

"EN AV OSS"?

EN STUDIE AV MULIGHETER OG UTFORDRINGER VED ANSETTELSE AV PERSONER MED ERFARINGSKOMPETANSE I PSYKISK HELSEVERN

AV MONICA DANIELSEN

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, 2010
Fakultet for helse og idrettsfag
Institutt for psykososial helse

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende og lærerik prosess, med flere oppturer og nedturer gjennom året. I den forbindelse ønsker jeg å si takk til dem som har vært spesielle bidragsytere gjennom oppgaveskrivingen.

Takk til min veileder, Marianne Inez Lien, for tilbakemeldinger og gode råd underveis.

Takk også til mine gode kolleger gjennom året, særlig de daglige ”travere” Line, Solfrid, Barbro, Elin, Torhild, Wenche og Rune ved avdeling for booppfølging i Mandal kommune. Jeg setter stor pris på at dere alltid har trådt støttende til når ting ikke alltid har gått som planlagt.

Jeg vil også rette en stor takk til mine informanter, for å ha latt meg ta del i deres liv, erfaringer og tanker, og for at dere hver og en har vært til inspirasjon underveis.

Ikke minst, takk til min mann Espen for tålmodighet, støtte og oppmuntring. Uten deg hadde aldri dette prosjektet latt seg gjennomføre!

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord

Sammendrag.....	3
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	5
1.2 Om emnet og studiens hensikt.....	7
1.3 Problemstilling.....	8
1.4 Videre oppbygning av oppgaven.....	9
2. Teoretiske perspektiver og begreper.....	10
2.1 Tidligere forskning og litteratur.....	10
2.2 Begrepsavklaringer.....	11
2.3 Teoretisk rammeverk.....	12
• evidensbasert praksis og innenfra/utenfra – perspektivet.....	13
• nærhet i psykisk helsearbeid.....	17
• Makt og profesjonskamp.....	19
• Relasjoner.....	21
• Empowerment.....	22
• OAS – opplevelsen av sammenheng.....	22
3. Metode og design.....	26
3.1 Rekruttering og utvalg.....	27
3.2 Gjennomføring av intervjuet.....	28
3.3 Reliabilitet og validitet.....	30
3.4 Forskningsetiske overveielser.....	30
4. Analyse.....	33
• Viktigheten av bredde i behandlingstilbudet.....	34
• Håpets virkning – å ”ha vært i den andres sko”.....	41
• Egen lidelse – overgangen til å bli en ”fhv”.....	45
• Oss og dem.....	49
• Roller og relasjoner.....	52
5. Oppsummering og avslutning.....	56
Litteraturliste.....	63
Vedlegg	

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Hvordan kan man best gi en best mulig tilrettelagt tjeneste innen psykisk helse? Skal vi holde på de tradisjonelle medisinske modeller og metoder som er evidensbaserte og har fungert i en årrekke, eller skal vi utvikle tilnærmingen videre og se om også annen type kunnskap bør inn i behandlingsmetodene? Man kan se at utviklingen i brukerperspektivet kan være med på å endre behandlingstradisjonen. Min undersøkelse dreier seg om en videreføring av brukermedvirkningsbegrepet, slik jeg ser det, og handler om erfaringskompetansens plass i behandlingssystemet. Kan og bør mennesker med denne kompetansen ansettes i psykisk helsevern enten ved klinisk arbeid, forskning eller undervisning?

Problemstilling: ”muligheter og utfordringer ved ansettelse av personer med erfaringskompetanse i psykisk helsevern”.

Metode og utvalg: Jeg har valgt kvalitative dybdeintervju med 6 informanter som alle arbeider innen psykisk helse, to og to sammen i kombinasjon fagkompetanse/erfaringskompetanse. Intervjuene er transkribert og analysert med hensikt å forstå hver og ens opplevelse og tanke rundt ansettelse av personer med erfaringskompetanse.

Resultater og oppsummering: De mest fremtredende fellestrekk i materialet er at det er bred enighet om at erfaringskonsulentene har unik mulighet til å gi håp om bedring, til å få pasientene/gruppedeltagerne til å åpne seg, samt å få dem til å forstå egen lidelse bedre, gjennom dem. Det er også felles enighet hos alle informantene, at de trenger hverandres kunnskaper. Et mønster i funnene om utfordringer, er om erfaringskonsulentenes egen lidelse er bearbeidet og om det er fortrolighet i forhold til fortid og deres egne ”triggere”.

Nøkkelord: erfaringskompetanse (EK), fagkompetanse (FK) mangfold, innenfra-perspektiv, nærhet

ABSTRACT

Background: How do we provide the best suitable service for mental health? If we hold on to the traditional medical models and methods that are based on evidence and has worked for years, or do we develop the approach further and see if other types of knowledge should be included and be seen as valid in treatment of mental illness? Maybe developing the term “empowerment” can contribute to change the original pattern of treatment?

My research involves a continuation of the empowerment concept, as I see it, and is about the question; can and should people with this expertise be employed in mental health care either through clinical work, research or teaching?

My question was about opportunities and challenges of employing people with personal experience as only expertise in mental health care.

Method: I have chosen qualitative depth interviews with six informants who all work within mental health, working two and two together in the combination theoretic expertise / personal experience qualifications. The interviews are transcribed and analyzed with the purpose to understand each one's experience and thoughts about employment of people with personal experience as expertise.

Results and summary: The most prominent similarities in the material is that there is broad agreement that employers with personal experience in mental illness, have the unique opportunity to give hope for improvement, to get patients / group participants to open up and to get them to understand their condition better. It is also common consensus among all informants, that they need each other's knowledge. A pattern of findings about the challenges is that the employers with personal experience´ own suffering is processed and whether it has confidence in relation to the past and their own "triggers". Keywords: personal experience qualification (EK), theoretic expertise (FK) diversity, proximity

Kapittel 1 innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Ideen til oppgaven fikk jeg etter en samtale med en venninne av meg. ”Vi har fått en ny ansatt”, sier hun. ”Hun har visst noe egenerfaring fra angst og skal lede en angstgruppe her”, sier hun videre. ”Å,” sier jeg, ”hvordan blir det, tror du”? Hun ser rar ut og sier det sikkert går greit men hun er usikker på om hun i del hele tatt har noen utdanning og kompetanse på området. ”Lunsjen var helt rar”, sier hun. ”Vi snakket likesom ikke sånn som før, vi andre...” Vi sier ikke mer men jeg begynner å tenke. Hva skjedde egentlig? Hvorfor var stemningen og humoren annerledes? Var det fordi de hadde en ny ansatt eller fordi denne ansatte ikke var ”helt som dem”?

Etter å ha brukt tid på å finne ut hvordan erfaringskompetanse som supplement til ordinær behandling kom i gang, og hva dette har sitt utspring i, begynte jeg å undersøke litt videre. Hvilke institusjoner og fagområder bruker denne kompetansen? Hvor kan jeg finne informanter som kan belyse dette temaet? Jeg tok etter hvert kontakt med ROM (Råd Og Muligheter) som skal være med på å styrke brukere i forhold til egen brukerkompetanse. ROM er et senter og et samarbeidstiltak mellom flere brukerorganisasjoner og Sørlandets sykehus HF. (Infomasjonshefte ROM, 2007) Jeg fant også informasjon om erfaringsansettelser fra Bergen og Bærum kommune. De startet opp i 2006, etter idé fra Århus, noe de kaller MB - utdanning. Dette skal kvalifisere tidligere brukere av psykiatrien, til arbeid i bedrifter eller organisasjoner som yter service til mennesker med psykiske lidelser. MB – utdanningen er et ett-årig program som skal kvalifisere tidligere brukere til å bistå andre brukere i samme situasjon. Kurset består av blant annet relasjonsarbeid, hjelperollen – hvordan være en rollemodell, kommunikasjon og egne erfaringer som en historie, samt en prosjektoppgave.

I fagartikkelen ”medarbeidere med brukererfaring – en systematisk utdanning av brukerkompetanse” av Ralph Bjørnson (2008) forklarer han hensikten og målsettingen med denne type utdanning. Det at mennesker som har erfart psykisk sykdom kan lære å

bli en ressurs for andre i samme situasjon er hovedtanken bak utdanningen. Kurset har en visjon om at deltagerne etter endt utdanning skal kunne gi håp og inspirasjon samt å bidra til at rett hjelp igangsettes til rett tid.

Deltagerne på utdanningen har erfaring og kunnskap om hvordan man kan mestre å leve med psykiske vansker og kan ved rett opplæring bruke dette i både forskning, undervisning og klinisk arbeid. De har selv har vært med å legge opp planen for utdanningen og dette kan kanskje for noen oppleves som et skritt på veien til selvrespekt og høyere selvfølelse. Verdiforankringen bak utdanningen forklares blant annet med at det vektlegges at den enkelte skal få mot til å ta tak i det som er vanskelig samt å ta ansvar for egen prosess. Samtidig skal deltagerne får ferdigheter til å hjelpe andre uten å glemme seg selv eller å overta den andres perspektiv. (Bjørnsen, 2008)

Vi kan se dette i sammenheng med brukermedvirkning og si at ansettelse av personer med kompetanse på det å være bruker av helsevesenets tjenester eller personer som har personlig erfaring fra psykisk sykdom kan bidra til høyne brukerperspektivet. Den med erfaringskompetanse kan ha viktig kunnskap og erfaring med psykisk sykdom – enten egen eller pårørendes - eller erfaring med hvordan bli møtt av ulike instanser innen psykisk helsevern. De kan ha erfaring fra kommunale system som NAV eller skole/jobb i forhold til det å ha en psykisk sykdom og hvordan man kan tilrettelegge for denne type utfordringer. Det å ha erfaring med egen psykisk sykdom eller det å være pårørende til psykisk syke, gir en helt egen kompetanse. Personer med erfaringskompetanse vet hva det vil si å være akkurat der pasientene er. De vet hva det vil i å kanskje være innlagt, eller å ikke føle seg godt mottatt på NAV eller andre helsetjenester. De har også erfaringer med hva som har fungert. Man har kanskje ideer om hvordan andre kan bruke denne erfaringen til å finne sin vei til bedring. Man vet kanskje også hvordan det føles å bli godt mottatt i et behandlingssystem eller ved annen type offentlig institusjon man har vært bruker av.. Hva skjedde i denne relasjonen som gjorde at man følte seg ivaretatt? Dette mener jeg kan være kunnskaper og erfaringer som den med erfaringskompetanse sitter inne med og som kan brukes i pasientarbeid og oppfølging for å gi en best mulig tjeneste.

Det er også andre viktige spørsmål som kan være interessante å belyse; er den med erfaringskompetanse personlig klar for denne type jobb, hvor langt har han/hun kommet i sin egen sykdomsbearbeidelse? Behandler andre ansatte den erfaringsansatte på lik linje med dem eller medfører det at man tar spesielle hensyn? Kanskje har vi ”gamle” ansatte en holdning om at vi vet best. Er dette noe vi trenger å arbeide videre med? Dette er spørsmål jeg ønsker å finne ut mer om i denne oppgaven.

1.2 Om emnet og studiens hensikt

I Norge er brukermedvirkning på den politiske og faglige dagsorden. Både St. melding nr 41(1987-1988), Nasjonal helseplan(1988-1989), og Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede sier noe om at økt brukermedvirkning innen helse- og sosialtjenestene er et overordnet mål (St. melding 25, 1996-97).

Målet med oppgaven er altså å synliggjøre ansatte i psykisk helsevern syn på erfaringskompetanse. Nedslagsfeltet vil være intervjuer med ansatte med erfaringskompetanse og ansatte med fagkompetanse. Jeg fant etter hvert fram til et arbeidssted som hadde både erfaringsansatte og fagansatte som bevisst arbeidet sammen to og to. Denne delingen var strategisk lagt opp til å bestå av en med hver type kompetanse. Noen drev grupper mens andre drev individuelle samtaler med klar oppgavefordeling for fagpersonen og erfaringskonsulenten.

Vi som arbeidet i psykisk helsevern, er pliktig til å arbeide etter Opptappingplanen for psykisk helse (1999-2008) som veiledning og krav for hva som skal prioriteres. Satsningen skal resultere i en bedre tjeneste for våre brukere, både kvalitativt og kvantitativt. Mestring av eget liv, medvirkning og selvstendighet står her sentralt. Det er ulike tiltak som inngår i planen, hovedsakelig brukerstyring og utbygging av psykisk helsevern for barn og unge. Dette er område som skal satses på og disse krav ligger nå, etter at satsningen ble videreført frem til 2008, i kommunenes egne budsjett og planer. (St. prp.nr 63, 1997-98)

Brukermedvirkning har altså vært et aktuelt tema i Norge de siste årene og både kommuner og sykehus har holdt fokus på brukermedvirkning i tilnærming- og

behandling av pasienter. Jeg stiller derfor spørsmålet: Kan brukeransettelser ses på som en videreføring av satsningen på brukervedvirkning? Det er vel liten tvil om at det psykiske helsevern, til tross for økende fokus på brukervedvirkning, fortsatt er preget av det medisinske perspektiv i behandling. Psykologer, leger og psykiatere er fortsatt de som sitter med "løsningen" når det gjelder å finne riktige metoder og tilnærming til pasientene. Imidlertid kan en se at utviklingen i brukerperspektivet og vedvirkning fra pasienter, kan være med på å forskyve denne behandlingstradisjonen.

1.3 Problemstilling

Ut i fra alle spørsmål og tanker skissert innledningsvis, har jeg endt opp med en problemstilling som lyder slik:

"Hvilke utfordringer og muligheter kan oppstå ved ansettelser av personer med erfaringskompetanse som kvalifikasjon i psykisk helsevern?"

I oppgaven vil jeg se på hva ansatte ser av muligheter i forhold til erfaringskompetanse. Jeg ønsker finne ut mulige dilemmaer og tenkte utfordringer som har kan dukke opp. Studiens formål vil som tidligere nevnt, være å få fram eventuelle ulikheter og likheter i de ansattes syn på brukeransettelser og mulighetene/utfordringene rundt det. Jeg velger også bevisst å heller ikke å ha fokus på den egenverdien det kan ha for en tidligere bruker, å bli ansatt.

Sentrale spørsmål som drøftes i oppgaven vil være:

- Hvordan beskriver de ansatte uten brukererfaring samarbeidet med sine kolleger med brukererfaring? Hvordan bruker de hverandres kunnskap?
- Hvordan beskriver de ansatte med brukererfaring samarbeidet med sine kolleger uten brukererfaring? Hvordan bruker de hverandres kunnskap?
- Opplever de med erfaringskunnskap at de må hevde sine kunnskap i møte med kolleger?

1.4 Videre oppbygging av oppgaven

I kapittel 1 har jeg innledet med å si noe om tematikk, hensikten med oppgaven og avgrensninger. I kapittel 2 fortsetter jeg med teoretiske rammeverk og begrepsavklaringer. Kapittel tre omhandler metode. I kapittel 4 presenteres de empiriske funnene, samt drøfting underveis under hvert tema. Kapittel 5 er oppsummering og avslutning.

Kapittel 2 Teoretiske begrepet og perspektiver

2.1 Tidligere forskning og litteratur

Etter å ha brukt mye tid på å finne tidligere undersøkelser og forskning på området, står jeg som nevnt igjen med tanker om at dette er et relativt urørt område i Norge. Det er utgitt flere artikler om emnet brukeransettelser og hva dette kan tilføre pasientene i behandling. Blant annet skriver Bøe og Elvemo (2008) i artikkelen ”Psykisk lidelse – en kvalifikasjon” en del om dette, og nevner blant annet ”håp” som noe av det de brukeransatte tilførte pasientene på en egen måte. De hevder at brukeransatte blir positive rollemodeller som gir håp nettopp fordi den brukeransatte har opplevd psykisk ledelse selv og er åpen om sine erfaringer.(ibid)

Jeg har også vært i kontakt med erfaringskonsulenter innen rusfeltet som hevder at det er lite forskning på feltet. Dette støttes av Olav Nytingnes (2008) som i sin fagartikkel ”Er brukeransettelser mulig og ønskelig?” Nytingnes har her gjennomgått deler av tidsskriftslitteraturen om brukeransettelser i psykisk helsetjenester og han finner at det mangler forskning på området. Han hevder at det ble, sommeren 2007, gjort elektroniske søk etter artikler om brukeransettelser i basen pubmed.gov, men at det ikke ble funnet noen omfattende internasjonal litteratur om brukeransettelser, men påpeker samtidig at fenomenet er omtalt både i forholdt til enkeltprosjekter og effektforskning. Tidligere litteratur på område ”brukeransettelser”, eller erfaringsansettelser som jeg foretrekker å kalle det, i psykisk helsearbeid er det også sett på i ovennevnte fagartikkel. Litteraturen forteller om utfordringer knyttet til rollekonflikt, doble relasjoner og taushetsplikt. Likevel, hevder Nytingnes, at det er belegg for å si at brukeransettelser kan være vel så nyttige som fagansettelser. Hans innsamlede litteratur på området sier at brukeransettelser fungerer godt men han er åpen for at skjevheter i det å publisere positive resultater kan farge inntrykket av feltet. (Nytingnes, 2008: 310) Uansett er det lite forskning, og det som finnes er små undersøkelser av effektforskning. Litteraturen er heller ikke stor, sier han. (ibid:318)

”Med livet som kompetanse” er en rapport utarbeidet av en ekspertgruppe gjennom Rådet for psykisk helse og rapporten tar for seg hva slags forskning, både internasjonalt og nasjonalt som foreligger på feltet brukeransettelser. Rapporten er et resultat av en kartlegging hva som er gjort på dette feltet, spesielt i Norge. Som en del av dette rapportarbeidet ble det søkt etter litteratur som evaluerer erfaringer med brukeransettelser. Det ble ikke funnet noen omfattende internasjonal litteratur om dette, men fenomenet er omtalt i forbindelse med enkeltprosjekter, prosessorienterte artikler og i effektforskning.

En oppsummering av internasjonal forskning fra 2002 finner sammenlignende forskning knyttet til intervjuer av andre brukere, til undervisning av ansatte eller som tjenesteutøvere med direkte brukerkontakt. De fleste undersøkelsene er små og ut fra normer for randomisert klinisk forskning vil studiene regnes for å være av lav til moderat kvalitet. (Rådet for psykisk helse, 2008:8)

Det man ser fra disse artiklene og rapportene er at det er lite forskning rundt erfaringskompetanse, samt at det fremdeles er lite utbredt som alternativ til fagkompetansen i Norge, men også internasjonalt.

2.2 Begrepsavklaringer

En bruker kan defineres som ”en person som kommunal og offentlig virksomhet retter seg mot, og som benytter seg av slike tjenester over en relativ lang periode.” (Løken, 2006:190)

Hva legges i begrepet brukermedvirkning? De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud. I tillegg er brukermedvirkning en demokratisk rettighet, og en overføring av erfaringsbasert kunnskap fra bruker til for eksempel beslutningstaker eller tjenesteyter. (Stortingsmelding nr. 34,1996-97).

Skal man lykkes med brukermedvirkning, trenger man holdningsendringer. Brukere/pasienters syn må tas på alvor og det må forstås at pårørende og tidligere

brukere sitter med erfaringer og kompetanse som også må bli tatt på alvor og sidestilles med fagkunnskap for å utvikle ny kunnskap (Løken, 2006) Jeg mener at man kan tolke dette til å si at intensjonene om brukeransettelser kan ha sitt utspring i god medvirkning. Kompetanse og erfaring fra bruker bør vektlegges og tilstrebes og empowermentbegrepet er en god begrep ved siden av brukermedvirkningsbegrepet. Empowerment sier at brukeren/pasienten er en aktiv og handlende aktør i eget liv og at brukerrollen bare er en liten del av tilværelsen. (ibid:189)

Så langt jeg har funnet ut, finnes det ingen etablert definisjon av brukeransatt eller erfaringskonsulent i Norge. Rådet for psykisk helse har i rapporten ”Med livet som kompetanse” (2008) skrevet om brukeransettelser i psykisk helse. Her er det valgt å avgrense begrepet brukeransettelser til personer ansettes fordi man har brukerkompetanse, og at dette skal være hovedgrunnen. Erfaringskompetansen skal være relevant for ansettelsen, og ha en innvirkning på tjenesten. De ansatte skal arbeide opp mot brukere eller andre ansatte. I min oppgave, velger jeg å definere brukeransatt/erfaringskonsulent som en som er ansatt med personlige erfaringer innen et sykdomsfelt/problemområde som hovedkompetanse. Personen skal være ansatt i klinisk arbeid i forhold til pasienter med samme type sykdomsproblematikk.

Bøe & Elvemo (2008) tar også til ordet for at erfaringskompetansen skal tilføre fagfeltet noe annet enn fagkunnskap. De bruker eksempel om formidling av håp og muligheter, og sier at dette kan formidles på en helt egen måte av erfaringsansatte som har personlige erfaringer fra problematikken.

2.3 Teoretisk rammeverk

Jeg vil forsøke å belyse 6 perspektiver i oppgavens teorikapittel. Perspektivene som skisseres under vil sees i lys av muligheter og utfordringer ved brukeransettelser. Jeg vil se på

- Evidensbasert praksis og innenfra/utenfra - perspektivet i arbeid med psykisk helse
- Nærhet i psykisk helsearbeid
- Makt og profesjonskamp

- Relasjoner
- Empowerment
- OAS – opplevelsen av sammenheng. Begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet.

Evidensbasert praksis og innenfra/utenfra - perspektivet

Man har lange tradisjoner på å behandle psykisk syke mennesker etter tradisjonelle medisinske modeller. Behandlingen skal være vitenskapelig virksom og skal bygge på forskning og etterprøvbare metoder. Dette kalles evidensbasert praksis og bygger som sagt på utenfra.perspektivet. Leger, psykologer og andre profesjoner bygger praksisen videre på allerede etablerte funn i forskning og undersøkelser. (Bøe, 2007). Jeg er interessert i å se mer på hva slags evidensbasert praksis vi forholder oss til i vårt arbeid. Jeg stiller spørsmål om brukerkompetansen bør gis plass i evidensbegrepet eller om vi bør holde oss til det allerede etablerte behandlingssystemet?

I artikkelen ”Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid – kan innenfra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet?”, ser Bøe (2007) på begrepet evidensbasert praksis (EP) og skriver blant annet at dette har sitt utspring i somatisk medisin. Kritikken mot kravet om evidensbasert praksis, begynner å vise seg. Det er i liten grad forenelig med satsningen på brukervedvirkning og evidensgrunlaget kunne hatt nytte av endring. Bøe reiser, i artikkelen, spørsmål om brukerkunnskapen kan, og bør, gis plass innenfor EP-tankegangen. (ibid:195-200)

Innenfra/utenfra – perspektivet

Utenfra-perspektivet kan beskrives ved at det er den profesjonelle som vet hva slags behandling som passer hver og en pasient. Han bestemmer hva som er nyttig og hva den enkelte vil profittere best på ut fra diagnosen. Den profesjonelle ser dette ut fra planer og manualer og måler etter tidligere effekt på andre pasienter. Det lages ofte individuelle planer og målsettinger som pasienten må forholde seg til, personen blir da mottaker av hjelp i eget liv og ikke en deltager. Også den medisinske forskningskulturen preges av dette og forskeren møter oppgaven med forhåndsbestemte kategorier og skjema. (ibid:197)

Innenfra-praksis beskrives av at klient og terapeut begge er deltakere i et samarbeid. Både terapeut og pasient har sine ekspertområder. Pasienten er ekspert i eget liv og terapeuten har sine kvaliteter i å snakke med pasientene. De finner sammen ut planer og behandlingsmetoder og har et felles prosjekt hvor ingen er giver og ingen er mottaker av løsningen. Dette skal undersøkes i fellesskap. Forfatteren viser til Borg og Topor (2003), som er sentrale representanter i recovery-tenkningen innen psykisk helsearbeid. De sier at:

”dersom en ser det fra et innenfra-perspektiv, blir fagfolkene, med deres metoder bare en avgrenset del av mange forhold som spiller inn i en persons bedringsprosess”. (Bøe, 2007:198)

Jeg synes artikkelen favner godt om det jeg ønsker å sette fokus på i oppgaven; kan man beholde den opprinnelige evidensbaserte tenkningen samtidig som vi holder fokus på at tradisjoner om både forskning og behandling av psykisk syke er i endring? Jeg ønsker å se på hva ansatte selv mener om hva erfaringskunnskapen kan bidra med i møte med mennesker og om denne kunnskapen gir muligheter som ikke kan gis av det tradisjonelle medisinske perspektivet.

Bøe og Elvemo (2008) tar i sin artikkel ”Psykisk lidelse – en kvalifikasjon” til ordet for at det psykiske helsefelt bør sidestille erfaringskompetansen på lik linje med faglig kompetanse og sier at mennesker som selv har erfaring med psykiske lidelser, kan gjennom nettopp denne erfaringen ervervet kunnskap som er viktig å lytte til for å bedre det psykisk helsearbeidet. De hevder også at denne type ansettelse må være personlig begrunnet og at personene bør ansettes fordi de kan noe som ikke fagansatte kan, de må kunne tilføre feltet ny kunnskap.

Forfatterne setter samtidig opp en del spørsmål som de opplever kommer fra fagfolk når erfaringskunnskapen diskuteres. Er dette faglig forsvarlig? Vil de klare å takle stress? Er de til å stole på, og vil de være mye borte fra arbeid? Og hva med taushetsplikten? Disse mytene mener forfatterne man må avlive og mener at holdningsendringer må til slik at fagekspertisen ikke skal slippe inn andre kunnskapssyn og måter å jobbe med mennesker på. et er viktig å avlive, og sier man må slutte å regne fagkompetansen som

eneste relevante kompetanse for å jobbe innen psykisk helsefelt. Erfaringsansettelser utfordrer også fagfolks holdninger fordi det kan føles som om fagekspertisen blir utfordret. Men å anerkjenne andres erfaringskunnskap betyr ikke å devaluere sin egen fagkunnskap. De mener derimot at ansettelser av mennesker med personlig erfaring fra feltet, vil styrke tverrfagligheten, styrke brukermedvirkningen samt bidra til et mer nyansert syn på psykiske lidelser. (Bøe og Elvemo, 2008:2-3)

Randi Sogren har i lederen "Unyansert om evidens" i fagbladet Forskningspolitikk fra 2007, stilt spørsmålet; hva er evidens og under hvilke forutsetninger vil evidensstilnærmingen være riktig og viktig – og i hvilke sammenhenger kan og bør andre typer kunnskapsproduksjon ha forrang? Sogren sier at evidens betyr "bevis" og sier rett og slett "for eller mot evidens?" Det viser seg at "evidensbevegelses advokater" tviholder på empirisk positivistisk forskning. Sogren hevder viktigheten av det motsatte. Hun hevder det befinner seg for mye kunnskap på "bakkenivå" til at dette kan avspises med ikke-evidens. Dette mener hun kan ha evidens for faggrupper selv, etter kanskje år med fagutvikling eller for nye fagfolk som kommer etter oss. (Sogren, 2007)

Hva er den beste måten å utvikle kunnskap på, undrer jeg. Hvordan bør fagutviklingen utvikles og hva bør det forskes på? Den amerikanske filosofen Donald Schön er opptatt av den reflekterende praktiker (Schön, 1987) Han tar utgangspunkt i den tradisjonelle måten og se på kunnskap og utvikling av denne på, samt utviklingen av teorier og vitenskap og spør seg videre om dette er den beste måten å utvikle fag og forståelse videre på. Han setter opp et godt belysende eksempel og sier at hvis en tanker seg at en står på en høyde og ser nedover myra og tenker at på toppen finnes alle gode teorier og verdibasert kunnskap som alle problemer skal søkes løst ut i fra. Nede i myra er de uoversiktlige hverdagslige problemer som man i våre yrker hver dag står overfor. Relasjonelle, mellommenneskelige utfordringer. Det han i hovedsak utfordrer er våre opprinnelige tanker om at disse skal utfordringene skal søkes løst i de verdibaserte, allerede eksisterende teorier og prosedyrer. Schön er opptatt av at alle situasjoner er ulike og opplevelsen er individuell. Man kan derfor ikke bare bruker teorier og bøker. Han mener dette kan snus på hode og at man bør undersøke hva som skjer i "myra", og at man må se på artisteriet og forske på dette.

Videre er Schön opptatt av det forskningsmessige og utfordringer rundt det å skulle undersøke erfaringskunnskap. Han mener det må forskes kvalitativt på hvordan man arbeider i hverdagen og hva slags kunnskap vi helsearbeidere forvalter. Rett og slett sett i lys av våre erfaringer. Forskning og undersøkelser kan gi ansatte i psykisk helsevern, og selvsagt også andre helsefag, en mer evidensbasert mulighet for utvikling av faget. Dette bør likestilles med empiriske undersøkelser og dermed få større gjennomslagskraft. Schön hevder at dette kan gi muligheter for refleksjon, bevisstgjøring og selvutvikling omkring det man faktisk gjør. (Schön, 1987)

Jeg mener å se paralleller til erfaringskompetansen som kvalifikasjon. Schön (1987) snakker om all menneskelig erfaring, den erfaringen vi gjør oss i det daglige arbeidet med mennesker, men jeg mener at dette også kan gjelde for hvordan vi best mulig både kan forske på, og forstå nytten av, erfaringskompetansen som egen kvalifikasjon. Jeg mener også å se likeheter i det som beskrives av Haugsgjerd, m.fl (2002) i ”Perspektiver på psykiske lidelser”, De sier mye av det samme som Schön. De mener at hvis kunnskap og forklaring er avhengig av hverandre, må kunnskapsbegrepet reserveres for teoretiske forklaringer. De ser også på taus kunnskap, som Schön, som noe som ikke lar seg omstille til teori og mener at dette er en type kunnskap som er utviklet over lang tid, altså en kunnskap man tilegner seg gjennom egen praksis over lang tid. (Haugsgjerd, 2002:61-62) Jeg mener at dette også kan gjelde for mine EK-informanter. De har også en type taus kunnskap som de har tilegnet seg over lang tid. De har en type erfaringskunnskap som ikke enkelt kan oversettes til teorier og modeller, de har denne kunnskapen fordi de har opplevd den og levd med den i flere år.

Evidensbegrepet kan man også se hos Kari Martinsen (2005) som sier noe om ”omveiens vei til evidens”. Martinsen mener at evidensbegrepet kan knyttes til at våre subjektive verdener løftes inn i et sosialt aspekt. Dersom dette er preget av fellesskap, fells forståelse, normer og avstand til disse gjennom språket og skjønnnet i språket, er dette veien til evidens. Dette fordrer som sagt da at våre meninger og ideer om god praksis deles med andre i et felles språk med rom for diskusjoner og åpenhet. (Martinsen, 2005:115-118)

Nærhet i psykisk helsearbeid

Nødvendigheten av nærhet og etikk i psykisk helsearbeid er noe flere i det psykiske helsefeltet blir mer opptatt av. Vi kommer inn i moralen gjennom praktisk handling og gjennom konkrete møter. Det er en fare i å ensidig vektlegge at praksis i helse og omsorgsfagene skal bestå i evidensbaserte metoder. Det bør være rom for at den profesjonelle må bruke skjønnets sitt og gjennom dette skjønnets må vi finne måter å hjelpe andre best mulig. (Martinsen, 2005)

For å legge til rette for en slik etikk der god hjelp springer ut av menneskelighet i møte mellom fagperson og den hjelpetrequende, er det viktig at en ikke styres av ytre regler og prosedyrer for hva slik hjelp skal gå ut på. Også filosof og psykolog Alain Topor (2003), er opptatt av at ikke de opprinnelige evidensbaserte manualer og metoder skal stå i veien for gode relasjoner og det terapeutisk virksomme som ligger i disse gode møtene. Det er de etiske, mellommenneskelige aspektene ved hvert enkelt møte som er det viktigste i terapi og psykisk helsearbeid (Topor, 2003)

Kan den nye forskningen som etterlyses, forskning fra et brukerperspektiv, undersøkelser som frembringer folks egne opplevelser og erfaringer, danne et evidensgrunnlag som er mer relevant for vårt mål om best mulig psykisk helsearbeid? (Bøe & Thomassen, 2007) Topor mener at det på denne måten kan åpnes for at kunnskap som er innhentet fra mennesker som har vært i gjennom bedringsprosesser kan bli et viktig element i den evidensen vi bygger på. (Topor, 2003)

Filosof og professor Hjørdis Nerheim (1996) sier at det mest sentrale spørsmålet blir; skal faget første og fremst forstå seg som utforskningen av det relasjonelle og kommunikative eller skal man satse på en mer tradisjonell medisinsk modell hvor kommunikativ struktur også er viktig. Hun sier videre at psykiatri alltid vil være et møte mellom hjelperen og den hjelpesøkende – et møte med ”Den andre”. (Nerheim, 1996)

Bøe og Thomassen (2007) er også i sin bok ”fra psykiatri til psykisk helsearbeid – om etikk, relasjoner og nettverk” særlig opptatt av dialogen, språket og etikken i psykisk

helsearbeid. De er også opptatt av nærhet i psykiatrien. Jeg finner særlig tittelen på boka interessant. I dette legger jeg tanker om et paradigmeskifte, noe forfatterne selv sier mye om. De stiller et spørsmål og en slags oppfordring om dialogen som nytt paradigme. De er også opptatt av relasjonens innvirkning på det terapeutiske og sier

”at den profesjonelle og pasienten eller brukeren gjensidig kan tillate seg å tre frem som personer med sine meninger og verdier, sin tro og sine oppfatninger, er etter vår oppfatning grunnleggende hvis en vil fremme betingelser for gode relasjoner.” (Bøe TD., & Thomassen A, 2007:187)

Nærhetsetikken er også filosof Knud Ejler Løgstrup opptatt av. I en av sine mange bøker, ”Den etiske fordring” (1991) skriver han blant annet om at pasient og terapeut bør møtes som likeverdige i de dilemma som skal drøftes. Dialogen erstatter diagnosen og man snakker med pasientene, ikke om dem. Løgstrup snakker om en ubetinget etisk fordring. Vi kan ikke ha noe med et annet menneske å gjøre uten at vi legger noe av vårt liv i den andres hånd. Den etiske fordring er å ta i mot denne appellen om å ta vare på det vi får fra den andre i møtet med hverandre.

”fordringen som ligger i et hvilket som helst forhold til et annet menneske, er imidlertid uutalt og ikke ensbetydende med det andre menneskets uttalte ønsker eller krav” (Løgstrup, 1991:42)

Dette kan ikke underkastes teoretisk viten, men er basert på kjærlighet, spontanitet og nærhet til den vi møter. Jeg tar dette med i mine perspektiver fordi jeg ser at det handler om det menneskelige aspektet i oss, det er ikke bare teorien som styrer hva vi gir den andre i våre møter med mennesker. (ibid)

Makt og profesjonskamp

Når man skal se på forholdet mellom fagansatte og ansatte med erfaringskompetanse, synes jeg ikke vi kommer utenom å se på maktbegrepet. Fagkompetansen står fortsatt som "hersker" av behandlingssystemets utvikling og man kan derfor spørre seg om de fagansatte derfor innehar en maktrolle? Jeg mener man kan knytte makt til blant annet kunnskap, språk, fagspråk spesielt, sanksjoner og man kan inneha både formell og uformell makt. Det som kanskje er mest interessant å se på for meg er den uformelle makt. Språket, og da særlig fagspråket som maktmiddel er også interessant for mitt prosjekt. Det er også spennende å se på teorien til Løken (1996) om modellmakt. (ibid:191)

Makt kan være både uformell og formell, der den formelle makten gjenkjennes ved at den er offentlig nedskrevet og basert på lovverket og formelle posisjoner. I maktutøvelse bør man også være oppmerksom på den uformelle makten, som ikke er nedskrevet i form av lov. Likevel kan man oppleve den uformelle makten som like virksom i det sosiale liv, som den formelle makten, enten vi er yrkesutøvere eller private. Den mer skjulte og uformelle maktbruken viser seg på sin side gjerne i de små forhold i hverdagen og kan kanskje også være der man lettest kan krenke og såre (Brodtkorb, 2001) Jeg vil her referere til "lunsjtesten" beskrevet i rapporten "Med livet som kompetanse" (Rådet for psykisk helse, 2008:18) De sier en del om skillet mellom "oss og dem" i forhold til inkludering av de ansatte med brukererfaring. Man trenger en følelse av samhørighet og likeverdighet og man er kanskje opptatt av å ha noe å snakke om og noe å "fare med" i lunsjen og ved andre sosiale arenaer. De sier at man lett kan tenke tanken "er jeg som de andre"? Det samme sier jeg noe om i oppgavens tittel "en av oss?" Er vi likeverdige og har vi respekt for hverandres kompetanse?

I det materialet, som ble samlet inn i den ovennevnte rapporten "med livet som kompetanse", var det delte meninger om arbeidsfungering av de ansatte med erfaringskompetanse. De fleste følte at selv arbeidsutføringen fungerte godt. Derimot var de enkelte som hadde utfordringer med den sosiale delen av jobben. De hadde dårlig selvbilde og hadde tanker om at mange hadde klart ting de selv ikke hadde greid. Mange har lav selvfølelse og kjenner seg mindreverdige, de har kanskje ikke tatt utdanning og føler seg underlegne. (Rådet for psykisk helse, 2008) Underlegenhet og lav selvfølelse i forhold til sine kolleger kan gi en følelse av at andre har makten og at

man ikke er ”som de andre”. Man kan gi andre makt over seg og dermed opprettholde og vedlikeholde den dårlige selvtilliten.

Fag og makt

Alt språk ansees som viktige redskap i mellommenneskelig kontakt, men kan også brukes som etablering av makt og legitimering av handlinger. Fagspråket kan være uforståelig og kan, enten bevisst eller ubevisst, være kilde til maktkamp. Man kan ta utgangspunkt i profesjonens bruker av ”sitt språk” og dette fremstilles ofte som det riktige, det mest troverdige og objektive. Man har ofte språkkoder og fortolkninger som blir ansett som sannheter. (Skau, 1992) Jeg tenker at dette viser hvilket ”språk” som i samfunnet oppleves som viktigst, det som har størst tyngde og dermed mest makt. Jeg opplever at fagspråket ikke bare kan bli en barriere mellom hjelper og bruker men også i forholdet mellom de ulike profesjonene, og her også i forhold til forholdet mellom fagansatt og erfaringsansatt.

Roller, makt og avmakt

Det ligger historisk sett til rollefordeling og maktbalanse, at maktforholdet mellom pasient og behandler er skjevt. Dette bør i forhold til brukermedvirkningsperspektivet endres. Pasienter må ta mer makt og fagfolk må tørre å slippe makta og rette opp i forholdet mellom partene i hjelperelasjonen. Dette kan overføres til balansen mellom fagekspertise og erfaringskompetanse hvor modellmakten kommer fram.. Med dette menes det at:

”den person eller gruppe som får godtatt sin virkelighetsforståelse som grunnlag for det som skjer i en gitt situasjon, vil ha modellmakt over den andre. Den som definerer psykiske lidelser innenfor sin virkelighetsforståelse, vil inneha betydelig makt” (Løken, 2006:191)

Han tar altså til ordet for en rolleendring og sier at fagfolkene må tørre å slippe den allerede etablerte makt og at det trengs en holdningsendring. Han sier også at:

”Pårørende, brukerorganisasjoner og enkeltbrukere sitter inne med en spesiell form for kompetanse basert på egne og felles erfaringer og opplevelser. Denne kunnskapen må bli tatt på alvor og felles stilt med fagkunnskap. På denne måten kan en utvikle ny og verdifull kunnskap” (Løken, 2006:193)

Dette gjelder forholdet mellom pasient og behandler, men jeg synes likevel det kan overføres til forholdet mellom fagfolk og erfaringskonsulenter. Sistnevnte gruppe har nå et arbeid hvor de bruker sin erfaring som kunnskap og forholder seg til fagkompetansen og dens plass i hierarkiet.

Kunnskap og makt

Kunnskap er som vi kjenner, et viktig grunnlag for makt. (Skau, 1992) Dette kan som kjent lede til profesjonsmakt, samtidig som jeg tenker at de erfaringsansatte har en kunnskap om pasientene som fagansatte ikke innehar. De erfaringsansatte har vært der selv, de har ”trødd deres sko” og har viktig informasjon og kunnskap om hvordan pasientene har det. De kan være gode formidlere av håp, og kan gi signaler om at det nytter på en måte som kanskje ikke en fagperson kan. Dette kan igjen gi de erfaringsansatte makt. De sitter på kunnskap som er enestående for dem og som ikke nødvendigvis kan læres gjennom bøker og studier. Erfaringsansatte kan kanskje også være med på å gi pasientene en bedre form for forståelse av eget liv og ressurser og dermed øke hans brukerkompetanse. Dette vil muligens igjen kunne redusere skillet mellom hjelper og bruker.

Relasjoner

Alain Topor (2003) skriver mye om relasjoner i sin bok om ”recoveryprosessen”. Han skriver blant annet om det han kaller relasjonenes sentrale rolle i betydningen av å ”komme seg” etter en psykisk lidelse. Han har undersøkt bedringsprosesser og trekker mønstre på hva som ser ut til å ha betydning for endring og bedring. Han fant særlig

betydning av to forhold: ”den profesjonelle som venn” og ”den gode lytter, den autoritære skikkelse og den onde profesjonelle som hjelper”. (ibid:297)

Det han trekker spesielt frem er opplevelsen av gjensidighet som går igjen i fortellingene når det gjelder overtredelser som følge av ”likesom-venn” relasjonene. Man setter pasienten foran institusjonen og opphever de grenser som er satt mellom den profesjonelle og pasienten. Dette kan gjøres på helt hverdagslig, ufarlig måte og det er nettopp dette som gjør relasjonen spesiell. Det enkle hverdagslige kan oppleves for pasienten som noe helt annet enn det man vanligvis tenker om en terapeutisk behandling og dette kan virke befriende og likeverdige (ibid:298)

Empowerment

Empowerment kan bety å overføre makt. Makten må tilbakeføres eller gis til den som er klient eller bruker av et tiltak eller offentlig tjeneste. De må gjenvinne styringen over eget liv og finne veier til mestring (Askheim, 2000)

Det grunnleggende i empowermentbegrepet er at alle mennesker har ressurser som kan brukes. Dette innebærer at man må gjøre folk i stand til å finne egne løsninger enten alene eller sammen med andre. Det å mobilisere styrke, kompetanse og innsikt og ikke minst vilje til å mestre eget liv er viktige momenter innen empowermentbegrepet. Det handler altså om å styrke enkeltindividet slik at personen får muligheten til å ta kontroll over eget liv.

Empowerment kan sees på både individuelt og på samfunnsnivå. Dette henger sammen at strukturelle forhold i samfunnet, som for eksempel politikk og økonomi, kan bidra til å forsterke problemer i den enkeltes livssituasjon og selvbylde, kunnskap og ferdigheter. (Løken, 2006)

OAS – Opplevelse Av Sammenheng.

Man har i psykiatrien, og også ellers i helsevesenet vært opptatt av å finne ut hva som virker sykdomsfremkallende, både i forhold til forskning, forebygging og behandling av

lidelser. Hva forårsaker sykdom? Hvordan kan man hindre stressfremkallende momenter i livet?, er spørsmål man ofte diskuterer i psykisk helsearbeid.

Hva forårsaker at en person blir syk mens andre holder seg friske? Hvorfor blir noen som utsettes for grusomme ting og belastninger syke mens andre opprettholder en god helse og håndterer belastningen? Dette er noen av spørsmålene den amerikanske professoren Aaron Antonovsky stiller i sin bok "Helbredets mysterium" (2000). Patogenese og salutogenese er to orienteringer som beskrives i denne sammenheng. Den salutogenetiske orientering bryter med klassifiseringen av syk kontra frisk. Den sier at vi alle befinner oss på et kontinuum som går fra god helse til dårlig helse og at vi alltid er et sted på denne stigen. Man er aldri frisk eller syk. Det fokuseres på hva som gjør at noen holder seg på øvre del av dette kontinuumet til tross for evt store påkjenninger i livet. Dette er avhengig av om stressfaktorene som finnes, løses på en tilfredsstillende måte. Man ser altså på hva som holder en person frisk i stedet for å holde fokus på hva som gjør at man blir syk.

Den patogenetiske tankemåte dreier seg hovedsakelig om å se på årsak-virkning i et sykdomsbilde og brukes spesielt i arbeidet med somatiske lidelser, men vi har også denne tenkningen i psykiatrien. Man er enten frisk eller syk og man leter etter en løsning på dette konkrete sykdomsforløpet. Salutogenetisk orientering får oss til å se på teorier om mestring. (Antonovsky, 2000)

Han viser også til et eksempel jeg har lyst til å gjengi for å belyse hva han mener om den salutogenetiske tenkning. Antonowsky drev på 70-tallet en undersøkelse av kvinner fra ulike etniske grupper. En av gruppene bestod av europeiske kvinner født mellom 1914 og 1923 og som derfor hadde vært mellom 16 og 25 år i 1939. De ble blant annet spurt om de hadde vært i konsentrasjonsleir. 51% av kvinnene i kontrollgruppen sammenlignet med 29% av de overlevende hadde ganske god psykisk helse. Poenget hans var at i stedet for å konsentrere seg om at 51% var betydelig høyere en 29%, bør man se på hva som gjør at faktisk 29% av en gruppe overlevende fra konsentrasjonsleirer viste seg å ha en relativt god psykisk helse. Disse hadde opplevd ekstrem redsel, vært flyktninger med behov for å etablere seg i nytt land, de hadde

gjennomgått tre kriger – og fremdeles hadde de en god psykisk helse. Dette utslagsgivende for at forfatteren satte i gang med å formulere det han kaller ”den salutogenetiske modell” (ibid:11)

Begrepet OAS – opplevelse av sammenheng - har en viktig betydning for hvor man befinner seg på kontinuumet som går fra god helse til dårlig helse og for vår evne til å bevege oss mot den friske delen av kontinuumet, altså vår evne til å holde oss friske. Man kan ha en sterk OAS eller en svak OAS. De som har en sterk OAS, har høy grad av evne til å se livet sitt begripelig, håndterbart og meningsfylt. Noe som, ifølge Antonovsky, er sentralt for å holde seg frisk samt takle stress og motgang.

Begripelighet: dette viser til i hvilken grad man oppfatter de stimuli og påvirkninger man utsettes for som forståelige og sammenhengende i stedet for å oppfatte dette som støy og kaos. Dette gjelder både de indre og de ytre stressfaktorer man utsettes for. Den med høy evne av begripelighet, forventer at det man møter av utfordringer kan forklares og passe inn i en sammenheng. De med svak evne til å se det slik, oppfatter ofte påkjenninger som negativt stress og har en tendens til å tenke at det aldri vil bli bedre.

Håndterbarhet: opplever man at det finnes tilstrekkelig ressurser til rådighet til at man kan håndtere alle krav og stress man utsettes for, vil dette føre til at man ikke føler seg som et offer for tilfeldigheter eller omstendigheter og unngår følelsen av at man behandles urettferdig. Ressursene som kan være til rådighet, kan være for eksempel venner, kolleger, familie, Gud eller legen din. Man må føle at man har kontroll over de ressurser som finnes til rådighet for å løse utfordringer.

Meningsfylthet: føler man at livet er forståelig rent følelsesmessig, er det verdt å investere energi i og engasjere seg i? Tar man utfordringen eller gjemmer man seg bak tanken om kaos og uhåndterbarhet?

Dette kan oppsummeres følgende

”opplevelsen af sammenheng er en global innstilling, der uttrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at 1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forutsigelige og forståelige; 2) der står tilstrækkelige ressourser til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og 3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere seg i” (Antonovsky, 2000:37)

Motstandskraften vi har, beror på hva slags opplevelse vi har av sammenheng i livet vårt. Vi må oppleve verden som håndterbar og forståelig for å kunne takle påkjenninger og utfordringer i livet og dette må gi følelsen av å bety noe for oss. (ibid)

Jeg ønsker å ta med denne teorien fordi jeg tenker at bedringsprosessen til den enkelte, enten man har en terapeut med erfaringskompetanse eller en med fagkompetanse, er avhengig av hjelpers evne til å bidra til økt OAS. Mange pasienter i psykiatrien opplever kaos og manglende evne til å se hvordan dette kan håndteres. De har ofte også lavt håpsperspektiv, er pessimistiske med tanke på fremtiden og har stor uro i kroppen. Jeg tenker at en EK kan ha andre forutsetninger for å øke opplevelsen av sammenheng, kanskje spesielt i forhold til å hjelpe med å se fremtiden i et annet perspektiv. Jeg tror også en EK vil kunne bidra annerledes i forhold til å hjelpe den enkelte til å se sitt kaos i en større sammenheng. Samtidig er det andre ting en FK antageligvis kan bidra med av disse punktene som ikke en EK kan. Dette ønsker jeg å se i forbindelse med funn som kommer fram.

Kapittel 3 Metode og design

Hermeneutikk og fenomenologi

Vitenskapsteori representerer de grunnleggende ideer man benytter seg av i vitenskapelig arbeid og kan betegnes som teori om teorier. Dette nivået omhandler hvilke grunnleggende antakelser man bygger på når man utvikler en fagteori. Vitenskapsteorier er også utgangspunkt for valg av metode og vil alltid direkte eller indirekte referere til et vitenskapsteoretisk utgangspunkt eksempelvis empirisme/positivisme, hermeneutikk/fenomenologi og systemteori/konstruktivisme. (Nerheim, 1996)

Jeg har derfor valgt kvalitativ datainnsamling med intervju som metode. Kvalitativ metode en god måte å få frem de forskjelliges ståsted på (Ryen, 2002). Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Metoden er god for å utforske personlige oppfatninger og opplevelse rundt et tema. Som forsker kan man intervju, ha en observerende rolle eller tolke skriftlig materiale for å finne disse opplevelsene. Hermeneutikken dreier seg om hvordan forståelse og mening er mulig og dette er kontekstavhengig. Man er som forsker og fortolker også preget av sin egen forforståelse og forventninger til feltet og det tema man skal undersøke. (Malterud, 2003)

Gjennom fortolkning av utsagn, sett i lys av konteksten, har jeg forsøkt å få innsikt i informantenes egne opplevelser og deres erfaringer rundt mitt tema i intervjuet. Jeg fokuserte på personens subjektive opplevelse og erfaringer med temaet erfaringsansettelser. Hensikten min var å få fram tanker og oppfatninger som kanskje ikke engang står helt klart for informantene selv, men som kan komme tydeligere fram i det de forsøkte å sette ord på det.

Hvordan informantene opplever profesjonsverdiene på feltet sitt og sin egen og andres rolle på arbeidsplassen, er temaer som trenger en intervjuform som kan bidra til at nyansene kommer med og som gjør at man ikke går glipp av viktig informasjon. Jeg

valgte derfor å lage en intervjuguide hvor jeg forsøkte å kategorisere temaene. Båndopptaker ble brukt under intervjuene, med alles samtykke.

3.1 Rekruttering og utvalg

Etter å ha kommet frem til hvordan jeg ønsket at mitt utvalg skulle se ut og fordelingen på antall ansatt med erfaringskompetanse og fagkompetanse fant jeg et arbeidssted som hadde de informantene jeg ønsket til undersøkelsen. Samtaler med kolleger av meg som hadde kjennskap til feltet og arbeidsstedet bidro til dette. Jeg kontaktet avdelingsleder ved stedet og forhørte meg om interessen ved å delta i undersøkelsen. Jeg forklarte bakgrunn og tema på telefonen da vi snakket sammen og avtalte møte med de som kunne være aktuelle som informanter en liten stund etter. Jeg snakket også med to av informantene på telefonen som ikke var tilstedet.

Det viktigste momentet i utvelgelsen av informanter, var at informantene hadde en arbeidsplass som hadde medarbeidere som var ansatt pga sin brukererfaring og som arbeidet direkte med pasienter. Dette samtidig som det også fantes ansatte som har sin fagkvalifikasjon. Etter å ha snakket med to av mine informanter på telefonen fikk jeg også vite at alle de med brukerkompetanse er ansatt med sin erfaring som hovedkompetanse og arbeider med direkte klientkontakt. Dette var ett av mine hovedkriterier for å finne informanter. De skulle være ansatt fordi de hadde brukererfaring, fordi deres egenerfaring kunne tilføre fagfeltet noe ekstra som ikke fagkompetansen kunne gi.

Jeg ønsket å få frem de forskjellige informantenes ståsted, fordelt på seks ansatte. Tre med erfaringskompetanse og tre med fagkompetanse. Så vil jeg se på de to gruppene og forsøke å finne ut om de har tilstrekkelig forskjellige perspektiv på sin og andres roller som ansatte, til at vi kan få et spennende bilde på hva de opplever som utfordringer og muligheter i hverdagen.

Mine informanter er fordelt med to menn og fire kvinner. De er spredd i alder og også i hvor lenge de har arbeidet i sin stilling. De arbeider alle innen samme felt og hadde

synspunkter på ansettelser av mennesker med erfaringskompetanse. Informantene har derimot ulike arbeidsoppgaver. Noen driver grupper mens andre arbeider mer individuelt klinisk arbeid. Felles for dem er at de alle driver sitt arbeid i fellesskapet fagkompetanse/erfaringskompetanse. De som driver grupper, har en gruppeleder med erfaringskompetanse og en med fagkompetanse. De som driver mer selvstendig klinisk arbeid, har sin del av jobben sammen med andre med motsatt kompetanse. Dette er en helt bevisst oppgavefordeling, de bruker hverandre bevisst og de er ansatt med sin kompetanse i felles pasientarbeid. Underveis i presentasjon og drøfting av funnene, vil jeg benytte forkortelsene EK – erfaringskompetanse og FK – fagkompetanse.

Jeg velger å kalle informantene:

Evy – erfaringskonsulent (EK)

Anne – erfaringskonsulent (EK)

Håkon – formell fagutdanning (FK)

Martin – formell fagutdanning (FK)

Rita – formell fagutdanning (FK)

Hilde – erfaringskonsulent (FK)

Hvilke tanker hadde de om problemstillingen ” muligheter og utfordringer ved ansettelser av personer med erfaringskompetanse”? Det var ulike tema som dukket opp.

3.2 Gjennomføringen av intervjuene

En stund før jeg startet intervjuene mine, hadde jeg som tidligere skrevet, en samtale med informantene mine hvor jeg presenterte prosjektet mitt, og hvorfor jeg hadde lyst til å skrive om det aktuelle temaet. I dette møtet kunne de komme med innspill og tanker rundt oppgavens tema og vi delte tanker om deres eventuelle bidrag hadde betydning. Intervjuets innhold og tema kommer derfor som et resultat av dette møtet. De var alle opptatt av verdien av å sette begrepet ”erfaringskompetanse” på dagsorden og hadde alle sine ideer på hvordan dette best kunne oppnås.

Forskningsintervjuet har blant annet som mål å beskrive den intervjuedes livsverden. Det skal foregå som en form for samtale med normal konversasjon og skal være konsentrert rundt ulike tema. (Kvale, 1997)

Selve intervjusituasjonen la jeg opp som enkeltvise dybdeintervju og hvert og ett ble startet med at jeg igjen kort presenterte prosjektet og hadde en liten gjennomgang av hva jeg hadde tenkt vi skulle gå gjennom i intervjuet. Jeg hadde med meg intervjuguiden som mal og forklarte båndopptakerens hensikt. Ingen av informantene hadde noen innvendinger på bruken av båndopptakeren.

Jeg opplevde at gjennomføringen av de to første intervjuene var mer preget av at jeg holdt meg til intervjuguiden mer enn ved de siste fire. Jeg ble etter hvert tryggere i intervjusituasjonen og jeg tror nok at dette preget intervjuene på en positiv måte. Jeg kunne slappe mer av og følte jeg hadde større kontroll over situasjonen. Dette kan ha smittet over på informantene for de siste fire virker også mer avslappet enn de to første. Jeg forsøkte å la dem selv reflektere over temaene i stedet for å gå nøye inn på hvert enkelt spørsmål. Det viste seg raskt at selv om de hadde en del felles tanker, hadde de også behov for å snakke om helt ulike ting. Jeg brukte litt tid etter hvert intervju på å lage en oppsummering. Denne kom godt til nytte ved transkriberingen. Jeg hadde også lagt opp til god tid mellom hvert intervju slik at jeg fikk tenkt over alt som ble sagt og laget en mental oversikt før jeg transkriberte.

Intervjuguiden

Intervjuguiden ble lagt opp temabasert og spørsmålene var ordnet under tema. Målet mitt var å få dem til å reflektere over dette og se om dette kunne ha interesse i forhold til min problemstilling. Under temaene hadde jeg lagt opp underspørsmål som kunne belyse hvert enkelt tema på en god måte. Jeg innledet intervjuguiden med litt personopplysninger. Jeg noterte litt underveis på intervjuguiden slik at jeg holdt tråden i interessante utspill som jeg måtte ta opp igjen senere under intervjuet.

3.3 Reliabilitet og validitet

Jeg var bevisst på undersøkelsens validitet under hele prosessen i forskningen. Finner jeg ut det er har satt meg fore å finne ut? Er jeg på rett spor? Validitet bør tas opp til vurdering gjennom alle stadiene i undersøkelsen (Kvale, 1997:249-250) Han benevner dessuten validiteten av forskningsarbeidet som dets håndverksmessige kvalitet.(ibid:235)

Reliabiliteten blir internt et spørsmål om nøyaktighet og om kvalitetskontroll av selve undersøkelsen, hvordan de er presentert og tolkningen av resultatene. Den eksterne reliabiliteten vil dreie seg jeg klarer å holde et beskrivelsesnivå slik at andre også kan trekke egne slutninger av materialet. Det er viktig å få fram materialet slik at det har en overføringsverdi. (Kvale, 1997)

Jeg måtte også være klar over at jeg som forsker kunne påvirke svarene i kraft av den måten jeg stilte spørsmålene på, eller at det kunne være vanskelig å få notert alt som ble sagt. Dette kan føre til svarene tolkes på annen måte enn de var ment. (Svensson, 1984). Validering underveis i intervjuprosessen er å finne ut om man forstår intervjuobjektet riktig ved å stille oppfølgingsspørsmål og sjekke ut om det man oppfatter det som kommer fram i intervjusituasjonen, på den måte det er ment fra informanten. Man må spørre, være kritisk og validere under hele forskningsprosessen (Malterud, 2003:178)

Et annen viktig punkt som må tas med og som kan ha betydning for validiteten av mine funn, er at arbeidsstedet hvor jeg har mine informanter har en klar kultur for erfaringskompetanse. De sier selv at de vektlegger kombinasjonen fag og erfaring, sterkt. Dette må jeg ha med i vurderingen når jeg jobber med både intervjuene og analysen og mine funn kan lett bli preget av den holdningen til erfaringskompetanse.

3.4 Forskningsetiske overveielser

I følge REK, (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) er undersøkelsen min ikke søkerberettiget. Dette fordi utvalget som nevnt er ansatte i psykisk helsevern, og ikke pasienter. Dette falt inn under samfunnsvitenskapelig

forskning. Jeg måtte her kontakte NSD, som informerte om at prosjektet ikke var meldepliktig. Jeg har også innhentet informasjon fra Datatilsynet som sier at min studie faller utenfor deres krav til godkjenning og melding. Dette fordi jeg ikke skulle oppbevare personregister elektronisk og at rekrutteringen basert på et informert samtykke.

Jeg har 6 informanter, transkriberer for hånd og har forpliktet meg til å makulere disse umiddelbart etter dette. Min navneliste oppbevares separat fra resten av materialet. Lydbånd og datamateriale oppbevares på forsvarlig måte. Alle intervju er anonymisert. Lydbåndene vil også bli slettet etter oppgaven er levert. Informantene er informert om at de når som helst og uten grunn kan trekke seg fra undersøkelsen.

Forskningsetiske prinsipper skal ivaretas. Mine informanter er godt informert om undersøkelsens formål og de har signert informert samtykke. De har selv vært med på diskusjoner om nytteverdien av forskningsprosjektet. I selve intervjuprosessen med den enkelte, har jeg forsøkt å legge til rette for at de følte seg trygge og komfortable i intervjusituasjonen. Jeg ville åpne opp for at de kan si det de vil uten å føle press. De skal ikke måtte føle seg forpliktet til å si mer enn det de selv ønsker. Man kan som forsker få informantene til å føle at de må åpne seg om ting de ikke egentlig ønsker å si noe om eller avbryte dem i utspill det er viktig å følge opp videre. Dette kan gjøre at informantene sitter igjen etter intervjuet med en opplevelse av å ha sagt ting de angrer på eller at de ikke fikk snakket ut og forklart seg tilstrekkelig (Kristoffersen, 2006)

Forforståelse

I forhold til dette temaet, tenker jeg det er umulig å gå inn i en forskerrolle uten at jeg har med mine egne erfaringer, kunnskaper og personlighet inn i forskerrollen. Jeg har som fagperson også klinisk kunnskap og teoretiske rammeverk med meg i ryggsekken. Det som er viktig er at jeg klarer å stille meg så åpen som mulig som forsker og bruke forforståelsen og livserfaring på en sunn måte.

Det er også viktig å være åpen om egen involvering i forskningen, åpen om hva man har med seg i ryggsekken og om man faktisk forsker på bakgrunn av dette. Det er samtidig

en nødvendighet å sette egen forforståelse på spill. Utfordre oss selv og våre egne holdninger og erfaringer. Tolkning av materiale – å identifisere mønstre og lese betydningen av dem – er en sentral del av kvalitative forskningsprosessen. Det viktigste redskapet for tolkning er forskeren selv.

Forforståelsen vår er ofte vår inngangsport til feltet vi skal undersøke. Vi er på forhånd opptatt av et tema og ønsker å finne ut mer om det. Vi er preget av dette når vi går inn i forskerrollen og har da allerede tatt med oss forventninger om hva vi vil finne og kanskje også hva som ikke finnes av svar. Det er derfor viktig at vi reflekterer over hva som styrer vår forskning og hva vi allerede har en formening om og ikke la vår forforståelse overstyre det vi finner i det empiriske materiale (Malterud, 2003:46)

Jeg måtte derfor tenke over, allerede før jeg startet skrivearbeidet i oppgaven, hva er min erfaring om det emnet jeg nå skal se nærmere på? Hva er mine forventninger om hva jeg kan komme til å finne og hvorfor forventer jeg å finne akkurat dette? Det er også et faktum at jeg arbeider innen samme område som jeg skal undersøke. Jeg arbeider i psykisk helse og har forkunnskaper og meninger om dette både personlig og faglig. Desto viktigere er det da kanskje for meg å være klar på mine egne meninger og hva jeg allerede tenker om temaet mitt, og ikke la min forforståelse styre meg i intervjuet eller analysen i oppgaven. Samtidig tenker jeg at det vil være umulig å ikke være preget av at jeg jobber med dette til daglig, selv om jeg ikke har egne erfaringer med å arbeide direkte opp mot erfaringskonsulenter. Det er jo også en grunn for at man interesserer seg nok for et tema til å ønske å skrive om nettopp dette i sin masteroppgave. Man har noen tanker som man ønsker å undersøke videre. Mine holdninger og formeninger måtte som sagt være bevisste og gjennomtenkte før prosessen med intervjuene startet.

KAPITTEL 4 ANALYSE

Spørsmålet mitt var, i denne fasen av undersøkelsen, hvordan gjøre dette best mulig i praksis? Hvordan kan jeg være sikker på at jeg har fått med meg meningsinnholdet i de informantene hadde å fortelle? Jeg forsøkte å lage kategorier av materialet, leste det gjennom og fant sammenhenger og motsetninger og nye spørsmål. Jeg forsøkte å redusere teksten til det jeg opplevde som vesentlig fra hvert intervju. Etter at denne komprimeringen var gjort hva det enklere å trekke ut det som var viktig og å se tema som gikk igjen.

Jeg har systematisert undersøkelsens materiale etter tema. Jeg har så trukket ut sammenhenger og mønstre som har dukket opp underveis i intervjuene. I metodelitteraturen hos den norske legen Kirsti Malterud (2003) nevnes Giorgis fenomenologiske analyse og grounded theory som prosedyrer som peker seg ut ved å være detaljert beskrevet og teoretisk forankret. Giorgi sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Hun sier det er viktig å lete etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved det vi studerer, og deretter forsøke å sette våre egne forutsetninger i parentes i møtet med data. Malterud 2003:99) Giorgi anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsbærende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. Å sammenfatte betydningen av dette

Disse fire trinnene utgjør hovedstrukturen i den metodologi som representeres av analysemetoden systematisk tekstkondensering (ibid:100)

I denne oppgaven har jeg valgt å gå nøye gjennom alt materiale for å danne meg et inntrykk av sammenhenger, mønstre og tema som informantene er opptatt av for å kunne identifisere videre hva analysedelen skal ta opp. Jeg bruker mine egne betegnelser på temaene hvor jeg skisserer hva som sies av informantene og diskuterer

dette i lys av valgt teori. Jeg presenterer og drøfter sammen i samme kapittel og under tema.

4.1 Viktigheten av bredde i behandlingstilbudet

Mangfold i behandlingssystemet og fordelene med å arbeide tverrfaglig og tverretattlig innen psykisk helsevern, er det skrevet mye om i faglitteraturen innenfor feltet jeg studerer. I psykisk helsearbeid møtes ulike faggrupper med forskjellig tilnærming til de problemene som skal løses. Et sentralt og viktig punkt er å fremme et tydelig brukerperspektiv. En rekke faggrupper er sentrale i psykisk helsearbeid; sykepleiere/sosionomer/vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, leger, psykologer og pedagoger. Jeg har i oppgaven hatt et ønske om å undersøke om informantene sidestiller erfaringskompetanse med slik formell faglig kompetanse og om dette i det hele tatt ansees som hensiktsmessig. Erfaringskompetanse kan være en del av mangfoldet og hva sier de ansatte selv om dette? Hvordan arbeider de sammen og ønsker de hverandres kompetanse velkommen?

Jeg har kalt temaet ”viktigheten av bredde i behandlingstilbudet” fordi dette var noe av det mest sentrale samtlige av mine informanter trakk fram i forhold til hva som kan være veien til bedring for psykisk syke mennesker. Mine informanter med erfaringskompetanse (EK) snakket både om egen tilfriskningsprosess og hva som hadde hatt betydning for dem, samt om hva de oppfattet hadde betydning for deres gruppe pasienter/kursdeltagere. Informantene med fagkompetanse (FK) snakket om hvordan deres kompetanse, både alene og sammen med EK kunne bidra til bedring.

Særlig Evy (EK) var opptatt av dette med bruk av hverandres kompetanse i arbeidet. Hun er opptatt av å vise til at hennes erfaringsbidrag ikke kan brukes alene og at denne biten av arbeidet rundt en person måtte settes inn i en større behandlingssammenheng. Hun er også opptatt av at hun ikke har det man kaller ”behandlingskompetanse”. Da jeg spør videre hva hun mener med dette begrepet, refererer hun til at hun ikke skriver journaler og ikke innehar et formelt ansvar for sine pasienter. Det er det andre som har, sier hun. Enten det gjelder sykepleiere, lege eller ansvarlig koordinator. Hun sier helt klart at *”min kompetanse kan ikke stå på egne ben. Den er helt avhengig av*

fagpersoner.” Hun sier også at *”Mitt viktigste bidrag er at jeg river ned skott og murer”* (Evy, EK)

For Evy er hennes viktigste bidrag å få åpnet opp for videre behandling, kanskje med folk som det ordinære behandlingsapparatet har hatt vanskeligheter med å nå inn til. Dette betyr igjen at hun ser på samarbeid og mangfold som essensen i arbeidet. Hun kommer i kontakt og har ifølge hennes selv en posisjon som tidligere pasient og åpner opp for videre arbeid. Deretter tar de behandlingsansvarlige over. I forbindelse med dette, forteller hun historier som underbygger poengene hennes.

Anne er også EK, men har en litt annen type jobb enn Evy. Anne holder kurs og er gruppeleder sammen med en FK. I tillegg holder hun en del foredrag, også disse ofte sammen med FK. Hun snakker også varmt om mangfoldets viktighet og sier mye om at arbeidsoppgavene særlig i undervisningsøyemed, er nøye fordelt. FK bruker et teoretiske språk og Anne snakker om sin historie for å underbygge teorien, sier hun. Hun opplever ofte at deltagerne i undervisning/foredrag er interessert og lyttende til henne, og at de kanskje ofte også har mer lyst til å høre på henne enn på teoriundervisning. Når jeg spør henne om hva hun tenker hun kan bidra med i gruppene hun driver sammen med en FK, svarer hun: *”De trenger noen å identifisere seg med, i alle fall i startfasen. Det kan være greit for dem å ha noen å strebe mot og da tror jeg nok at jeg kan være med å bidra til det og være mer inni bildet”* (Anne, EK)

Gruppedeltagerne vet hvorfor Anne er med i gruppen, de vet hennes rolle og at hun selv har vært psykisk syk. Både Evy og Anne mener at deres rolle som tidligere pasienter har en bedringseffekt nettopp pga at pasientene vet dette. Pasientene tør spør om ting de kanskje ikke ville spurt en lege eller psykolog om nettopp fordi de vet at Evy og Anne selv har vært der de er. Anne sier hun bruker seg selv mye når hun snakker både i undervisning og i gruppene. Hun refererer til hvordan hun selv hadde det da hun var syk og opplever at gruppedeltagerne/pasientene setter pris på fortellingen hennes. De ser vanlige mennesker som har vært pasienter. Anne sier også som Evy, at vi trenger fagfolkene. Anne mener de bidrar med god teori og med struktur og mener helt klart ar

pasientene trenger å vite hva som skjer i kroppen, biologisk sett, når man blir syk. De trenger faglig veiledning i tillegg til oss, hevder hun.

Martin (FK) deler også en del av disse synspunktene angående mangfold. Han driver som fagperson en gruppe sammen med EK. Han sier at oppgavefordelingen er klar, men den drives av dem sammen. På lik linje. Jeg spør ham samme spørsmålet som til Anne; ”hva kan en EK bidra med i gruppen”? Han sier til dette: ” *de kan gi et gjenkjennende nikk og vise at det går an å komme seg videre* ”. (Martin, FK)

Som fagperson mener Martin at man må høre på dem som sitter på opplevelsen. Han sier at opplevelsen av dette gjenkjennende nikket er verdifullt. Jeg opplever at Martin ikke tenker så mye over hvem som gjør hva i gruppene. Hva gjør en EK og hva gjør en FK i gruppene?, spør jeg. Han drar på det, avventer og tenker lenge over spørsmålet. Martin sier at han opplever at det å være to ledere i gruppen, representerer to ulike personer. Man er forskjellige som personer, har forskjellig måte å være på. Gruppen drives av to stykker som drar veksel på hverandre og som jobber sammen med alt det som det medfører.

Viktighet av bredde i tilbudet i psykisk helse, tas også opp av Rita (FK). Hun opplever at man trenger både fag og erfaring i arbeids med mennesker. Rita arbeider også i gruppe og driver gruppe sammen med en EK. I tillegg har hun en annen jobb hvor hun jobber alene med individuell oppfølging. Rita har drevet gruppen en stund og opplever at EK sin kompetanse gir henne mer kjøtt på benet i den andre individuelle jobben hennes i tillegg til at man bør være to i gruppeledelsen (en med fag og en med erfaring) Rita bruker altså erfaringen fra sin medgrupeleder også i sin individuelle jobb. Hun sier samtidig at faget også er nødvendig og at det kan være et spenningsfelt mellom EK og FK. Det siste kommer jeg tilbake til under senere tema ” oss og dem”. ”*Vi kan kanskje lede gruppen litt annerledes. Vi lar ikke følelsene fare av med oss og dette virker kanskje stabiliserende for en del av deltagerne. Vi kan gi en annen type trygghet*”.

Bøe og Thomassen (2007) tar til ordet for viktigheten av mangfold til psykisk helsearbeid, og ser på både faglig mangfold og personlig/menneskelig mangfold. De sier videre at mangfoldet rommer varianter, ideer, muligheter, former, verdier og syn. De har en tro på at mangfold kan skape endringer. Dette er noe av det mine informanter også sier. Grunnen til at de er satt sammen to og to med ulike kompetanse, er for å ta i bruk mangfoldet. Dette kan gi ulike syn og gode variasjoner i gruppene og de sier jo alle på ulikt vis at det er vesentlig med ulik kompetanse.

Ny oppmerksomhet mot faglig mangfold:

Det er liten tvil om at psykiatrien i de senere år har åpnet opp for andre profesjoner enn de opprinnelige behandlerne i arbeidet med psykiske lidelser, selv om vi kan se i litteratur og forskning at det medisinske perspektivet fortsatt er gjeldende. Selv om det de senere år innenfor store deler av feltet har vært et økt fokus på faglig mangfold, kan det fremdeles se ut som om den medisinske tenkninger dominerer feltet.

Jeg vil hevde at åpningen for mangfoldet er en av de største og viktigste endringene i psykisk helsevern. Man kan bruke eksempelet som har skjedd med videreutdanningene i psykisk helsearbeid som før kun var forebeholdt sykepleierne, og den gang het psykiatrisk sykepleie. Det skulle nå endres, og bli en videreutdanning for alle med 3-årig høyskole innen helsefag. Da jeg startet min videreutdanning i 2004, var det fortsatt diskusjoner om dette. En del sykepleiere ønsket det gamle varianten tilbake, mens andre igjen så det verdifulle av å gjøre dette tverrfaglig. Så man kan spørre seg hvor langt man egentlig er kommet i mangfoldet, når det i 2006 fortsatt eksisterer diskusjoner om psykisk helsearbeid skal kunne bedrives av andre enn sykepleiere på høyskolenivå.

Dette er også spørsmål jeg har tatt opp flere steder i oppgaven; hvor langt er vi kommet med å løse opp på den opprinnelige behandlingstradisjonen, og er vi klare for å få inn andre faggrupper som for eksempel de med erfaringskompetanse. Jeg går videre inn i teorien og trekker frem både Randi Sognens utspill om at vi har for mye kompetanse på "bakkenivå" blant arbeiderne i psykisk helsearbeid, til at det skal avspises med ikke-evidens. Hun tar til ordet for endringer i evidensbegrepet (Sognen, 2007)

Også Schön (1987) snakker om evidensbegrepet og om at vi trenger å se på hva som befinner seg på bakkenivå, vi må se på hva slags erfaringer som kan bringe kunnskap til andre. Han snakker om mangfold, både i forhold til ulike type faglige profesjoner, men også til hva som faktisk bedrives uten at vi er helt klar over det, det ligger i vår natur og i vår erfaring, vi bruker det uten helt å vite om det. Han sier for eksempel at gode erfarne leger ser ofte hva som feiler pasientene deres med en gang de kommer inn i rommet. Dette bare i kraft at de tenker som en lege og har denne erfaringen. (Schön, 1987) Jeg stiller derfor spørsmålet; kan man overføre dette til å gjelde erfaringskompetansen? Tenker en med erfaringskompetanse som en EK og handler han deretter? Kan man nesten se, i kraft av sin erfaring, hva den andre trenger?

Personlig/menneskelig mangfold

I forbindelse med det overnevnte punktet, velger jeg å fokusere på bruken av medarbeidere uten formelle faglige kvalifikasjoner. Bøe og Thomassen (2007) hveder at utenfraperspektivet kan føre til en dehumaniserende og ekskluderende ekspertpraksis med mangel på likeverd og anerkjennelse av pasientens egne refleksjoner og ressurser. I slikt lys er det mulig å se på mennesker uten formell faglig kompetanse som en viktig ressurs i psykisk helsevern. Forfatterne viser også til psykiaterne Mosher og Burti som i sin bok "Samfunnspsykiatri"(1996) tar til orde for at personlige egenskaper og erfaring bør være blant de primære utvelgelseskriteriene når det skal ansettes medarbeidere innenfor behandling av psykisk syke mennesker. De sier videre at et mellommenneskelig og fenomenologisk utgangspunkt preget av åpenhet, fordomsfrihet og aksept er det beste i møte med mennesker med psykiske lidelser. (Bøe & Thomassen, 2007:205 – 206)

Det er mange meninger om disse tingene blant informantene. Under intervjuene stilte jeg spørsmålet: har vi en profesjonskamp gående? Tør fagfolkene slippe fra seg ”makten”?

Håkon: *”Historisk sett, nei! Og det medisinske rår fortsatt ja. Historien bak er at er du pasient, kan du aldri bli ansatt. Du ville ikke blitt godtatt som kollega”.*

Monica: *”Tenker du at den med erfaringskompetanse må streve for å legitimere sin kunnskap”?*

Håkon: *”Ja, det kan være lange kamper i begynnelsen”.*

Han forteller videre en historie om en erfaringskonsulent han kjenner som gikk mange runder for å bli akseptert. Det å sette seg ved lunsjbordet, man kan sikkert føle seg ensom og streve med å kjenne seg akseptert. *”Mange fagfolk tenker at, hva kan vi si når hun er det, kan vi snakke om alt? Bryter vi taushetsplikten? Nei, generelle holdninger er nok at de ikke er en av oss rundt lunsjbordet ennå.”* (Håkon, FK)

Evy sier om dette:

”mange fagfolk er redde for at noen skal trække i beddene deres, men når de opplever at jeg kan skille, virker det ikke som de opplever det som truende i det hele tatt. Men vi trenger holdningsendringer i behandling ikke bare; ja vel jeg får vel jobbe med den erfaringskonsulenten da. Det trengs systemrespekt”. (Evy, EK)

I forhold til spørsmålet om erfaringskonsulentene opplever at de må kjempe for å bli hørt; sier Rita at hun opplever at EK er mye mer opptatt av å måtte bevise noe hele tiden og at dette kan virke strevsomt på fagfolkene. Anne som er EK sier at hun har følt dette på kroppen. Hun opplever selv og har måttet bevise sin kunnskap. Men fagfolkene kommer ofte etterpå og spør om ting hvis hun åpner opp for det. De spør ikke i forelesningsrommet, de spør i gangen etter forelesningen. Da Anne sier dette, øker det min nysgjerrighet. Hvorfor spør fagfolkene i gangen og ikke i forelesningsrommet? Jeg tenker om dette kan være flaut eller at man ikke vil vise for sine kolleger at man spør en

ufaglært. Jeg spør Anne videre om hun har noen tanker om hvorfor det er sånn? Hun har ikke selv reflektert over det før, sier hun, men når hun nå tenker på det kan det jo være at fagfolkene ikke har den respekten for hennes kompetanse som de har for fagkompetansen og at det gjør at de heller venter til de har henne på tomannshånd. Hun tenker det kan komme av usikkerhet. Jeg tenker umiddelbart på modellmakt og Løkens (2006) tanker om at den som har sannheten på gitte områder, har makt. Fagpersonene er vant til å tenke at de har "sannheten" om den samme psykiske lidelsen som Anne har, det er kanskje dem som har behandlet henne tidligere. De har lang erfaring med at de er høyere på rangstigen enn brukerne og det sitter kanskje langt inne å spørre dem til råds, selv om Anne ikke er bruker lenger.

Hva med det omvendte da, kan fagfolkene få følelsen av å måtte kjempe for å bli tatt på alvor, kjempe for å bli hørt blant erfaringskonsulentene? Kan man oppleve manglende mangfold på denne måten? Spørsmålet utløste interessante diskusjoner med enkelte av informantene. Jeg fortalte en historie til dem for å få dem til å forstå hva jeg mente for en del av FK forstod ikke helt hva jeg mente med utspillet. Jeg fortalte en historie om en venns venn som arbeider innen rusomsorgen, et lavterskeltilbud, som fagansatt. Denne avdelingen hadde fått pålegg om at de skulle ha minst en fagansatt, resten skulle være basert på erfaringskompetanse. Denne fagpersonen følte dette veldig på kroppen og sa ofte at hun ikke kjente seg velkommen på egen arbeidsplass. Der var det erfaringen som hadde forrang innen arbeidet med de rusavhengige. Hun sa at hun merket det på kroppen at de andre kollegene ikke ønsket hennes kompetanse velkommen og at de ikke hadde behov for denne. De sa flere ganger til henne at "skal du forstå dette må du ha kjent det på kroppen, du må ha opplevd det selv". Jeg tenker derfor at dette med legitimering ikke bare går den ene veien, det er faktisk ikke alltid bare erfaringskonsulentene som må kjempe sin rett i systemet, det må kanskje også fagfolkene hvis de arbeider på steder med kultur for erfaringskompetanse.

Rita opplever det som om EK er eksperten av og til og at hennes fagkompetanse kan til tider bli litt devaluert. *"jeg har følt meg litt kritisert. Sånn skal du ikke si, du skal ikke gi råd og dette... blir helt feil. Vi har jo også levd et liv. Vi har også erfaringer som kan brukes. Teorien er bare en liten bit av oss"* (Rita, FK)

4.2 Håpets virkning – å ha vært i den andres sko

Perspektivet om håp var et av de tydeligste punkt som kom fram i intervjuene. Dette gjeldt både for de med erfaringskompetanse og de med fagkompetanse. Alle var opptatt av at håp om bedring var et av de viktigste bidragene man kan gi som terapeut enten man hjelper på bakgrunn av sitt faglige ståsted eller man bruker sin erfaring som verktøy.

Det som går igjen hos mine informanter, er at de ser på EK som best egnet til å formidle dette håpet. Det å kunne gi et gjenkjennende nikk ser de på som verdifullt for pasientene. Dette kan medføre at *”gruppedeltagerne føler seg forstått og de kjenner trygghet på at det er noe vits i å stå på egentlig”* (Håkon, FK) Hilde sier at hun ofte får tilbakemeldinger fra sine gruppedeltagere som *”det er godt å ha deg der, sier de (gruppedeltagerne) for jeg vet at du vet åssen jeg har det”* (Hilde, EK)

Håkon er ansatt for sin fagkompetanse og har lang erfaring både i selvstendig klinisk arbeid og i grupper hvor en av lederne har faglig bakgrunn og en har erfaringsbakgrunn. Han er positiv til dette samarbeidet og synes tryggheten for hver enkelt gruppedeltaker er det som best kan gjengi hva en EK kan bidra med. Han sier at en EK i gruppen gir deltakerne trygghet på to ting: den ene at de blir forstått og den andre at det er håp om bedring. Han sier også at dette medfører at gruppedeltagerne ofte henvender seg mye mer til EK enn til FK. Håkon opplever dem veldig nysgjerrig på erfaringskonsulentene. Nysgjerrighet på hva deres historie er og hva som gjorde at de er kommet der de er i dag.

Håkon sier en annen interessant ting angående håp som ingen av de andre informantene var inne på. Utfordringene rundt håp, er at kan bli for mye. *”Håpet kan bli for stort, det er faren med å ha med en med erfaringskompetanse som gruppeleder. Deltagerne blir for trygge, de sier for mye i de første møtene, så får de kalde føtter og vi mister de”* (Håkon, FK)

Dette synes jeg var veldig interessant. Kan man gi litt falske forhåpninger? Kan dette føre til at pasienter glipper ut av enten grupper eller individuell behandling? Håkon sier

at han vet om flere tilfeller av dette, så det å være en god gruppeleder og være i stand til å stoppe hver enkelt gruppedeltager dersom man får følelsen av at de sier for mye og at vil angre på det, er viktig. Her kommer fagligheten inn mener Håkon, en FK kan ofte mer om gruppeledelse og skal kunne være i stand til å stoppe dette på en fin måte, mener Håkon.

Rita (FK) sier noe av det samme. Gruppen trenger struktur og det å lede en gruppe krever faglighet. *”Vi virker kanskje stabiliserende for deltagerne, gir de en annen type trygghet”*.(Rita, FK)

Evy (EK) opplever at håpet er noe av det viktigst hun kan gi sine pasienter. Hun peker på at hennes roller er veldig annerledes enn en med fagkompetanse. Evy sier at når hun forteller hvor elendig hun faktisk hadde det, at hun var innlagt og veldig syk, så ser de hvordan hun har det i dag og dette fører til at mange får et håp om at det faktisk nytter å ta tak i problemene og lidelsen, og at å delta i gruppe eller behandling, kan gi bedring. Hun sier også at hun gir informasjon om hva som hjalp henne så de selv kan se om de kjenner seg igjen i dette. Evy sier at pasientene hennes ikke trenger å si et ord om de ikke vil. Hun vil gjerne fortelle. Hun spør da hva hver enkelt ønsker, vil de at hun skal fortelle først? Så kan de se om det hun sier passer for dem eller ikke. De kan si at ”dette kjenner jeg igjen eller dette var helt annerledes for meg” Uansett får det dem til å åpne opp litt, sier Evy, eller de kan lytte og se om de kjenner seg igjen.

I følge Topor, kan det utvikles former for ”lærlingforhold” Ved å høre på den ”sterke” kan pasienten styrke sin rolle, tilegne seg lærdom og ta mer kontroll over egen lidelse. (Topor, 2003) Den ”sterke” kan selvsagt være både den faglige og den erfaringsbaserte læring, men jeg tenker det er nærliggende å overføre dette til det ”lærlingforholdet” som Topor snakker om i forhold til den som selv har stått i samme situasjon og selv har følt smerten på kroppen. Dette læreforholdet tenker jeg kan gjelde fra EK til pasient, fra FK til pasient men også fra EK til FK og omvendt. I den sammenheng har jeg på nytt lyst til å trekke frem tankene til Donald Schön (1987). Han er opptatt av at vi kan lære av hverandre som hjelpere i forhold til hva som skjer i den daglige kontakten med menneskene vi jobber med. Vi kan høre hverandres historier og trekke ut det vi selv

opplever som nyttig for oss i vårt eget arbeid. Den erfaring, vi som ulike individer gjør oss, er verdifullt for andre i det vi deler det i fellesskap. Han sier det er mye godt arbeid i ”myra”, utenfor alle regler og rutiner og utenfor alt som er nedskrevet av prosedyrer og manualer. Han vil vi skal bygge videre rundt dette. (Schøn, 1987)

Hilde (EK), som jobber som erfaringskonsulent og driver grupper sammen med en FK, sier at man på ingen måte må bruke dette med ”å ha vært i den andres sko” som en rettesnor i arbeidet med mennesker som erfaringskonsulent. Hun sier

”det er farlig å ha som rettesnor. Man er alltid forskjellige. Vi kan aldri helt vite hvordan den andre har det, det er aldri likt”. Hun sier også ”jeg vet ikke akkurat åssen den andre har det, men de tenker det, at jeg vet akkurat åssen de har det. Men man kan aldri vite hva som skjer akkurat i den kroppen ” (Hilde, EK)

Anne (EK) snakker også i sitt intervju om en type lærlingforhold. Hun forteller at når hun forteller sin historie i undervisningsøyemed, bruker hun seg selv mye. Hun forteller hvordan hun selv var når hun var psykisk syk og hva som hjalp henne. Deltagerne er oppmerksomme og ønsker ofte å høre mer. Dette bruker hun også når hun er en av to ledere i grupper. Pasientene ønsker å høre på henne og Anne sier det slik: *”de henvender seg ofte til meg i begynnelsen av gruppene, i startfasen, de trenger noen å identifisere seg med....Jeg kan være noe ufarlig for andre. Jeg kan lære lekfolk en del ting”* (Anne, EK)

”Å ha vært i den andres sko” er et utsagn som går igjen hos mine informanter. De har alle en formening om dette og setter ord på det litt ulikt. Å ha ”i-samme-båt-samtaler”, kaller Evy det. Håkon snakker om viktigheten av å ha med en gruppeleder som ”har vært der de er”. Anne sier det er viktig for andre å være sammen med noen som ”også har opplevd en psykisk smell”. Hilde sier ” det er viktig å vise at det er ok å være menneske og føle det de gjør. Det er normalt med sorg, sårhet og sinne. Man må våge å vise seg”.

Man kan også se "empowerment" begrepet igjen her. Empowerment tenkning (Almvik, 2006) for terapeuter kan innebære at man forsøker å finne pasientenes ressurser og innsikt og i denne forbindelse mener jeg det passer godt inn å trekke dette inn i EK sine måter å arbeide på. Som sagt sier flere av informantene at håpsperspektivet som en EK kan gi, kan bidra til at pasientene ser muligheter og finner sine egne veier til bedring. De får hjelp til å se sine egne ressurser og hjelp til å finne en vei til å bruke disse på, av noen som selv har måttet finne sine ressurser. Jeg synes også å se liknende tanker i Antonovskys teoretisering rundt OAS (Antonovsky, 2000) Jeg ser klart at en økt følelse av OAS – opplevelse av sammenheng – også kan gis av terapeuter med fagkompetanse, men trekker det særlig inn her i forhold til erfaringskompetansen. En følelse av økt OAS, kan bidra til bedre helse, hevder Antonovsky. Økt følelse av både begripelighet, håndterbarhet samt også meningsfylthet er noe jeg tror er det viktigste en EK kan bidra med og fikk i flere ulike varianter bekreftet dette hos mine informanter, både de med EK og de med FK. En erfaringskonsulent kan kanskje bidra med at pasienten ser sine egne lidelser i sammenheng med andres lidelser, og personen føler seg ikke alene om å ha det vanskelig. En EK kan bidra til at pasienten ser sin fortid som forståelig og gi råd og veiledning for hvordan man selv kom ut av fortids-tenkningen og hvordan man selv så sin sykdom i en større sammenheng. Flere av informantene sier at de har vært svært selvpoptatte mens de selv var syke, og føler de kan hjelpe pasientene til å se utenfor sin egen verden. Meningsfylthet er kanskje, etter min mening, noe av det viktigste en EK kan bidra med. Å få hjelp til å se sitt liv som meningsfylt, til tross for sykdom og lidelse, og se at det finnes håp om endring sammen med noen som faktisk har opplevd denne endringen, mener jeg kan være vesentlig i en bedringsprosess. Å få hjelp til å ta utfordringer i stedet for å gjemme seg bak tanken om at alt er kaos, samt hjelp til å finne de ressurser som kan brukes til å ta utfordringene man stilles overfor, er vesentlig for informantene jeg har snakket med. Hilde sier: *"historien min bidrar til at de åpner seg. Det er viktig å kjenne seg igjen i noe. Man trenger omgivelsesstøtte for å kunne kjenne igjen ting. Man trenger hjelp til å se løsninger."* (Hilde, EK)

Rita ser også en utfordring knyttet til dette med "å ha vært i den andres sko". Hun sier at det slik hun opplever det, kanskje noen ganger blir for mye. De kjenner seg for mye

igjen. Det er også ofte EK som trenger bekreftelse. Dette kan henge sammen med at man ikke er ferdig med egen sykdomshistorie.

4.3 Egen lidelse – overgangen til å bli en ”fhv”

Begrepet er lånt av Topor (2003:147) og jeg bruker det fordi jeg synes det reflekterer godt hva som menes, det viser den sterke kontrasten synes jeg; fra å være en ting til å bli noe annet. Rolleovergangen fra å være pasient til å bli ansatt synes jeg kommer godt frem i Topors litteratur. Han hevder blant annet at man må skape seg en ny identitet, og at overgangens utfordringer kommer an på hvor integrert tidligere sykdom har vært i ens liv, og hvor stor plass den har hatt. Topor viser til Fuchs Ebaughs undersøkelse fra 1988 som peker på sentrale egenskaper som innvirker på prosessen med å bli en ”forhenværende”. (ibid:148) Her vises det til rolleutgangsprosesser. Ebaughs deler prosessene i fire: ”den første tvilen” – personen viser her tvil til den rolle han har hatt (ektemann, alkoholiker, lege) og viser tegn til å ønske å komme ut av denne rollen. Endringer er avhengig av hvordan omgivelsene tar i mot disse tegnene. Så kommer ”søken etter alternativer” – her forsøker personen å finne personer/referansegrupper som kan gi aksept på disse endringsønskene. Nummer tre er ”vendepunktet”. Dette kan være enten plutselige hendelser eller gradvise oppdagelser. Det kan føre til en mobilisering av nye ressurser både inni og utenfor individet, men kan også føre til følelsen av å være i en vakuum, man bygger bro mot en ny identitet. Den siste fasen er rett og slett kalt ”å skape en rolle som forhenværende”. Personen må nå hevde sin nye identitet over for mennesker som har lært vedkommende å kjenne i en annen rolle. Dette innebærer også å gå inn i nye relasjoner, treffe nye mennesker, stå overfor nye krav, treffe andre som har vært gjennom noe av det samme, altså det å treffe mennesker som representerer den rollen man selv nettopp føler man har forlatt.. (ibid:151-153)

Jeg finner perspektivet over nyttig for å belyse mine informanters ståsteder og hva de forteller i forbindelse med utfordringene knyttet til erfaringskompetansen. Særlig det siste punktet, mener jeg er nyttig. Man må inn i nye relasjoner og treffe andre som representerer det man selv føler man har forlatt. Er erfaringskonsulentene kommet så langt i egen prosess? Det er nettopp dette mange av mine informanter er opptatt av.

Rita sier om dette, at hun ofte har følt at det er kollegaen med EK som er eksperten og at denne kollegaen kan bli for involvert i lidelsene.

”Jeg har en fordel, jeg blir ikke forstyrret av egne følelser i det. Jeg tror X med fordel kunne lagt mer bånd på seg. Det er vanskeligere for meg som har fagbakgrunn og si det til X. Jeg må si i fra forsiktig, for ellers blir det litt sånn at ja nå kommer Rita med fagpratet og skal ta meg. Jeg vokter meg vel for hvordan jeg kritiserer”. (Rita, FK)

Martin sier det slik: *”Er man bare fagfolk sammen, regner man ofte med at man må tåle litt”. (Martin, FK)* Evy hevder som jeg tidligere har nevnt, man må være ferdig med egen prosess og ha en trygghet i sin rolle som erfaringskonsulent. Man må anerkjenne sin egen erfaring og være åpen. Hun poengterer også viktigheten av å ha et avklart forhold til egen lidelse. Man må også kunne gi fra seg pasienter fordi man ikke har kunnskapen og dette medfører igjen også trygghet. Både pasienter og kolleger skal være helt trygge på hva jeg kan og ikke kan, sier Evy. Dette forklarer hun nøye i første møte med pasienter, hun forklarer at hun er der fordi hun har erfaring på feltet at det er denne kompetansen hun har og skal bruke. Evy er også klar på at hennes kompetanse er ”flettet” inn i et større behandlingsforløp og at hun har en liten – men viktig - rolle i dette. Etter at hun har snakket med personen(e) skal de tilbake i ordinær behandling. Jeg oppfatter at det ofte er folk som allerede er i en behandlingsprosess som kommer, og som trenger ”noe annet” enn terapi for en periode. De trenger kanskje å snakke med noen som har egenerfaring på feltet og derfor sender behandlende terapeut pasientene til Evy før de evt kommer tilbake igjen.

Håkon sier at mange av erfaringskonsulentene kan ha vansker med å finne sin trygghet som gruppeleder i tidlig fase som gruppeleder. De har selv vært deltagere i grupper og skal nå over fra å være deltager til å bli gruppeleder. Riktignok etter nøye vurdering om de er klar for det og etter opplæring, men likevel opplever Håkon at dette er en av de største utfordringene de står overfor i dette delte gruppelederansvaret. Håkon sier også at *”man må vite hvor ens ømme punkter er. Livserfaring kan være dårlig bearbeidet,*

man kan begynne å kave og ødelegge gruppen for å berge seg selv eller man kan bli oppgiret av gamle ting og misbruke gruppen til egen formål". (Håkon, FK)

Bøe & Elvemo (2008) tar opp nettopp denne tematikken i sin artikkel "Psykisk lidelse – en kvalifikasjon". De skisserer opp en del utsagn som kommer fra fagfolk når de har diskutert erfaringsansettelser. Vil de klare å takle stress? Kommer de til å være mye borte fra arbeid? Vil de overinvolvere og overidentifisere seg med andre brukere/pasienter? (ibid:307)

"medgruppelederen min kjenner min fortid og har fulgt meg på veien til å bli bedre. Jeg føler meg savnet når jeg er borte. Men det er viktig at man er ferdig med sin historie, man må klare å kjenne på historien uten å ramle sammen. Jeg måtte utfordre meg selv, se ut fra min egen lille verden" (Anne, EK)

Samtlige av mine informanter poengterer viktigheten av at EK sin egen lidelse er bearbeidet, både de som selv er EK og FK. De sier alle på ulikt vis at det er vanskelig å hjelpe andre hvis man selv ikke har et avklart forhold til sin sykdom. Noen av informantene synes dette er godt ivaretatt mens andre synes dette ikke alltid virker like gjennomarbeidet og tenker at EK kan preges av sin fortid i behandlingen av andre. Hilde er den av mine informanter som jeg oppfatter er mest opptatt av dette. Hun sier at det er veldig viktig at man har et bearbeidet forhold til egen fortid og egen lidelse. Hun sier også at det er viktig å bearbeide dette følelsemessig, ikke bare mentalt. Hun forklarer at hun fortsatt kan kjenne motstand i kroppen i ulike sammenhenger og derfor må vite helt klart hvor denne motstanden kommer fra. Hun sier det fordi hun gjenkjenner dette fra barndom og episoder i livet. Derfor må dette være gjennomgått og man må vite hva som trigger seg og hvorfor det trigger. Hun forteller en historie om en gang hun følte på skikkelig motstand i en gruppetime, etter at jeg spør henne om dette kan skje henne når du leder grupper. Hun svarer: *"ja særlig en gang, det handlet om ting jeg hadde stått i, i livet mitt. Jeg kjente at dette var mitt!"* (Hilde, EK) Hun sier også at andre erfaringskonsulenter må være oppmerksomme på at det er egentlig en selv man kommer i kontakt med når man kjenner motstand i grupper for eksempel og derfor må man være i stand til å gjenkjenne sin egen historie. (Hilde, EK)

Rådet for psykisk helse har i sin rapport "Med livet som kompetanse" (2008), foretatt undersøkelser på brukeransettelser i psykisk helsearbeid. Deres informanter vektlegger veiledning som en nødvendighet dersom man skal ansette mennesker med erfaringskompetanse, for å være sikre på at refleksjoner over utfordringer i jobben tas opp underveis. Man må hele tiden være sikre på at erfaringskonsulentene er trygge på at de arbeider for andres problemer og at deres egen lidelse er avklart. Dette kan sees i sammenheng med blant annet det Håkon er opptatt av; at man må kjenne sine egne svakheter og hva som kan trigge tidligere problemer og det Hilde forteller om egen historie og at denne er bearbeidet. Informantene i ovennevnte undersøkelse vektla å unngå for sterk identifisering eller aktivering av egne problemer i møtet med pasienter. Samtidig som det å ha kommet over kneiker i sin egen lidelse, gjør en bedre i stand til å være til stede som hjelper for andre. Dette erfarer både Støttesenteret mot incest og de terapeutiske samfunnene innenfor rusomsorgen (Rådet for psykisk helse. 2008:5) Veiledningen skal sikre et reflektert forhold til arbeidet og ens egne tema.

En annen interessant side ved samme utfordring, ser en også i nevnte undersøkelse. Den sier noe om at det kan være viktig å ha en viss avstand til egensykdom, man ser at mange av de brukeransatte fortsatt har symptomer.. Noen hører stemmer og andre kan ha perioder med depresjon. Dette hindrer nødvendigvis ikke at de kan gjøre en god jobb. Det argumenteres med hvorfor. Grunnen er nettopp at de fremdeles har disse symptomene men at de kan gi et innblikk i det å kunne leve med symptomer og sykdom samtidig som man lever et godt liv. (ibid:5)

Dette ble støttet av Anne. Hun påpeker at hun ikke nødvendigvis jobber med dette for å fortelle hvordan man kan fjerne symptomer, men å vise dem hvordan man kan leve et fullverdig liv med sykdommen. Vise hvordan hun selv lever med sin sykdom og hvordan hun har kommet i posisjon til å se hva som trigger henne og hva som utløser symptomer. Hun ønsker å vise hvordan man kan være et "helt" menneske med sin lidelse og symptomer.

4.4 Oss og dem

Jeg gikk inn i denne undersøkelsen med det for øye at jeg skulle være bevisst på ikke å skille disse to informantgruppene. Jeg skulle forsøke å stille meg helt åpen og la dem fortelle om blant annet hvordan en arbeidsfordeling er. Det som raskt slo meg er at de alle skiller på dette selv. Samtlige informanter var helt klar på at en FK kan fag og en EK kan bruke sin erfaring i hjelp for andre på ulikt vis. Samtidig var de klar på at de trengte hverandres kunnskap. Noen mer en andre, men alle fortalte at de hadde god tro på dette samarbeidet.

Jeg spør informantene mine videre; hvordan snakker dere til hverandre? Forholder du deg annerledes til kollega med motsatt kompetanse eller føler du det er det samme? I samtalen med Rita snakker vi om språk. Hun sier at fagfolkene nok har en litt annerledes måte å snakke på. De har sin egen terminologi og sitt eget språk. Hun kaller det ord og uttrykk som er litt "våre". Dette kan også kanskje gi makt. Man har ofte språkkoder og tolkninger som blir ansett som sannheter (Skau, 1992) Dette bekreftes av Hilde (EK) som sier at det er fagfolkene har makt over erfaringskonsulentene fordi de vet mer om hva som feiler/feilte oss. De har ordene og makten. Anne sier at hun snakker ikke fagspråk, hun tror hun har lettere for å kalle "en spade for en spade". Håkon og Martin som begge har fagkompetanse ser ikke noe unaturlig i dette. De sier det er sånn det er. De har sin fagbakgrunn og er vant til å snakke fagspråk, samtidig som de mener en del er personlig. Folk er forskjellige, de snakker forskjellig, har ulike måter å være på, å snakke på.

Det jeg legger merke til hos informantene, er at de ikke legger vekt på språket men på ulikheten i måten de forholder seg til hverandre på. Dette gjelder ikke Håkon som sier at *"det er klart det er et skille men de med fagkompetanse har også et levd liv. Så man er like når man har holdt på en stund. Det er en prosess"*. (Håkon, FK) Hilde er til dels enig; *"det viktigste er at noen er genuint opptatt av deg"* (Hilde, EK)

Rita er ikke enig i at terapeuter, enten de er EK eller FK, blir like etter hvert. Hun sier at det er noe udefinerbart mellom disse to kompetansegruppene. Det er noe som er vanskelig å snakke om. Det er vanskelig å korrigere de med manglende fagkompetanse.

Man kan være redd for at de skal oppleve en belærende og at man ikke setter pris på det de har av kompetanse. Hun sier videre at de med fagkompetanse også har et levd liv. Jeg legger merke til at hun bruker de samme ordene som Håkon. Hva tror de om oss, sier hun? Hva slags bilde har de av oss? Vi er også mennesker. Også Martin bruker Håkons ord. Han sier: ” *vi har jo levd et liv vi også. Vi er levende mennesker med erfaring. Vi har også evne til å leve oss inn i den enkeltes situasjon, men kanskje ikke på samme måte som de med erfaringskompetanse*” (Håkon, FK)

I forhold til hvordan de forholder seg til den ”motsatte” kompetanse sier Martin at han nok hadde forholdt seg annerledes til sin medgruppeleder hvis han var fagperson. Man regner likesom med at de tåler litt mer. Dersom bare fagfolk er sammen, kan man si mer. Jeg spør videre om de kan utdype og Rita utdyper med å si at man snakker annerledes til dem i visse tilfeller, man er opptatt av at de skal ha det bra. ” *jeg hadde forventet at de hadde stått i det på en annen måte. Du må tåle en del. Det kan være vanskelig å ta opp ting*”. (Rita, FK)

Medfører dette at de erfaringskompetanse tror at de blir snakket annerledes til? Jeg spør om dette og får til svar fra mine informanter med erfaringsbakgrunn at de ikke merker noe til dette. To av dem svarer imidlertid at de i begynnelsen hadde litt dårlig selvtilitt i gruppene og at de opplevde at ”de bare var en erfaringskonsulent”. Dette går seg til etter hvert mener de og har ikke hatt følelsen av at de blir tatt i med silkehansker eller at de blir stilt mindre krav til.

Jeg spør mine FK - informanter om de opplever at de snakker annerledes til medgruppeleder med erfaringsbakgrunn enn de ville gjort til en medgruppeleder med fagbakgrunn. Man kan kanskje kjenne seg usikker som fagperson også. Hva hvis man har forventninger til dem som ikke blir innfridd eller at man er redd for å trække på noen sine følelser og vet kanskje ikke helt hvor langt medgruppelederen deres er kommet i egen sykdombearbeidelse. Mange har lav selvfølelse og kjenner seg mindreverdige, de har kanskje ikke tatt utdanning og føler seg underlegne. (Rådet for psykisk helse, 2008)

Rita sier en del om dette med selvtillitt og evne til hjelpe andre med sin lidelse i bagasjen. Hun forklarer det med at en erfaringskonsulent kanskje har opplevd omsorgssvikt, har muligens en lav selvfølelse og har vært i behandling. De har hatt problemer med psykisk lidelse og har nå blitt hele. Dette er hun veldig imponert over og hun gjentar dette ofte under intervjuet. Hun er også imponert over hva de deler med gruppedeltagerne. Hun ser imidlertid også utfordringer med dette samarbeidet. Hun forteller et eksempel.

”de er ofte som en knust krukke som på en måte er limt sammen etter terapi og sånn, så er de limt sammen og er hele igjen. Men..... at det er så skjørt..... for at det er knekker og skår. Og det er egentlig et godt bilde synes jeg....Og jeg vil jo ikke være den som skal ødelegge det...” (Rita, EK)

De som ikke har den formelle utdannelsen, mener Rita, føler seg ofte underlegne i gruppeledersammenheng. Det er vanskelig å være sidestilt og ta opp ting. Rita føler at hun ofte må være forsiktig med hvordan hun tar opp ting med sin kollega fordi hun er redd for at kollega med EK skal tro at hun ikke verdsetter hennes kompetanse og ikke synes det er godt nok. *”Jeg har vært forsiktig, litt for forsiktig”* (Rita, FK)

Jeg blir interessert i hva dette handler om. Det å være redd for å såre, redd for å virke som en bedreviter og derfor holde inne med ting eller la være å si noe; på hvilke måter henger dette sammen med makt og kultur? Det er, slik jeg opplever det, en grunn til at Rita og til dels Martin, sier ting på en litt annen måte til en EK enn til en av sine fagkolleger. Dette tror jeg ikke nødvendigvis henger sammen med personlighet, eller at de som jobber som medgruppeledere med EK, er særlig skjøre som mennesker. Dette kan kanskje henge sammen med at FK er redde for at de skal oppfattes som bedrevitere og at de er usikre på hvordan de med EK skal ta opp evt kritikk eller diskusjoner. Jeg oppfatter det som om en EK også kan ha makt over FK. Jeg tror at vi som arbeider i helseyrker, både gjennom praksis og gjennom vår utdanning, nærmest er innprentet et menneskesyn som sier at vi skal hjelpe og være rause mot hverandre. Dette gjelder så sterkt i forhold til våre pasienter og brukere at vi har lett for å bli sånn også overfor våre kolleger. Vi skal ”forstå og sette oss inn i” og vi skal ”lytte og tilrettelegge”. Dette har

vi innlært. Kan denne forståelsen og empatien vi er vant til å bruke i vårt arbeid, ha betydning for hvordan det ser ut til at Rita tilrettelegger for sin medgruppeleder? Overføres tankesettet om våre brukere, at vi skal forstå og tilrettelegge, til medgruppeleder? Dette betyr jo at maktperspektivet er forflyttet som jeg ser det. I dette tilfellet er det den med erfaringskompetanse som har makt. Dette er selvsagt en uformell type makt som ikke er nedskrevet eller regulert. De har nok ikke fått i oppdrag å være ekstra forsiktige med erfaringskonsulentene, men likevel vises det at man tar spesielle hensyn. Hensyn man ikke ville tatt til en medgruppeleder med fagbakgrunn.

I teorien, om makt, viser jeg igjen til tema i teorien om ”roller, makt og avmakt”. Det er interessant det som sies her; den som ”får godkjent sin virkelighetsforståelse” i en gitt situasjon, sitter med makt. Det brukes betegnelsen modellmakt. Man har makt hvis man sitter på ”sannheten” i en gitt situasjon. (Løken, 2006:191) Betyr dette at det faktisk ikke bare er fagfolk som ”sitter på makt til å definere situasjoner” i gitte behandlingssituasjoner – men faktisk kan dette også gjelde for erfaringskompetansen? De med egenerfaring fra eks psykisk sykdom, sitter også på en sannhet. De sitter på sannheten om hvordan dette var for dem, og hva som virket i bedringsprosessen og ønsker å formidle dette. Det kan kanskje oppleves som truende for en EK at en med fagbakgrunn skal fortelle hvordan dette kan være. Som Rita sa, hun følte noen ganger at hun ble irettesatt av sin medleder med EK og fikk beskjed om at ”du kan ikke si sånn og sånn og det må du i alle fall ikke si” osv. Det kan også handle om den uformelle makta. Den som gir oss i hverdagen muligheten til, kanskje bare i kraft av oss selv, å krenke den andre. Dette er ofte personavhengig og handler om hierarkiske forhold og hvordan vi opplever oss selv og andre rundt oss og hvordan vi formidler dette. Samtidig er det jo FK som sitter på sannheten om behandlingsmetoder og tradisjoner på virksom tilnærming og på sin måte har makt. Så her ser jeg det som om makten er hos begge parter, om enn på litt ulike måter.

4.5 Roller og relasjoner

Topor (2003) er opptatt av ”egenskaper hos den andre” som et viktig punkt i recovery-prosessen. Mennesker som kommer seg etter alvorlige psykiske lidelser beskriver viktige egenskaper hos de personer som har hjulpet dem; at hjelperen viser seg som et virkelig menneske med sine egne mangler og nederlag, gjør det mulig for pasienten å

identifisere seg med vedkommende. Topor peker på at andres håp kan utgjøre en kilde til håpets tilbakevending hos pasienten og dermed føre til at prosessen med å komme seg, setter i gang. Samtidig er det viktig at andres forhåpninger ikke må føre til en opplevelse av å ikke få det til. Håpet må bygge på en aksept av den eksisterende person med alle sine mangler og nederlag og på samme tid skape tro på at forandring er mulig. Dersom man har gode relasjoner til pasienter, gir av seg selv og får pasientene til å oppleve at man selv har forventninger og håp på deres vegne, er man slik jeg ser det, i en god posisjon til å oppnå endringer.

Topor (2003) skriver blant annet om det han kaller relasjonenes sentrale rolle i betydningen å "komme seg" etter en psykisk lidelse. Han mener å finne i sine undersøkelser vedrørende hva som har hjulpet i en bedringsprosess, at ulike relasjoner og ulike relasjonspartnere kan få betydning for prosessen med å komme seg. I undersøkelsene fant han blant annet pasienters betydning av å se på den profesjonell som "venn". Topor trekker spesielt frem opplevelsen av gjensidighet som går igjen i fortellingene når det gjelder overtredelser som følge av "likesom -venn" relasjonene. Han kaller det en overtredelse hvor man lar pasienten gå foran institusjonen. Overtredelsen utgjør dermed en konkret problematisering av de regler som opprettholder grensen mellom pasient og profesjonell. Disse overtredelsene består ofte av helt hverdagslige handlinger som får en spesiell betydning nettopp ved å gjenskape den hverdagslige i situasjoner hvor det hverdagslige er underlagt institusjonens regler (ibid)

Er tilnærmingen til pasientene/gruppedeltagerne og rollene man har overfor dem, ulik, ut i fra om man er EK eller FK eller er dette personlig?, var et tema under intervjuene. Her kom det også frem interessante svar; rollene er nok ulike, mener Håkon, og samme med relasjonene til gruppedeltakerne. Jeg opplever nok at samtlige deltagere i undersøkelsen ser på disse to kompetansene som ulike og at de opplever ulikheter i forhold til gruppedeltakere eller pasienter. Noen er opptatt av at relasjonene er personavhengig, mens andre ikke. Dette er noe som forundret meg litt da jeg intervjuet. Jeg hadde sett for meg at flere ville se på det personlige som noe som vedrørte relasjonene i større grad. Jeg hadde også dette som et egen spørsmål i intervjuguiden.

Dersom en ser i en del teori, blant annet Bøe og Thomassens "Fra psykiatri til psykisk helsearbeid", ser en at de er opptatt av de menneskelige egenskapene en terapeut innehar og de er også opptatt av nærheten og "det gode møtet" i arbeidet med psykiske lidelser. De viser også i sin bok til et studentarbeid i videreutdanning for psykisk helse, hvor jeg var medskribent, som er kalt "brukerstemmer i litteraturen" (2006). Her kommer det fram en rekke tilfriskningshistorier hvor man ser på hva som har bidratt til folks bedringsprosess. Flere av fortellingene som tas opp her, sier mye om at det personlige hos terapeutene hadde stor plass i bedringsprosessen. Det at terapeuten viser seg som et helt menneske, med feil og mangler, og at de gjør noe som kanskje ikke forventes av dem. De går utenom sitt mandat og gir av seg selv. (Bøe og Thomassen, 2007) Som Hilde sier: "det viktigste er at noen er genuint interessert i deg" Dette ser jeg igjen i tanken om "den etiske fordring" (Løgstrup, 1991) hvor man er opptatt av det genuine, utenom -teoretiske menneskelig i oss i møte med hverandre. Det at man føler at noen er opptatt av oss som personer og ikke som kasus, kan være med på å gjøre bedringsprosessen mer ekte og gi opplevelsen av at man betyr noe for noen andre. Dette kan ha, som Hilde ser det, med personlighet å gjøre.

Nerheim (1996) er også opptatt av viktigheten av nærhet i arbeid med mennesker. Hun snakker om at det er relasjonen til "den andre" som bør bringes i fokus og at mening blir til i samhandling mellom mennesker.

Da jeg spurte om noe av relasjonene kunne tilskrives personlighet fikk jeg litt delte tilbakemeldinger. Håkon sier at det nok kan tilskrives personlighet. Både i forhold til alder, kjønn, erfaring og visdom. Han tenker at vi alle er ulike og at relasjoner er forbundet med dette. Det handler også om kjemi. "De setter pris på oss fordi vi er mennesker, ikke fordi vi har erfaringskunnskap eller fagkunnskap" (Martin, FK) Jeg opplever at Martin og Hilde (EK) er de av informantene som skiller minst mellom det å være representant for faget eller å være representant for erfaring. Hilde snakker mye om at en FK og en EK ikke er særlig ulike egentlig. Hun poengterer at dette gjelder i forhold til hva man kan gi andre mennesker. Det handler om relasjoner og det handler om hva man gir av seg selv. Hilde sier at en FK kan gi lite eller mye av seg selv i møte

med mennesker, hun har opplevd begge deler. ”dersom gruppedeltagerne merker at FK er personlig og oppriktig, får han oppmerksomheten deres på en helt annen måte” (Hilde, EK) Dette kjenner jeg igjen flere steder i teorien, særlig kanskje hos Topor som er opptatt av det personlige i møtet med andre, men også som nevnt Nerheim (1996) og hennes fokus på nærhet i møter oss mennesker i mellom. Det å vise seg som et menneske på godt og vondt og gi av seg gjør det mulig for pasienten å identifisere seg med vedkommende. (Topor, 2003) Dette tenker jeg kan være noe av grunnen til at gruppedeltagerne ofte gir oppmerksomhet til terapeuter som gir av seg selv. De trenger gjenkjennelse.

I samme forbindelse, har Evy en tanke om at relasjonen og evne til å bringe håp henger sammen med terapeutens trygghet på seg selv. Hun sier at dersom man kan utvise trygghet og stolthet i sin rolle, vil dette ha avgjørende betydning for bedringsprosessen. Pasienten stoler på at du vet hva du snakker om. EK må kunne erkjenne og være stolt av sin fortid og ha evne til å formidle dette. Man kan kanskje si at hun tenker på det menneskelig aspektet ved oss, hun påpeker jo at vår trygghet og dennes innvirkning på dem vi hjelper, gjelder både for EK og FK.

Spesielt to av mine EK-informanter er opptatt av hvordan man kan snakke til pasientene/deltagerne. Både Evy og Anne, begge EK, sier at de føler de kan være mer direkte med deltagerne enn det en FK kan. Jeg spør om de kan utdype dette. Evy sier at ”jeg kan være mer direkte og tøff med dem. Jeg har ikke behandlingsansvar og kan tillate meg mer. (Evy, EK) Jeg tolker det som at Evy tenker at pasientene vil tåle mer fra henne fordi de vet at hun selv har vært der de er og har muligheten til å se dem og deres situasjon på en spesiell måte. Kanskje hun, når hun forteller sin historie, kan åpne opp for alternative måter å tenke på. Hun sier også at ”dersom fagfolk hadde sagt det samme, er det slett ikke sikkert det hadde falt i god jord.”(Evy, EK) Anne har også noe av samme oppfatning og svarer at hun kan være mer direkte, hun kan provosere mer. ”På en måte er jeg en av dem og da tåler de mer fra meg” (Anne, EK)

KAPITTEL 5 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Innledningsvis sier jeg noe om at personer med erfaringskompetanse kan vite om hva det vil si å være akkurat der pasientene er. De kan ha erfaringer som er verdt å satse på i tilnærmingen til psykisk syke mennesker eller pårørende. Jeg har forsøkt å undersøke hva ansatte i psykisk helsevern selv tenker om erfaringskompetanse og hvilke muligheter og utfordringer dette kan gi. Jeg ønsket å høre om hva slags kunnskap og erfaringer som ble ansett som gyldige og om de to gruppene hadde ulike syn på det.

Jeg var opptatt av at de skulle gi sin egen opplevelse av hvordan de oppfattet dette, i og med at alle mine informanter selv arbeidet i kombinasjonen fag/erfaring. Under analyse av materiale kom det frem både muligheter og utfordringer i det å ansette erfaringskonsulenter. En del av dette var felles tanker for både erfaringskonsulentene og fagansatte. Jeg har forsøkt å se mønster i materiale og presentert dette sammen med drøfting opp mot aktuelle teoretiske perspektiv En del av funnene var ting jeg på forhånd hadde tenkt ville komme frem mens annet var overraskende for meg.

På forhånd var jeg også klar på at jeg ønsket å belyse om egen sykdomshistorie kunne ha innvirkning på arbeidet for erfaringskonsulentene. Jeg tenkte at dette kanskje var tema som særlig opptok de fagansatte og som kunne være noe som hindret dem i å ønske denne type kompetanse. Det viste at erfaringskonsulentene var vel så opptatt av dette med bearbeiding av egen lidelse som et krav for at man skulle kunne gjøre et godt arbeid med andre mennesker som sliter med noe av det samme.

Jeg ønsket også å se om de fagansatte tok spesielle hensyn til erfaringskonsulentene. Dette kom også fram i materialet. Det er det noen av informantene som gjør. De snakker annerledes til dem og kan være nervøse for å kritisere eller si noe som kan være oppskakende. Maktperspektivet kom klart for meg i denne sammenheng. Hvem har makta her, og hvorfor tilrettelegger de? Er det slik at EK ser på sin erfaring som det som er gjeldene?

Jeg opplever at jeg har fått nok svar på det jeg i utgangspunktet hadde satt meg fore, til at jeg nå sitter igjen med enda flere spørsmål. Disse tas opp på slutten av kapitlet. Samtidig ser jeg klare mønster i funnene både i forhold til utfordringer og muligheter. Hva var det informantene opplevde som muligheter ved ansettelser av erfaringskonsulenter? Hva var så utfordringene rundt denne type ansettelser? Jeg vil gå igjennom det jeg anser som hovedtrekk i mine funn samt si litt om egne tanker rundt tema og hvilke tanker jeg sitter igjen med etter endt undersøkelse.

Den største terapeutiske muligheten jeg opplevde at informantene sa noe om, var erfaringskonsulentenes sjanse til å gi pasienter/gruppedeltagere håp om bedring. De har, ifølge både EK og FK en god mulighet til å gå foran med et godt eksempel på at det nytter å ta tak i problemene og at man har muligheten til å kunne leve et verdig og godt liv med sin sykdom og sine symptomer. EK kan lære bort ting, både til de fagansatte og til pasienter/gruppedeltagere, man kan lære pasientene å finne sine ressurser og finne egne løsninger i stedet for å gjemme seg bak kaos og dårlig oversikt over eget liv.

”Empowerment” begrepet kommer til syne i stor grad. Det er felles forståelse fra informantene mine om at en annen mulighet for bedring dersom EK ansettes, er deres sjanse til å vise pasientens egne ressurser og få disse satt i system. De trenger noen som kan vise veien og være et eksempel på at det er mulighet til å leve et godt liv med struktur og håndterbarhet, til tross for sykdom. Samtidig ser jeg at hovedtrekkene i funnene mine også sier mye felles om hva en FK kan tilføre samarbeidet EK/FK. Flere av informantene sier at en FK kan gi oversikt og gi god informasjon om både hva som skjer i kroppen og mer teoretisk hvordan man kan håndtere dette når man er syk. En FK kan også holde struktur i gruppen.

En annen beskrivelse av muligheter som jeg synes går igjen som hovedtrekk, er viktigheten av bredde og mangfold. Dette er noe samtlige er opptatt av. Noen mener riktignok at dette er personavhengig men de mener alle at man trenger hverandres kunnskaper for å gi et godt tilbud i psykisk helsevern. Både EK og FK ser viktigheten av erfaringskompetansen som likeverdig tilnærming, men at de er avhengig av

hverandre i gruppene eller den arbeidsmessig sammensetningen. De argumenterer for dette på ulikt vis.

Relasjoner, roller og hva slags nærhet man har til pasientene/gruppedeltagere, var også en tråd. Informantene poengterer at det er ulikt hva en EK og en FK kan bidra med, men de er også enige om at det kan være personlige faktorer som spiller inn.

I forhold til utfordringer, er det også et par ting som går igjen i materialet. Den viktigste og mest fremtredende, er informantenes oppfatning om viktigheten av at EK sin egen sykdom er bearbeidet. Dette gjelder alle informantene. De sier på ulike vis at man må være klar på egne begrensninger og vite hva som trigger. De sier også at dersom dette ikke er bearbeidet, kan erfaringskonsulenten virke mot sin hensikt, og faktisk "ødelegge" en gruppe. Det kommer også frem fra et par av FK, at dette ikke nødvendigvis er bearbeidet av alle EK. De opplever at de snakker annerledes til dem og at de tar hensyn de ellers ikke ville tatt dersom gruppen bestod av to FK. Jeg merket meg at for noen av informantene, opplevde forholdet mellom EK og FK som noe anspent. Det var følelser involvert og det var ting som kunne være vanskelig å snakke om. Dette hensynet, som det ble snakket om, interesserte meg. Hvorfor tar man disse hensynene, ligger det "i oss" som jobber i disse yrkene, er det forforståelsen som virker inn, kan det tenkes at FK ikke tror EK vil takle kritikk fordi "alle som har erfaring fra psykisk lidelse er skjøre"?

De tankene jeg sitter igjen med i forhold til mitt materiale og hva som er hovedtrådene i det, er at synet på utfordringene og mulighetene er ganske likt. Perspektivet om håp og viktigheten av tverrfaglighet og bredde i møtet med mennesker, går igjen. Man trenger hverandres kompetanse. Utfordringene går i retning av at EK sin historie må være bearbeidet nok til at man vet hva som sitt eget og hva som er gruppedeltaker/pasients. Man må kunne jobbe for andre og ikke bringe seg selv ut av fatning på en måte som skader gruppen. Jeg tenker også at dette jeg har nevnt med de hensyn som tas av FK overfor EK, kan ha med usikkerhet, forforståelse og lite erfaring på området å gjøre. Dette bør uansett jobbes videre med, tenker jeg, og være særlige tema under eksempelvis veiledingstimer.

I samtalene under intervjuene, snakket vi også om deres mening om hvor langt psykiatrien var kommet i endringen fra den tradisjonelle medisinske tenkningen til en mer dialogisk tilnærming hvor erfaringskunnskap tas inn i evidensbegrepet. De hadde alle en mening om dette og sa hovedsakelig at veien mot likeverd og systemrespekt for erfaringskompetansen, er lang. Det er imidlertid på vei, men utfordringene er mange. Samtlige hadde en mening om at erfaringskompetansen var et viktig ledd i tilnærmingen til pasienter men at det trengs mer tid og tålmodighet før fagfolk, uten kultur for denne arbeidsmetoden, vil ønske den helt velkommen.

Videre spørsmål

Det er to ting i denne undersøkelsen som har fattet min interesse utenom det vanlige. Ideene og tankene kommer fra to av mine informanter, den ene EK og den andre FK. De dreier seg begge om makt. Jeg har lyst til å gjengi dette, om enn litt komprimert, og stiller spørsmål om hvordan vi kan jobbe fremover med disse tingene. En av mine FK sa; hvem tar inn disse erfaringskonsulentene i vårt arbeid med pasienter og gruppedeltakere? Hvem har bestemt når - og hvor i arbeidet – det trengs? Det er jo oss, fagfolkene. Det er fagfolkene som har makta til å bestemme ”om, når og hvem”. Hvilke pasienter får denne type oppfølging fra EK? Når skal de inn i behandlingsprosessen eller undervisning? Disse menneskene har ingen papirer, de er ansatt fordi vi, fagfolkene, har bestemt at de som personer er gode nok og har kommet langt nok i sin sykdomsbearbeidelse. De har ingen vitnemål fra noe universitet som erfaringskonsulent. De er ansatt på vår ”nåde” og fordi vi tillater det. (FK)

Den andre informant, en EK, sa en annen interessant ting som jeg også opplever handler om reell makt; ”jeg kalles erfaringskonsulent fordi fagpersonene har bestemt at det skal det hete. De har avgjort at mitt fag og mitt liv ikke er godkjent fordi jeg ikke har sittet på skolebenken. Men jeg vet at jeg har like mye erfaring inni meg som om jeg skulle gått 10-20 år på skole. Så det er hierarkiet som har bestemt at jeg er erfaringskonsulent”.

Samme person sier også en del om et eventuelt paradigmeskifte; staten bruker en formue på å finne opp kruttet på nytt. Om igjen og om igjen. Når en vanlig mann i gata sier det samme eller en pasient sier det, blir det tatt inn til vurdering hos de store maktpersoner. Men de har sine teorier og de har sin måte å uttrykke nettopp det samme på. Så de starter prosjekter og grupper fordi de ønsker å "finne det opp selv". Det er makthierarkiet på sitt beste. Det er altså fagpersoner som definerer hva en erfaringskonsulent er og når man kan kalle seg dette. De lager begrepene og bestemmer hvordan man skal bruke kunnskapen sin.

Hva forteller dette oss? Det er, slik jeg ser det, ikke vanskelig å trekke slutningen om at det, i forhold til videre arbeid og utvikling rundt erfaringsansettelser, uansett er fageliten som har makta. De sitter på "definisjonsretten" og bestemmer hva som skal satses videre på i arbeidet med psykisk syke og gir løsningen på hvordan, praktisk og formelt, dette skal gjennomføres. Maktbegrepet blir igjen sentralt, slik jeg ser det.

Erfaringskunnskap gir også makt, men i hvilken betydning er det nok at man sitter på mye god erfaringskunnskap, dersom det likevel sitter fagpersoner over som bestemmer om kunnskapen er gyldig eller ikke og som bestemmer om nettopp du er frisk nok til å kunne gi denne typen kunnskap videre? Hvordan skal man kunne kvalitetssikre ansettelser av erfaringskonsulenter uten at fagpersoner skal bestemme dette ut fra egen skjønn?

Hva med forforståelsen, som jeg nevnte kort ovenfor, til mine informanter? De med FK behandler pasienter med kanskje samme lidelse som sine kolleger med EK og har sine formeninger og tanker om de ulike typer lidelser og hva de medfører. Kan de ha fordommer og ikke være i stand til å se utenfor dette? Kan de generalisere og tenke at "alle med tidligere depresjoner, vil være slik og slik eller schizofreni kan utløse sånn og sånn i ettertid?" Kan de la dette prege dem i samarbeidet med dem?, lurer jeg på. Og omvendt; EK har antageligvis også en forforståelse overfor sine kolleger med FK. De har kanskje opplevd behandlingsapparatet på godt og vondt og har en mening om dette. Kanskje de også har vansker med å legge dette fra seg.? Dette tenker jeg også kan være gode, viktige tema i veiledning videre for både erfaringsansatte og fagansatte.

Så; hvem sine erfaringer og kompetanse er gyldig? Det kan se ut som at kompetanse settes opp i ulike kategorier, og at noe er viktigere og mer anvendelig en annet. Det at man alle er mennesker og har sin personlighet og ulikhet i møtet med andre, er tydelig viktig for mine informanter. Likevel skiller de på rollene, FK har sine kvalifikasjoner og EK har sine. Er det slik at ikke FK sine livserfaringer er like vesentlige og betydningsfulle? Har livserfaringene og fortellingene til EK hegemoni fordi de er sterkere historier og vi lettere lar oss gripe? Det er vel også slik at psykisk syke eller gruppedeltagerne også trenger historier fra ”vanlige folk” og deres livserfaringer. Dette ser jeg i funnene at en del er opptatt av. Vi har levde liv, vi også, sier FK. Snakker de om disse erfaringene? Kanskje nettopp nærhet til pasientene bør inn i terapien og faget; kanskje bør vi gi mer av oss selv og våre livshistorier og tenke at man er to personer i et felles møte med endringsmuligheter og et felles mål.

Jeg har fundert over hvilke analytiske spørsmål som ville dukket opp hvis jeg hadde valgt et materiale basert på både ansatte og pasienter og sett dette i et perspektiv over effekt og bedringsprosesser. Hvilke erfaringer ville pasientene brakt inn i en slik studie, og hva er de opptatt av? Ville det vært forskjell på hvilke funn jeg hadde fått fra pasientene om synet på erfaringsansettelser, og trenger de dem så mye som mine informanter har inntrykk av eller er de fornøyd med dem opprinnelige formen for behandling?

Til slutt vil jeg nevne at arbeidet med oppgaven har gjort meg bevisst på at vi som jobber med psykisk helsearbeid har et ansvar for å ha kunnskap om hva som virker for våre pasienter og vi har et ansvar for å ha kunnskap om ulike tilnærminger innen vårt fag. De føringene som man er pålagt å følge, som planer, lover og reguleringer, har stor påvirkning på hvordan den enkeltes arbeidsplass utvikler takhøyde og kultur for alternative behandlingsmetoder og hvordan man ser på erfaring som viktig og gyldig kunnskap.

Studiens betydning

Denne undersøkelsen har hatt som mål å se de ansattes erfaringer og oppfatninger av ansettelse av mennesker med egenerfaring som kompetanse. Tidligere undersøkelser har, som tidligere nevnt, allerede kartlagt en del om hvor og hvem som bruker denne typen kompetanse, og denne studien kanskje kan bidra til et overblikk over hva en del ansatte som allerede arbeider på denne måten opplever er styrker og svakheter ved tilnærmingen. Muligens kan dette være med på å bidra til å heve kunnskapen om hva som fungerer og er ønskelig med denne typen ansettelse og hva som kan være utfordrende og som bør gjennomtenkes før man ansetter personer med erfaringskompetanse. Utvalget er ikke stort nok til at man kan gi noen bastante svar eller til å generalisere, men studien gir et bilde på hva et utvalg ansatte opplever og erfarer i denne kombinasjonen fag/erfaring som forhåpentligvis kan være til nytte i videre undersøkelser, evaluering eller ved behovskartlegging og igangsetting av denne type ansettelse.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2000) ”*Helbredets mysterium*” København: Hans Reitzels Forlag
- Askheim, O.P., (2000) ”*Omsorgspolitiske endringer – profesjonelle utfordringer*”, Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Bjørnson, R. (2008).” Medarbeider med brukererfaring. MB-utdanningen” *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 (4) s. 328-336
- Brodcorp E, Norvoll R & Rugkåsa M. (2001).”*Mellom mennesker og samfunn*” Oslo: Gyldendal norsk forlag AS
- Bøe, T.D., & Elvemo, O. (2008). ”Psykisk lidelse – en kvalifikasjon”. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 306-308
- Bøe, T. D., & Thomassen A. (2006).”*Fra psykiatri til psykisk helsearbeid – om etikk relasjoner og nettverk*” Oslo: Universitetsforlaget
- Bøe, T.D. (2007). ”Evidensbasert praksis i psykisk helsearbeid – kan innenfra-perspektivet og brukerkunnskapen gis plass i evidensbegrepet?” *Tidsskrift for psykisk helse*, 4(2) s. 194-202
- Dalland, O. (1994). ”*Metodevalg for studenter*” Oslo: Universitetsforlaget
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J.A., (2002) ”*Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*” Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Informasjonshefte ROM, nr 1/2007
- Kristoffersen, K, (2006) ”*Helsens sammenhenger helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*”, Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Kvale, S. (1997). ”*Det kvalitative forskningsintervju*” Oslo: Universitetsforlaget
- Løgstrup, K.E. (1991) ”*Den etiske fordring*”, København: Gyldendal, (1.opplag 1956)
- Løken, K.H., (2006). ”Å lykkes med brukermedvirkning”. I: Arve Almvik og Lisbeth Borge (red). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget s.187-201
- Martinsen, K. (2005) ”*Samtalen, skjønnnet og evidensen*” Oslo: Akribe
- Nasjonal helseplan(1988-1989)
- Nerheim, H. (1995) ”*Vitenskap og kommunikasjon*” Oslo: Universitetsforlaget

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

Ryen, A. (2002). *"Det kvalitative intervjuet - fra vitenskapsteori til feltarbeid."* Fagbokforlaget

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

Schön, D. (1987). *"Education the reflective practitioner"*. San Francisco: Jossey-Bass

Skau, G.M. (1992). *"Mellom makt og hjelp"* Oslo: Tono Aschehaug

Sognen, R. (2007). "Unyansert om evidens" *Forskningspolitikk* nr 2 Oslo: NIFU STEP

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997), Åpenhet og helhet.

Stortingsmelding nr. 34 (1996-1997)

St. prp. nr 63 (1997-98)

Stalsberg, A.S. & Uhre, R. (1997). *"Nettverk for psykiatriske pasienter i kommunen"* Oppgave ved videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ved Høyskolen i Agder

Svensson, E. (1984): *"Forskningsmetoder"* Oslo: Aschehoug forlag

Topor, A. (2003) *"Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser."*

København: Hans Reitzels forlag.

Vedlegg 1

TEMABASERT INTERVJUGUIDE

Personopplysninger:

Er du ansatt pga fagkompetanse eller erfaringskompetanse?

Hvor lenge har du arbeidet i denne stillingen?

Har du lang erfaring med å arbeide i kombinasjonen fag/erfaring?

Forkortelser:

EK = erfaringskompetanse

FK= fagkompetanse

TEMA:

Relasjoner og roller

- Hva tenker du er vesentlig i pasientenes bedringsprosesser?
- Kan dette handle om terapeutens personlighet?
- Opplever du at en EK har andre relasjoner til pasienter/deltagere, enn en FK har?
I så fall, utdyp dette
- Si litt om hva som du opplever som viktig med kombinasjonen EK/FK.
- Hva opplever du som utfordrende rundt kombinasjonen?

Makt

- Opplever du at den ene gruppen ansatte har mer makt enn den andre? I tilfelle, hvem og hvorfor?

- Opplever du å ha måttet kjempe for å bli hørt i den motsatte gruppen?
- Hvordan vurderer du viktigheten av din kompetanse kontra den motsatte gruppe?
- Hvordan tror du motsatt gruppe ser på viktigheten av din kompetanse?

Samarbeid

- Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom disse to gruppene?
- Opplever du utfordringer i samarbeidet? I tilfelle ja, utdyp.
- Kan du beskrive en dag på jobb?
- Har disse to gruppene ulike oppgaver i gruppeledersammenheng/undervisning?
Hvordan er fordelingen?

Til slutt; oppsummer hva du opplever som muligheter og utfordringer ved ansettelse av erfaringskompetanse i psykisk helse.

Muligheter:

Utfordringer: