og fire er kvinner. I følge Thagaard (1998) vurderes størrelsen på utvalget i forhold til et »metningspunkt.» En retningslinje for kvalitativt utvalg er at antall informanter man velger ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (ibid.). I forhold til tiden jeg disponerte og oppgavens rammer, følte jeg at syv informanter var tilstrekkelig. Informantene er spredd i alder, mellom 26-55 år, og også hvor lenge de har arbeidet i sin stilling. Det er også variasjon i ansettelsesforhold, arbeidssted og arbeidsoppgaver. Noen leder grupper, noen underviser og

jobber utadrettet, mens andre har individuelle samtaler. Felles for flere av informantene er at de er engasjert på flere arenaer og har varierte oppgaver.

De fire jeg har intervjuet i klinikk for psykisk helse (KPH) er ansatt som erfaringskonsulenter, mens på det brukerstyrte senteret jobber en som frivillig og to er ansatt. Felles for dem alle er at de arbeider innenfor samme felt og at de arbeider på bakgrunn av erfaringskompetanse.

Jeg velger å kalle informantene:

Trine – erfaringskonsulent

Gro - erfaringskonsulent

Einar – brukeransatt

Lars – brukeransatt

Karoline - erfaringskonsulent

Truls - erfaringskonsulent

Solveig - erfaringskonsulent

2.3 Gjennomføring av intervjuene

Før jeg satt i gang med intervjuene hadde jeg som sagt sendt ut et informasjonsskriv der jeg gav en fylldig beskrivelse av prosjektets tema og hensikt. På forhånd hadde jeg tenkt å ha en samtale med informantene før jeg gikk i gang med intervjuet, men for de fleste av informantene var det greit å ta intervjuet første gang vi møttes. Alle var positive til å bli intervjuet og interessert i å sette begrepet «erfaringskompetanse» på dagsorden.

I følge Kvale (1997) kan forskningsintervjuet beskrives som en samtale med struktur og formål, noe som innebærer at man spør og lytter inngående med det formål å innhente etterprøvable kunnskap. Videre er formålet med det kvalitative forskningsintervjuet å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv.

Forskningsintervjuets struktur er lik den dagligdagse samtalen, men som et profesjonelt intervju involverer det også en bestemt metode og spørreteknikk.

Intervjusituasjonene ble lagt opp til enkeltvis dybdeintervju. For å skape en trygg ramme rundt selve intervjuet spurte jeg informantene hvor de ville at intervjuet skulle foregå. Noen møtte meg på Universitetet i Agder, Campus Kristiansand, mens andre ønsket å ha intervjuet på arbeidsplassen deres. Jeg innledet intervjuene med å gjenta hva prosjektet gikk ut på og å

spør informantene om de hadde fått lest gjennom informasjonsskrivet. Jeg hadde intervjuguiden med meg og forklarte at jeg hadde satt opp noen temaer jeg ønsket at vi skulle gå inn på i løpet av intervjuet. Jeg forklarte også hensikten med båndopptakeren og presiserte at lyd materialet ville bli slettet når prosjektet var avsluttet. Selv om et par av informantene synes det var litt uvant at intervjuet skulle spilles inn på bånd, hadde ingen av dem innvendinger mot at jeg brukte den. Ryen (2002) har noen interessante refleksjoner om det som skjer etter at båndopptakeren er slått av. Hun viser til at «De fleste har erfart at respondenten forsetter tematikken etter at kassettpilleren er slått av, og som flere har sagt: «Det er da det interessante blir sagt.» (Ryen 2002, s. 113-114). Hun sier videre at «Når man kommer til avslutningen av intervjuet, begynner ritualet som ofte tydelig avslutter det formelle intervjuet. Samtidig indikerer man en «mental» endring i konteksten. Det fungerer gjerne som en pause. I blant blir det også ekstra prat som gir respondenten anledning til refleksjon» (ibid.). Slik jeg opplevde det, så virket de fleste informantene komfortable med at samtalen ble tatt opp på bånd. Når båndopptakeren ble slått av, opplevde jeg at informanten og jeg hadde en slags avslutning på intervjuet der vi snakket litt om hvordan intervjuet hadde gått. Jeg registrerte imidlertid at en av informantene virket lettet etter at båndopptakeren var skrudd av. Vedkommende virket da mer avslappet. Jeg må ta høyde for at denne reaksjonen kan indikere at bruken av opptak kan ha påvirket datamaterialet.

I det første intervjuet var jeg nok mer spent og usikker på min rolle som intervjuer enn det jeg var i de andre intervjuene. Intervjuene varierte litt i forhold til hvor mye informantene sa. Noen hadde mye på hjertet, mens andre svarte mer kort og presist på det jeg spurte om. Intervjuene varte fra 30 minutter til 1,5 time. I de intervjuene der informanten svarte kort på spørsmålene opplevde jeg at jeg holdt meg mer til intervjuguiden og kom med flere spørsmål. Der informanten svarte med utfyllende og lange svar måtte jeg av og til styre intervjuet inn på de temaene og spørsmålene jeg hadde satt opp. Der informantene pratet mye og kom med mange refleksjoner, gav det meg nye ting å tenke på som jeg ikke hadde tenkt og spør om på forhånd.

2.4 Intervjuguide

De fleste forskere er enige i at man på et eller annet stadium i møte med respondentene bør bruke en intervjuguide (Ryen, 2002). Det er ikke noe endelig svar vedrørende graden av formalisering eller strukturering av intervjuet. Det er argumenter for og imot

forhåndstrukturering. Et argument for å ha en forhåndsstrukturert intervjuguide er at den kan bidra til å fange opp viktige fenomener, som ikke ville blitt fanget opp ved ingen eller liten grad av struktur. Jeg valgte som nevnt å lage en temabasert intervjuguide med utfyllende spørsmål under. I forkant av intervjuene hadde jeg en forestilling om hva jeg ville spør om for å belyse problemstillingen. Samtidig så ønsket jeg ikke å bruke intervjuguiden slavisk, men ha rom for at informanten kunne gå inn på momenter de ønsket å snakke om. Et motargument for forhåndstrukturering er at et fast opplegg kan blinde forskeren og låse interaksjonene (Ryen 2002, s. 97). Jeg la derfor opp til at informantene kunne snakke fritt og ut i fra hva de ønsket å snakke om, samtidig som jeg av og til styrte samtalen inn på mine planlagte spørsmål. Jeg startet hvert intervju med å spør om hvor lenge de hadde jobbet som erfaringskonsulent og hvordan de hadde fått jobben. Det opplevde at det var en fin måte å innlede intervjuet på. I og med at jeg brukte båndopptaker, kunne jeg ha fullt fokus på det informanten sa. Av og til noterte jeg utspill jeg synes var interessante og som jeg ønsket å høre litt mer om. Hvert intervju ble avsluttet med at jeg spurt informanten om han/hun ønsket å legge til noe eller om de følte det var noe viktig vi ikke hadde fått snakket om.

2.5 Kvalitetskriterier: Validitet og reliabilitet

Innen samfunnsvitenskapen diskuteres troverdigheten, styrken og overførbarheten av kunnskap som regel i sammenheng med begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale og Brinkmann, 2009). I følge Kvale og Brinkmann (2009) har reliabilitet med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre. Validitet i samfunnsvitenskapen dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (ibid.).

De kvalitative forskerne Lincoln og Guba (gjengitt etter Ryen, 2002) viser til at tillit til en forskningsrapport tradisjonelt er det sentrale i diskusjonene rundt validitet og reliabilitet. Under hele prosessen med undersøkelsen har jeg måtte være bevisst forskningens reliabilitet og validitet. Jeg har måttet stoppe opp og tenke: Finner jeg ut av det jeg tenkte å finne ut av i undersøkelsen? Har jeg vært nøyaktig nok i beskrivelsen av datamaterialet, og beskriver jeg det godt nok slik at andre forstår meningsinnholdet?

Ryen (2002) viser til at både validitet og reliabilitet er kontroversielle fenomener innen kvalitativ forskning. Hun viser til kritikk rettet mot bruk av kvalitetskriteriene i kvalitativ forskning. Noe av denne kritikken knyttes til reliabilitet; «Et dilemma man ofte står overfor når man leser kvalitative rapporter, er at de presenterer bare et sterkt begrenset utdrag av

dataene i form av noen få enkle sitater eller noen anekdoter eller historier som skal illustrere forskerens konklusjoner. Man er prisgitt forskeren» (Ryen, 2002, s. 182).

Cuba og Lincoln (1985, gjengitt Kvale og Brinkmann, 2009) har deltatt aktivt i debatten om de tradisjonelle kvalitetskriteriene og tatt i bruk dagligdagse språkuttrykk for å diskutere forskningssamfunnenes sannhetsverdi. De bruker begreper som troverdighet, tilforlidelighet, sikkerhet og bekreftbarhet i kvalitativ forskning.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) behandles reliabilitet ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. Dette kan knyttes til om informantene ville endre sine svar i et intervju med en annen forsker. Det er viktig å være bevisst forskningens reliabilitet under hele prosessen, under intervjuet, i transkriberingen og i analysen. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at ledende spørsmål kan redusere intervjuenes reliabilitet. Jeg har vært bevisst spørsmålsformuleringen og tenkt på at måten jeg stiller spørsmål kan påvirke svaret jeg får. Ledende spørsmål kan imidlertid være velegnet for gjennomgående å sjekke om man har forstått hva informanten mener (ibid.). I flere av intervjuene gjorde jeg dette når jeg ville forsikre meg at jeg hadde oppfattet informantenes meningsinnhold korrekt. Bruk av båndopptaker kan være med å styrke undersøkelsens reliabilitet, ved å få nøyaktig utskrifter (Ryen, 2002). Man får også med seg nøyaktig ordbruk, tonefall og pauser. Men det er viktig å være nøyaktig i prosessen med å omdanne den muntlige samtalen man har på bånd til en skriftlig tekst. I arbeidet med transkriberingen, var jeg nøye med å stoppe opp og spole tilbake slik at jeg fikk med meg informantens svar. Dette var en tidkrevende, men spennende prosess. Det var interessant å høre hvordan jeg stilte spørsmålene og jeg ble, som nevnt tidligere, overrasket over hvor aktiv jeg hadde vært i intervjuet.

Validitet i samfunnsvitenskapen dreier seg som sagt om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Kvale og Brinkmann (2009) argumenterer for at validering bør prege alle fasene - fra første tematisering til endelig rapportering. Malterud (2003, s. 24) peker på at «Ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål» Hun sier videre at forskeren må overveie validiteten av hva hun egentlig har funnet ut noe om, og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenheng der studien er gjennomført. Feltet der kunnskapen er innhentet, vil i følge Malterud (2003) alltid være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde i tid og rom.

Man skiller gjerne mellom intern og ekstern validitet. Malterud (2003, s. 24) hevder at det «første spørsmålet om validitet blir altså hva det er sant om (intern validitet).» Hun sier at man som forsker må spør seg selv om han har brukt relevante begreper eller kartleggingsmetoder for å studere det fenomenet som blir undersøkt. Malterud (2003) sier videre at det er viktig å være bevisst at respondenten ofte kan svare på noe annet enn det forskeren mener å spørre om. Hun peker på at det da er viktig å gjennomgå de verktøy som blir brukt for å få frem kunnskapen, og vurdere i hvilken grad metoden og referanserammen er egnet til å gi gyldige svar på de spørsmål forskeren har stilt. I forhold til den interne validiteten har jeg i denne undersøkelsen vært bevisst på om informantene har forstått det jeg har spurt om og om det er det de har svart på. I forhold til de verktøy som har blitt brukt for å få frem kunnskapen, har jeg vurdert metoden dybdeintervju med hjelpemiddelet båndopptaket som egnet til å gi gyldige svar på det jeg har spurt informantene om. Dybdeintervjuet gav rom for å bruke god tid og la informantene komme med innspill utenfor de spørsmål jeg hadde satt opp. Jeg opplevde at bruk av båndopptaker fungerte bra, da det gav meg mulighet til å være en lyttende og tilstedeværende forsker.

Når det gjelder ekstern validitet sier Malterud (2003, s. 25) at «det andre spørsmålet om validitet gjelder overførbarhet. «Til hvilke sammenhenger kan våre funn gjøres gjeldende ut over den kontekst der vi har kartlagt dem?» Når vi skal se på om våre funn kan overføres til andre sammenhenger må vi være bevisst konteksten. I forhold til denne undersøkelsen har jeg vært klar over at tjenestestedene og informantene jeg har intervjuet i utgangspunktet har vært positivt til erfaringskompetanse, fenomenet jeg studerer. Hadde jeg intervjuet noen på et tjenestested som ikke kjente til eller hadde brukeransatte, ville jeg mest sannsynlig fått helt andre svar. Malterud (2003) taler for at vi må gjennomgå forholdet mellom det utvalget vi henter våre data fra, den type kunnskap vi ønsker å utvikle, og den rekkevidde våre funn på dette grunnlaget kan få. Den eksterne validiteten blir lav hvis vi utelukkende forholder oss til den lokale konteksten uten å overveie betingelser for overførbarhet av kunnskapen.

2.6 Forskningsetiske hensyn/forskningsetikk

Det er ikke lett for samfunnsforskere å kunne forutsi og styre de samfunnsmessige konsekvensene av egen forskning. Det kan tenkes at resultatene kan bidra til både endringsprosesser gjennom bevisstgjøring og til selvoppfyllende profetier. Repstad (2007) legger vekt på at forskeren ikke kan kontrollere effektene av sin egen samfunnsforskning,

men forskeren bør ha et forsknings - og formidlingsetisk ansvar. «Dette innskjerpes i de veiledende forskningsetiske retningslinjene utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komiteen for samfunnsvitenskap og humaniora» (Repstad, 2007, s. 146).

Før jeg satt i gang med min undersøkelse måtte jeg melde inn prosjektet til NSD, Personvernombudet for forskning. De la til grunn at taushetsplikten ikke var til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted. Personvernombudet godkjente prosjektet og tilrådet at undersøkelsen kunne gjennomføres.

I meldeskjema (se vedlegg 1) opplyste jeg om at jeg skulle ta opp intervjuene på bånd, for så å transkribere dem. Jeg har forpliktet meg til at datamaterialet skal anonymiseres i oppgaven. Notater, lydopptak og navnelister skal slettes etter prosjektet er sluttført. Det skal da ikke være mulig å knytte personopplysninger til enkeltpersonene som har deltatt i prosjektet. Informantene har skrevet under på informert samtykke (se vedlegg 2) og har også blitt informert om at de uten grunn og når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen.

Når det gjelder valg av problemstilling, er det viktig å vurdere de etiske implikasjoner av å studere en bestemt gruppe. Man må tenke gjennom hvilke betydning det kan ha for grupper som er i en særlig belastet situasjon å delta i et forskningsprosjekt. I forhold til fokuset i intervjuene, valgte jeg bevisst å ikke stille spørsmål knyttet til informantenes egen helse eller tidligere helseproblemer. Jeg valgte å stille spørsmål knyttet til det å jobbe som erfaringskonsulent, da det var det jeg ønsket å få innsikt i. Jeg vurderte det slik at informantene selv kunne velge om de ønsket å snakke om sin egen helse. En forstående tilnærming til informantene kan være en fin løsning som gir støtte for de impliserte (Thagaard, 1998). Den etiske vurderingen forskeren må foreta forut for sitt forskningsprosjekt, må knyttes til hva det er etisk forsvarlig å forskes på og til hvordan forskningen kan legges opp for å unngå uheldige konsekvenser for informantene i undersøkelsen (Thagaard, 1998). Bevisstheten om etiske forhold gjelder ikke bare i intervjuet men i hele forskningsprosessen (Ryen, 2002).

Det var som sagt et bevisst valgt å rette fokuset på informantenes rolle som erfaringskonsulent, og ikke på deres helse. Jeg må likevel ta høyde for at informantene i ettertid kan kjenne på at de delte for mye, at de sa ting de angret på osv. Jeg var derfor nøye med å presisere i informasjonsskrivet at de på ethvert tidspunkt, uten å måtte oppgi grunn, kunne trekke seg fra undersøkelsen. Jeg har også vært nøye med å anonymisere informantene.

Ingen av informantene har ønsket å trekke seg, eller gitt negative tilbakemeldinger. Jeg opplevde heller at informantene var positive til å delta i en undersøkelse med et tema de interesserte seg for.

2.7 Forforståelse

Forskerens forforståelse kan betegnes som de forstillinger eller erfaringer hun eller han har på det område det skal forskes på (Olsson og Sørensen, 2003).

Gjennom min sosionomutdanning og min interesse for feltet, har jeg med meg en forforståelse av temaet jeg studerer. Den norske forskeren og legen Kirsti Malterud (2003) fremhever at forskerens rolle og perspektiver underveis, herunder forforståelse og teoretisk referanseramme, bestemmer hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres. Olsson og Sørensen (2003, s. 63) bygger opp under dette: «Fremfor alt i kvalitativ forskning er det viktig at forskeren redegjør for sin forforståelse på forskningsområdet for lesere. Forskerens forforståelse forandres gjennom hele tiden i tolkningsprosessen. Gjennom å klargjøre forforståelsen gi man utgangspunkt for tolkning.» De sier videre at redegjørelse for forforståelsen er et kvalitetskrav og forskeren må opplyse om personlige erfaringer som har vært viktige og relevante i prosjektet. Det har derfor vært viktig at jeg at jeg har tenkt gjennom mine tanker og holdninger til det som studeres. Jeg er bevisst at min positive innstilling og interesse for erfaringskompetanse kan farge oppgavens vinkling og analyse. Jeg har som nevnt vært positivt innstilt til erfaringskompetanse, men også nysgjerrig. Før jeg hadde lest meg opp på feltet hadde jeg bare en viss forståelse av hva erfaringskompetanse var, men etter at jeg hadde gjennomført intervjuene og fått større innsikt i litteraturen endret denne forståelsen seg. Med en dypere innsikt i feltet så jeg at det var et mye bredere felt enn jeg først trodde.

Med en naturalistisk tilnærming til undersøkelsen har jeg en forventning om at informanten sitter innen med svaret på spørsmålene jeg stiller. I følge Ryen (2002) er ekskludering av verdier og nøytralitet et viktig punkt i retningslinjene for godt feltarbeid. Hun hevder det er sentralt for å oppnå tilgang, beholde tillit og fange inn subjektets egne erfaringer. Man bør også unngå å blande følelser i relasjonen (ibid.). I og med at jeg har en stor interesse for feltet har det vært vanskelig å forholde meg nøytral. Men jeg har forsøkt å forholde meg så åpen som mulig og reflektert over hvordan min forskning kan bli preget av min forforståelse.

Kapitel 3 Teoretisk rammeverk

Den brukeransattes rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet skal her belyses ut i fra fem teoretiske perspektiver. Jeg vil se på følgende perspektiver:

- Evidensbasert praksis og innenfra/utenfra - perspektivet
- Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid
- Brukerkunnskapen i møte med «Habitus»
- Makt, profesjonskamp og rolleendring
- Personlig kompetanse - en viktig del av profesjonaliteten

3.1 Evidensbasert praksis og innenfra-/utenfraperspektivet

I forhold til problemstillingens spørsmål om hvordan erfaringskonsulentene kan berike det psykiske helsefeltet kan det være viktig å belyse hvor den brukeransattes kompetanse plasserer seg innenfor det psykiske helsefeltet. Hvilke vekt skal erfaringskompetanse og brukeransattes kunnskap ha i det psykiske helsefeltet? Jeg skal her presentere ulike tilnærminger/perspektiver til hvordan evidensbasert praksis kan forstås, for senere å diskutere om evidensbasert praksis kan forenes med innenfrakunnskapen/brukerkunnskapen.

Kolstad (2011) tar til ordet for at det er behov for ny kunnskap innenfor feltet psykisk helsearbeid. Han sier at «Med omleggingen av den psykiatriske helsetjenesten fra institusjonsbehandling til hjelp i lokalsamfunnet er det behov for ny kunnskap og en annen utforming av det psykiske helsearbeidet.» Han peker på at den «medisinske spesialiteten psykiatri med fokus på kroppsinterne, nevrobiologiske «maskinfeil», ikke er relevant som teoretisk utgangspunkt eller som basis for hjelp i praksis (Kolstad, 2011, s. 143). Han mener det må tas utgangspunkt i folks subjektive erfaringer, og at problemene må forstås i deres kulturelle og sosiale setting. For få år siden endret Norges forskningsråd (NFR) betegnelsen «psykiatrisk helsetjeneste» til «psykisk helsearbeid.» Kolstad (2011) hevder at navneendringen

illustrerte at helsetjenesten ikke lenger skulle knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri, men omfatte alt «arbeid» for å bedre folks helse. Ønsket om nytt innhold i det psykiske helsefeltet, har ført til at det nå etterspørres andre fagfolk enn leger og psykologer som deltakere i feltet (ibid.) For å lykkes med nye måter å møte hjelpetrequende mennesker på er det i følge Kolstad (ibid.) nødvendig å utvide kunnskapsgrunnlaget og erfaringene med alternative arbeidsmåter. Han mener at man også i forskningen må vende blikket fra nervesystemet og den individuelle kroppen til det som skjer mellom mennesker. Han sier videre at kunnskapen som trengs for å utforme det psykiske helsearbeidet, må utvikles teoretisk og empirisk fra brukernes ståsted og erfaringer for å skape en ny og annerledes praksis.

I en artikkel i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, diskuterer Bøe (2007) om det er mulig å sammenholde tanken om innenfraperspektivet og brukerkunnskapen med kravet om evidensbasert praksis (heretter EP). Er det plass til brukerkompetansen i den evidensbaserte praksisen?

Grimen og Terum (2009) viser til at evidensbevegelsen opprinnelig startet med en misnøye med hvordan leger håndterte medisinsk kunnskap. Misnøyen baserte seg også på behandling uten dokumentert virkning og mye behandling med dokumentert negativ virkning.

Tilsvarende kritikk rettes mot andre profesjoner, som sosialarbeidere og lærere.

Kunnskapsgrunnlaget er tenkt forbedret gjennom å styrke mulighetene for å integrere forskningsbasert kunnskap om hva som virker i praksis. I følge Bøe og Thomassen (2009) er hovedprinsippet i EP at den praksis vi møter den hjelpetrequende med, skal være begrunnet i forskning og i vitenskapelige undersøkelser. I forhold til psykisk helsearbeid vil dette i praksis innebære at de metoder eller arbeidsformer vi velger i behandling av mennesker med psykiske lidelser, så langt det er mulig, skal være dokumentert virksomme gjennom forskning og vitenskapelige eksperimenter.

Som jeg var inne på tidligere er det lange tradisjoner med å behandle mennesker med psykisk uhelse etter tradisjonelle medisinske modeller. Bøe og Thomassen (2009, s. 73) peker på at «I de krav om at behandling skal være evidensbasert som etter hvert gjennomsyrrer helsevesenet, kan det ligge dilemmaer når en i psykisk helsearbeid ønsker å vektlegge den kontekstuelle innenfrakunnskapen.» Ekeland (2009, s. 154) viser til noen av kravene helsevesenet fremlegger: «Evidensbevegelsens metodedoktrine kommer til uttrykk i Nasjonalt

kunnskapssenter for helsetjenesten sin selvpresentasjon: Når det gjelder spørsmål om effekt og tiltak, er det Kunnskapssenterets syn at det finnes et hierarki hvor kunnskap fremskaffet med gode randomiserte kontrollerte studier (RCT) er bedre og mer gyldig enn annen kunnskap.»

Bøe (2007) hevder det opereres med et evidenshierarki der det er ønskelig at de metoder som velges skal bygge på forskning som har fundament høyest mulig oppe i hierarkiet. Bøe og Thomassen (2009) viser til Ekland (2004, gjengitt etter Bøe og Thomassen 2009, s. 75) som skisserer opp hvordan et slikt evidenshierarki kan se ut. I et slikt hierarki står «Metaanalyser av RCT-studier» på topp og «Ekspert rapporter/eksperterfaringer» på bunn. Det pekes på at EP i praksis har blitt sterkt knyttet til RCT-studier og metaanalyser av RCT-studier (Ekland 1999 og 2004, Gullestad 2003, gjengitt etter Bøe og Thomassen, 2009, s. 75). RCT står for – randomised controlled trials, og er et metodeopplegg for forskning med strenge kriterier. Kort sagt innebærer denne forskningsmetoden at en har en gruppe som får den aktuelle behandlingen og en kontrollgruppe som får placebo. Utvalget og forsøkspersoner til behandlingsgruppen gjøres tilfeldig (randomisert). Mye av det kritiske søkelyset rettet mot EP, har vært nært knyttet til at denne RCT-metoden gjøres til et ideal i forskning, også på behandling av psykiske lidelser (Ekland 1999 og 2004, Gullestad 2003, Borg og Topor 2003, gjengitt etter Bøe og Thomassen 2009, s. 75).

Ekland (2009) viser til at det i evidensbevegelse i de fleste sammenhenger vises til en «gullstandard», et hierarki av metodekrav og design som forskningen må oppfylle for at tiltaket eller behandlingen skal kunne deklarerer som evidensbasert. Han sier at studier med annen metodikk også kan inkluderes, så fremt RCT-designer og metaanalyser er representert øverst i hierarkiet. Han påpeker at «den hierarkiske logikken tilsier at en metode på høyere nivå alltid vil trumfe metoder på lavere nivå. Om et eksperiment basert på RCT-designen faller positivt ut, vil studiene kunne bli vist til som vitenskapelig dokumentasjon på at behandlingen virker, at den er evidensbasert. Ekland (2009, s. 156) er kritisk til dette og sier «Men strengt tatt trenger ikke denne forskjellen være klinisk relevant. [...] Det mest problematiske er likevel at slik statistisk dokumentasjon blir tolket som prediksjon, at virkningen vil bli reproduisert i fremtiden. De statistiske modellene tillater ikke slike konklusjoner.» I klinisk forskning gjelder det generelt at mange RCT-studier er små (få forsøkspersoner), de mulige feilkildene mange og den forklarte variansen for liten til særlig sikker generalisering. En metaanalyse er en statistisk analyse der RCT-studier er enheter, ikke

personer. Ekeland (2009) hevder at det i forhold til den status metaanalyser er i ferd med å få i vitenskapen, er grunn til å peke på at metaanalyser er lite egnet til å avdekke eventuelle feilkilder. Han sier at slike analyser tvert om kan kamuflere dem. «I forhold til kunnskap som skal ha praktisk anvendelse, er metaanalyser lite å stole på» (Ekeland, 2009, s. 157). Han peker videre på at alle forskningsmetoder har fordeler og ulemper i forhold til hvilke problemstillinger og hva slags område handler om. Det er problemstillingen og forskningsfenomenets natur som bør styre metodevalget og ikke omvendt. Ekeland (2009, s. 157-158) argumenterer derfor for mer metodepluralisme, altså et bredere spekter av metodebruk. Han sier det er oppsiktsvekkende at evidensbevegelsen opphøyer én metode, RCT, som bare i sin kraft av sin design skulle kunne gi oss bedre evidens.

Ekeland (2009) peker på at noen av utfordringene ved RCT-designene er særegne for ulike praksisfelt. For at denne designen skal være meningsfull, forutsetter den at problemet lar seg definere og avgrense slik at det er det samme uavhengig av personen og at behandlingen kan gis på en standardisert måte. Ekeland (2009) trekker frem at dette er et stort problem i psykisk helsevern. Han begrunner det med at diagnoser sjelden opptrer i ren form, og at de alene predikerer dårlig hva som er den beste behandlingen. Når man for eksempel behandler «en deprimert person», kan det være vanskelig å trekke slutninger om dem på individnivå, på bakgrunn av kunnskap fra gruppenivå. Han sier videre at det i mange psykoterapeutiske tilnærminger vil være ugunstig å bruke en standardisert behandlingsform. I følge Ekeland (2009) vil «RCT-design derfor være upassende, noe som ut fra evidensortodoksien kan snus til en omvendt konklusjon: at terapien er uvitenskapelig. Han peker på at *hvordan* en behandlingsmetode virker, og *når* den virker, må knyttes til kontekstuelle forhold. Det vil derfor være svært problematisk å standardisere eller generalisere en metode som «best practice» ut i fra diagnose eller problemtype. Ekeland (2009) understreker at det er fare for at de som arbeider utenfor det som sees på som evidensbasert praksis, ikke blir tatt på alvor. I følge Ekeland (ibid.) kan påtrykket om evidensbasert praksis være alvorlig for praksisutøvere, som først og fremst er kommunikative. Det gjelder ikke bare psykoterapeuter, men mye av praksisutøvelsen innenfor sosialt arbeid, rus og barnevern. I følge Ekeland (ibid.) er dette et praksisfelt der forskningsinnsatsen har vært svak. Skal den styrkes er utfordringene ikke bare å bringe praksis nærmere forskning, men også bringe forskningen nærmere praksis og praksisens forutsetninger. Bare relevant forskning kan gi positive bidrag til forbedret praksis (Ekeland, 2009, s. 166).

Kolstad (2011) hevder at evidensbasert kunnskap, slik den nå lanseres, vil være et utilstrekkelig utgangspunkt for psykiske helsearbeid. Han peker på at framfor å forholde seg til spesifikke sykdomsdiagnoser må en i det psykiske helsearbeidet forholde seg til hele mennesket, med dets ressurser og muligheter.

Walby (2003 i Bøe & Thomassen 2007), som er tilhenger av EP-normen i behandlingen av psykiske lidelser mener at EP ikke er en forskningsdesign, men at evidensbasert praksis er et redskap som skal legge til rette for at behandlere kan foreta kliniske beslutninger på mest mulig solid og oppdatert grunnlag. Walby understreker videre at hensikten med EP er å kunne finne frem til den intervensjonen som har størst mulig effekt og mest mulig solid vitenskapelig underbygging (ibid.).

EPs inntog i behandlingen av psykiske lidelser har møtt mye kritikk: «Slik vi forstår det, retter kritikken seg mot den rådende snevre forståelse av EP-standarden der evidens først og fremst er resultater av kvantitative, eksperimentelle studier med et naturvitenskapelig ideal» (Bøe og Thomassen, 2007)

Bøe og Thomassen (2009) mener at Hans Skjervheims (1996, gjengitt i Bøe og Thomassen, 2007) klassiske essay «Deltakar og tilskodar», om hvordan hjelpeprofesjonene objektiverer den som skal hjelpes, også har aktualitet i kritikken av EP. De peker på at EP, som i dag bygger på et naturvitenskapelig paradigme, med standardisert behandlingsformer, gir lite rom for at hjelpeapparatet kan tre inn som deltaker og reell samtalepartner for den som skal hjelpes (ibid.).

I den pågående debatten er det som vist mange innvendinger mot å anvende EP-tankegangen i psykisk helsearbeid og i behandling av psykiske lidelser. I følge Gullestad og Ekeland (gjengitt i Bøe og Thomassen, 2009, s. 79) er noen av innvendingen at EP kan føre til standardiserte metoder, og at praksisen blir presset inn i fagfeltet på grunn av økte krav om målstyring og kostnadskontroll. Det rettes også kritikk mot at EP er strippet for kontekstuelle spørsmål. Denne kritikken retter seg mot at evidensbasert forskningsdesign kan innebære at en utvikler helsetjenester som er tilpasset dem som alt har de beste utsikter til en god helse. De som har god prognose vurdert ut i fra EPs kriterier, blir favorisert, de med dårlig prognose etter denne standarden blir avvist (Ekeland, 1999, gjengitt etter Bøe og Thomassen, 2009, s. 79).

Jorunn Vindegg (2009) har noen interessante refleksjoner om «evidensbasert sosialt arbeid.» Vindegg (2009, s. 65) sier at evidensbasert praksis i sosialt arbeid har, som i de fleste andre profesjoner, vært gjenstand for omfattende debatt. Hun viser til at det hersker ulike syn på hvordan evidens skal defineres, og at det stilles spørsmål ved i hvilken grad det er mulig og om det er hensiktsmessig å overføre ideen om evidensbasert praksis, «som hevdes å ha sitt utspring innenfor medisin og helse, til et mer uoversiktlig felt som sosialt arbeid.» Hun peker på at debatten om evidensbasert praksis like fullt er viktig fordi sentrale myndigheter i en rekke land arbeider for å innføre mer vitenskapelige tilnærminger både i politikktutforming og praktisk sosialt arbeid. Vindegg (2009, s. 65) sier videre at kritikere hevder at ideen om evidensbasert profesjonsutøvelse «passer som hånd i hanske til nye styringsformer som New Public Management (NPM), der myndighetene prøver å få kontroll med utgiftsveksten gjennom å kontrollere og ensrette profesjonen og profesjonsutøvelsen.» På den andre siden peker hun på at det er vanskelig å være uenig eller gå i mot at profesjonsutøvelse skal være nyttig, og at de tiltak som settes inn skal være virksomme for dem det gjelder. Men kan man si det samme om at erfaringskunnskapen også bør være evidensbasert? Grimen og Terum (2009) peker på at profesjonsutøvere som leger, sykepleier, psykologer og sosialarbeidere spiller en viktig rolle i moderne velferdsstater. Grimen og Terum (2009) omtaler dem som portvakter som forvalter tilgangen til velferdsgoder som vi i varierende grad trenger. De peker på at disse tjenestene og ytelsene koster mye og at det derfor er legitimt å spørre om borgerne får det de har krav på. Grimen og Terum (2009) hevder også at det er legitimt å undersøke om det de profesjonelle yrkesutøverne gjør, faktisk har de tilsiktende virkningene.

Grimen og Terum (2009) mener at evidensbasering reiser spørsmål om hvilken vekt forskjellige typer vitenskapelig kunnskap skal gis. I sin forlengelse mener de det er et spørsmål om hva slags profesjonelle yrkesutøvere vi vil ha, og hva leger eller sosialarbeidere bør kunne. Slik jeg ser det kan dette også knyttes til medarbeidere med erfaringskompetanse. Hvilke vekt skal erfaringskunnskapen og de brukeransattes kunnskap ha i det psykiske helsefeltet? Må erfaringskunnskapen baseres på evidensbasert praksis for å kunne telle som gyldig kunnskap? Bøe og Elvemo (2008) tar til ordet for at erfaringskunnskapen kan berike det psykiske helsefeltet. De understreker at å anerkjenne andres erfaringskunnskap ikke betyr å devaluere sin fagkunnskap. De mener at de brukeransatte vil styrke tverrfagligheten og styrke brukervedvirkningen.

Som Kolstad (2011) var inne på har det psykisk helsefeltet gjennomgått store endringer. Karlsson (2004, gjengitt i Bøe og Thomassen 2009, s. 16) sier at det i begrepet «psykisk helsearbeid» ligger et ønske om nytt innhold i tjenestene, og at det åpnes for at andre faggrupper enn leger og psykologer kan være med og forme fag og praksis. Psykisk helsearbeid åpner for nye profesjoner og dermed også en større faglig kunnskapstilgang og mangfold. Kan vi beholde den evidensbaserte tenkningen samtidig som tradisjoner for både forskning og behandling av psykisk syke mennesker er i endring? Bøe og Thomassen (2009) taler for at det i psykisk helsearbeid bør ligge en tydelig åpenhet for brukerperspektivet og for at den erfaringskunnskapen brukerne besitter, innlemmes som grunnlag for fag- og praksisutvikling. De taler for at psykisk helsearbeid først og fremst er et kontekstuellet arbeid, at arbeidet må skje innenfor den sammenheng den enkelte lever i og med utgangspunkt i de ressurser som finnes rundt han eller henne. I følge Rogan (2004, gjengitt i Bøe og Thomassen 2009, s. 23) er den kontekstuelle kunnskapen, erfaringskunnskapen, innenfrakunnskapen og brukerkunnskapen, kanskje den mest undervurderte kunnskapen i helsevesenet, både individuelt og organisasjonsmessig. Jeg skal nå se nærmere på innenfra-/utenfrakunnskapen.

3.1.1 Innenfra-/utenfraperspektivet

Det snakkes om et innenfraperspektiv og et utenfraperspektiv. Bøe og Thomassen (2009) peker på at skillet gjør en forskjell i tilnærming, nemlig om en ser, eller forstår fenomenene fra ståstedet til den som har psykiske problemer - et innenfraperspektiv, eller om en ser fenomenet fra et ståsted utenfor - et utenfraperspektiv, fra fagpersonens, den profesjonelles ståsted.

I følge Andersen (1996, gjengitt etter Bøe og Thomassen, 2007) kan *utenfraperspektivet* sies å være karakterisert ved at den profesjonelle hjelperen ser seg selv som den som vet hva det skal sees og lyttes etter. Ut i fra dette perspektivet danner terapeuten grunnlaget for behandlingen den hjelpetrengende blir mottaker av. Forskning ut i fra dette perspektivet er karakterisert av forhåndsbestemte kategorier i form av strukturerte intervjuer og spørreskjemaer. Bøe og Thomassen (2009) peker på at denne beskrivelsen av forskning passer for den forskning som per i dag har høy status i evidensbasert praksis.

I følge Andersen (1996, gjengitt etter Bøe og Thomassen, 2009) kjennetegnes innenfrapraksis av at klient og terapeut snakker om det som ligger innenfor rammen av klientens interesser og muligheter. I dette samarbeidet er både klient og terapeut deltakende, hvor de sammen må

finne ut av hvordan de skal samarbeide. Det er klientens meninger om de problemer eller vansker han har som skal danne grunnlaget for samtalen og arbeidet. Borg og Topor (2003, gjengitt etter Bøe og Thomassen, 2009) fokuserer også på dette perspektivet. De er representanter for det som skal kalles recovery-tenkning innen psykisk helsearbeid. Dette er en internasjonal retning, med blant annet Patricia Deegan som viktig bidragsyter. Deegan peker på at den som har psykiske problemer, selv skal være den aktive styrende i sin egen bedringsprosess. Dette innebærer at en omformer sin rolle fra å være passivt mottakende til å være en aktiv bruker av det som måtte kunne bidra til bedring. Ut i fra recovery-tenkningen er det helt sentralt at den lidende selv er ansvarlig for egen bedringsprosess. Slike bedringsprosesser må skapes på en unik måte i den enkeltes liv og bygge på enhver tilgjengelig ressurs (Bøe og Thomassen, 2009).

3.1.2 Kan evidensbasert praksis og innenfrakunnskapen forenes?

Bøe og Thomassen (2009) understreker at de i utgangspunktet er kritiske til at praksisen innenfor det psykiske helsefeltet skal være evidensbasert. Samtidig retter de oppmerksomheten mot den forskningen som bringer frem erfaringskunnskap hos de menneskene som har følt problemene på kroppen. De er positive til at denne forskningen bør satses på og videreutvikles. Det pekes på at det er viktig at ikke noen får monopol på å skape det språket endringsarbeidet skal foregå i. «Dem det gjelder må være deltakere i denne skapelsesprosessen.» (Bøe og Thomassen 2009, s. 88) De sier at innenfrakunnskapen nå artikuleres og gjøres tilgjengelig gjennom ulike former for innenfraforskning. «Hvis en tenker seg at denne forskningen kan være et grunnlag for praksis, ser en at innenfrakunnskapen også kan ha sin plass innenfor evidensbasert praksis.» (ibid., s. 73) I følge Bøe og Thomassen (2009) er det mulig å forene evidensbasert praksis med innenfrakunnskapen gjennom forskning på erfaringskunnskap. Bøe og Thomassens (ibid.) syn er i tråd med Kolstads (2011) anmodning om å utvide kunnskapsgrunnlaget. Han hevder at kunnskapen som trengs for å utforme det psykiske helsearbeidet, må utvikles teoretisk og empirisk fra brukernes ståsted og erfaringer for å skape en ny og annerledes praksis. Andersen (1996, gjengitt etter Bøe og Thomassen 2009.) tar også til ordet for at brukere og klienter bør involveres i forskningen. Andersen (ibid.) foreslår at forskningen er innbakt i praksisen ved rutinemessig evaluering av terapien sammen med den det gjelder. På den måten blir brukeren medforsker. Andersen (1996, s. 168, gjengitt etter Bøe og Thomassen 2009, s. 86) forsvarende at dette kan

anses som forskning ut i fra følgende definisjon av forskning: «Forskning består i e søken etter viten og en formidling av denne til et fellesskap.» Bøe og Thomassen (2009) er positive til dette forslaget. «Hvis normen om EP ville kunne føre til en slik type kvalitativ innenfraforskning som Andersen skisserer, ville det kunne sees som et viktig bidrag til utviklingen av det psykiske helsearbeidet.» De sier at forskning, brukervedvirkning og de personlige relasjonene da ville blitt sammenvevde på en helt spesiell måte. Dette kan knyttes til pilotprosjektet «Videreutdanning i samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid», ved Høgskolen i Buskerud jeg viste til tidligere. Prosjektet hadde nettopp som mål å utvikle et samarbeid mellom mennesker med forskerkompetanse og mennesker med en psykisk lidelse.

3.2 Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid

Livet består av en serie med mellommenneskelige relasjoner, og det gjør også arbeidet med mennesker som har psykiske lidelser. I hjelpeapparatets møte med pasienter, er det viktig å skape en god relasjon bygget på tillit. Men for mennesker med psykisk helseproblematikk kan nettopp relasjonen til andre mennesker være roten til noe av problemet. Det kan derfor være vanskelig å skape en god relasjon. Hvilke betydning har relasjonen i behandling av mennesker med psykiske lidelser?

Hva er en relasjon? Bøe og Thomassen (2009, s. 186) forklarer det slik: «Når det i forholdet mellom to mennesker har utviklet seg kvaliteter, bånd og en gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre, da blir det etter vår mening naturlig å snakke om en relasjon.» Filosofen Martin Buber (1992, gjengitt i Bøe og Thomassen, 2009, s. 186) beskriver i sin bok «Jeg og Du», at det oppstår noe nytt i relasjonen, noe som går utover personene som møtes. Buber (ibid.) forstår relasjonen som et forhold mellom et «Jeg og et Du.» Relasjonen er noe som blir til i nærværet mellom to mennesker, der forholdet blir det primære og relasjonen en ny dimensjon som personer blir til ut i fra. (ibid.).

Vaglum (2006) sier at hverken pasient eller behandler kan unngå å være deltaker i mellommenneskelige relasjoner. Kvaliteten på en relasjon utenfor jobben, som den vi har med partner eller foreldre, kan i høy grad påvirke relasjonen terapeuten har til pasienten. Vaglum (2006) hevder at spørsmålene fagfolk må stille seg er hvilke relasjoner som er særlig viktig i psykiatrisk arbeid, hvordan vi skal forholde oss til dem og hvordan vi skal forholde oss i dem. Vaglum (2006) snakker om en relasjonell kompetanse. Relasjonene som vi opplever gjennom menneskene vi møter, gir oss erfaringskunnskap, som vi kaller relasjonell kompetanse

(Vaglum 2006, s. 12-13). En slik relasjonell kompetanse har terapeuten med seg i møtet med pasienten. Vaglum (2006) peker på at det er to hovedgrunner til at det er viktig å være bevisst hvilken relasjonell kompetanse terapeuten og pasienten har. For det første kan noen typer relasjoner eller brudd på relasjoner disponere for, utløse eller vedlikeholde psykiatriske lidelser. For det andre forutsetter all psykiatrisk behandling, enten den er hovedsakelig biologisk, psykologisk eller miljøorientert, at det utvikles en terapeut/pasient- relasjon preget av tillit og samarbeid, hvor pasienten opplever seg forstått og er sikker på at terapeuten vil gjøre sitt beste.

«Mer enn 1000 psykoterapistudier viser at dersom pasienten føler at terapeuten forstår ham eller henne i en meningsfull relasjon, blir forløpet av mange psykiske lidelser bedre. Etablering av relasjoner som vedvarer over tid, er med andre ord et av de sterkeste virkemidlene vi har i psykiatrien.» (Vaglum, 2006, s. 13)

Det er lange tradisjoner med å behandle mennesker med psykiske lidelser etter tradisjonelle medisinske modeller. Disse metodene skal være vitenskapelige og bygge på evidensbasert praksis. Det har tidligere, og fremdeles, vært lite rom for at den profesjonelle kan tre utenfor de formelle prosedyrene i terapeut/pasient-relasjonen. Psykolog og filosof Alain Topor (2003) hevder at det er viktig at ikke evidensbaserte manualer og metoder skal stå i veien for den gode relasjonen. Topor (2003) mener det er de etiske, mellommenneskelige aspektene ved hvert enkelt møte som er det viktigste i psykisk helsearbeid. Bøe og Thomassen (2007) støtter dette synet og er særlig opptatt av nærhet i psykiatrien og av relasjonens innvirkning på det terapeutiske. For å fremme betingelser for gode relasjoner hevder de at det er viktig at den profesjonelle og brukeren gjensidig kan tillate seg å tre frem som personer med sine meninger og verdier, sin tro og sine oppfatninger (Bøe & Thomassen, 2007)

Det Bøe og Thomassen (2007) peker på om å løfte frem det personlig i psykisk helsearbeid kan kobles til de brukeransattes kompetanse. Kompetansen brukeransatte innehar, kan i aller høyeste grad sies å være personlig og bygd på erfaringer.

Det å tillate seg å være personlig er i følge Bøe og Thomassen (2009) noe av det mest grunnleggende for å skape en god relasjon. Det er personer, med hele seg, som må møtes i den gode relasjonen. At personer som oppsøker hjelp gis anledning til å møte personer som gir uttrykk for sine meninger, tro og synspunkter er avgjørende hvis en vil legge til rette for det personlige og menneskelige. Det er imidlertid viktig at egne meninger og oppfatninger

bringes frem med forsiktighet og på en klok måte slik at en ikke overkjører den andre. Personlige oppfatninger må utveksles i en dialog som er mest mulig preget av gjensidig tillit (ibid.). Man må også være var for og vise respekt for grenser og forsvar hos de mennesker vi møter.

Bøe og Thomassen (200) viser til forskning gjort av Topor (2003) som gir en tydelig pekepinn på at etiske og relasjonelle forhold er helt vesentlige i pasientens bedringsprosess. Topors (2003, gjengitt i Bøe og Thomassen 2009, s. 183) undersøkelse om medisiner og relasjoner viser at relasjonen spilte en stor rolle i pasientens bedringsprosess: «I historiene der medisinerne vurderes positivt, blir dette presentert tett sammenvevd med beskrivelser av en relasjon til legen preget av likeverd og personlig engasjement»

Vaglun (2006) fremhever at etablering av relasjoner som vedvarer over tid, er et av de sterkeste virkemidlene i psykiatrien. Det kan imidlertid være utfordrende å etablere en tillitsfull, vedvarende kontakt med pasientene. Hvis pasienten fra før av har et problematisk forhold til nære og gode relasjoner kan et pasient-terapeut forhold være utfordrende. Vaglun (2006) hevder at noen terapeuter kan ha søkt seg til dette arbeidet fordi de søker relasjoner der de alltid er den sterke, og slipper å kjenne på egen svakhet og hjelpeløshet. Hvis pasienter skulle vekke følelsen av svakhet hos terapeuten kan en avvisende reaksjon i forhold til pasienten gjøre forholdet helt umulig.

Urnes (2006) fastslår at det i dag er enighet om at det er kvaliteten på relasjonen mellom pasient og behandler som er den essensielle faktoren i pasientens bedringsprosess, for eksempel ved psykoterapi.

Patricia Deegan, psykolog og forsker fra USA, taler også for betydningen av den gode relasjonen. Hun fikk diagnosen schizofreni som tenåring og har i en årrekke arbeidet for å skape større forståelse av hva det vil si å leve med alvorlige, langvarige psykiske problemer og hvordan mennesker med slike erfaringer best kan få hjelp til å leve et meningsfullt liv. Deegan er spesielt opptatt av temaene bedringsprosesser (recovery) og myndiggjøring (empowerment) og hvordan lokalmiljø og storsamfunn kan bli mer inkluderende. Sentralt i hennes arbeid står temaene frihet og humanisme, der hun mener at frihet og menneskelighet er tett sammenvevd (Andersen & Karlsson 2011). (Patricia Deegan i samtale med Marit Borg og Bengt Eirik Karlsson (TPH))

«Først og fremst må vi bruke vår menneskelighet i arbeidssituasjonen og slutte å holde fram den distanserte helsearbeider som noe ideal. I alle de historier jeg har lest og hørt om «å komme seg» etter psykiske problemer og kriser har ingen trukket fram den profesjonelle, distanserte fasaden som en betydningsfull del av bedringsprosessen. Det folk beskriver er de menneskelige øyeblikkene, så det å bruke vår menneskelighet er et første skritt for å forandre hjelpetilbudet.»(Andersen & Karlsson, 2011, s. 23)

Deegan er i sitt arbeid åpen omkring egne personlig erfaringer samtidig som hun er profesjonell og blir i et intervju spurt om det er truende for hennes arbeid at hun har dobbel kompetanse:

«Jeg tror absolutt at noen ser dette som truende, men det bryr jeg meg ikke om. Jeg er veldig nøye med at jeg ikke går inn i kun den ene eller den andre rollen. Jeg insisterer på å være hele meg. Ofte opplever jeg at jeg har en rolle som oversetter mellom to verdener, og at jeg hjelper en kultur å anerkjenne den andre. Jeg oppfører meg ikke på noen måte som en tradisjonell psykolog.» (Andersen & Karlsson, 2011, s. 30)

Relasjonen er svært sentral i psykisk helsearbeid. Relasjonen mellom den hjelpetrengende og den hjelpende kan ha stor betydning for pasientens bedringsprosess. Legger informantene i denne undersøkelsen vekt på relasjonelle faktorer i pasientenes bedringsprosess? Jeg ønsker å ha disse perspektivene med meg når jeg skal analysere mine funn senere i undersøkelsen.

3.3 Brukerkunnskapen i møte med habitus

Før jeg teoretiserer makt, profesjonskamp og rolleending vil jeg med henblikk på undersøkelsens tema ta for meg Pierre Bourdieus begrep «habitus.» Dette for å problematisere hvordan brukerkunnskap kan utfordre forståelsen av fagkunnskap i det psykiske helsefeltet. Jeg vil også trekke inn noe av Andrew Abbots (1988) teori om profesjoner. Jeg presenterer «habitusbegrepet» slik Bourdieu forstår det.

3.3.1 Habitus

Den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1931-2002) blir sett på som en av de mest betydningsfulle forskerne i det 20. århundret. Bourdieu betraktet seg selv som en slags brobygger mellom ulike filosofiske og teoretiske tradisjoner (Wilken, 2008). I følge Bourdieu

inngår mennesker alltid i sosiale relasjoner, og de inngår alltid i samfunn, som i en eller annen forstand er lagdelt eller hierarkiske. Bourdieus modell over det *sosiale rom* kan forstås som en grunnstruktur for sosiale systemer.

Begrepet habitus kan spores tilbake til Thomas Aquinas og er en oversettelse av Aristoteles hexis-begrep (holdning). I følge Wilken (ibid.) kan man tolke Bourdieus habitusbegrep som et kulturbegrep som understreker de dynamiske relasjonene mellom individet og det sosiale. Begrepet referer både til individers mentale disposisjoner, til erfaringens kroppslige forankring og til individenes sosiale forankring. Videre forholder habitusbegrepet seg til det folk gjør med utgangspunkt i deres forståelse av den situasjonen de er i. «Habitus forholder seg også til hvordan «kultur» internaliseres i individer og naturliggjør deres forståelse og handlinger.» (Wilken 2008, s. 36) I følge Bourdieu (1990: 94, gjengitt etter Wilken 2008, s. 37) utstyres habitus individer med en matrise for hvordan de oppfatter, forstår og handler i gitte situasjoner. «Habitus er et produkt av sosialisering og den tidlige sosialiseringen er særlig viktig for dannelsen av disposisjonene som individer handler i forhold til. Vi tilegner oss en forståelse av hva som er bra og dårlig, rett og galt, mulig og umulig, uten at det helt er klart at det er en læringsprosess.» (Bourdieu 1979/84: 475, gjengitt etter Wilken, 2008, s. 37) Wilken (2008) sier at det karakteristisk for disposisjonene i habitus er at de er tilegnet, men at tilegningsprosessene er glemt eller fortrent. I følge Bourdieu (1980/1990 gjengitt i Wilken, 2008) er ikke habitus en sinnstilstand, men en kroppstilstand. «Uttrykket «ryggmargskunnskap» er svært treffende, fordi det nettopp impliserer at kulturelle normer, f.eks. hvordan man står, sitter og snakker i ulike situasjoner, er forankret i kroppen og dermed utenfor bevissthetens grep.» (Bourdieu 1974/84: 466, gjengitt i Wilken, 2008, s. 37)

Bourdieu betrakter mennesker som aktører og i følge Wilken (2008) har Bourdieu med habitusbegrepet, gjort et forsøk på å kople aktører og samfunnsstrukturer. Bourdieu (1995, gjengitt etter Repstad, 2007) mener at de sosiale strukturene nærmest impregnerer mennesker og skaper umiddelbare handlingsposisjoner på et umiddelbart og ikke-reflektert plan. Dette hindrer ikke individet i å legge opp sine strategier og særpreg, men de kollektive erfaringene som nedfelles i habitus, blir som sagt ubevisst og nærmest kroppslige føringer i menneskers liv (Repstad, 2007).

Habitus er både individuell, kollektiv og samfunnsmessig. Individuell fordi den integrerer summen av individets tidligere erfaringer, fordi hvert individ har sin egen unike historie.

Habitus er kollektiv fordi den tilegnes i et sosialt miljø ved en form for fellesskap og felles forståelse, og er samfunnsmessig fordi den får oss til å akseptere ulikheter i samfunnet og ta dem for gitt (Bourdieu, 1980/1990: 256, gjengitt etter Wilken, 2008).

Habitus reflekterer som sagt individers sosiale historier, men det er viktig å poengtere at habitus ikke nødvendigvis er sammenhengende eller harmonisk. Det er mange mennesker som opplever brudd med deres primære og sekundære erfaringer og som lever i utakt med deres sosiale virkelighet. Eksempel på det kan være flyktninger, innvandrere og arbeidsløse.

Bourdieu har videre beskrevet habitus som varige og livslange disposisjoner, men han refererer flere steder til habitus som «tregt, men foranderlig» (Wilken, 2008, s.38). Forandring i habitus er i følge Bourdieu knyttet til forandring i agentenes ytre omgivelser. Wilken (ibid.) viser til at adoptivbarn er et godt eksempel på individer som må tilpasse seg nye sosiale omgivelser. Jeg vil her trekke paralleller til min problemstilling. Brukeransatte kan tenkes å oppleve at de må tilpasse seg nye omgivelser i et felt dominert av fagkompetanse. Jeg vil komme nærmere inn på dette når jeg presenterer mine funn.

3.3.2 Sosiale felt og doxa

Som nevnt tidligere opererer Bourdieu med en horisontal inndeling av samfunnet i ulike *sosiale felt* (Repstad, 2007). Mens habitusbegrepet beskriver bakgrunnen og rammene for agents praksis, beskriver feltbegrepet de sosiale arenaene som praksis utspilles innenfor. Felt er et analytisk begrep som kan systematisere studier av sosial praksis (Wilken, 2008). Et felt er et system av sosiale posisjoner der aktøren er i strid med hverandre, men også har noe felles. Det kan bredt defineres som det politiske felt, det kunstneriske felt, det religiøse felt og det vitenskapelige felt (Bourdieu 1984/86:241, gjengitt etter Wilken, 2008). For det første varierer det hva slags kapital som er effektiv i ulike felt, for det andre er disposisjonene for handling (habitus) mest «automatisert» og minst aktivt reflekterende på de feltene man er fortrolig med. Repstad (2007) poengterer at folk tvinges til å reflektere mer når de er på «bortebane», når man befinner seg i en setting man ikke er kjent med. Et hvilket som helst felt er definert ved noen grunnleggende regler som aktørene må akseptere. Bourdieu omtaler disse reglene som *doxa*, et begrep hentet fra Husserl (Myles 2004, gjengitt etter Wilken, 2008), som bruker det om de grunninnstillingene som får mennesker til å betrakte fenomener i naturen som selvsagt og tatt for gitt. For Bourdieu er doxa de uttalte og udiskutable premisene som

agenter handler i forhold til og som gjør kampene i feltet meningsfull. Det kan være uenighet innen et felt, men det er bare de som aksepterer spillereglene som er med i kampen om kapital og makt.

Med henblikk på Bourdieus tolkning av habitusbegrepet, mener jeg at dette perspektivet kan være nyttig for å belyse hvordan brukerkunnskapen utfordrer vår habitus/forståelse av hva som er gyldig kunnskap i det psykiske helsefeltet. Slik jeg ser det tilfører erfaringskonsulenter en form for «ny» kunnskap som tidligere i liten grad har blitt anerkjent og anvendt.

Terapeuter, psykologer og andre helsefaglige behandlere har blitt opplært til å arbeide ut i fra vitenskapelig fagkunnskap og praksiser. De jobber innenfor et sosialt felt, der bestemte faglige praksiser utspiller seg. Som Bourdieu beskriver, inneholder et felt grunnleggende regler og grunninnstillinger for det mennesket betrakter som naturlig og tatt for gitt. Når ny kunnskap, som brukerkunnskapen, vokser frem, kan det tenkes at den utfordrer de gjeldende behandlingsmetodene og den gjeldende fagkunnskapen i for eksempel det psykiske helsefeltet. Hvem skal bestemme hvilke kunnskap som er gyldig og hva skal til for at brukerkunnskapen skal bli en del av behandlingstilbudet?

I forhold til begrepet habitus viser det som sagt til hvordan «kultur» internaliseres i individer og naturliggjør deres forståelse og handlinger. Det er et rammeverk for hva vi oppfatter som riktig eller galt. Knyttet til profesjoner, vet vi at profesjoner er en yrkesgruppe som har en spesiell kompetanse på sitt fagfelt. De aller fleste oppgaver i samfunnet er gitt en profesjonsforankring, sterk eller svak, for å sikre kvalitet i oppgavegjennomføring og myndiggjøring av et gitt fagfelt.

Vi kan i denne sammenheng snakke om en organisasjonskultur, noe Schein (1985, gjengitt i Jacobsen og Thorsvik 2002, s. 103) definerer slik: «Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som dermed læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene.»

Her vil jeg også trekke linjer til det Abbots (1988) bok *The system of Professions*, som omhandler profesjonenes arbeidsoppgaver og kontrollen over dem. Et sentralt stikkord for Abbot (ibid.) er jurisdiksjon, et begrep han bruker for å beskrive en profesjons kontroll over et yrkesområde og dets arbeidsoppgaver. Profesjoner utvikles som et resultat av konkurranse og

kamp om jurisdiksjon. De aller fleste oppgaver i samfunnet er gitt en profesjonsforankring (sterk eller svak) for å sikre kvalitet i oppgavegjennomføringen. Kontroll over et yrkesområde vil i følge Abbot (1988) ofte føre til kamp om jurisdiksjon. En profesjon, for eksempel innen helsefeltet, vil forsøke å opprettholde sitt kunnskapshegemoni (Abbott, 1988). I forlengelsen av dette kan erfaringskunnskap møte motstand i møtet med fagfeltet. Hva skjer når ny kunnskap utfordrer den gjeldende praksisen?

Fremveksten av begrepet erfaringskompetanse og brukeransettelse i det psykiske helsefeltet har skapt mye diskusjon. Tanken er at brukeransettelse skal være et redskap for tjenesteutvikling, fagutvikling og ha til hensikt å fremme brukerperspektivet. I forlengelse av dette har det blitt reist spørsmål om krav til kompetanse, profesjonalitet, kvalitet, brukeres behov og holdninger.

For å skape likeverd mellom erfaring og fag er myndiggjøring av brukeransatte viktig (Hatling, 2011). Et avgjørende element i forhold til myndiggjøring av medarbeidere med erfaringskompetanse er forskning. På den ene siden kan forskning bidra til å underbygge erfaringskompetanse som en ny bærekraftig kunnskap som potensielt kan berike eksisterende tjenester. På den andre siden kan forskning bidra til å belyse utfordringer, ulemper og erfaringer med brukeransettelse. I følge Hatling (2011) er det viktig at forskningen bruker et bredt behandlingsbegrep, og anerkjenner at et spekter av tiltak er virksomme i arbeidet med å redusere vansker og lidelser og bedre den psykiske helsen. I tråd med dette er det viktig å løfte frem at det er flere potensielle aktører i psykisk helsearbeidsfeltet enn de som definerer seg inn under helsetjenesten (ibid.).

Hatling (2011) påpeker at den pågående debatten om evidensbasert praksis er en av de viktigste kamparenaene for hva som er gyldig kunnskap i det psykiske helsearbeidet. I forhold til gyldiggjøring knytter det seg utfordringer til dette for de som argumenterer for en modell hvor forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukervedvirkning samlet utgjør kunnskapsbasert praksis (Vandvik, 2010 gjengitt etter Hatling, 2011). Hatling (2011) hevder at dette er uproblematisk på det empiriske nivået da brukerperspektivet er godt plassert i det psykiske fagfeltet. Han peker imidlertid på to uløste utfordringer: ulike kriterier for kvalitet og overlappende innhold. Så lenge den første komponenten (forskningsbasert kunnskap) har så klare kriterier for kvalitet, og de to andre i stor grad mangler det, er styrkeforholdet høyst ujevnt. I evidenskriteriene rangerer

ekspertoppfatninger – som i realiteten også omfatter erfaringsbasert kunnskap – nederst i hierarkiet. Det vil innen denne forståelsen være like rimelig å rangere brukerkunnskap her. Å sidestille disse tre kunnskapsformene er i realiteten å kamuflere det faktiske styrkeforholdet (ibid.).

Brukermedvirkning har for lengst blitt løftet frem i det psykiske helsefeltet (Hatling 2011). Tanken om at brukeren skal stå i sentrum i samarbeidet med tjenesteutøveren står sterkt, men det er mer skepsis til brukeransettelse som et ledd i å skape likeverd mellom erfaring og fag. Å se brukeransatte som en del av hjelpeapparatet kan rokke ved vår forståelse av hvordan tjenesteapparatet innen psykisk helse skal være utformet. Sett i lys av habitus, kanskje særlig for leger, psykologer, terapeuter og andre helsefagarbeidere, utfordrer erfaringskunnskap vår forståelse av fagkunnskap og profesjonsutøvelse. Jeg skal nå se nærmere på maktaspektet som kan ligge i det asymmetriske forholdet mellom brukeransatte og terapeuter.

3.4 Makt, profesjonskamp og rolleendring

Et av temaene jeg ønsket å ta opp med informantene var knyttet til makt og konfliktlinjer på arbeidsplassen. Etersom jeg undersøker en «ny» form for kunnskap innenfor det psykiske helsefeltet, mener jeg at man ikke kommer unna å se på makt, konflikter og roller. Jeg ønsket særlig å se på om eventuelle konflikter på arbeidsplassen var knyttet til profesjonskamp.

3.4.1 Makt og profesjonskamp

Skau (1992) taler for at maktaspektet er til stede i alle samhandlinger mellom bruker og hjelper. Grunnlaget for makt er ulikhet mellom mennesker. Makt kan brukes både for å hjelpe andre, og for å skade andre.

Skau (1992) tar utgangspunkt i Max Webers klassiske definisjon av makt som «sjansen til å få gjennomført sin vilje i en sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig av hva denne sjansen er basert på (Weber 1960: 42, gjengitt etter Skau, 1992). I følge denne definisjonen er begrepet makt ikke bare relevant for enhver mellommenneskelig relasjon, det er også verdinøytralt. Makt behøver altså ikke være utøvd for å eksistere, men består i muligheten til å utøve den. Man kan også snakke om et ubalansert maktforhold. I et slikt forhold har den ene part mer makt enn den andre.

Makt kan brukes på mange måter, og definisjonsmakt er i følge (Engelstad, 2005) en form for skjult makt. En som har definisjonsmakt kan sette dagsorden og bestemme hvilke tema som unngås og hvilke som får fokus. Han kan også definere hva som er et problem og hva som ikke er det, og avgjøre hvilken virkelighetsforståelse som er gyldig.. Mottakerens situasjon blir ofte definert av makthaveren i et ovenfra-perspektiv. Andreassen (2005, 200, s. 173) peker på at forskning på brukermedvirkning, viser at brukerne ofte blir avvist fordi problemene ofte blir definert av hjelpeapparatet som «utenforstående.» Andreassen (2005) hevder at det er tjenesteapparatet som i det store og det hele definerer hva som er relevant problemstillinger.

Brukerkunnskapen og brukeransatte er ikke knyttet til en profesjon, men jeg mener forholdet mellom terapeuter/behandlere og mennesker med erfaringskompetanse kan knyttes til Abbots (1988) begrep jurisdiksjon. Forhold der en part har mer makt enn den andre kan knyttes til profesjoner. Kontroll over et yrkesområde vil i følge Abbot (1988) føre til profesjonskamp, der en profesjon ønsker å opprettholde kontroll over sitt kunnskapsområde.

I forhold med over - og underordnede profesjoner, hevder Abbott (1988) at en typisk dominant strategi, vil være å understreke viktigheten av den teoretiske basiskunnskap som utgjør den dominante profesjonens akademiske kjerne. Abbott innser at denne argumentasjonen kan ha god gjennomslagskraft i det offentlige rom, men mener selv at slik kunnskap ofte kan være irrelevant.

“Similarly, the central public argument against workplace assimilation holds that subordinates lack the theoretical education necessary to understand and use what they know by assimilation. This is often a fiction, since the theoretical education in the dominant profession is often irrelevant to practice. (...) But the argument seems to work very well in public contexts, and the irrelevant learning continues to be a central part of professional education» (Abbott 1988:68).

Knyttet til den medisinske profesjonen, har den et mangfold av yrkesgrupper. Tradisjonelt sett har hjelpeprofesjonene vært underordnet legene, noe Abbot (1988) betegner som subordinerte grupper. Et klassisk eksempel på en tradisjonell hjelpeprofesjon er sykepleierne. For å holde på sin jurisdiksjon tyr profesjonene ofte til såkalt abstrakt teoretisering og akademisering av den interne tankeprosessen (Abbott 1988, s. 53). Som strategi legges det gjerne stor vekt på sammenhengen mellom abstrakt teori og den praksis som anvendes innenfor profesjonen.

Profesjonen forsvarer seg mot utenforstående utfordrere nettopp ved å understreke det teoretiske. Dette gir i følge Abbot (1988) en form for kulturell legitimitet. Det at andre utenfor profesjonen kan vise til gode resultater, gjelder ikke dersom de ikke har oversikt over og behersker den rådende teorien profesjonen besitter. Den abstrakte kunnskapen er profesjonens maktbase, som må vernes om og beskyttes. «Knowledge is the currency of competition.» (Abbot, 1988, s. 102).

Profesjongrensene utfordres imidlertid til stadighet og Abbott (1988) beskriver at det vil oppstå konkurranse mellom profesjoner som ligner hverandre. Abbot (1988, s. 71) hevder at det ofte ikke er mulig å få full og eksklusiv jurisdiksjon over sitt «område.» Han beskriver videre tendenser til oppløsning og glidning av profesjongrensene over tid. Hierarkiets sammensetning på den enkelte arbeidsplass vil være avgjørende for om systemet er rigid, og vanskelig å endre, eller om det er løsere sammensatt, og dermed lettere å oppløse.

I følge Lauvås og Lauvås (2004) vil yrkesutdannelsen, gjennom de holdninger og verdier den formidler, påvirke holdninger og virkelighetsoppfatninger hos profesjoner. Tiller (1985, gjengitt etter Lauvås og Lauvås, 2004, s. 147) hevder «at utdanningen i det enkelte fag for det meste er en indoktrinering i «den rette tro.» Utdannelsen og sosialiseringen i det enkelte yrke kan dermed skape så store ulikheter i tenkemåte og virkelighetsforståelse at det kan medføre problemer i tverrfaglig samarbeid.

Knyttet til pasient-terapeut forholdet hviler hjelpeapparatets makt, legene, psykologene etc., på et solid økonomisk, juridisk og ideologisk fundament. De disponerer et sett av verdier og normer for hva som regnes som akseptabel livsførsel og oppførsel, og et sett av skrevne og uskrevne regler (Skau, 1992). Selv om profesjonelle hjelpere kan føle avmakt i forhold til brukere, er det i følge Skau (1992) likevel profesjonsutøverne som har mest makt av de to.

Også Grimen og Terum (2009) er opptatt av relasjonen mellom brukere og profesjonelle. De skriver at profesjonelle tjener klienter, og en klient er ut i fra ordets betydning en som er avhengig av eller som søker den mektiges beskyttelse. I dette ligger det at profesjonsutøvelse skjer i en asymmetrisk relasjon. Dæhlen og Svensson (2008) snakker om profesjonsutøvernes plass i samfunnets klassestruktur. De skriver at profesjoner er en type yrker som har kontroll over markedet for visse typer av tjenester. «Profesjoner er ekskluderende yrkesgrupper og profesjonalisering er et resultat av en prosess av «sosial lukning» (ibid., s. 119). Sosial lukning viser til Max Webers beskrivelse av hvordan grupper ekskluderer og begrenser andres

tilgang til goder for så å maksimere sine egne (Weber 1978, gjengitt etter Dæhlen og Svensson 2008, s. 119-120).

Grimen og Terum (2009) hevder at samtidig som klienten er avhengig av den profesjonelles kompetanse, så forlanger profesjonsutøvere aksept for at de har særegne forutsetninger for å ta seg av bestemte oppgaver på vegne av fellesskapet. I den grad de oppnår aksept for dette, hevder Grimen og Terum (ibid.) at de vil kontrollere både adgangen til arbeidsoppgavene og kvaliteten på tjenestene. Hva skjer når noen utfordrer en profesjon? Grimen og Terum (ibid.) hevder det vil oppstå profesjonskamp og konflikter.

Dæhlen og Svensson (2008) har noen interessante innspill om kjennetegn ved profesjoner. De skriver at yrker er et viktig sosialt organiseringsprinsipp, på den måten at en yrkestittel angir både en funksjon i samfunnets arbeidsdeling og en posisjon i fordelingen av inntekt og andre arbeidsrelaterte goder. De taler for at yrker er avgjørende for samfunnets sosiale stratifisering, for dets inndeling i klasser og lag. De utdyper dette ved å hevde: «Profesjonelle yrker kjennetegnes av sin kunnskapsbase og av at utdanningen gir adgang til arbeidsposisjoner. Profesjoner forsøker således å utestenge andre.» (Dæhlen & Svensson, 2008, s. 119).

Jeg mener det er viktig å belyse maktbalansen mellom profesjonsutøveren og erfaringskonsulenten. Sett i lys av teorien, er det ofte en asymmetrisk relasjon mellom behandler og klient. Opplever erfaringskonsulentene denne ubalansen? I sin rolle som EK er ikke lenger vedkommende en bruker, og heller ikke en profesjonell i den grad at de er knyttet til en profesjon.

Brukerperspektivet bygger på ideer som er nært knyttet til demokratiseringsidealer (Ørstadvik, 2009). Oppgavene til hjelper og hjelpetrengende forventes å få en annen karakter når brukermedvirkning skal være førende prinsipp for virksomheten. Ørstadvik (2009) påpeker at det imidlertid kan være vanskelig å endre relasjonen mellom behandler og pasient. En årsak til det er at forestillinger om fordeling av autoritet i en hjelperelasjon er sterkt festet i tradisjoner for behandling. Han viser til at forestillingen er med på å bekrefte komplementære posisjoner. Med komplementære posisjoner viser han til at en rolle alltid står i forhold til en annen. Du er ikke lenger pasient hvis ikke legen er lege.

Hva skjer med dette maktforholdet når brukeren blir ansatt som erfaringskonsulent? Opprettholdes det ubalanserte maktforholdet mellom terapeut og EK? Eller føler terapeutene

seg truet av erfaringskonsulentenes erfaringsbaserte kunnskap? Jeg vil komme tilbake til disse spørsmålene når mine funn presenteres. Når en forhenværende bruker blir ansatt som erfaringskonsulent kan det tenkes at det kan oppstå dilemmaer knyttet til manglende og knappe sosiale føringer knyttet til den nye rollen.

3.4.2 Samarbeid

Knudsen (1993, gjengitt i Schmidt, Olsen, Grytdahl & Borchgrevink, 2012) redegjør for tre kriterier for å lykkes med samarbeid mellom organisasjoner. Disse er domenekompatibilitet, ideologisk kompatibilitet og mandatkompatibilitet. De tre faktorene påvirker hverandre. Jeg tar ikke opp samarbeid mellom organisasjoner i denne undersøkelsen, men det kan det være relevant å anvende denne teorien for å belyse hvordan ulike yrkesgrupper kan lykkes med å samarbeide. Jeg vil dra veksler på disse kriteriene for å se om de kan anvendes til å forstå hvordan erfaringskonsulenter og fagfolk kan dra nytte av hverandres kompetanse.

3.4.3 Domenekompatibilitet

Domenekompatibilitet tilsier at samarbeidet oppleves som nyttig i fordeling av oppgaver mellom ulike enheter (Sagatun og Zahl 2003, gjengitt etter Schmidt et al., 2012). Ønsket om å forsvare og utvide eget domene er for mange offentlige organisasjonene en hovedmålsetting. For å ivareta sine interesser innenfor domenet vil derfor organisasjoner i beste fall forsøke å gjøre en god jobb, økonomisere med ressursene og utveksle ressurser med andre enheter (Knudsen 1993, gjengitt etter Schmidt et al., 2012). Videre vil de også kunne ta i bruk politiske midler, søke ekstern støtte og noen ganger ta i bruk negative strategier for å forsvare sitt domene. Knudsen (1993, gjengitt etter Schmidt et al., 2012) peker på at dersom flere gjør dette samtidig er det mulighet for konkurranse, konfrontasjon og konflikt fremfor samarbeid. Om samhandling likevel skjer er forholdet mellom enhetenes domeneavgrensning en nøkkelfaktor i samarbeidet. Derom enhetene i et samarbeid *har fullstendig sammenfallende domener* innebærer dette konkurranse (Thorelli i Sagatun og Zahl 2003, gjengitt etter Schmidt et al., 2012). Med sammenfallende domener menes det at to eller flere enheter innenfor samme tjenesteområde utøver de samme funksjonene på samme geografisk område overfor samme klientgruppe på samme tid. I følge Schmidt et al. (2012) hevder Knudsen (1993) at dette samarbeidet antakeligvis ikke vil være fruktbart da enhetene sannsynligvis vil ha tilgang

til temmelig like type ressurser og derfor ikke kunne tilby hverandre stort. På motsatt side vil *enheter uten noe form for domeneoverlapping*, altså enheter som ikke har noe til felles, hverken i tid, rom eller med hensyn til funksjon, kompetanseområde eller klientgruppe, ha lite å tilby hverandre. Det er mellomkategorien, *enheter med delvis overlappende domener*, som i følge Knudsen (1993, gjengitt i Schmidt et al., 2012) er den interessante kategorien. Denne kategorien kjennetegnes av enheter som, i positiv forstand, kan utnytte hverandres kompetanse. Nærmere forklart vil enheter i denne kategorien kunne utfylle hverandre og betjene samme klientgruppe med flere tilbud samtidig. De kan også gå samme om å dekke geografiske områder. Den første betingelsen for at et samarbeid skal kunne fungere er altså at det foreligger domenekompatibilitet. Det vil si at samarbeidet oppleves som nyttig ut fra fordeling av oppgaver mellom de ulike enhetene (ibid.). Sett i lys av dette perspektivet, kan jeg se de to enhetene som samarbeider, som erfaringskonsulenter og fagansatte/terapeuter. Selv om delvis overlappende domenekompatibilitet foreligger, er det flere kriterier som må være tilstede for at samarbeidet skal fungere.

3.4.4 Ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet

Forutsatt domenekompatibilitet er den neste betingelsen for samarbeid at enhetene har kompatible ideologier og kompatible kvalitetsmessige oppfatninger av hverandre (Benson i Knudsen 1999, gjengitt etter Schmidt et al., 2012). Ideologisk kompatibilitet omfatter syn på hva som er gode arbeidsmåter og behandlingsformer. Det sier noe om hva enheten eller institusjonen står for og hva andre enheter, som samarbeidspartnere, står for. Kvalitetsmessig kompatibilitet innebærer at de enheter som samarbeider har nokså likt kvalitetsnivå, og uttrykker partenes vurdering av hverandres faglige prestasjonsnivå. Knudsen (ibid.) påpeker at det vanligvis er nær sammenheng mellom ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet da enheter som har sympati for hverandres ideologi, også vil ha lettere for å akseptere hverandre ut fra kvalitetsmessige kriterier. Knyttet til samarbeidet mellom brukeransatte og terapeuter jobber de med samme klientgruppe/brukergruppe, noe som innebærer at de må jobbe tett sammen om det som er målsettingen for den enkelte bruker. Likevel kan partene i organisasjonene ha ulike arbeidsmåter og behandlingsformer. Det er derfor viktig at partene avklarer for hverandre hvordan de jobber og hva de kan forvente av hverandre. På den måten kan de øke samarbeidets kvalitet til det beste for brukeren.

3.4.5 Mandatkompatibilitet

Om det foreligger rimelig grad av domenekompatibilitet og ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet, ligger det viktige betingelser til grunn for at enheter skal kunne samarbeide. Om samarbeidsgevinstene mellom forskjellige enheter virker åpenbare, men samarbeidet ikke kommer i stand, kan det være ønskelig med en form for påtrykk eller mandat (Knudsen 1993, gjengitt etter Schmidt et al., 2012). Dette kan foregå ved at mandatet realiseres gjennom å gi en av enhetene eller en overordnet instans plikt og rett til å initiere og kontrollere at koordinering finner sted, gjennom planlegging eller direkte styring (ibid.). Mandatet kan også foreligge i form av juridisk bindende direktiv til enhetene om at de skal samordne visse aktiviteter gjennom gjensidig tilpasning. Det Knudsen (ibid.) sier om mandatkompatibilitet kan knyttes til Abbots (1988) kjernebegrep jurisdiksjon. Som nevnt har ulike profesjoner ulike myndighetsområder. De kan ha kontroll over en viss type kunnskap gjennom et mer eller mindre formalisert myndighetsområde. Knudsen (ibid.) påpeker her at legalt mandat alene vil være en for svak impuls til samhandling, dersom det ikke er forankret i grunnleggende enighet blant partene nedfelt i arbeidsrutiner og felles verdigrunnlag:

"Gjennomføringen avhenger av mandatgiverens vilje og evne til å kontrollere samhandlingen, av hvorvidt enhetene oppfatter samarbeidet som fornuftig/rimelig, og at ut i fra overnevnte kompatibilitetskriterier ser mulighet for effektivt samarbeid og for realisering av samarbeidsevner» (Knudsen 1993, s. 50, gjengitt etter Schmidt et al., 2012).

I forhold til problemstillingen og det jeg studerer, kan dette perspektivet være nyttig å bruke når jeg skal undersøke hvordan erfaringskonsulenter og fagansatte samarbeider.

3.4.6 Rolleendring

Som nevnt tidligere er en rolle knyttet til et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre. Goffman (1992, s. 22) sier at «Det på forhånd fastlagte handlingsmønster som utfolder seg under en opptreden, og som kan presenteres eller spilles også ved andre anledninger, kan vi kalle en «rolle» eller «rutine.» Han definerer en «opptreden» som «all den virksomhet en bestemt deltager utfolder ved en bestemt anledning og som på en eller annen måte får innvirkning på de andre deltakerne. Når vi tar utgangspunkt i en bestemt deltager og hans opptreden, kan vi omtale de som står for de andre opptredenene som publikum, iakttager eller

deltagere.» Han sier videre at «I og med at vi definerer en sosial rolle som utøvelsen av de rettigheter og plikter som knyttet til en bestemt status, kan vi si at en sosial rolle kan spilles av den opptredende ved en rekke anledninger overfor samme publikum eller overfor et publikum som består av de samme personer» (Goffman, 1992, s. 22-23).

I følge Repstad (2007) kan en rolle dels være bygd opp av forventninger til hva som skal gjøres, og dels til hvordan arbeidet skal utføres. Han peker videre på at det i yrkeslivet, og generelt der hvor mange er avhengige av å samarbeide, ofte er viktigst at man kan stole på at folk oppfyller innholdsdelen av rollen., at man utfører de oppgavene som er forventet av dem. Som nykommer på en arbeidsplass vil man gjerne få opplæring i hvilke oppgaver man skal utføre, men vedkommende vil også bli sosialisert inn i sine roller på en mer indirekte måte. Sosialisering, er et sosiologisk begrep for den prosessen der mennesker vokser inn i roller, og lærer å tilegne seg de normer og ferdigheter som er knyttet til det å leve i samfunnet, og til å handle i samsvar med bestemte roller (ibid.). Repstad (2007, s.51) sier «Nykommeren vil få mer eller mindre klare sanksjoner ut fra når man gjør tingene riktig, og når man trækker i salaten.» Repstad (ibid.) sier videre at det er noe «overindividuell» ved rollebegrepet. En rolle på en arbeidsplass er plassert på et bestemt sted i organisasjonen, utstyrt med bestemte oppgaver og omkranset av forventninger til hvordan de skal ivaretas.» Han sier at rollen er en trøye som folk ser forholdsvis like ut i uansett hvem som fyller den, men at noen rolletrøyer er laget av sterkere stoff og er trangere i utformingen enn andre. Andre rolletrøyer kan være atskillig mer romslige og elastiske. På nye arbeidsplasser kan mangelen på fastlagte roller være et vel så stort problem som at rollene er for trange eller rigide. Folk kvier seg gjerne for å gå inn i roller som er uklart definert (ibid.). Nær knyttet til rollebegrepet er begrepet rollekonflikt. En slik konflikt kan enten handle om at et menneske har problemer med å beherske to roller samtidig, eller at en og samme rolle har motstridende forventninger rettet mot seg (for eksempel at sosionomen skal være både omsorgsfull og effektiv) (ibid.).

Brukerkompetanse er et relativt nytt arbeidsfelt innenfor psykisk helse, og kan mangle fastlagte rammer for hvordan rollen skal konstrueres og utøves. Westerlund og Bjørgen (2011, s. 9) viser til at personer fra brukermiljøer, som har egenerfaring med å være bruker/pasienter, de siste 10 årene har gått inn i nye roller på bakgrunn av deres kompetanse. Eksempler på nye roller er: Medhjelper/erfaringskonsulenter for andre brukere/pasienter i sykehus og DPS gjennom likemannsarbeid, som undervisere og «lærere» for helsepersonell og studenter, gjennom systematisk erfaringsformidling, som evaluatører i tjenestetutvikling og

kvalitetsarbeid og som kunnskapsarbeidere i kompetansemiljøer/høgskoler og universiteter. (ibid.) brukermiljøene representerer et mangfold av ståsteder, og det kan være en utfordring å definere de brukeransattes rolle.

For Professor Tone Alm Andreassen (2005, gjengitt etter Heim, 2010), som har studert brukerrepresentasjon, er det svært viktig å avklare forventninger til hva brukermedvirkningen skal innebære og hvilken rolle brukerrepresentantene og andre skal ha. Hun sier at «fordi brukermedvirkning noen ganger skjer gjennom uprøvde organisasjonsformer, har brukerrepresentantene ofte ikke rollemodeller å lære av» (Andreassen, 2005, s. 148, gjengitt etter Heim, 2010). Hun peker på at det er en utfordring når det forventes at både brukerrepresentanter og ansatte skal utforme sine roller på en ny måte uten at det nødvendigvis er klart hva dette skal innebære. Mangel på rollemodeller å lære av kan føre til ulike oppfatninger, som igjen kan føre til at det rettes motstridende forventninger til rollen som brukerrepresentant. Brukerrepresentanter kan møte forventninger både til å bruke sin erfaringskompetanse og nedtone egne erfaringer. Andreassen (2005, gjengitt etter Heim, 2010) stiller spørsmål ved rimeligheten av en del forventninger som stilles til brukerrepresentanter. Hun ber offentlig ansatte om å ha toleranse og å se kritisk på sine forventninger. En annen utfordring kan være at det oppstår motsetninger mellom de ulike rollene i organisasjonen, for eksempel mellom ledere på ulike nivå, mellom ledere med forskjellig ansvarsområde, mellom fagfolk med ulike profesjoner eller mellom brukerrepresentanter og fagfolk.

Rådet for psykisk helse (2008) viser i sin rapport til at brukeransatte har mange funksjoner og varierte arbeidsoppgaver. Man kan si at brukeransatte har med seg «rollen som bruker/pasient i ryggsekken.» Som brukeransatt er man ikke lenger pasient, men en som hjelper pasienten. Hvordan kan dette påvirker forhold til de fagansatte de jobber med i det psykiske helsefeltet? Jeg vil nå se litt på hvordan økt fokus på brukermedvirkning kan ha bidratt til rolleendring og maktforskyvning mellom brukere og fagfolk.

Ørstadvik (2002, gjengitt etter Løken, 2006) hevder at det i forståelsen av brukerperspektivet ligger en forutsetning om at forholdet mellom partene i hjelperelasjonen må endres. Innenfor psykiatrien har det verken vært tradisjon eller kultur for å ta med brukerne i beslutningsprosesser, eller for å sidestille brukerkompetanse og fagkompetanse. Det pekes på at maktforholdet mellom behandleren som ekspert og brukeren som den hjelpetrequende i

utgangspunktet er skjevt (Løken, 2006). I kapittelet «lykkes med brukermedvirkning», hevder Løken (2006) fokuset på brukermedvirkning har ført til en rolleendring. Han sier at brukermedvirkning innebærer at brukeren tilføres makt og myndighet, og dermed gis en mer aktiv rolle. Samtidig som fagfolk må gi slipp på sin makt og være varsomme med å bestemme hjelpens innhold og form (Ørstadvik 2002, gjengitt etter Løken, 2006).

På grunn av rollendringen brukermedvirkningsperspektivet har ført til, mener Løken (2006) at det er viktig å finne fram til nye samarbeidsformer. Hun mener at dersom man betrakter hjelperollen i et empowerment-perspektiv og omdefinerer brukeren til en samfunnsborger, vil hjelperollen få mye mer preg av samarbeid, opplæring og veiledning enn behandling og hjelp. Empowerment vil i følge Løken (2006) stille krav til ny kunnskap og ny forståelse av hva en profesjonell rolle innebærer. Løken (2006) viser til det såkalte «Kvalitetsprosjektet» i Sør-Trøndelag, der tidligere brukere intervjuet brukere innlagt i psykisk helsevern. Intervjuerne formidlet brukernes synspunkter tilbake til tjenesteapparatet i form av brukermeldinger (Grut 2003, gjengitt etter Løken, 2006). Løken (2006) vil med dette at det har skjedd en utvikling og en endring av brukerens rolle og myndiggjøring. Dette har igjen bidratt til økt brukermedvirkning (ibid.).

Løken (2006) har metaforisk omdøpt en av fjellvettreglene til «Lytt til erfarne brukerrepresentanter.» Dette for å illustrere at det etter hvert finnes mye erfaring om hvem som kan være gode modeller for brukermedvirkning. Hun viser til at de i Bærum har ansatt erfarne brukere som ressurspersoner i arbeidet med å utvikle form og innhold i brukermedvirkning. I Vestfold kan en serie kurs om brukermedvirkning for brukere og fagfolk vise til gode tilbakemeldinger og resultater fra begge parter (Andvig 2004, gjengitt etter Løken 2006). Løken (2006) oppfordrer til å ta kontakt med brukerorganisasjoner for sammen å finne fram til modeller for brukermedvirkning som kan fungere godt lokalt.

Volden (2004, sitert i Bøe og Thomassen 2009) minner om at vi ikke må glemme at når vi anvender betegnelsen bruker om en person, gjelder det kun hans eller hennes rolle i en avgrenset sammenheng. Brukerrollen er en partikulær rolle, en av mange roller. Han sier videre at «Det betyr for eksempel at man kan være snekker eller lege eller statsminister eller skoleelev og bruker av tjenester for mennesker med psykiske lidelser samtidig [...] De aller fleste [...] spiller andre roller det meste av tiden – som foreldre, barn, naboer, arbeidstaker etc.» (ibid., s. 126). Volden (ibid.) gir oss her en viktig påminnelse om at brukerrollen ikke

må sees som en stigmatiserende merkelapp, men som en rolle i en avgrenset sammenheng

3.5 Personlig kompetanse- en viktig del av profesjonaliteten

Skau (2005) er opptatt av at personlig kompetanse er viktig i alt samspill, særlig i yrker der møtet med andre står sentralt. Hun mener vi tilegner oss slik kompetanse i skjæringspunktet mellom fag og person, og at vi gjør det gjennom å utfordre våre egne verdier, holdninger, tankesett og væremåter «Personlig kompetanse er en betydningsfull og integrert del av profesjonaliteten. Gode fagfolk vokser ikke på trær, men de vokser som personer, og de gjør det gjennom hele sitt yrkesaktive liv» (Skau 2005, s. 9). Her vil jeg trekke paralleller til Bøe og Thomassens (2009) syn på innenfrakunnskapen. De taler for at personer som er ansatt i de psykiske helsetjenestene, også må hente frem sin innenfrakunnskap og bruke den i sitt arbeid. De poengterer at ansattes erfaringskunnskap bør være like tillatt å bruke som fagkunnskapen, og at en i møte med den det gjelder, på en klok måte bruker av all den kunnskap og erfaring en sitter innen med.

Hva innebærer personlig kompetanse? Skau (2005) mener det finnes en side ved profesjonsutøvere som er avgjørende for kvaliteten på det arbeidet de gjør, men som i liten grad kommer til uttrykk på et eksamensvitnemål. Hun mener at denne siden har å gjøre med personlig væremåte, og at den er avgjørende for hvorvidt de som lever av å lede, undervise, behandle og veilede andre, tjener dem, eller om de bruker den. Hun sier videre at vår evne til å tenke og handle på nye måter i nye situasjoner, vår følsomhet for samspill, vår intuisjon, vår ansvarsfølelse, vårt sosiale mot og vår skaperkraft er andre eksempler på denne side av vår profesjonalitet. Skau (2005) stiller spørsmålet: «Hvor viktig er for eksempel den personlige faktoren i forhold til teoretisk kunnskap og tekniske yrkesferdigheter?» Dette er et interessant spørsmål som er relevant for min undersøkelse. Personlig kompetanse blir på mange måter den brukeransattes viktigste redskap i samtale med pasienter.

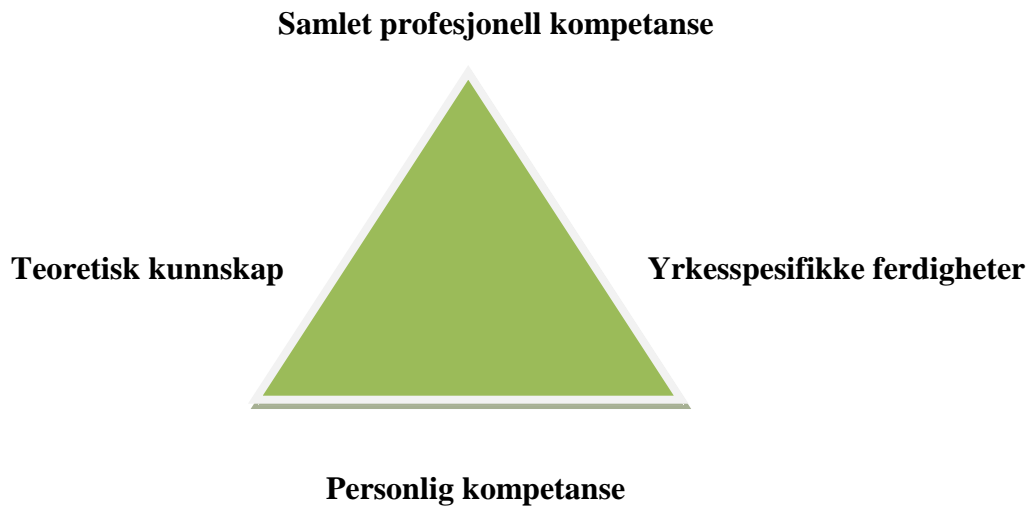
Skau (2005) tar til ordet for viktigheten av å integrere personlig kompetanse i profesjonaliteten. Hun mener det er viktig å ta i bruk undervisningsmetoder som gir større rom for å utvikle studenters personlig kompetanse. Skau (2005) hevder at personlig kompetanse i altfor høy grad har blitt overlatt til tilfeldighetene, noe hun mener har bidratt til å legge et stort potensial for profesjonell kvalitetssikring dødt. Hun sier videre at vitenskapsbasert kunnskap er en viktig og nødvendig del av profesjonaliteten, men påpeker at

en slik kunnskap ikke er nok. «Hvis vi ikke lar den allmenne, vitenskapsbaserte kunnskapen flyte sammen med vår personlige erfaringsbaserte viten, har den begrenset verdi. Det betyr at vi må prioritere tilegnelse av personlig kunnskap.» (ibid., s. 54).

3.5.1 Kompetansetrekanten

Skau (2005) viser til at begrepet kompetanse stammer fra den latinske betegnelse *competentia*, som betyr sammentreff eller skikkethet. Skau (ibid.) bruker begrepet i betydningen; å være kompetent betyr å være skikket eller kvalifisert til det man gjør. Det er med andre ord sammentreff mellom personens skikkethet og oppgavens eller arbeidets karakter. Hun påpeker at kompetansebegrepet er kontekstuel, det vil si at det gir bare mening i sammenheng, eller i forhold til noe, det være seg en oppgave, en funksjon eller en yrkesrolle. Kompetansebegrepet blir her brukt som et samlebegrep for kvalifikasjoner man trenger i møtet med hverdagslivets ulike utfordringer. Et vanlig skille i profesjonsutdanningen går mellom teori og praksis, med ulike kompetanseformer knyttet til disse to områdene. I følge Gulbrandsen (1997, gjengitt etter Skau 2005, s. 56) er arbeid med mennesker en virksomhet som både har faglig og personlige aspekter, og som innebærer relasjoner til dem en arbeider med. Den tradisjonelle teori- og praksistenkningen fanger ikke inn helheten i dette. For å fange opp begrep som profesjonalitet og personlig kompetanse i hjelpende yrker, trenger man i følge Skau (2005) en annen tilnærming. Skau (2005) deler kompetansebegrepet inn i teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. De tre aspektene utgjør kompetansetrekanten. Modellen skal vise at de tre aspektene kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde, i alle yrkesrelaterte handlinger og samhandling. I den forstand utgjør de en helhet. De tre sidene ved yrkeskompetanse henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengig av hverandre (ibid.).

Modell 1. Kompetansetrekanten



Skau (2005) fremhever at den tredje siden av kompetansetrekanten, personlig kompetanse, er særlig viktig i arbeid med sosiale relasjoner og samarbeid mennesker i mellom. Skau sier (2005, s. 59) «I yrker der samspill mellom mennesker er viktig, er denne kompetanseformen av stor betydning (...) For å kunne være for eksempel en god sosialarbeider, er det ikke nok med teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter.» Hun sier videre at den personlige kunnskapen er unik, at den er uløselig knyttet til sin bærer, men at den kan deles med andre.

Jeg synes Skaus kompetansetrekant er interessant sett i lys av de brukeransattes erfaringskompetanse, og jeg ønsker å ha modellen med meg og se den i forbindelse med de funn som kommer frem i analysen.

Vår forestilling av brukeransettelser blir utfordret av habitus og vårt syn på profesjonenes fagkunnskap. I tråd med habitusbegrepet og hvordan kultur internaliseres i individet og naturliggjør våre praksiser er det viktig å bevisstgjøre tjenestestedene deres jobbkultur og satte praksiser. Måten noe har blitt praktisert i 50 år trenger ikke være den beste og mest legitime. Selv om mange tjenestesteder innenfor det psykiske helsefeltet i Norge er åpne for brukeransettelse og mener det er en god idé viser det seg at få faktisk har ansatte med brukererfaring. For å gjøre ord om til handling slik at flere tjenestesteder innen psykisk helse ansetter medarbeidere med brukererfaring, trengs ytterligere forskning på feltet. Dette også

for å mydiggjøre brukeransatte og gyldiggjøre erfaringskompetanse som en berikende kunnskap i det psykiske helsefelt

I forhold til å fremme brukerperspektivet viser Andreassen (2005, gjengitt etter Heim, 2010) til en måte brukerne kan påvirke tjenesteapparatet. Hun sier det kan skje gjennom fagfolks tenkemåte, faglige forståelse, problemdefinisjoner og oppfatninger av brukerne. Denne påvirkningen kan i følge Andreassen (ibid.) skje ved at fagfolk møter brukere som «læremestre» og ressurspersoner, fremfor å møte dem som hjelpetrequende brukere/pasienter. Dette kan ha med organisasjonskulturen å gjøre. En annen vei å gå for å fremme brukerens medvirkning er via den overordnede styringen, og rammene for virksomheten, det vil si ved å påvirke overordnede beslutningsorganer. Dette har mer å gjøre med organisasjonsstrukturen (ibid.)

Kapitel 4 Empiri og analyse

4.1 Systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse

Ved bruk av kvalitative tilnærminger, er som regel målet å utvikle kunnskap, ikke å reproducere forståelse som vi allerede har. Gjennom analysen skal materialet lede fram til nye *beskrivelser*, nye *begreper* eller nye *teoretiske modeller* (Malterud, 2003). Malterud (2003, s. 84) hevder at «strengt tatt kan vi i praksis likevel ikke skille skarpt mellom de tre nivåene.» Hun utdyper dette med å si at teoriutvikling gjerne leder til nye beskrivelser, og begrepsutvikling kan reise spørsmål om teoretiske modeller. I et prosjekt som opprinnelig sikter mot utvikling av beskrivelser, kan forskeren underveis oppleve uventet innsikt. Denne innsikten kan gjøre det naturlig å arbeide videre i samme prosjekt med begrepsutvikling ut i fra nye perspektiver som dukker opp (Malterud, 2003). I min undersøkelse tar jeg utgangspunkt i informantenes erfaringer og opplevelser, og ser de i lys av noen teoretiske perspektiver. Jeg har ikke hatt som mål å bruke informantenes beskrivelser til å utvikle nye begreper eller modeller, men snarere å få en dypere forståelse av hvilke erfaringer informantene har med å jobbe som erfaringskonsulenter. Likevel er det viktig å være åpen for og bevisst på at det kan vokse frem beskrivelser og nye begreper som jeg i utgangspunktet ikke så etter. Slik jeg ser det har det vokst frem beskrivelser av hvordan informantene opplever deres funksjon og rolle i det psykiske helsefeltet. Det er også noen begreper som peker seg ut, som «tolkerrollen» og «håpsbærere.» Jeg vil komme nærmere inn på beskrivelsen og begrepene når jeg presenterer mine funn.

Malterud (2003) påpeker at det er nyttig å ta stilling til hvilket ambisjonsnivå analysen skal legges opp mot. Prosjektets problemstilling bestemmer hvilket nivå som er mest relevant å legge seg på. For å finne ut av det kan man se på om svarene på de spørsmålene man stiller, best kan formuleres i form av beskrivelser, begreper eller modeller. I min problemstilling spør jeg etter beskrivelser av hvordan informantene opplever sin rolle og funksjon, hvordan informantene tror de kan berike det psykiske helsefeltet, hvordan maktbalansen mellom FK og EK er og så videre. I denne analysen ser jeg da hovedsakelig etter beskrivelser.

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at datamaterialet organiseres, fortolkes og sammenfattes (ibid.). Da jeg tok fatt på analysen ønsket jeg å gjøre det så praktisk og oversiktlige som mulig. Jeg leste nøye gjennom alt datamaterialet og så etter eventuelle sammenhenger og motsetninger. Det var et stort materiale å gå gjennom og

utfordrende å finne ut av hvordan jeg skulle gripe det an. Malterud (2003, s. 99) sier «for nybegynnere kan det være en fordel å følge en foreliggende analyseprosess. Da er det lettere å ha sin oppmerksomhet rettet mot innholdssiden av det man gjør.» Innenfor metodelitteraturen nevner hun to prosedyrer som særlig peker seg ut ved å være detaljert beskrevet og teoretisk forankret, herunder Giorgis fenomenologiske analyse og grounded theory. Fenomenologisk analyse, er i følge Giorgis, å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved fenomener vi studerer, og forsøker å sette våre egne forutsetninger i parentes i møte med data (Malterud, 2003, s. 99). Jeg synes fenomenologisk analyse virket som en hensiktsmessig fremgangsmåte, da formålet med min undersøkelse nettopp var å utvikle kunnskap og kartlegge informantenes erfaringer innenfor feltet erfaringskompetanse.

På bakgrunn av det bestemte jeg meg for å anvende Giorgis fenomenologiske analyse som et bakteppe for min analyse.

Giorgi (gjengitt etter Malterud, 2003) anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn:

- 1) Få et helhetsinntrykk
- 2) Identifisere meningsbærende enheter
- 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
- 4) Sammenfatte betydningen av dette

Analysemetoden systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgi. De fire trinnene nevnt ovenfor utgjør hovedstrukturen i den metodologien som representeres av analysemetoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003, s. 100)

Jeg startet med å lese nøye gjennom datamaterialet, samtidig som jeg noterte underveis. Jeg laget så en oversikt over hvert enkelt intervju der jeg forsøkte å komprimere innholdet. Da datamaterialet var mindre og mer håndterbart forsøkte jeg å identifisere meningsbærende

enheter, det vil si temaer som pekte seg ut. Jeg laget så noen betegnelser som var beskrivende for de temaene som pekte seg ut i datamaterialet. De fem betegnelse som skal beskrives og analyseres er: «Gjenkjennelsen - betydningen av innenfrakunnskap», «Representanter for håpet - om å gi håpet et ansikt», «Veien blir til mens man går - om å definere rollen» «Samarbeid – erfaringskompetanse kan ikke stå egne bein» og «Makt og konfliktlinjer.» Nå vil jeg presentere datamaterialet og analysere det i lys av teoretiske perspektiver.

4.2 Gjenkjennelsen - betydningen av innenfrakunnskap

Som erfaringskonsulent jobber man ut i fra egne erfaringer, og sitter på en innenfra-kunnskap som baseres på opplevde erfaringer. Jeg vil igjen trekke frem det Bøe og Thomassen (2009, s. 186) legger i en «relasjon.» «Når det i forholdet mellom to mennesker har utviklet seg kvaliteter, bånd og en gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre, da blir det etter vår mening naturlig å snakke om en relasjon.»

Da jeg spurte informantene om hva de trodde de bidro med i relasjonen til pasientene, var innenfra-kunnskapen sentralt. Flere av informantene var opptatt av gjenkjennelse og tillit i relasjonen til pasientene. To av informantene la også vekt på at de opplevde at de hadde en rolle som tolk.

Trine er erfaringskonsulent og jobber både på poliklinikk og døgnenhet. Hun har fått tilbakemeldinger om at pasientene «setter ørene på stilk» når de hører henne snakke, da vet de hvor kunnskapen kommer fra. Trine sier at slike tilbakemeldinger sier noe om at mens teoribøkene bygger på forskning, snakker hun ut i fra erfaringer fra eget liv. Nærheten bygger gjenkjennelse og tillit. Da jeg spør henne om hun tror hun får en annen type kontakt med pasientene enn det terapeutene får sier hun: «Jeg har fått tilbakemeldinger om det. Det er klart, det sier jo terapeutene også, at selvfølgelig får de en helt annen kontakt med meg som kan begynne med å si ‘Jeg jobber her fordi jeg selv har vært pasient.’» (Trine) «Jeg deler den kunnskapen jeg har fått ved å gå min vei, men så sier jeg at de ikke bare kan adoptere mine løsninger, men ved å høre på mine erfaringer kan de kanskje få idé om hva som kan fungere for dem.» Hun forteller at det pasientene setter ord på som det viktigste i samtalen er gjenkjennelsen som oppstår. «Det at jeg kan kjenne meg igjen i det de forteller, gir en enorm sterk opplevelse av å bli forstått.» (Trine)

Solveig legger også vekt på at erfaringskompetansen inngir gjenkjennelse og tillit. «Mange er redde og har fordommer mot det psykiske helsefeltet, og da er det godt å møte noen som kan si at jeg vet hvordan du har det. Det er trygt og tillitsskapende.» (Solveig)

Gro er også erfaringskonsulent, men har enn litt annen jobb enn Trine. Hennes jobb er rettet mot ungdom, og hun deltar både på ungdomsleir og har samtaler. Hun er også opptatt av gjenkjennelse. Gro uttrykker at hun får tilbakemeldinger fra pasientene hun møter om at de opplever henne som mindre «farlig» enn terapeutene. Hun sier: «Jeg tror gjenkjennelsen er viktig. Jeg opplever at veldig mange pasienter føler at det er veldig mye mindre farlig å treffe meg. For jeg har ikke den rollen, jeg skal ikke komme her å fortelle dem noe, jeg har jo bare den erfaringen som kanskje kan være nyttig.» (Gro) Hun sier at gjenkjennelsen ofte er det viktigste, og at veldig mange trenger å vite at de ikke er alene om å slite med livet. «Den gjenkjennelsen kan ikke en psykolog gi, selv om han har snakket med tusen andre barn.» Hun legger vekt på at «i samme båt-samtalen» er nyttig. Hun forteller at i samme båt-samtalen handler om to mennesker i møte. Hun sier at gjenkjennelsen og tilliten i samtalen ofte gir en åpenhet rundt mange temaer som pasientene ikke ville pratet om med en psykolog eller en fagperson. Hun er også opptatt av at hun fungerer som en slags tolk: «Det blir viktigere og viktigere å være en slags tolk, fordi vi bruker et annet språk enn fagfolk, det lager ofte et skille mellom erfaringskonsulenter og fagfolk for ungdom, tror jeg. Jeg tror det å bruke et dagligdags språk i samtale med ungdom er et nyttig verktøy for å skape en god relasjon.»

Trine er også opptatt av rollen hun har som «tolk.» Hun sier: «Når vi sitter sammen med behandler og pasient tror jeg vi fungerer litt som tolk. Terapeuten kan sitte med ting som er en selvfølge for dem, men som ikke er en selvfølge for pasienten. I og med at vi har vært i samme situasjon som pasienten tror jeg vi kan snappe opp vedkommendes signaler på en annen måte enn det terapeuten kan.» Jeg ber henne utdype hva hun mener med at erfaringskonsulenter lettere kan «snappe opp» pasientens signaler. Hun legger vekt på at gjenkjennelsen med pasientens uttalelser og signaler er viktig for å forstå meningsinnholdet i det de sier. I og med at hun har vært pasient selv mener hun at hun lettere kan se signaler som noen av terapeutene ikke kan se.

Truls har både i samme båt-samtaler, oppfølging av pasienter og undervisning for ansatte. Han jobber mer rettet mot rus enn de andre erfaringskonsulentene. Truls deler de andres synspunkter på at de får en spesiell kontakt med pasientene. Han sier at pasientene han

snakker med sier at de forstår språket hans og at de føler seg trygge og avslappet. Han sier videre at det er lettere for pasientene å fortelle om hva de sliter med, når de vet at han har kjent det på kroppen selv. Det oppstår en gjenkjennelse. Han forteller videre om at gjenkjennelsen og tryggheten trigger pasientene «Ja, du har jo klart det, da skal jaggu meg jeg også klare det, og det er jo det å trigge de rett og slett, at det er mulig å bli bra.»

Karoline er også erfaringskonsulent, og har vært med som leder for samtalegruppa på det brukerstyrte senteret, men jobber hovedsakelig som pårørendekontakt. Hun snakker også varmt om gjenkjennelsen som oppstår når man deler erfaringer: «Det er viktig at likesinnede får prate. Det viser seg at det å dele erfaringer, er det som virker.» Hun sier videre at «For meg er det viktig å snakke om det som virker, for det er så ufattelig mye vi hører om som ikke virker. Jeg kommer ikke med alle skrekkehistoriene til pårørende, min jobb er å lytte og som jeg sier, lande de litt.»

Det Karoline sier om å dele erfaringer kan kobles til innenfraperspektivet som Bøe og Thomassen (2007) løfter frem. De peker spesielt på recovery-tenkningen som et viktig bidrag til det psykiske fagfeltet i både i et etisk og terapeutisk perspektiv. Og innenfor recovery-perspektivet er innenfratenkningen helt grunnleggende. Vaglum (2006) taler for viktigheten av relasjonen mellom behandler og pasient. Hun viser til at dersom pasienten føler at terapeuten forstår ham eller henne i en meningsfull relasjon, blir forløpet av mange psykiske lidelser bedre. Topor (2003) tar også til ordet for viktigheten av den gode relasjonen i arbeid med mennesker med psykisk uhelse. Hun mener det er de etiske, mellommenneskelige aspektene ved hvert enkelt møte som er det viktigste i psykisk helsearbeid.

Solveig opplever også stor grad av gjenkjennelse og tillit i relasjon med pasientene. «Erfaringskompetanse inngir veldig tillit, for en person, mange opplever at møtet med det psykiske helsefeltet kan være skummelt. Mange er redde, mange har fordommer med rette, de har hørt mye, sånn at det å møte noen som kan si jeg vet hvordan du har det, altså «been there, done that», det er trygt og tillitsskapende.»

I følge Skau (2006) er den personlige kompetansen viktig i møte med den andre. Jeg vil knyttet dette til innenfrakunnskapen og tolkerrollen flere av informantene var opptatt av. Skau (2006) peker på at det er viktig å ta seg tid til å erfare våre møter med den andre, med det mener hun at man må være oppmerksom mens de pågår og reflektere over dem i etterkant. Da kan vi utvikle vår forståelse for det menneskelige og for kvalitative nyanser i samspill. Hun

sier videre at ved å kjenne og forstå oss selv og våre egne reaksjoner vil vi ha et godt grunnlag for å forstå andre. Uten en slik selverkjennelse kan vi ikke forstå andre like godt fordi vi har lite å relatere deres handlinger og reaksjoner til (ibid.). Skaus (2006) refleksjoner rundt viktighete av den personlige kompetansen kan kobles til tolkerrollen. Flere av informantene beskrev at de gjennom egne erfaringer og nærhet til egen sykdomshistorie, klarte å relatere seg til pasientens følelser og plukke opp signaler. Aalen Leenderts (1997, gjengitt etter Skau, 2006, s. 48) sier «Vi kan med andre ord bare skape en relasjon til andre preget av nærhet til deres smerte og problemer, dersom vi er i stand til å ha nærhet også til det svake og smertefulle i vårt eget liv.»

Gro har et treffende sitat som knyttes til det Leenderts (ibid.) sier om nærhet til egen smerte: «Jeg tror at vi som erfaringskonsulenter har vært gjennom så mye og gått så mye i oss selv i terapi. Så man blir på en måte litt uredde for følelser og snakker nok veldig åpent om det, på en måte som svært få terapeuter gjør. For når jeg snakker om følelser så snakker jeg om mine følelser og hvordan det har vært.» (Gro)

Informantene snakker varmt om å dele personlige erfaringer, det Bøe og Thomassen (2009) betegner som innenfrakunnskap. Bøe og Thomassen (2007) fremhever at ansattes erfaringskunnskap bør være like tillatt å bruke som fagkunnskapen. Borg og Topor (2003 sitert i Bøe og Thomassen 2007) reflekterer over begrepene profesjonell og amatør. Ordet amatør springer ut fra det latinske ordet for kjærlighet, «Det vil si at en amatør gjør det han gjør ut av kjærlighet fordi han liker det, og ikke fordi han blir betalt for det.» Dette utsagnet stemmer godt med slik jeg har lært å kjenne informantene i denne undersøkelsen. Jeg opplever at de brenner for jobben sin gjennom sterkt engasjement. Tilbakemeldingen de får fra pasientene preges av at innenfrakunnskapen har stor betydning i deres bedringsprosess.

I denne delen av analysen har betydningen av tillit, gjenkjennelse og innenfrakunnskap gått igjen som viktige sider ved erfaringskonsulentenes funksjon. Som jeg har vist til legger Solveig vekt på at gjenkjennelsen hun har med pasienten er tillitsskapende og gir trygghet. Gro trekker frem at det å snakke et dagligdags språk inngir tillit og ufarliggjør samtalen. Trine sier at opplevelsen av tillit gir pasientene en enorm sterk følelse av å bli forstått. Trine og Gro trakk også frem «tolkerrollen» som en sentral del av deres arbeid. Truls mener at gjenkjennelsen kan trigge pasientene til å tenke at de også kan klare å komme seg ut av det de sliter med.

4.3 Representanter for håpet – om å gi håpet et ansikt

Rapporten «Med livet som kompetanse», utarbeidet av Rådet for psykisk helse (2008) sier noe om at brukeransatte kan være representanter for håpet og gode rollemodeller for brukere. Bøe og Thomassen (2009) fremhever at etikken er blant de viktigste elementene når man går inn i arbeid der man ønsker å gjøre en forskjell i menneskers liv. De legger vekt på at opplevelsen av å bli sett og hørt, og opplevelsen av at noen har tro på og håp for pasienten kan bidra til å skape bevegelse ut av det som er vanskelig, smertefullt eller fastlåst. Bøe og Thomassen (2009) taler for viktigheten av innenfrakunnskapen og erfaringskunnskapen i psykisk helsearbeid og viser til resultater fra innenfraforskningen. Davidson mfl. (2005, gjengitt i Bøe og Thomassen 2009, s. 156) fant at mang la vekt på håpets betydning for bedringsprosessen. «Håp og troen på at det skal gå bra synes å være noe som må være tilstede som bærende elementer i bedringsprosessen. Andre historier formidlet at andre kunne bære oppe håpet når en følte en hadde mistet det selv. At terapeuten viser et håp og en forventning om at du skal bli bedre, blir av flere sett som helt vesentlige.»

Betydningen av håpet kom tydelig fram i intervjuene. Når temaet kom opp, opplevde jeg at samtlige responderte med at håpet var deres viktigste bidrag til pasientene.

Jeg spør Gro om hva hun tenkte om EK som et symbol på håp: «Det er det viktigste. Det er noe alle ungdommer sier, alle jeg har vært i kontakt med, det er det første. Det at det er mulig å komme seg videre, det å ha et ansikt på det.» Gro forteller meg at hun tror hun i seg selv er et viktig ansikt og symbol på håpet. Når hun forteller pasientene om det hun tidligere har slitt med, blir mange overrasket over at hun har klart seg så bra som hun har gjort. Hun sier at når de ser at man kan komme ut på den andre siden nesten upreget så gir det håp om bedring. Hun sier videre at hun savnet å ha det håpet når hun selv var syk. «Når jeg tenker tilbake ser jeg at jeg savna det, jeg hadde ikke det ansiktet, eller det håpet. For det fantes ikke den gang da. Så håpet er jo det viktigste.»

Trine er også opptatt av håpets betydning. «Jeg tenker at håpet er vår viktigste funksjon faktisk, fordi at vi er et slags levende bevis på at det går an å reise seg igjen. Som terapeut kan du formidle håp, men jeg tror det blir mer teoretisk på et vis.» Samtidig er hun opptatt av å formidle at hun ikke er erfaringskonsulent fordi hun ikke kunne være noe annet. Hun viser til at hun har høyere utdanning, som hun kunne brukt i et annet yrke. Men fordi hun synes

stillingen som erfaringskonsulent er så spennende har hun valgt det isteden, ikke fordi det er et sysselsettingstiltak.

Solveig opplever også at håpet er noe av det viktigste bidraget hun kan gi sine pasienter. Solveig forteller meg at hun i en periode sleit mye med psyken. Hun sier at når hun forteller pasienter om tiden hun sleit, så gir det håp når de ser at hun nå er et ressurssterkt og oppegående menneske. Solveig har hatt mye pasientundervisning, der hun har fortalt om veien videre etter en innleggelse, og sier at «selvfølgelig inngir det håp i den historien jeg forteller.» Alle pasientundervisningene har blitt evaluert «De sier til meg: Din undervisning er den som scorer høyest på at det nyttig og det gir håp, og det sier noe om at det er noe helt annet. Det er noe helt annet når du står og forteller om din redsel, din angst, og hvordan jeg håndterte det.»

Truls sier også at håpet er det viktigste i hans arbeid:

«Det viktigste er at vi kan bringe inn troverdighet på at det går an - å gi håp. Hvis det er rus inne i bildet så forteller jeg at det går an å komme seg ut av det og at ingen i verden kan gjøre noe med problemet uten at de selv vil.» Han sier at han formidler et håp om at det er mulig å få et bedre liv. «Håper er jo det viktigste.» (Truls)

Lars, som jobber på det brukerstyrte senteret, mener også at håpet er viktig og forteller om rollen han har som leder for samtalegruppa. «Det som er så fint med gruppa, er at en kan ta seg litt tid til en person som står oppe i noe tøft og vanskelig og prøve å fremheve personen litt, så den personen får tømt seg litt. Et av målene med samtalegruppa er å ha det litt bedre enn når en kom, og da gjelder det å ta seg tid til å lytte hva folk har på hjertet.» Han er opptatt av å hente frem det positive og styrke deltakerne gjennom samtale i gruppa. «I starten er mange veldig forsiktig og sitter og observerer og ser hvordan det fungerer, på de interne normene og reglene. Og så blir mange sterke etterhvert. For mange har det starta en prosess når de begynner å bevege seg ut døra hjemmefra. Når folk blir sterke og utvikler seg fra å føle seg som ingenting, så begynner folk å føle seg som en ressurs igjen, og bare det er veldig viktig.»

Jeg synes Lars refleksjoner var veldig interessant og jeg mener de kan knyttes til empowerment-tenkningen. Empowerment bygger som nevnt på en tenkning der alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, ha innflytelse,

medbestemmelse og oppleve autonomi (Borge, 2006). Begrepet er nært knyttet opp til brukermedvirkning og kan beskrives som en prosess for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Som vi har sett er flere av informantene opptatt av at deres erfaringskompetanse gir håp. Og gjennom å være et synlig og håndgripelig bevis på håp og bedring, kan de bidra til at pasienter kan finne styrke i seg selv slik at de kan finne sin vei ut av problemene.

Løken (2006) taler for at dersom man betrakter hjelperollen i et empowerment-perspektiv og omdefinierer brukeren til en samfunnsborger, vil hjelperollen få mye mer preg av samarbeid, opplæring og veiledning enn behandling og hjelp. Lars sier at fagfolk bør bidra mer til å styrke empowerment-perspektivet. «Jeg føler i grunn at folk som har fagkunnskap ikke bør være så redd for å dele av eget liv og hva de har vært gjennom, sånn at pasientens følelser og opplevelsen ikke blir sykelliggjort, men møtt med forståelse og gjenkjennelse.»

Løken (2006) oppfordrer til å ta kontakt med brukerorganisasjoner for sammen å finne fram til modeller for brukermedvirkning som kan fungere godt lokalt. Bøe og Thomassen (2009) viser til Topors (2003) funn fra innenfraforskningen. I flere av fortellingene fra forskningen fant han at «væresteder», som aktivitetshus og treffsteder, for mange opplevdes som viktig for bedringsprosessen. Topor (ibid.) viser til at slike væresteder hvor den enkelte treffer den andre, er viktig for å være et fellesskap og å ha en tilhørighet. Han sier at slike treffpunkter er viktig for vår psykiske helse, og at det blir trukket frem at man på slike steder kan være likeverdige, kameratslige relasjoner mellom brukere og ansatte.

Lars og Einars jobb i samtalegruppen på det brukerstyrte senteret kan sammenlignes med et slikt «værested» som Topor (ibid.) viser til. Lars forteller at han selv har vært deltaker i gruppa. Ettersom han ble sterkere og fikk mer tro på seg selv, fikk han ansvar for å lede gruppa. Han sier at et slikt uhøytidelig samlingspunkt der likesinnende snakker sammen er viktig. «En blir jo sterkere etter hvert, hvis man forsetter i gruppa. For mange har det starta en prosess når de begynner å bevege seg ut av døra hjemme. Så det er allerede noe i gang i hode til folk før de kommer på kjøkkenpratene.» Han sier at det er viktig for mange bare å få pratet og få «tømt seg litt.»

Karoline sier at hun står for håpet, og ser at hun er med på å formidle håp til dem hun snakker med. Hun sier at selv om hun har hatt det veldig tøft, så viser hun andre at hun klarer å stå oppreist og leve et liv. Hun er opptatt av å formidle at man kan klare å komme seg videre etter

at man har hatt det tøft, og at det er lov til å glede seg over ting uten å ha dårlig samvittighet. Men hun peker på en utfordring knyttet til det å ha vært i den andres sko.

«Det er forskjell på å dele, si at du deler alt det negative da, da skjærer det seg jo. Som jeg sa tidligere, snakk om hva som funker og ikke om alt det som ikke virker, for det er det vi hører om alle veier, det som ikke virker.» Karoline forteller meg at som formidler av håpet er det viktig at hun ikke bare deler av de negative tingene som har skjedd. «Hadde de jeg snakka med oppfattet meg som bitter og forbanna og hele pakka, så hadde jeg ikke kunne være i denne jobben, da måtte jeg slutta. Håpet er viktig. Mange mister håpet, de har opplevd mange krenkelser.»

For å kunne formidle håp er det, for flere av informantene, viktig å påpeke at man har et avklart forholdt til sin egen sykdomshistorie.

Gro sier: «En erfaringskonsulent må være ganske avklart, det er et viktig poeng når man begynne i en sånn stiling. Jeg gikk veldig mange runder med meg selv og med min familie. Det har vært veldig viktig for meg å være klar over hva som er greit for de i forhold til hva jeg deler og ikke. Og jeg var ganske avklart på mine grenser i forhold til hvordan min livshistorie skulle gå, og når du er det så blir du heller ikke så mye vippe av pinnen. Jeg har vært veldig tydelig på meg selv på hva jeg ønsker å gi og ikke. Det å dele av sin erfaring er ganske tungt, en tung jobb.» Hun sier videre at hun tror at EK skiller seg fra fagfolk fordi erfaringskonsulentene må være veldig tilstede i seg selv når de snakker med pasienter. Jeg tror ikke fagpersoner trenger å være så tilstede i seg selv, de kan distansere seg litt fra egne erfaringer. Man må klare å stå i det og være tilstede i seg selv. Da er viktig å ha gode veiledere og folk rundt seg som man kan tømme seg litt til.» (Gro) Jeg spør om hun har en veileder å snakke med, og hun sier at hun har en terapeut hun kjenner godt som hun ofte luffer tankene til. Men det er ikke rammer for veiledning, det er noe hun tar initiativ til på egenhånd.

Trine har også noen tanker om hva som er viktig for å kunne jobbe som erfaringskonsulent. Hun sier det er viktig å fremme at man må være avklart i forhold til sin egen helseproblematikk når man skal hjelpe andre. «Du må ha kommet der at hverdagen fungerer og det må den ha gjort det en stund. Du kan ikke stå midt i din egen problematikk, det må være et ganske godt tilbakelagt stadium. Jeg forteller jo om livet mitt, så jeg henter jo selv opp alt det gamle. Hvis ikke det var ferdig bearbeidet, i den grad man kan det, da ville jeg jo ha slitt ganske kjapt, ja.»

Einar, som leder samtalegruppa på det brukerstyrte senteret, legger vekt på at det er veldig individuelt hvem som passer til å jobbe som erfaringskonsulent. «Det har veldig mye med personene å gjøre hvem som kan lede en sånn gruppe. Jeg føler det er veldig viktig å være ærlig og ikke ha en maske, for med folk som sliter, så blir du gjennomskuet med en gang hvis ikke du er ærlig.»

Når jeg spør Lars om han mener det er viktig å ha en avklart helseproblematikk for å kunne jobbe som erfaringskonsulent sier han. «Ja, det er viktig, samtidig så kan en ikke ta høyde for alt som skjer. Det kan dukke opp ting i samtalegruppa som treffer en veldig, og hvis en har vært leder så kan en føle seg litt tom eller rar, for det er noe en ikke kan sette helt fingeren på. Så det går ikke an å ta høyde for alt, vi har alle noe som kan treffe en, enten bevisst eller ubevisst.» Han sier videre at det er viktig å ta seg tid til å lytte til hva folk har på hjertet, samtidig som det er viktig at han som leder av gruppa har ansvar for å passe på at det ikke blir en konkurranse blant deltakerne om å ha det verst. Han sier det er viktig å løfte frem det positive i gruppa og fremme enkeltmenneskene.

Truls legger også vekt på at det er viktig å være ferdig med sin egen sykdomshistorie i arbeidet som erfaringskonsulent. Han peker også at viktigheten av å ha andre ting å engasjere seg i på fritiden når man har en slik jobb.

«Hvis du skal jobbe som erfaringskonsulent så må du være veldig ferdig med din historie, din sykdom for hvis ikke så tror jeg du kan gå på en smell da. Det er jo viktig at en har noe annet å engasjere seg i på fritiden og har andre å prate med som ikke baserer seg på å fortelle om din egen historie.» (Truls)

Karoline er opptatt av å formidle at ikke alle er klare for å gå inn i styringsverv eller jobbe som erfaringskonsulent selv om de har mange erfaringer å dele. «Jeg tenker at det er veldig viktig at jeg eier min egen historie. I en jobb som erfaringskonsulent kan man bli dårligere igjen, man må se sine egne begrensinger og vite om man er klar for å takle en slik jobb.»

Solveig opplever at jobben som erfaringskonsulent til tider kan være veldig krevende, særlig hvis man ikke er 100 prosent frisk og opplagt. «Som erfaringskonsulent så må du klare å være til stede i ditt eget liv til enhver tid, men hvis ikke du klarer å være til stede, så har du ikke den nerven til å kjenne.» Hun sier at det er mange måter å være erfaringskonsulent på, og at man ikke bør definere hvem som er det og ikke er det.

Einar sier en interessant ting om betydningen av håpet. Han opplever at rollen som erfaringskonsulent har bidratt til å styrke han selv som person og gitt han håp han ikke hadde før. «En ting som jeg aldri sa før, for jeg har alltid følt at jeg er ikke verd noe, men nå ser jeg det, så det jeg ville sagt i dag var at jeg er veldig nyttig i det jeg driver med. Jeg er utrolig god i det jeg driver med. Tidligere har jeg alltid følt meg dum og verdiløs.» (Einar)

Truls sier også noe om dette:

«Jeg føler faktisk det er godt å bruke det livet jeg har levd, fordi jeg er så ferdig med det. Det livet du har levd, det kan du ikke gjøre noe med, men du kan gå videre, og en kjenner jo på sine egne følelser. Men så har jeg funnet ut at det er ikke bare fordi jeg kjenner på følelsene, men det er jo fordi jeg synes det er så godt å formidle håp og at det er muligheter, tross alt.»

Trine opplever også at det er godt å dele av egne erfaringer og å bruke de som en ressurs:

«Da jeg var syk, så var det håpet om en gang å få brukt erfaringen til å hjelpe andre som holdt meg oppe. Jeg har opplevd enormt mye om å være menneske og å bruke mine erfaringer til noe positivt. Samtidig som jeg forteller om nederlag i livet så er det på en måte en seiershistorie, fordi jeg har jo faktisk kommer meg igjennom, og har fått et godt liv. Og alle erfaringene mine er jo en styrke, de er jo min kompetanse, de har jo gitt meg en jobb. Jeg sitter jo egentlig like mye og snakker om mestring og seier og det mest verdifulle jeg har med meg.»

Solveig sier at hun tidligere ikke hadde respekt for sin egen erfaringskompetanse, men at hun med tiden har blitt mer og mer opptatt av å verdsette og forfine sin kompetanse.

Einar, Truls, Trine og Solveig peker her på en viktig side ved det å jobbe som erfaringskonsulent. De peker på at de gjennom å dele, ikke bare gir andre håp, men at de selv blir styrket. Jeg vil her trekke frem Borg og Topors (2003, gjengitt etter Bøe og Thomassen, 2009) tanker om recovery-tenkningen inne psykisk helsearbeid. De fokuserer på innenfraperspektivet og er sentrale representanter for bedringsprosess-perspektivet. Den internasjonale retningen innebærer at en selv skal være den aktive styrkende i sin egen bedringsprosess. Dette innebærer at en omformer sin rolle som passivt mottakende til å være aktiv bruker av det som måtte kunne bidra til endring. Patricia Deegan arbeider med forskning og undervisning innen områdene bedringsprosesser (recovery) og myndiggjøring (empowerment) for mennesker med psykiske problemer. Hun har selv erfaring med

bedringsprosesser etter å ha fått diagnosen schizofreni som tenåring, og sier at styrken i innenfraperspektivet er at det åpner for at den enkelte kan sette ord på det vedkommende opplever og det som skjer på en måte som gir mening og kanskje håp. Bøe og Thomassen mener recovery-tenkingen er et viktig bidrag til det psykiske fagfeltet i både et etisk og terapeutisk perspektiv, og at innenfratenkingen er helt grunnleggende.

Jeg vil igjen trekke frem rapporten «Med livet som kompetanse» (Rådet for psykisk helse, 2008), som peker på virkninger den brukeransatte kan ha av å jobbe som erfaringskonsulent. Recovery-forskning og enkeltfortellinger fra mennesker som har hatt alvorlige psykiske lidelser, understreker at å være eller å føle seg helt utenfor fellesskapet, er en viktig og mange ganger avgjørende utfordring i forhold til det de sliter med. For alle mennesker er det å utføre noe til nytte for andre, og det at noen trenger deg, avgjørende for selvbilde og livskvalitet. Perkins (2005, gjengitt etter Rådet for psykisk helse, 2008) peker på at brukeransettelser vil kunne bidra til yrkesrehabilitering for en del mennesker som møter store problemer på arbeidsmarkedet. Rehabiliteringsforskning har pekt på at det å ha en jobb kan sees på som en viktig del av rehabiliteringen (Spjelkavik og Frøyland, 2003, gjengitt etter Rådet for psykisk helse, 2008). Rådet for psykisk helse (2008) taler for at brukeransettelser kan snu en avgjørende hindring for sysselsetting, det at man har vært lenge borte fra arbeidslivet, til en viktig kompetanse, ved at man har god «innenfrakunnskap» til helsetjenester for psykiske lidelser. Som Einar sier, har jobben som brukeransatt bidratt til å styrke eget selvbilde og gitt han og brukerne opplevelse av mening og håp.

I denne delen av analysen har jeg vist til at samtlige informanter trekker frem håpets betydning som noe av deres viktigste bidrag. Truls beskriver seg selv som en slags «håpsbærer.» Gro opplever at hun gir pasienten håp ved at hun i seg selv, og gjennom det hun har opplevd, er et viktig ansikt som symboliserer håpet, og at det går an å reise seg igjen. Einar peker på at jobben som brukeransatt kan bidra til å styrke eget selvbilde og gi både han selv og brukerne opplevelse av mening og håp. Flere av de andre informantene ytrer også at det er godt å bruke erfaringene som en ressurs. I forhold til å kunne jobbe som erfaringskonsulent har denne delen av analysen også pekt på at det for flere av informantene er viktig å påpeke at man har et avklart forholdt til egen sykdomshistorie

4.4 «Veien blir til mens man går» - om å definere rollen

Under arbeidet med analysen «dukket det opp» temaer som knytter seg til erfaringskonsulentenes brede rolle. Temaene jeg refererer til er kategoriene jeg har analysert ovenfor, herunder «Tolkerrollen» og «Representanter for håpet.» Mange av informantene var opptatt av å snakke om hvilken rolle de hadde som erfaringskonsulent. Dette var et tema jeg ikke hatt tenkt så mye på forhånd, men ut i fra et sosiologisk perspektiv er det veldig interessant. Jeg vil nå se nærmere på hva informantene sa om det å definere rollen som erfaringskonsulent.

Som nevnt tidligere er en rolle knyttet til et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre i en bestemt sosial posisjon. Slike normer og forventninger kan uttrykkes av andre individer, men vil etter hvert ofte bli internalisert av individet selv (Repstad, 2007).

I følge Repstad (2007) vil man som nykommer på en arbeidsplass gjerne få opplæring i hvilke oppgaver man skal utføre, men vedkommende vil også bli sosialisert inn i sine roller på en mer indirekte måte. Repstad (2007) sier at nykommeren vil få mer eller mindre klare sanksjoner ut fra når man gjør tingene riktig, og når man «trækker i salaten.» Han sier videre at på nye arbeidsplasser kan mangelen på fastlagte roller være et vel så stort problem som at rollene er for trange eller rigide. Folk kvier seg gjerne for å gå inn i roller som er uklart definert (ibid.). Når rollen er uklar kan det oppstå rollekonflikt. Jeg skal nå se på hvordan informantene opplever rollen som erfaringskonsulent og eventuelle utfordringer ved den.

Trine er særlig opptatt av at stillingene til erfaringskonsulentene er preget av at erfaringskompetanse er såpass nytt:

«Ja, det er et veldig nytt felt, og det er stillingene våre preget av. Det er en sånn prosess hvor veien blir til mens man går, på godt og vondt, på alle områder. I forhold til oppfølging fra ledelsen til hvordan ting blir gjort, vi prøver jo ut rollene våre i møte med pasienter.» «Jeg tror også vi utfordrer rollen, i og med at vi er samtalepartnere ligner vi såpass på terapeutene. Selv om vi er nøye med å presisere at vi ikke er terapeuter, så kan terapeutene oppfatte det slik at vi blander oss inn i behandlingen.»

Jeg spør om hun har en stillingsbeskrivelse. «Ja, den har jeg skrevet selv, men nå er de i gang med å endre den. Tidligere har jeg følt at de ikke har brydd seg så mye med hva jeg gjør, så lenge det fungerer, men nå har nok ledelsen blitt mer bevisst på de utfordringer som ligger i at

vi ikke har så faste rammer.» Trine sier at hun mener det er viktig at stillingen blir ledelsesforankret, og at stillingen blir utviklet innenfor noen rammer som både erfaringskonsulenter, fagfolk, og kanskje pasienter er enige i. Hun sier videre: «Det er viktig å finne de rammene som gjør at jeg holder meg innenfor det jeg har kompetanse til, og tydeliggjøre at jeg ikke er terapeut, men et supplement.»

Viktigheten av å sette faste rammer for stillingen tas også opp av Gro. Hun har til nå ikke hatt noe stillingsbeskrivelse, og jobbet under ganske frie rammer. Selv om hun synes den frie rollen er veldig fin og givende, mener hun det er viktig å få litt fastere rammer. «Vi erfaringskonsulenter jobber veldig forskjellig ut i fra hvem vi har som leder. Veien videre er å finne ut hva vi har felles, for det er utrolig mange delte meninger om hva en erfaringskonsulent er.» Hun forklarer videre at det har vært vanskelig å vite hva hennes mandat har vært, og hun har måttet prøve seg litt fram. Hun trekker også frem at det kan være problematisk, rent juridisk, at hun står som medarbeider i flere saker. «Hva om noe skulle skje? Vi kan ikke ha det ansvaret, man blir mer ansvarlig enn det man skal når man står som medarbeider.» Hun sier også at hun har opplevd det som problematisk at rollen hennes ikke har vært like tydelig som psykologens. «Det har gjort det vanskelig i forhold til at pasientene har ringt meg til alle døgnets tider. Så jeg kjenner på at rollen min kanskje ikke er så tydelig. Kanskje jeg må bli mer tydelig, jeg vet ikke. Jeg kommer litt midt i mellom pasienten og terapeuten.»

I boken «Vårt rollespill til daglig» beskriver den kanadiske sosiologen Erving Goffman (1992) selvmotsigende roller. En av de selvmotsigende rollene han beskriver er «mellommann eller megler» (Goffman, 1992, s. 126). Han sier at «en mellommann får kjennskap til begge parter hemmeligheter og gir begge parter et sannferdig inntrykk av at han vil holde på hemmeligheten.» Han sier at en mellommann ofte blir stilt i en posisjon der han må sjonglere sin lojalitet eller rolle mellom to parter (ibid.). Jeg vil knytte perspektivet om selvmotsigende roller til det Gro sier om at hun opplever at hun av og til kommer midt i mellom pasienten og terapeuten:

«Jeg merker spesielt i en gruppe at jeg har en veldig dum rolle. I ungdomsmiljøet så snakker de mye sammen og det blir drama opp og ned i mente. Spranget til de ansvarlige lederne blir veldig stort. Og så havner jeg midt i mellom ungdommene (brukerne) og de ansvarlige lederne.»

Hun sier videre at «Jeg opplever at jeg må kommunisere litt i mellom, mange av ungdommene sier ting til meg som de ikke sier til de ansvarlige lederne (terapeutene), så må jeg filtrere litt og bringe videre. Og det å være sånn midt i mellom, det opplever jeg også ofte i forhold til samtaler jeg har med ungdommen. Jeg kommer litt midt i mellom pasienten og terapeuten. Om det er at jeg er mindre farlig, det vet jeg ikke, men det kan virke sånn. Jeg ser jo at når de snakker med meg så bruker de et annet språk enn når terapeuten kommer inn. Da blir de litt mer «flinke», og banner ikke. Så jeg merker at jeg er litt mindre «farlig», på en måte.»

Både Trine og Gro opplever at stillingen deres er preget av at rollen er uavklart. Jeg vil igjen trekke frem Repstads (2007) definisjon av en rolle. Han sier et en rolle er knyttet til et sett av normer og forventinger om hva man skal gjøre i en bestemt sosial posisjon. Men hva skjer når rollen ikke er fastlagt? Ut i fra det Trine og Gro sier, har mangelen på fastlagte rammer ført til at de har en mer fri rolle, som igjen førte til at de måtte prøve ut sin rolle. Som nykommer på en arbeidsplass, kan det, som Repstad (2007) sier, være vanskelig å vite hvilke mandat man har og hva som er rett og galt å gjøre. Selv om Gro og Trine synes det er positive sider ved den frie rollen, etterlyser de klarere rammer. Den frie rollen, tydeliggjøres gjennom at det er Trine selv som har utformet stillingsbeskrivelsen. Den er imidlertid under omarbeidelse, og det kan tyde på at det er et behov for å klargjøre rollen. Det at rollen har vært så fri, kan være et naturlig utfall av at erfaringskonsulentstillingen er ny og utforsket.

Rollen som erfaringskonsulent opplevdes imidlertid forskjellig. Truls, Lars og Einar synes ikke rollen de har er udefinert eller problematisk. Lars og Einar jobber på et brukerstyrt senter der profesjonshierarkiet ikke er så tydelig. Einar er ikke ansatt, men jobber som frivillig, og sier at han med tid og studer godt kunne tenke seg å få en stilling. «Etterhvert så kunne jeg godt tenkt meg en stilling altså og fått noen prosenter, men om jeg får det det vet jeg ikke, men det hadde vært godt. For en hadde følt seg mer nyttig i samfunnet, ja.» (Einar)

Truls hadde et ønske om at ledelsen skulle ta mer grep og synliggjøre kompetansen erfaringskonsulentene har. Han var også tydelig på at erfaringskonsulenter ikke skal være terapeuter, men et supplement til terapeutene. Han mente også at man som erfaringskonsulent ikke bør ha fagutdannelse i bunn «fordi da blir du fort en del av apparatet, og da kan du fort miste litt troverdighet hos brukerne.» (Truls)

Solveig har ikke de samme erfaringene som Trine og Gro, hun er veldig tydelig på hva som er hennes rolle. «Jeg er veldig tydelig på at jeg ikke er terapeut, og hva jeg kan tilby og hva jeg ikke kan tilby. Hvis noen sier at de heller vil gå til en erfaringskonsulent enn en psykolog sier jeg «beklager, da må jeg bare bakke ut, det er ikke jeg kompetent til.» Jeg ønsker ikke å ha ansvar for pasientens mentale helse, det ansvaret må jeg dele med noen, en behandler eller psykolog må være inne i bildet. Jeg spør Solveig om hun har journalplikt og hun sier: «Aller helst vil jeg ha en behandler med i samtalen, og da er jeg opptatt at det er de som skal journalføre, ikke jeg. Jeg skriver gjerne ikke et ord.» Solveig er veldig opptatt av å ha respekt for sin kompetanse. Hun har også noe fagutdannelse, men velger å ikke fokusere på den fordi det er erfaringskompetanse hun jobber ut ifra: «Etter at jeg har fått respekt for min kompetanse, har jeg begynt å forfine den.» Men Solveig er litt bekymret for at man skal definere hva en erfaringskonsulent er og ikke er:

«Det er like mange måter å være en erfaringskonsulent på som det finnes mennesker i verden. Jeg er litt redd for at man skal definere hva som er en erfaringskonsulent, spesielt når noen har en fagkompetanse i tillegg. Man kan ikke definere de vekk.»

Solveig peker her på et viktig aspekt ved det å definere en rolle. Blir rollen for fastlagt, kan det føre til at noen blir utestengt. Repstad (2007) peker på at en rolle på en arbeidsplass er plassert på et bestemt sted i organisasjonen, utstyrt med bestemte oppgaver og omkranset av forventninger til hvordan de skal ivaretas. Han beskriver rollen som en trøye som folk ser forholdsvis like ut i uansett hvem som fyller den, «men at noen rolletrøyer er laget av sterkere stoff og er trangere i utformingen enn andre. Andre rolletrøyer kan være atskillig mer romslige og elastiske.» Repstads (2007) beskrivelse av en rolle kan sees i sammenheng med utfordringer knyttet til å utforme og fastlegge rollen «erfaringskonsulent.» Hvor fastlagt skal den være? Skal det være rom for stor grad av frihet, eller bør den være preget av fastlagte og tydelig rammer? Ut i fra det informantene sier, er det noe uenighet i hvordan den bør utformes. De ulike meningene kan tenkes å ha sammenheng med hvor lenge de har jobbet som erfaringskonsulenter. Solveig har vært erfaringskonsulent i mange år og har gjennom årenes løp lært seg å være tydelig på hva hun er og hva hun ikke er. Gro og Trine har ikke så lang erfaring med å jobbe som erfaringskonsulent, og det er derfor naturlig at de etterlyser mer faste rammer. Samtidig er det ikke erfaringskonsulentenes ansvar alene å være tydelig på hva rollen innebærer, stillingen bør ledelsesforankres. Som Trine sier «det er viktig at

stillingen blir ledelsesforankret, og at stillingen blir utviklet innenfor noen rammer som både erfaringskonsulenter, fagfolk og kanskje pasienter er enige i.»

For Trine er det viktig å formidle at hun ikke er erfaringskonsulent fordi hun ikke kunne vært noe annet. «Jeg har en mastergrad, og jeg kunne jobbet som lærer, men jeg synes dette er mye mer spennende. Jeg synes det er viktig at man ikke tror at jobben som erfaringskonsulent er slags tilrettelagt stilling som er et sysselsettingstiltak.» Jeg spør Trine om hun har noen tanker om at man i den stillingen aldri kommer ut av en stigmatisert gruppe. «Jeg har jo tenkt på det. Jeg har høyst frivillig latt meg definere inn i en stigmatisert gruppe. Mens jeg var dårlig hadde jeg et antistigmatprosjekt oppi hodet, nettopp fordi jeg var såkalt vellykket, jeg har en mastergrad, jeg har en mann og barn, hus og bil. Jeg har derfor villet flagge høyt at jeg har strevd med psykisk helseproblematikk for å si noe om at alle kan streve med det. Du hører mest om de som strever med ekstrem problematikk og ekstreme symptomer, gjerne farlige for samfunnet. Jeg vil bidra til å utvikle den forståelseshorisonen. Jeg kan vifte med en mastergrad og gjøre noe med fordommene. Så jeg sitter på en livsoppgave, rett og slett.»

Volden (2004, gjengitt etter Bøe og Thomassen, 2009) har noen interessante refleksjoner rundt brukerrollen. Han minner om at vi ikke må glemme at når vi anvender betegnelsen «bruker» om en person, gjelder det kun hans eller hennes rolle i en avgrenset sammenheng. Brukerrollen er en partikulær rolle, en av mange roller. Han legger videre vekt på at de fleste spiller andre roller det meste av tiden, som mor, barn, arbeidstaker, og så videre. Jeg mener at man kan knytte dette til det Trine sier om at hun har valgt å være brukeransatt, og at hun er mye mer enn det rollen innebærer. Betegnelsen brukeransatt relateres til brukerrollen, og det er som Volden sier viktig å være bevisst på at personen bak rollen er mye mer, og at vedkommende ikke lenger er bruker, men ansatte på bakgrunn av erfaringer.

Løken (2006) hevder at fokuset på brukermedvirkning har ført til en rolleendring. Han sier at brukermedvirkning innebærer at brukeren tilføres makt og myndighet, og dermed gis en mer aktiv rolle. Samtidig som fagfolk må gi slipp på sin makt og være varsomme med å bestemme hjelpens innhold og form (Ørstadvik, 2002, gjengitt etter Løken, 2006).

Jeg har i denne delen av analysen sett at det var delte meninger om hvordan informantene opplevde rollen som erfaringskonsulent. Noen etterlyste mer faste rammer, og et tydeligere mandat, mens andre følte de hadde en klar rolle, selv om de hadde mange ulike funksjoner og oppgaver. Det ser ut til at noen av tjenestestedene har klarere rammer for hvilke rolle den

brukeransatte skal ha. Faktorer som kan se ut til å spille inn på om rollen som erfaringskonsulent er tydelig og avklart er arbeidsstedets kultur, den brukeransattes erfaring med rollen, og tjenestestedets erfaringer og holdninger til brukeransettelse. Andreassen, 2005, s. 148) peker på et viktig dilemma som kan oppstå når en «ny» rolle skal utformes: «fordi brukermedvirkning noen ganger skjer gjennom uprøvde organisasjonsformer, har brukerrepresentantene ofte ikke rollemodeller å lære av» (Andreassen, 2005, s. 148). Det er en utfordring når det forventes at både brukerrepresentanter og ansatte skal utforme sine roller på en ny måte uten at det nødvendigvis er klart hva dette skal innebære. Ulike oppfatninger kan blant annet føre til at det rettes motstridende forventninger til rollen som brukerrepresentant. Det finnes for eksempel forventninger til brukerrepresentanter om både å bruke sin erfaringskompetanse og nedtone egne erfaringer, og om å være kritisk, men se det positive. Andreassen (2005) stiller spørsmål ved rimeligheten av en del forventninger som stilles til brukerrepresentanter, og hun ber offentlig ansatte om å ha toleranse for uvante uttrykksformer, se kritisk på sine forventninger og erkjenne at det er krevende å konfrontere uten å skape konflikt. Andreassen (2005) peker her på sentrale utfordringer ved det å utforme en ny rolle, der man har begrensende erfaringer å se til. Erfaringskonsulentene jeg har intervjuet har i sin rolle som «brukeransatt» mange roller. De er, gjennom samtaler med pasienter, et supplement til behandlingen, de er pasientenes «likemann», de er forskere, de er forkjemper og talsmenn for brukermedvirkning etc. Samtidig som de ivaretar pasientens stemme og taler for brukerne, skal de opprettholde en profesjonell grense til pasienten. Det kan være vanskelig å sammenholde alle disse funksjonene, og å vite hva som er ens mandat. Brukermedvirkning kan som Løken (2006) hevder ha ført til en rolleendring, men for at de brukeransattes rolle skal defineres klarer tror jeg det er et viktig poeng at det må skapes et behov og at «veien blir til mens man går.» Kanskje man må, som med så mye annet, ta tiden til hjelp og samle flere erfaringer og resultater av forskning på brukeransettelse.

4.5 Samarbeid - «Erfaringskompetanse kan ikke stå på egne bein»

Et annet tema jeg ønsket å ta opp med informantene var samarbeid, makt og konflikter på arbeidsplassen, og hvordan de så på kombinasjonen erfaringskompetanse og fagkompetanse. Flere av informantene var opptatt av å poengtere at man trenger både EK og FK, og at erfaringskompetansen ikke kan stå alene. Utsagnet i overskriften kommer fra

erfaringskonsulent Solveig. Hennes jobb er rettet mot barn som pårørende. Vi skal første se litt på hva informantene tenkte om kombinasjonene erfaringskompetanse og fagkunnskap.

Solveig sier:

«For det første så tror jeg at jeg kan være et veldig viktig supplement til fagkompetansen. Jeg mener at erfaringskompetanse ikke kan stå på egne bein, den må samhandle. Jeg pleier å si at ethvert fagmiljø uten erfaringskompetane er et fattigere fagmiljø, etter min mening er det ikke et komplett fagmiljø. Du må ha begge deler.»

I tillegg til i samme båt-samtaler, driver Solveig med undervisning av barneansvarlige. Hun forteller at når de skal utarbeide rutiner, så refererer hun ofte til da hun selv var innlagt «Erfaringen ligger der hele tiden. Jeg tenker at der andre vil referere til sin fagkompetanse så vil ofte jeg referere til min erfaring. Begge deler er viktig.» Solveig sier hun har fått tilbakemelding fra fagfolk som sier at hun klarer å rive ned en mur som de ikke har klart å bryte ned. Når hun har klart å bryte den, er det lettere for terapeutene å jobbe videre.

Trine deler Solveigs synspunkt på at kombinasjonen FK og EK er viktig. Trine sier at det er et poeng for henne å si at selv om hun kan få en tettere kontakt med pasientene så er ikke det dermed sagt at en sånn kontakt er det beste for terapien. Hun sier: «Jeg tenker at, har du fått et skikkelig helseproblem, så trenger du hjelp fra fagfolk som nettopp forblir fagfolk. Så kan heller jeg være det andre. Ideelt sett så får de mer når fagpersoner kan forbli fagpersoner og at jeg kan bli mer som en likemann og at vi kunne jobbet mer sammen.» (Trine) Hun savner det å jobbe tettere med de fagansatte behandlerne. «Jeg tror det hadde vært gull å jobbe sammen, sånn at vi kan få det beste ut av fagkunnskapen og det beste ut av erfaringskunnskapen.» (Trine)

Gro forteller at hun til nå ikke har jobbet så tett med psykologene, og tror det er på grunn av at de har vært usikker på hvilken rolle hun har. Jeg spør henne hva hun tenker om kombinasjonene fagkompetanse og erfaringskompetanse. Hun er klar på at det ene er ikke bedre enn det andre. «Det er ikke så svart hvitt. Jeg er et godt resultat på at fag fungerer, men mange erfaringskonsulenter kan fort gå i fella og bare tror på erfaringskompetanse, og fagfolk kan vippe det tilbake og bare tro på fag. Jeg tror på en mellomting, det å kombinere erfaring og fag.» (Gro)

Truls sier han har positive erfaringer med å samarbeide med terapeutene. Han sier at han føler at de som bruker hans kompetanse ser på han som en ressurs. «De jeg har jobbet med har vært utrolig lite skeptiske, jeg tror det er fordi de terapeutene som tar kontakt med meg i utgangspunktet er positive til meg. De som ikke vil bruke meg, det får heller være deres problem.» Han forteller videre om gode erfaringer med å samarbeide med terapeuter: «Når jeg er i samtale med pasienten og terapeuten, sitter terapeuten og lytter og de tilbakemeldingene jeg har fått av terapeuten er at de sier de har fått nye verktøy å jobbe med. Ting som de ikke har lagt merke til, men som jeg registrerer fordi jeg har kjent det på kroppen.»

Bøe og Thomassen (2009) sier de i utgangspunktet er kritiske til at praksisen innenfor det psykiske helsefeltet skal være evidensbasert. Men samtidig retter de oppmerksomheten mot den forskningen som bringer frem erfaringskunnskap hos de menneskene som har følt problemene på kroppen. De er positive til at denne forskningen bør satses på og videreutvikles. Det peker på at det er viktig at ikke noen får monopol på å skape det språket endringsarbeidet skal foregå i «Dem det gjelder må være deltakere i denne skapelsesprosessen» (Bøe og Thomassen 2009, s. 88). De taler videre for et menneskelig mangfold i psykiske helsetjenester. De hevder at hvis man skal legge til rette for et godt psykisk helsearbeid, er det personlige og menneskelige mangfoldet som ansatte i psykiske helsetjenester utgjør, en viktig ressurs som må få komme til syne. «For å skape et mest mulig fruktbart arbeid med et bredt spekter av muligheter for mellommenneskelig kontakt bør det i tjenesten finnes et mangfold av forskjellige typer mennesker. De viser da til mangfold i: alder, kjønn, livshistorie, erfaringer, familieforhold, personlighet osv.

Samtlige av informantene ønsker et tettere samarbeid mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse. Jeg vil her trekke inn Knudsens (1993, gjengitt etter Schmidt et al., 2012) kriterier for å lykkes med samarbeid. Han mener den første betingelsen for at et samarbeid skal kunne fungere er at det foreligger domenekompatibilitet. Det vil som nevnt si at samarbeidet oppleves som nyttig ut fra fordeling av oppgaver mellom de ulike enhetene (ibid.). De ulike enhetene kan ha helt overlappende kategorier eller ingen form for overlapping. Det er mellomkategorien, *enheter med delvis overlappende domener*, som er mest interessant i forhold til å skape et godt samarbeid. Denne kategorien kjennetegnes av enheter som, i positiv forstand, kan utnytte hverandres kompetanse. Nærmere forklart vil enheter i denne kategorien kunne utfylle hverandre og betjene samme klientgruppe med flere

tilbud samtidig. De kan også gå sammen om å dekke geografiske områder.

Erfaringskonsulenter har en annen kompetanse enn det terapeutene har, og bør i utgangspunktet ikke utgjøre en trussel for fagfolk. De arbeider innenfor samme felt og betjener den samme pasientgruppen. Samtidig så ligger det en potensiell konflikt i samarbeidet mellom terapeutene og erfaringskonsulentene. Den «nye» kunnskapen «erfaringskompetanse» kan sees på som en trussel, snarere enn et fruktbart supplement. Som Solveig så fint sa: «Erfaringskompetanse kan ikke stå på egne ben.» Et komplett fagmiljø, bør ha både erfaringskompetanse og fagkompetanse.

Erfaringskonsulenter og terapeuter kan etter mitt syn betegnes som å være «enheter» med delvis overlappende domener. Noe av utfordringen kan sees å være at de to enhetene klarer dra nytte av hverandres kunnskap. Først da kan erfaringskompetanse og fagkunnskap danne grunnlag for et godt samarbeid.

Jeg vil også trekke frem Skaus (2005) kompetansetrekant. Hun snakker om kompetansebegrepet og deler det inn i tre deler; teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. De tre aspektene utgjør kompetansetrekanten og en helhet av ulik kompetanse.

Skau (2005) fremhever at den tredje siden av kompetansetrekanten, personlig kompetanse, er særlig viktig i arbeid med sosiale relasjoner og samarbeid mennesker i mellom. Hun sier at for å kunne være for eksempel en god sosialarbeider, er det ikke nok med teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Hun sier videre at den personlige kunnskapen er unik, at den er uløselig knyttet til sin bærer, men at den kan deles med andre.

Jeg synes Skaus kompetansetrekant er interessant sett i lys av det brukerne har sagt om samarbeid, og kombinasjonen EK/FK. Det kommer tydelig frem at erfaringskompetanse ikke kan stå på egne bein, men at den trenger støtte av fagkompetanse og yrkesspesifikke ferdigheter. Selv om Skau (2005) ikke snakker direkte om erfaringskompetanse, synes jeg kompetansetrekanten belyser viktigheten av å styrke det personlige i kompetansebegrepet i det psykiske helsefeltet.

Jeg har nå vist til at samtlige av informantene ønsker ett tettere samarbeid mellom erfaringskompetanse og fagkompetanse. Jeg har også sett på noen av utfordringene i å skape

et godt samarbeid. Jeg skal nå se nærmere på hvordan informantene opplevde maktforholdet og mulige konflikter på arbeidsplassen

4.6 Makt og konfliktlinjer

I forlengelsen av temaet samarbeid, tok jeg opp temaet « makt og eventuelle konflikter på arbeidsplassen». Skau (1992) taler for at maktaspektet er til stede i alle samhandlinger mellom bruker og hjelper. Hun sier at grunnlaget for makt er ulikhet mellom mennesker. Hun snakker også om et ubalansert maktforhold. I et slikt forhold har den ene part mer makt enn den andre. Jeg vil knytte dette til forholdet maktbalansen mellom erfaringskonsulenter og terapeuter.

Grimen og Terum (2009) hevder at samtidig som klienten er avhengig av den profesjonelles kompetanse, så forlanger profesjonsutøvere aksept for at de har særegne forutsetninger for å ta seg av bestemte oppgaver på vegne av fellesskapet. I den grad de oppnår aksept for dette, kontrollerer de både adgangen til arbeidsoppgavene og kvaliteten på tjenestene. Grimen og Terum (2009) snakker her som maktbalansen mellom den profesjonelle og brukeren.

Brukeransatt eller erfaringskonsulent er ingen profesjon, men jeg mener det er viktig å belyse den eventuelle maktbalansen mellom dem og profesjonsutøverne i det psykiske helsefeltet. Erfaringskonsulenter er som oftest tidligere brukere av det psykiske helsefeltet, og maktforholdet kan tenkes å henge igjen. Når en ny yrkesgruppe utfordrer et kunnskapsfelt kan det oppstå profesjonskamp og konflikter. Mandatkompatibilitet kan knyttes til Abbots (1988) kjernebegrep jurisdiksjon. Som nevnt har ulike profesjoner ulike myndighetsområder. De kan ha kontroll over en viss type kunnskap gjennom et mer eller mindre formalisert myndighetsområde. Knudsen (1993, gjengitt etter Schmidt et al., 2012) peker på at ulike profesjoner har ulike myndighetsområder. De kan ha kontroll over en viss type kunnskap gjennom et mer eller mindre formalisert myndighetsområde. Knudsen (ibid.) påpeker her at legalt mandat alene vil være en for svak impuls til samhandling, dersom det ikke er forankret i grunnleggende enighet blant partene nedfelt i arbeidsrutiner og felles verdigrunnlag:

Jeg ville som sagt se på maktforholdet mellom de EK og FK, og om informantene opplevde konflikter der de jobbet. Her fikk jeg varierte svar, noen opplevde konflikter mens andre følte at erfaringskompetansen var godtatt og godt innarbeidet på arbeidssstedet.

Jeg stilte spørsmålet Solveig spørsmålet: «Føler du at FK har større makt på arbeidsplassen?» Hun svarte «Jeg gjør ikke det. Makt, hva er det?» Jeg sa «At den ene gruppen har

definisjonsmakt?» (Intervjuer) «Definisjonsmakt, hva er det?» (Solveig) «Jeg tenker på om de med fagkunnskap bestemmer hva som er best for pasienten...» (Intervjuer) Solveig forklarer at hun ikke er interessert i det, og har ikke lyst til å definere hva som er rett for pasienten.

«Jeg kan definere ut i fra mitt ståsted, og ut i fra mitt ståsted har jeg like mye definisjonsmakt som en psykolog har ut i fra sitt ståsted.» (Solveig) Jeg spør om hun har opplevd konflikter på arbeidsplassen. Hun forteller at hun ikke har opplevd det på sin arbeidsplass, men sier: «Jeg vet at noen erfaringskonsulenter sliter litt med at det er skepsis, litt misunnelse, og at folk er redde for at vi skal komme og overta.» Hun tror imidlertid at arbeidsplassens kultur påvirker om en erfaringskonsulent blir anerkjent eller ikke. «De som ansatte meg var jo positive til erfaringskompetanse, også tenker jeg at det er viktig at det skapes et behov, og at det blir en naturlig del av behandlingen som ikke blir presset på (...) Her på huset er erfaringskompetansen etablert, og jeg har en opplevelse av at de øvrige ansatte ser på meg som en fagperson, en helt annen type fagperson enn de selv er.» (Solveig)

Karoline har ikke opplevde sterke konflikter på jobb, men kjenner til at det er en sterk kultur innenfor fagkunnskapen: «Det er en sterk kultur, du vet kulturen ligger i veggene, men jeg er ikke redd for å si fra. Så jeg tenker ikke på at det er noe forskjell, det er derfor jeg sier at jeg ikke bruker min utdanning i bunn. For meg har ikke det noe å si hva jeg er utdannet som, så nei, jeg tror egentlig det går ganske greit»

Lars jobber på det brukerstyrte senteret og leder samtalegrupper. Jeg spør ham om han opplever at det er likeverd mellom EK og FK på arbeidsplassen: «Ja, jeg vil si at erfaringskompetanse står sterkere her enn det man har lest seg til i boka. Så vi har en veldig fin og åpen dialog her.» Einar som også jobber som leder for samtalegruppa på det brukerstyrte senteret, er enig i at EK står sterkt på arbeidsplassen. Han sier at han er usikker på hvor godt fagkompetanse hadde gjort seg i samtalegruppa. Hele poenget med gruppa er at likemenn skal snakke sammen og dele erfaringer. Han legger til at: «Jeg håper at fagfolk begynner å verdsette brukere og se hvor viktig vi kan være. For vi er jo og fagpersoner, vi har utdanna oss mye mer enn noen som har gått på skole. Vi har kjent det på livet, noen hele livet, og det er litt av en utdanning.»

Trine sier «Selv om vi ønsker å komme inn som et fruktbart supplement, der hver samarbeidspartner utfyller fagkunnskapen, så er det klart at vi også utfordrer den, hele det tunge fagmiljøet.» Trine sier at hun har kjent på at hun ikke er en integrert del av

behandlingen enda. «Jeg har i større grad opplevd at terapeutene ikke vil være med når jeg har samtaler med pasienter. De tenker mer at det er en sånn egen greie som jeg holder på med ved siden av.» Hun sier hun har opplevd mest motstand i forhold til å samarbeide på poliklinikken. Hun tror det er fordi pasientene på poliklinikken stort sett har kontakt med en ansvarlig terapeut, og at hun der i større grad kan oppleves som en trussel. «På døgnheten, er opplegget slik at pasientene har en ansvarlig terapeut, men de snakker i større grad men mange forskjellig, så da blir vi erfaringskonsulenter bare enda et innslag. Så de er mest positive til å samarbeide på døgn.» Trine sier at hun tror man vil unngå misforståelser hvis terapeuten er med på de samtale hun har med pasienten. Hun sier også at hun tror det vil skape tillit hvis terapeuten inviterer henne inn til samtale med pasienten.

Da jeg igjen kom inn på temaet «konflikter på arbeidsplassen», forteller Truls at han merket litt skepsis i starten: «I begynnelsen følte jeg at jeg kom inn i en fremmed verden, men det var like mye min egen frykt som deres frykt. Der satt kanskje tjue stk. som pleide å behandle meg, og der skulle jeg plutselig sitte og spise lunsj med dem.» Truls forteller at det ble pratet mye fag rundt bordet.

I rapporten «Med livet som kompetanse» (Rådet for psykisk helse, 2008) vises det til at de fleste brukeransatte fungerer godt i arbeidet. Noen sliter imidlertid med den sosiale delen av det å være i jobb, fordi man opplever at mange andre har fått til ting man selv ikke har klart. De har kalt å treffes i kantinen for «lunsjtesten», noe som viser til nettopp det at det kan være utfordrende å gå fra å være bruker til å være ansatt og jobbe med noen som tidligere har vært deres behandlere. Har man noe å snakke om i lunsjen, er man som de andre? Truls har selv kjent denne utfordringen på kroppen, men sier at det løste seg fint etter hvert: «Etter hvert fant jeg ut at jeg hadde mye å bidra med selv, i og med at jeg har vært i systemet lenge. Jeg hadde mye kunnskap som jeg kunne diskutere med de andre.»

Gro forteller at hun ikke har opplevd store konflikter på arbeidsplassen, men har kjent skepsisen på kroppen: «Jeg vet at den finnes, og jeg har kjent på det i krokene og i gangene.» Hun sier videre: «Jeg ser og opplever at det finnes folk som er skeptiske, men jeg vil ikke fokusere på det. Jeg tror folk skal få lov til å være skeptiske, og det er forståelig. Men jeg tror at det er mulig for dem å endre seg, erfaringskompetanse er så nytt så vi må rett og slett bare være litt tålmodige.»

Det som går igjen hos informantene er at de mener man må bruke tiden til å bli vant til hverandre. Som Solveig sa, så må det *skapes* et behov for erfaringskompetanse. Gro sier noe av det samme: «En del av skepsisen må man bare stå i, man må gjennom det for at EK skal bli en naturlig del av behandlingen. Vi driver pionerarbeid, kan man si.»

Hva kommer denne skepsisen av? Jeg vil her trekke frem igjen Bourdieus habitusbegre for å forsøke å belyse hvordan brukerkunnskap utfordrer vår forståelse av fagkunnskap i det psykiske helsefeltet. Bourdieus forståelse av habitus henviser som nevnt til det folk gjør med utgangspunkt i deres forståelse av den situasjonen de er i. Det forholder seg også til hvordan «kultur» internaliseres i individer og naturliggjør deres forståelse og handlinger. I følge Bourdieu (1990: 94 sitert i Wilken, 2008) utstyres habitus oss med en matrise for hvordan vi oppfatter, forstår og handler i gitte situasjoner.

Med henblikk på Bourdieus tolkning av habitusbegrepet, mener jeg at man kan trekke linjer til hvordan brukerkunnskapen informantene sitter med kan utfordrer fagfolks forståelse av hva som er gyldig kunnskap i det psykiske helsefeltet. Kulturen Bourdieu snakker om kan i denne sammenheng forklares som jobbkulturen som preger det psykiske helsefeltet.

Erfaringskonsulenter sitter med en «ny» type kunnskap som tidligere i liten grad har blitt anerkjent og anvendt. Helsearbeidere og behandlere i det psykiske helsefeltet har blitt opplært til å arbeide ut i fra fagkunnskap og vitenskapelige praksiser. Man kan si at de jobber innenfor et sosialt felt, der bestemte faglige praksiser utspiller seg. I dette feltet dominerer bestemte regler og grunninnstillinger for det mennesket betrakter som naturlig og tatt for gitt. Selv om informantene deler mange positive erfaringer fra samarbeidet mellom dem og fagarbeiderne, er det flere av informantene som sier at de kjenner skepsisen i gangene og at veien enda er lang å gå for å få et mer balansert forhold mellom EK og FK. Jeg tolker det slik at siden brukerkunnskapen er såpass ny og ukjent, vil den utfordre behandlingsmetodene og den gjeldende fagkunnskapen i det psykiske helsefeltet. Jeg vil igjen trekke frem et sitat fra erfaringskonsulent Trine:

«Jeg har i større grad opplevd at terapeutene ikke vil være med når jeg har samtaler med pasienter. De tenker mer at det er en sånn egen greie som jeg holder på med ved siden av.»

Skepsisen som Gro og flere av de andre informantene har møtt kan være en naturlig respons sett i lys av tradisjoner vi har hatt for tydelige skiller mellom bruker- og behandlerrollen. Bourdieu (1995, gjengitt etter Repstad, 2007) peker på at de sosiale strukturene rundt oss

impregnerer mennesker og skaper umiddelbare handlingsposisjoner på et umiddelbart og ikke-reflektert plan. Rammeverk for hvordan vi oppfatter, forstår og handler i gitte situasjoner kan være vanskelig å endre. Holdningen, praksisene og spillereglene som utspiller seg innenfor det psykiske helsefeltet kan sies å være det samme. I følge Bourdieu er de etablerte disposisjonene i habitus vanskelig, men mulig å endre. Som drøftet tidligere er det derfor viktig å gyldiggjøre og myndiggjøre erfaringskompetanse, blant annet gjennom forskning. Som vist til tidligere, retter Bøe og Thomassen (2009) oppmerksomheten mot den forskningen som bringer frem erfaringskunnskapen hos mennesker som har følt problemene på kroppen. Innenfraforskning kan også bidra til økt gyldiggjøring av brukerkunnskapen.

Brukermedvirkning har for lengst blitt løftet frem i det psykiske helsefeltet (Hatling, 2011). Tanken om at brukeren skal stå i sentrum i samarbeidet med tjenesteutøveren står sterkt, men det er mer skepsis til brukeransettelse som et ledd i å skape likeverd mellom erfaring og fag.

Rapporten «Med livet som kompetanse», utført av Rådet for psykisk helse (2008) som referert til tidligere, viser til at tilbakemeldingene fra de tjenestestedene som ikke hadde brukersatte varierte fra å være undrende til å være helt avvisende.

«Noen er helt avvisende og sier for eksempel at å ansette brukere er å gjøre dem en bjørnetjeneste og at brukerkompetanse ikke er viktig i feltet» (Rådet for psykisk helse 2008, s. 12).

Slike tilbakemeldinger og holdninger kan være en naturlig respons i lys av tradisjoner vi har hatt for tydelige skiller mellom bruker- og behandlerrollen. Det kan også knyttes til utøvelse av en bestemt jobbkultur som gir føringer for hvilke praksis man fører på arbeidsplassen. Dette er i tråd med hvordan habitusbegrepet forholder seg til hvordan «kultur» internaliseres i individet og naturliggjør deres forståelser og handlinger (Wilken, 2008). I følge Bourdieu (1990: 9, gjengitt etter Wilken, 2008) utstyrer habitus oss med et rammeverk for hvordan vi oppfatter, forstår og handler i gitte situasjoner. Det psykiske helsefeltet kan knyttes til feltbegrepet som beskriver de sosiale arenaene som praksis utspilles innenfor. Feltet vi handler innenfor domineres av doxa, spilleregler for hvordan ting blir gjort. Å endre på internaliserte holdninger og praksiser kan være vanskelig. Bourdieu peker på at habitus har varige og livslange disposisjoner, det er tregt, men foranderlig. Som drøftet tidligere er det derfor viktig å gyldiggjøre og myndiggjøre erfaringskompetanse, blant annet gjennom forskning. Som nevnt tidligere peker Bourdieu på at de sosiale strukturene rundt oss

impregnerer mennesker og skaper umiddelbare handlinger på et ikke-reflektert plan. I lys av dette er det forståelig at fagansatte på tjenestestedene kan være skeptisk til erfaringskompetanse som ny og gyldig kunnskap. Jeg synes rapporten «Med livet som kompetanse» favner godt om de utfordringer erfaringskompetanse står overfor, nemlig gyldiggjøring av brukerkunnskapen. Kanskje kan økt fokus på erfaringskompetanse og erfaring fra tjenestesteder med brukeransatte være med på å øke nysgjerrigheten og ønsket om å prøve ut brukersattelse selv.

Å se brukersattelse som en del av hjelpeapparatet kan rokke ved vår oppfatning av hvordan tjenesteapparatet innen psykisk helse skal utformes. Erfaringskunnskapen kan, kanskje særlig for leger, psykologer, terapeuter og andre helsefagarbeidere, utfordrere forståelse av at det psykiske helsefeltet skal bygge på fagkunnskap og profesjonsutøvelse.

I denne delen av analysen har jeg sett at informantene har delte meninger om grad av makt og konflikter på arbeidsstedet. Felles er at mange har kjent på at det ligger en viss «skepsis og frykt i veggene.» Solveig har en klar innstilling til at hun ikke bryr seg om noen er skeptiske, mens Gro og Trine i sterke grad har kjent på at de ikke er en integrert del av miljøet. Karoline har ikke opplevd sterke konflikter eller skepsis på jobb, men kjenner til at det foreligger en del skepsis til erfaringskompetanse. Hun mener at skepsisen bunner i en sterk fagkultur. Truls har kjent litt på skepsisen, men mener at det gikk seg til etter hvert og at det stort sett har vært en fin og åpen dialog mellom han og fagfolka på arbeidsplassen. Hun mener at skepsisen bunner i en sterk fagkultur. Lars og Einar har ikke opplevd at det er et ubalansert maktforhold på arbeidsplassen. Lars mener at erfaringskompetansen står sterkere enn fagkompetansen. Som nevnt tidligere kan skepsisen til erfaringskompetanse bunne i en naturlig reaksjon. Når man møter noe nytt for første gang, hva enn det skulle være, er det naturlig å være skeptisk og verne om det kjente og trygge. Sett i sammenheng med at erfaringskompetanse er et nytt kunnskapsområde kan skepsisen bunne i en naturlig reaksjon. Fagkulturen og profesjonsutøverne innenfor psykisk helsevern kan tenkes å trenge tid til å integrere den nye kompetansen som en del av det helhetlige tilbudet. Jeg tror også det er viktig at det skapes et behov for erfaringskompetanse og at det ikke blir «presset på.» Informantene er tydelige på at de gjerne vil få til et tettere samarbeid, og at de er et supplement til terapeuten. De etterspør mer samarbeid, samtidig som de er klare på at erfaringskompetanse skal være noe annet enn fagkompetanse. En av utfordringene ved å integrere erfaringskompetanse som en helhetlig del

av behandlingstilbudet kan være å åpne opp forståelsen av hva behandling innenfor det psykiske helsefeltet skal innebære.

Kapitel 5. Oppsummering

5.1 Oppsummering av hovedfunn

Med problemstillingen som bakteppe, «Hva er erfaringskonsulentenes rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet?», har jeg i denne studien forsøkt å undersøke og belyse hvordan informantene opplever sin rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet. Innledningsvis sa jeg noe om den økte satsing på psykisk helse i Norge de siste årene og viste til tidligere erfaringer og forskning. Man ser at brukerperspektivet og innenfrakunnskapen har fått stadig større plass i dette feltet. Sett i lys av at erfaringskompetanse er et nytt område innenfor psykisk helse, er det lite forskning på systematisk ansettelse av mennesker med brukererfaring. På bakgrunn av min interesse for feltet, og aktualiteten det har, opplevde jeg det som interessant og relevant å undersøke hvordan de brukersatte selv opplevde å dele av egne erfaringer, og hvilke tanker de hadde om sin rolle og funksjon i psykisk helsevern.

Jeg var opptatt av å fange opp informantenes egne erfaringer med å jobbe i skjæringspunktet mellom erfaringskunnskap og fagkunnskap. I arbeidet med analysen av datamaterialet kom det frem mange interessante refleksjoner rundt dette. En del av funnene var knyttet til temaene jeg på forhånd hadde satt opp i intervjuguiden, men som jeg tidligere har nevnt, kom det også frem emner jeg på forhånd ikke hadde tenkt på. Jeg forsøkte å trekke frem temaer som pekte seg ut i datamaterialet og har presentert og diskutert dette i sammenheng med teoretiske perspektiver.

Etter å ha intervjuet de syv informantene, satt jeg igjen med et stort datamateriale med mange interessante refleksjoner og svar på det jeg i utgangspunktet satt meg fore å undersøke. Under arbeidet med analysen sitter jeg igjen med flere spørsmål. Disse vil jeg komme tilbake til. Jeg vil nå gå gjennom det jeg anser som hovedtrekkene i mine funn.

De fem temaene jeg trakk frem og diskuterte var «Gjenkjennelsen – betydningen av innenfrakunnskapen», «Representanter for håpet – om å gi håpet et ansikt», Samarbeid – erfaringskompetanse kan ikke stå på egne bein», «Veien blir til mens man går - om å definere rollen» og «Makt og konfliktlinjer». Gjenkjennelsen og håpet kan hovedsakelig knyttes til hvilket bidrag og funksjon erfaringskonsulentene har. Temaet samarbeid knytter seg også til erfaringskonsulentenes bidrag til det psykiske helsefeltet. De to sist temaene knytter seg til

hvordan rollen er definert og hvordan deres rolle påvirker maktforholdet mellom erfaringskonsulentene og de fagansatte.

Slik jeg ser det skilr flere av temaene inn i hverandre, som gjenkjennelsen, betydningen av håpet og å ha et avklart forhold til sin egen sykdomshistorie. Jeg opplevde at informantene mente at deres viktigste funksjon som brukeransatt var å gi pasienter håp om bedring. Gjenkjennelsen blir beskrevet som viktig for å skape en god relasjon og for å gi håp om bedring. En av informantene beskrev denne funksjonen på en fin måte: «Vi er håpsbærere.» (Truls) Erfaringskonsulentene gir et ansikt til håpet, og erfaringene blir brukt som en ressurs til å hjelpe andre. Ved å gi håp til andre, ytret flere av informantene at det styrket egen selvfølelse. Man kan kanskje snakke om en dobbel gevinst. Erfaringskonsulentene bidrar til håp og styrker samtidig seg selv gjennom å dele erfaringene som en ressurs. Her kom empowerment-perspektivet inn. Et fellestrekk blant informantene er at de i kraft av seg selv og sine erfaringer opplever å styrke pasientene og bidra til bedringsprosesser. Hovedtrekkene i funnene viser at gjenkjennelsen til pasientene gir dem en «nerve» til å forstå pasienten på en unik måte. Dette blir av flere beskrevet som at man som brukeransatt må være veldig tilstede i seg selv for å kunne hjelpe pasienten.

For å kunne jobbe som erfaringskonsulent, er den mest fremtredende oppfatningen blant informantene at man må ha et avklart forhold til egen sykdomshistorie. De uttrykker på ulikt vis at det er viktig å ha bearbeidet egne problemer og å kjenne sine begrensninger. Flere sier at man kan bli dårlig igjen og gå på en smell hvis man ikke kjenner egne begrensninger. En av informantene sier det er viktig «å eie sin egen historie» for å kunne hjelpe andre.

Rollen som erfaringskonsulent blir oppfattet noe ulikt og det er litt delte meninger om hvor «fri» eller hvor tydelige rollen bør være. Noen av informantene pekte på at stillingen var preget av at erfaringskompetanse som arbeidsområde er nytt i det psykiske helsefeltet. De trakk frem at det opplevdes som problematisk at rollen som erfaringskonsulent ikke var like tydelig som psykologenes rolle. Andre gav uttrykk for at de følte at de hadde en klart definert rolle, selv om de hadde mange ulike funksjoner og oppgaver. Rollen er relativt ny og har blitt konstruert og prøvd ut uten å ha konkrete erfaringer å se til. Det kan se ut til at noen av tjenestestedene har klarere rammer for hvilke rolle den brukeransatte skal ha enn andre. Faktorer som kan se ut til å spille inn på om rollen som erfaringskonsulent er tydelig og avklart kan være arbeidsstedets kultur, erfaringen informanten har med å jobbe som

erfaringskonsulent og tjenestestedets erfaringer, holdninger og innstilling til brukeransettelse. Hvis ledelsen og erfaringskonsulenten har få erfaringer å se til og få «rollemodeller» å lære av, kan det være vanskelig å sette rammer for hvordan en stilling skal utformes og utøves. De informantene som ønsket fastere rammer, fremhevet et behov for at rollen som brukeransatt må tydeliggjøres på det enkelte tjenestestedet. Flere av informantene pekte likevel på at friheten i rollen kan være positivt og gi dem muligheten til å forme den slik de vil. Samtidig kan den frie rollen også være med på å skape usikkerhet og misforståelser. Slik jeg ser det er det viktig at rollen utformes i samråd mellom fagansatte og erfaringskonsulenter, slik at det dannes et godt grunnlag for samarbeid. Det må tydeliggjøres hvor fri, eventuelt hvor definert, rollen skal være.

Viktigheten av samarbeid mellom EK og FK er også noe som tydelig kommer frem i datamaterialet. Det er felles forståelse blant informantene om at erfaringskompetanse ikke kan stå på egne bein, men at den må samhandle tett med fagkompetansen. En av informantene beskrev dette på en fin måte: «Jeg tror det hadde vært gull å jobbe sammen, slik at vi fikk det beste ut av fagkunnskapen og det beste ut av erfaringskunnskapen.» Tettere samarbeid mellom FK og EK, kan tenkes å være med på å tydeliggjøre den brukeransattes rolle. Ved å jobbe tettere samme, kan det være mindre rom for misforståelser og skepsis.

Det var imidlertid litt delte meninger om hvordan samarbeidet mellom EK og FK opplevdes. De fleste opplevde at de samarbeidet godt med de fagansatte (terapeutene og psykologene), mens to av informantene som jobbet på DPS etterlyste tettere samarbeid. De to informantene som sa at de opplevde at erfaringskompetansen sto sterke enn fagkompetansen, jobber på et brukerstyrt senter, der tanken om brukerstyring står sterkt. Det kan se ut til at erfaringskompetanse står noe sterkere og er bedre innarbeidet på det brukerstyrte senteret enn det gjør på DPS-ene.

Tett knyttet til samarbeid er makt og konfliktlinjer. De to som jobber på det brukerstyrte senteret gav ikke uttrykk for at de opplevde konflikter på arbeidsplassen - de følte at erfaringskompetanse sto sterkt. Mest fremtredende blant de andre informantene, var at de alle hadde merket eller kjente til at det var litt skepsis til erfaringskompetanse på arbeidsplassen. Det var kun en av informantene som uttrykte at hun opplevde stor grad av skepsis. De andre gav uttrykk for at de hadde merket skepsisen i starten, men at det hadde gått over eller at de ikke brydde seg om den. Blant de som hadde merket skepsisen, var det en felles forståelse om

at skepsisen var forståelig og at de fagansatte og erfaringskonsulentene måtte bruke tiden til å bli vant til hverandre.

I samtale med informantene snakket vi litt om hvordan erfaringskompetanse ble oppfattet i fagmiljøet i det psykiske helsefeltet. Flere mente at det enda var en lang vei å gå for at erfaringskunnskapen skulle bli en legitim og viktig del av pasientenes behandling. Det kom frem at det var viktig at det ble skapt et behov for erfaringskompetanse, og at man måtte ta tiden til hjelp. Andre ønsket økt markedsføring og synliggjøring av erfaringskompetanse som felt. Syv år etter den første erfaringskonsulenten ble ansatt i klinikk for psykisk helse på Sørlandet Sykehus, er arbeidsområdet erfaringskompetanse enda «ferskt.» Det kan ta tid før ordningen med erfaringskonsulenter blir etablert, og det etterlyses som sagt noe klarere rammer. Med tiden vil man få flere «rollemodeller» å lære av, slik at erfaringskonsulentene og de fagansatte har erfaringer å se til. Da vil man ha et bedre utgangspunkt for å etablere klare rammer og tydeligere forventinger til hvordan rollen skal utøves.

5.2 Studiens betydning og videre spørsmål

Jeg har i denne undersøkelsen hatt som mål å belyse erfaringskonsulentenes rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet. Det er relativt lite forskning på erfaringskonsulenter i det psykiske helsefeltet. I arbeidet med denne undersøkelsen har jeg utvidet min kunnskapshorisont betraktelig innenfor dette feltet. Jeg har sett at det er skrevet mer om dette konkrete temaet enn det jeg først trodde. Rådet for psykisk helse kartla i 2008 omfanget av brukeransettelser i Norge, samt erfaringer med brukeransettelser. Det har også blitt skrevet noen masteroppgaver om erfaringskompetanse. En av dem belyser utfordringer og muligheter ved ansettelse av erfaringskonsulenter (Danielsen, 2010), og en har evaluert et prosjekt om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid (Heim, 2010). Brandsøs (2012) undersøkelse konkluderer med at ansettelse av erfaringskonsulenter er et godt tiltak for økt brukermedvirkning på alle nivåer i det psykiske helsefeltet. Han viser til at erfaringskonsulentene har en fri rolle, som gjør at de kan bevege seg ulike steder i organisasjonene. Han peker samtidig på at erfaringskonsulentene etterlyses klarere rammer. På tross av at andre har gjort lignende studier, kan min undersøkelse bidra til ytterligere å heve kunnskapen om erfaringskompetanse og være til nytte i videre undersøkelser og ved ansettelse av erfaringskonsulenter. Min undersøkelse er ikke stor nok til at man kan generalisere, men det er heller ikke hensikten. Funnene kan likevel bidra til å belyse hva et utvalg av erfaringskonsulenter opplever som sin rolle og funksjon i det psykiske

helsefeltet. Funnene kan også belyse hvilke utfordringer som knytter seg til etablering og bruk av erfaringskonsulenter. Masteroppgavene som har blitt skrevet om dette temaet, støtter opp om mine funn i denne undersøkelsen. Både Danielsen (2010) og Heim (2010) finner i sine undersøkelser at brukeransatte gir håp om at bedring er mulig. Danielsen (2010) finner, som jeg har gjort i min undersøkelse, at det er viktig at erfaringskonsulentenes sykdomshistorie er avklart og bearbeidet for at de kan yte hjelp til andre. Heim (2010) og Brandsø (2012) viser til at det etterlyses klarere rammer for erfaringskonsulentenes rolle. Min undersøkelse skiller seg ut ved at jeg har gått noe mer spesifikt inn på erfaringskonsulentenes rolle. Funnene peker på at den frie rollen kan ha både positive og negative sider, og at det kan se ut til at det er en motsetning i erfaringskonsulentenes frie rolle og deres ønske om et tettere samarbeid. Uansett om rollen skal være fri eller mer tydelig, ser det ut til å være viktig at rollen blir ledelsesforankret og mer etablert.

Sammenlignet med da jeg startet opp arbeidet med denne undersøkelsen i januar, har jeg i dag mye mer kunnskap om erfaringskompetanse. Dette har ført til at jeg sitter igjen med enda flere spørsmål. I arbeidet med denne undersøkelsen har jeg fått innsikt i hva erfaringskonsulentene opplever som deres viktigste funksjon i det psykiske helsefeltet. Jeg synes det hadde vært interessant å høre fra pasientene hva de opplever som viktig i deres bedringsprosess. Ville de pekt på det samme som erfaringskonsulentene har gjort? Hadde de ønsket at erfaringskonsulentene og terapeutene hadde jobbet tettere sammen som et ledd i deres behandling? Om pasientenes opplevelser ble undersøkt nærmere, ville man fått et klarere bilde på hva som faktisk fungerer for dem det gjelder. Dette er spørsmål som kan være interessant for videre undersøkelse.

Litteraturliste

Abbot, A. (1998) *The system of professions. An essay on the division of expert labor.*

Chicago: The University of Chicago Press.

Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Almvik, A., & Borge, L. (red.).(2006) *Psykisk helsearbeid i nye sko.* Bergen: Fagbokforlaget.

Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning - kun for de verdig trengende? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(1), s.52-60.

Andersen, A. J. W. & Karlsson, B. E. (red.). (2011). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid.* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Borge, L. (2006) Det gode liv- som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid. I: A., Almvik og L. Borge (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko.* Bergen: Fagbokforlaget.

Bøe, T.D. (2007). Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid – kan innefra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet? *Tidsskrift for psykisk helse*, 4 (2), s. 194-202.

Bøe, T.D., & Elvemo, O. (2008). Psykisk lidelse – en kvalifikasjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 (4), 306-309.

Bøe, T. D., & Thomassen A. (2009) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid- om etikk, relasjoner og nettverk.* Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørnson, R. (2011). Medarbeidere med brukererfaring – ny utdanning og verdsatt kompetansen? I: A. J. W., Andersen (red.) & B. E., Karlsson (red.) *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid.* Oslo: Universitetsforlaget.

- Brandsø, J. C. (2012). *Medarbeidere med egenerfaring for økt brukermedvirkning - En beskrivelse av erfaringskonsulenter ved en klinikk for psykisk helse i et norsk sykehus, sett i lys av profesjonsbyråkrati*. (Masteravhandling, Syddansk Universitet, Odense).
- Dæhlen, M. & Svensson, G. L. (2008). Profesjon, klasse og kjønn. I: A., Molander & L. I., Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 219–220). Oslo: Universitetsforlaget
- Danielsen, M. (2012). «En av oss»? En studie av muligheter og utfordringer ved ansettelse av personer med erfaringskompetanse i psykisk helsevern. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Agder). M. Danielsen, Kristiansand.
- Erfaringskompetanse.no (udatert). *Oss*. Hentet 1. mars 2013, fra: <http://www.erfaringskompetanse.no/oss>
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.J. (2009). Hva er evidens for evidensbasert praksis? I: H. Grimen & L.I., Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax Forlag
- Grimen, H. & Terum, L.I. (red.) (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Grimen, H. & Terum, L.I. (2009). Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet. I: Grimen H. og Terum, L.I. (red). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 9. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (1995). *The active interview*. California: Sage Publications, Inc.
- Hodne, T. (2004) *Likemann og brukermedvirker*. Hentet 20. april 2013. http://www.nfts.no/Admin/Public/Download.aspx?File=Files%2FFiles%2Fnedlasting%2Flikemann_og_brukermedvirker.pdf.
- Helsedirektoratet (2008) «Brukermedvirkning» Hentet 19. april 2013. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning.html?id=536803>

Heim, S. (2010). «Brukermedvirkning på Hamarsk.» Evaluering av et prosjekt om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Lillehammer) S. Heim, Lillehammer.

Helsedirektoratet. (2011a). *Arbeid og psykisk helse*. Hentet 19.april 2013:

<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/arbeid-og-psykisk-helse/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2011b). *Brukermedvirkning*. Hentet 19. april 2013:

<http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx>

Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykiske helsearbeid*. 8 (2) s. 143-151

Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2002): Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse. Fagbokforlaget, Bergen

Jacobsen, D. I (2004) Hvordan måles koordinering? I: P., Repstad (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad.notam Gyldendal

Knudsen, Harald. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. red. Pål Repstad. Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kolstad, A. (2011) Psykisk helsearbeid – behov for ny kunnskap. I: A. J. W., Andersen & B. E., Karlsson (red.) *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004): *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Løken, K. H. (2006). Å lykkes med brukermedvirkning. I: A. Almvik og, L. Borge (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). Plan for brukermedvirkning: mål, anbefalinger og tiltak i *Opptrappingsplanen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget

Nav.no. Hentet 19. april 2013.

<http://www.nav.no/Lokalt/Hordaland/attachment/805332321?ts...>)

Ose, S.O., L. Kaspersen, S. L., & Pettersen, I. (2012). Psykisk helsearbeid i norske kommuner: Tallenes tale. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 9 (3) s. 226.

Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek.

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervju- fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

Repstad, P. (2007). *Hva er sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget

Rådet for psykisk helse. (2008). *Med livet som kompetanse*. Oslo: Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse. (2009). Sluttrapport for prosjektet Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP) 2005-2008. Hentet 29. august 2009, fra:

<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29148>

St.meld. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. Hentet 18. april 2013.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

St.meld. nr. 34 (1996-97). Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre

St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006: endringer i *statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.

SSB. 2006. Allmennlegetjenesten. Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen. Hentet 10. april 2013.05.06.

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/psykiske-lidelser-er-den-mest-brukte-diagnosen>

Schafft, A. (2009). *Å få seg en jobb. Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Strategiplan (2007-2012). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet.

Topor, A. (2003). *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Ritzels forlag.

Urnes, Ø., (2006). Tilknytningsrelasjonens betydning for psykisk helse. I: S., Opjordsmoen, P., Vaglum & G.R., Bloch Thorsen (red.). *Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig Forlag

Vindegg, J. (2009). Evidensbasert sosialt arbeid. I: H., Grimen, & L.I, Terum. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Vaglum, P. (2006). Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? I: S., Opjordsmoen, P., Vaglum & G.R., Bloch Thorsen (red.). *Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig Forlag

Ørstavik, S. (2009). Det tvetydige brukerperspektivet- en teoretisk analyse. I: R., Norvoll (red.). *Samfunn og psykiske lidelser- Samfunnsvitenskapelige perspektiver- en introduksjon*, S. 153-154. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

Westerlund, H., & Bjørgen, D. (2011). *Ressurshefte. Samarbeid mellom forsknings- og brukermiljøer*. Porsgrunn: Wera AS

Vedlegg 1: Godkjenning fra Personvernombudet

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Marie Støkken
Institutt for sosiologi og sosialt arbeid
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 29.01.2013

Vår ref:32912 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|--|
| 32912 | <i>Erfaringskompetanse innen psykisk helse</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Anne Marie Støkken</i> |
| <i>Student</i> | <i>Nina Borchgrevink Lund Andersen</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Nina Borchgrevink Lund Andersen, St. Olavsvei 19 C, 4631 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 32912

Prosjektets formål er å belyse hvordan brukeransatte (tidligere brukere) representerer en ny kompetanse innen feltet psykisk helse. Utvalget består av fagansatte i tjenesteapparatet, samt brukeransatte/medarbeidere med erfaringskompetanse. Rekruttering og førstegangskontakt går via ledelsen ved institusjon, samt snøballmetoden. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas. Vi anbefaler at institusjon formidler informasjon om undersøkelsen til aktuelle respondenter på vegne av studenten.

Det skal gjennomføres personlige intervju, jf. vedlagt intervjuguide. Personvernombudet legger til grunn at at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted, og at verken ansatte med fagkompetanse eller ansatte med erfaringskompetanse oppgir informasjon om identifiserbare enkeltpasienter.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data. Vi anbefaler at eventuelt datamateriale som oppbevares privat, er anonymisert.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 01.06.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2: Forespørsel og samtykke til å delta i intervju

Informasjonsskriv

Jeg er masterstudent i velferdsstudier ved Universitetet i Agder og går nå på siste semester der jeg skal skrive min masteroppgave. Tema for min masteroppgave er erfaringskompetanse innen psykisk helse, der jeg ønsker å undersøke fordeler og ulemper ved å bruke egne erfaringer med psykiske helseproblemer som et ledd i å hjelpe andre i tjenesteapparatet.

Jeg ønsker å intervju 6-8 stykker. Du er en av de jeg ønsker å intervju, og jeg håper du sier deg villig til å delta, fordi det nettopp er erfaringene med dette feltet jeg er interessert i å undersøke. Dine erfaringer vil gi bredde og verdi til undersøkelsen. Jeg ønsker å intervju erfaringskonsulenter for å få en bredere forståelse av feltet. Opplysningene som blir spurt etter er knyttet til din rolle som brukeransatt hvordan du opplever å bruke din erfaringskompetanse i virksomheten. Jeg ønsker med dette å belyse hvilke gevinster eller ulemper brukeransettelse kan bidra med i en det psykiske tjenesteapparatet. Opplysningene vil bli samlet inn i perioden februar-mars 2013, ved at jeg intervjuer den enkelte i ca. 1 time. Her er det rom for endringer, intervjuene kan bli kortere eller lengre, men jeg skal ikke ta opp unødig tid som går utover informantens tid. Jeg avtaler tid og sted med hver enkelt. Hvis det er i orden for deg vil jeg bruke båndopptaker, og i tillegg ta notater mens vi snakker sammen. Denne informasjonen sammenfattes i masteroppgaven i løpet av våren 2013.

I masteroppgaven brukes ikke navn på informantene, men det vil bli presentert hvilke stillinger eller verv informanten har.

Etter at intervjuene er gjort vil jeg i løpet av våren 2013 slutføre masteroppgaven, der jeg vil drøfte og analysere intervjuene i forhold til relevant teori. Opplysningene som er innhentet vil bli behandlet konfidensielt, og oppbevart på privat datamaskin og notater uten kobling til navn. Og det er kun meg og veileder som har tilgang til lydopptakene og utskriften av disse. Når det gjelder sitater og sammendrag av intervjuet vil du, dersom du ønsker det, få mulighet til å lese gjennom, kommentere og endre.

Når masteroppgaven er ferdig og levert inn, senest. juni 2013, vil alt av opptak, utskrifter, notater og navnlister bli slettet.

Det er frivillig og være med på intervjuet og du kan trekke deg når som helst i prosessen uten å måtte oppgi grunn.

Min kontaktinformasjon:

Du kan nå meg på tlf: 92892347 eller

E-mail: aquarius_9na@hotmail.com

Du kan også kontakte min veileder, Anne Marie Støkken ved UiA

Tlf: 38141637

Vedlagt samtykkeerklæring underskrives og leveres når vi møtes.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Med vennlig hilsen

Nina Borchgrevink Lund Andersen

St. Olavsvei 19 C, 4631 Kristiansand

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien «Erfaringskompetanse innen psykisk helse», og er villig til å delta på intervju.

Signatur/dato.....

Telefonnummer:.....E-post:.....

Vedlegg 3: Intervjuguide

Temabasert intervjuguide

Personopplysninger:

Er du ansatt på bakgrunn av erfaringskompetanse?

Hvor lenge har du arbeidet i denne stillingen?

Hvordan fikk du rede på stillingen?

Hvor lang erfaring har du med å arbeide i kombinasjon fag/erfaring?

Forkortelse.

FK: fagkompetanse

EK: erfaringskompetanse

Temaer:

Relasjon og roller

- Hva tenker du er vesentlig i pasientens bedringsprosess?
- Opplever du eller tror du en EK har en annen type relasjon til pasienten/brukeren enn en FK har?
- Hvordan opplever du rollen som EK? Er den tydelig eller fri?
- Hva tror du er fruktbart med kombinasjonen EK/FK
- Hva tror/opplever du kan være utfordrende med kombinasjonen?

Brukermedvirkning

- Hva legger du i begrepet brukermedvirkning?
- Mener du stillingen som brukeransatt er viktig for å få til økt brukermedvirkning?
Utdyp dette
- Har du opplevd at kombinasjonen FK/EK har bidratt til økt brukermedvirkning?
Utdyp.

Om å dele

- Hvordan opplever du å gå inn i en hjelperelasjon til brukeren?
- Har du opplevd utfordringer i jobben knyttet til å ha egne erfaringer med psykisk helse? Hvis du har det, utdyp.
- Hva tenker du om at du kan være en representant for håpet?

Makt og konfliktlinjer

- Opplever du at det er konflikter mellom de ansatte med FK og EK, eventuelt hvilke?
- Opplever du at den ene gruppen ansatte har mer makt enn den andre. I tilfelle hvem og hvorfor?
- Hvordan vurderer du viktigheten av din kompetanse kontra den motsattes gruppe?

Samarbeid

- Hvordan opplever du samarbeidet mellom FK/EK?
- Knyttes det utfordringer til dette?
- Opplevs samarbeidet som likeverdig?
- Hva tror du at en erfaringskonsulent kan bidra med i det psykiske helsefeltet?

Annet

- Har du noe å tilføye/kommentere?