



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 PHA508 1 MOPPG 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	408
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	23893
----------------------	-------

**Egenerklæring \*:** Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

## Sittende fast i midten

Erfaringskonsulenter i en liminal yrkesrolle

## Stuck in the middle

Peer support workers in a liminal professional role

Øyvind Jank

Master i psykisk helse- og rusarbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

14.05.2021



Corridor in the asylum, 1889, av Vincent van Gogh. Tegning. The Metropolitan museum of art, New York, USA. Lisensiert under CC BY-SA 2.0. I følge Tschudi-Madsen (2019) ble Vincent van Gogh (1853-1890) ikke anerkjent i sin levetid. I mai 1889 ble han innlagt på asyl i Saint-Rémy. Han lagde der flere lerreter og tegninger og tok kort tid etter sitt eget liv. Van Gogh fornyet den europeiske malerkunsten etter sin død gjennom en tidlig ekspresjonistisk stil.

## Forord

Jeg vil takke de åtte erfaringskonsulentene og de to prøveinformantene som tok av sin tid og stilte til intervjuer i dette prosjektet. Uten dere hadde ikke denne oppgaven eksistert.

Jeg er selv i en mellomposisjon som masterstudent, innlevering av oppgaven markerer et skille. Studentrollen er liminal og representerer overgangen til en ny posisjon i livet mitt. Det har vært et privilegium å få lov til å få utføre en analyse av hverdagen til erfaringskonsulenter. Tiden som er brukt har vært vel investert.

Takk til Kristina Bakke Åkerblom for at du skaffet meg en informant og ordnet et prøveintervju. Takk til veileder Ole Bjørn Rekdal for nøkternt og klokt å vise vei, og tilrettelegge for å finne mine egne løsninger. Til min leder på jobb som ga permisjon og tid nok til å fullføre prosjektet. De dyktige og serviceinnstilte studentene på IT-hjelp på biblioteket stiller alltid opp og hjelper med de tekniske detaljene. Nysgjerrigheten fra mine kollegaer når de spør hvor langt jeg er kommet og de støttende ordene.

*Takk mamma og pappa*

Øyvind Jank

Bergen, mai 2021

## Sammendrag

Hensikt: Hensikten med studien er å utforske og beskrive erfaringskonsulenter sine erfaringer i yrkesrollen som personale med tidligere brukererfaring.

Teoretisk ramme: «Asylums» av Erving Goffman (1961) anvendes som ramme for å forstå hvordan en person sosialiseres til å bli en pasient. Mary Douglas (1966) sin teori om hvordan alle mennesker har behov for å kategorisere sine omgivelser belyser fagpersonalet sine reaksjoner i møte med erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter sin endring av posisjon i samfunnet illustreres gjennom Arnold van Gennep (1909) sin teori om overgangsritual. Victor Turner (1969) og Edith Turner (2012) sitt syn på communitas, den unike kontakten som oppstår mellom mennesker i liminale faser, knyttes til erfaringskonsulenter sine relasjoner til brukerne.

Metode: En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming anvendes i åtte kvalitative dybdeintervjuer. Intervjuguiden er basert på en modell utviklet av Kvale og Brinkmann (2015). Analysen er inspirert av prinsipper i Malterud (2012) sin systematiske tekstkondensering (STC).

Resultater: En sårbar styrke ligger i yrket som erfaringskonsulent. Erfaringskonsulenter kan tillate seg adferd som ikke fagpersonalet kan gjøre. Brudd på normer har et positivt aspekt i seg fordi det knytter erfaringskonsulenter tett til brukerne. Erfaringskonsulenter oppnår et naturlig innpass hos brukerne. Samtidig utfordres fagpersonalet og systemet. Fagpersonalet er delt i sin tilnærming mot erfaringskonsulenter. Noen er positive og andre viser skepsis i skjulte og åpne former. Bruk av midlertidige stillinger omtales som å skape usikkerhet og gi helseforetaket et alibi for at brukermedvirkningen er sikret.

Mål: Målet er økt bevisstgjøring rundt kjerneverdiene til erfaringskompetanse. Myndighetene må tydeliggjøre hvordan kompetansen skal implementeres i psykisk helsevern.

Nøkkelord: Erfaringskonsulenter, overgangsritual, liminalitet, sosialisering i roller, communitas.

## Abstract

Purpose: The purpose of this study is to explore and describe peer support workers experiences in the professional role as staff in mental health services.

Theoretical framework: «Asylums» by Erving Goffman (1961) is used as a framework for understanding how a person is socialized to become a patient. The theory by Mary Douglas (1966) stated in «Purity and danger» of how all people need to categorize their surroundings illuminates the staff's reactions towards peer support workers. Peer support workers change of position in society is illustrated through the theory of «rites of passage» by Arnold van Gennep (1909). Communitas, the unique contact that occurs between people in liminal positions, is linked to peer support workers relationships with the recipients through the works of Victor Turner (1969) and Edith Turner (2012).

Method: A hermeneutic-phenomenological approach is used in eight qualitative in-depth interviews. The interview guide is based on a model developed by Kvale and Brinkmann (2015). The analysis is inspired by principles in systematic text condensation (STC) by Malterud (2012).

Results: A vulnerable strength lies in the profession as a peer support worker. Peer support workers can allow themselves different behaviors than what the professional staff can do. Breach of norms has a positive aspect in itself because it connects peer support workers closely to recipients. Peer support workers achieve a natural bond with recipients. Hence the professional staff and the system are being challenged. The professional staff is divided in their approach to peer support workers. Some are positive and others show skepticism in hidden and open ways. Temporary positions are referred to as creating uncertainty and giving the services an alibi for ensuring that peer support is included.

Objective: The aim is to increase awareness of the core values of peer support. The authorities must clarify how peer support is to be implemented in mental health services.

Keywords: Peer support workers, rite of passage, liminality, socialization into roles, communitas.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag .....	4
Abstract .....	5
Innholdsfortegnelse .....	6
<b>1 Innledning .....</b>	<b>8</b>
1.1 Erfaringskonsulenter .....	8
1.2 Forskningsspørsmål .....	10
1.2.1 Samfunnskontekst .....	10
1.2.2 Tilbakeblikk på galskap .....	11
1.3 Avklaringer .....	12
1.3.1 Forforståelse .....	13
1.4 Oppgavens oppbygning .....	13
<b>2 Tidligere forskning .....</b>	<b>14</b>
2.1 Overblikk .....	14
2.1.2 Hva er fokus i tidligere forskning? .....	14
2.2 Norsk forskning .....	15
2.3 Internasjonal forskning .....	18
2.3.1 I en mellomposisjon .....	18
2.3.2 En spesiell kontakt .....	21
<b>3 Teoretisk rammeverk .....</b>	<b>24</b>
3.1 Totale institusjoner .....	24
3.1.2 Fagpersonalet sin verden .....	25
3.1.3 Den moralske karrieren .....	26
3.2 Urenhet .....	28
3.2.1 Stabilitet .....	28
3.2.2 Fare og makt .....	29
3.3 Passasje til noe nytt .....	30
3.3.1 Samfunnet er et hus .....	31
3.4 Likeverdighet .....	32
3.4 Relevans til teori .....	33
<b>4 Metode .....</b>	<b>35</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted .....	35
4.2 Fenomenologi .....	36



4.2.1 Hermeneutikk .....	37
4.3 Hvorfor intervjuer? .....	38
4.4 Datainnsamling .....	39
4.4.1 Rekruttering og deltakere .....	39
4.4.2 Intervjuguide .....	40
4.5 Etikk .....	42
4.5.1 Informert samtykke og personvern .....	42
4.5.2 Et overordnet etisk perspektiv .....	42
5 Analyse .....	44
5.1 Systematisk tekstkondensering .....	44
5.2 Trinn 1-2: Første inntrykk til meningsbærende enheter .....	44
5.3 Trinn 3-4: Undergrupper, kondensater og analytisk tekst .....	46
6 Funn .....	48
6.1 Sårbar styrke .....	50
6.2 I normløst terreng .....	52
6.3 Skepsis mot urenhet .....	55
6.4 Avmakt i møte med struktur .....	57
7 Drøfting .....	60
7.1 Validitet og reliabilitet: Prosjektets styrker og svakheter .....	60
7.1.1 Refleksivitet .....	61
7.2 Refleksjoner over funn .....	62
7.2.1 Liminal kraft .....	62
7.2.2 Normbrudd .....	67
7.2.3 Kulturelle kategorier og spenningsfelt .....	70
7.2.4 Systemet skaper usikkerhet .....	72
8 Relevans og avslutning .....	76
Referanser .....	77
Vedlegg 1 Informasjons- og samtykkeskriv	Illustrasjon:
Vedlegg 2 Intervjuguide	Corridor in the asylum, 1889,
Vedlegg 3 Svar fra NSD	av Vincent van Gogh.....2

Antall ord: 23893

## 1 Innledning

Dette prosjektet handler om erfaringskonsulenter i norsk psykisk helsevern.

Forskningsblikket mitt rettes mot hvordan det oppleves å være i en posisjon midt i mellom, fra tidligere å ha vært en bruker til å bli et personale. Det er en reise som tar lang tid for erfaringskonsulenter og har flere sider med fordeler og bakdeler.

### 1.1 Erfaringskonsulenter

«Det tok meg omtrent femten år på overgangen fra å være en kronisk psykiatrisk pasient til å bli en av New Zealand sine tre kommisjonærer for psykisk helse», forteller Mary O'Hagan i sin selvbiografiske bok «Madness made me» (O'Hagan, 2014, s. 217). Forfatteren hevder at det var ikke så mye bragden i seg selv men ironien i det hele som ga henne glede. Disse ordene går direkte til kjernen av erfaringskonsulenter sin utøvelse av erfaringskompetanse, som dette prosjektet handler om. Erfaringskonsulent er et ungt yrke i psykisk helse- og rustjenester som representerer perspektiver fra personer som tidligere har vært brukere. I 1977 forteller Judi Chamberlin i boken «On our own» om sine opplevelser som tidligere pasient i det psykiatriske helsesystemet i USA. Hennes opplevelser i dette systemet førte til at hun involverte seg i flere brukergrupper, styrt av mennesker med en felles historie som tidligere psykiatriske pasienter (Chamberlin, 1999, s. 7). Når mennesker har problemer i livene sine kan de hjelpe hverandre, hevder Chamberlin (1999, s. 16), psykiatere har ikke enerett på kunnskap om ensomhet, fremmedgjøring, sinne eller andre vanskeligheter som oppstår i livet. «On our own» av Chamberlin er blitt en klassiker i brukerbevegelsen hvor hun beskriver en bevisstgjøring av sine opplevelser som pasient, i en protest mot et psykiatrisk helsevesen som hun mener er mer til skade enn det er til nytte for mennesker.

Peer support er den engelskspråklige betegnelsen på erfaringskompetanse. Mead et al. (2001) har følgende definisjon på peer support:

Peer support is a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful. Peer support is not based on psychiatric models and diagnostic criteria. It is about understanding

another's situation empathically through the shared experience of emotional and psychological pain. (Mead et al., 2001, s. 135).

Peer support, hevder Mead et al. (2001, s. 136), er en naturlig utvidelse av samfunnet, i stedet for å etterligne en profesjonell behandling hvor mennesker defineres som å ha mangler. I følge Slade et al. (2014, s. 14-15) oppsto peer support i brukerbevegelsen og på utsiden av de tradisjonelle helsetjenestene innen psykiatri, og er basert på verdier fra recovery<sup>1</sup> som håp, selvbestemmelse over eget liv, gjensidighet og bruk av levd erfaringskunnskap til hjelp for andre. «Erfaringskonsulent» er i følge Weber og Frahm Jensen (2016, s. 11, 14) en samlebetegnelse på brukeransatte, kravet er egenerfaring med psykiske helseplager eller rus. Denne kompetansen skal anvendes i arbeidet. Formålet med stillingene er blant annet å styrke brukerperspektivet, bidra til medbestemmelse i behandling og styrke pasienten sin autonomi og menneskerettigheter. I følge Ose (2021, s. 126) er de vanligste arbeidsoppgavene til en brukeransatt arbeid med enkeltbrukere, og deretter følger arbeid på systemnivå og i utvikling av tjenester. Dette gjelder for både kommunene og spesialisthelsetjenestene. Ose (2021, s. 130-131) presiserer at arbeidsgiver må være tydelig på hvilke arbeidsoppgaver en brukeransatt skal utføre, og at denne kompetansen bidrar med noe annet enn fagkompetansen. I 2019 utgjorde ansatte med erfaringskompetanse innen psykisk helse og rus i kommunene 167,4 årsverk<sup>2</sup>, en økning fra 147 årsverk i 2018. Brukerinnflytelse omtales slik av regjeringen:

---

<sup>1</sup> Nikolas Rose skriver i kapittelet «The politics of recovery» (2019, s. 161-165) i boken «Our psychiatric future: The politics of mental health» om hvordan recovery er blitt utviklet til en profesjonell praksis. Fra 1990-tallet ble recovery sett på av profesjonelle som den ledende tilnærmingen etter perioden med asyl. Den opprinnelige tanken i recovery om at hvert individ setter seg sine egne mål, ble overtatt av en profesjonell tilnærming som definerte nøkkelstadier og ønskelig utbytte i recovery. Bøker og manualer ble skrevet av fagpersoner som benevnte seg selv som «eksperter i recovery» (Rose, 2019, s. 163).

<sup>2</sup> Jeg har sendt e-post til SINTEF (vår 2021) og etterspurt oppdaterte tall på årsverk for erfaringskonsulenter i alle helseforetak, både institusjoner og kommuner. Det er også erfaringskonsulenter ansatt i privat sektor. SINTEF svarte at det ikke finnes en samlet oversikt over dette.

Økt brukerinnflytelse forutsetter at helsepersonell endrer holdninger og faglig tilnærming. Brukernes kunnskap og erfaring må være integrert i det faglige grunnlaget for behandlingen, ikke være en kunnskap eller en metode ved siden av helsefaget. Den ene kunnskapen erstatter ikke den andre – begge er nødvendige for å skape god kvalitet i tjenesten. (Meld. St.11 (2015-2016), s. 62).

Hovedmålet til regjeringen er å styrke pasienten sin stilling i helsetjenesten. Det vil regjeringen gjøre ved å «øke bruken av erfaringskompetanse i tjenesten, blant annet gjennom systematisk utprøving av erfaringskonsulenter» (Meld. St.11 (2016-2019), s. 28, 30). Det er verdt å merke seg at ordlyden er «utprøving» og ikke «ansettelser».

## 1.2 Forskningsspørsmål

Erfaringskonsulenter har byttet posisjon i yrkeslivet og i samfunnet, fra å være en bruker til å bli et personale. Forskningsspørsmålet er:

Hvilke erfaringer opplever erfaringskonsulenter i yrket som personale med brukererfaring?

Underspørsmål:

1. Hva er erfaringskompetanse sine særtrekk slik den anvendes i psykisk helsevern?
2. Hva kjennetegner samarbeidet mellom erfaringskonsulenter og tverrfaglig personale?
3. Hvordan opplever erfaringskonsulenter at erfaringskompetanse anerkjennes i tverrfaglig samarbeid?
4. Hva kan være til hinder for at erfaringskompetanse anerkjennes av fagpersonalet?
5. Hvordan kan ulike faggrupper arbeide sammen for å fremme bruk av erfaringskompetanse?

### 1.2.1 Samfunnskontekst

Norge har fulgt utviklingen med en desentralisering av tjenester til mennesker med psykiske lidelser. I 1999 kom opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)), og i følge Ottersen (2005, s. 16) ble planen utvidet med to år til 2008. Et overordnet mål i denne

planen var en utbygging av helsetjenester. Kommunene skulle få økonomiske rammer slik at tjenestene kunne flyttes til nærmiljøet, brukerperspektivet skulle stå i fokus. Et av hovedmålene i planen som var mest mulig bruk av frivillig behandling i åpne og normaliserte former, ble i følge Hjemås (2011, s. 69) ikke nådd. For å innskjerpe vilkårene for tvangsbruk ble en lovendring i psykisk helsevernloven innført 1. september 2017 (Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, 2017)). En rapport fra Helsedirektoratet (2019, s. 4) viser at tvangsbruken holder seg på stabilt nivå. I 2018 ble det gjort 12 000 henvisninger til tvungen observasjon, eller tvungent psykisk helsevern, og 5700 personer ble tvangsinnlagt tilsammen 8100 ganger det året.

Den amerikanske psykologen og aktivisten Patricia Deegan skriver i 1997 at ekte endring er ubehagelig, og uttrykker bekymring for at brukere i psykisk helsevern slår seg til ro med bare overfladisk endring. Hun omtaler nye og fengende ord som brukermedvirkning, recovery og kommunebaserte tjenester. Trendy ord for hva aktører og tjenester i psykisk helsevern kalles har endret seg gjennom årene, hevder hun, men det grunnleggende forholdet mellom mennesker som er stemplet som psykisk syke og de som ikke er det, har ikke endret seg på århundrer (Deegan, 1997, s. 13). Patricia Deegan hevder at endring av systemer er enkelt fordi det skjer gjennom organisering og flytting av midler. Den vanskelige oppgaven er å endre mennesker til å tre ut av den profesjonelle rollen som helsepersonale, og la seg berøre av personen foran seg. Å endre til en kommunebasert modell er derfor den enkle delen av oppgaven, men kommunen er ikke bare et fysisk sted utenfor en institusjon, mener hun, kommunen representerer en måte som mennesker samhandler på og først når de menneskelige kvalitetene omfavnes kan en ekte endring skje (Deegan, 1997, s. 13-14).

### 1.2.2 Tilbakeblikk på galskap

Den store innestengelsen av mennesker i det 17 århundre, satte i følge Foucault (2001, s. 59) galskap i sammenheng med fattigdom, manglende evne til å arbeide og å integreres i en gruppe. Viktigheten av og de etiske verdiene som er knyttet til arbeid var avgjørende for oppfatningen av galskap og påvirket galskapens historiske kurs. Foucault (2001, s. 172-173) hevder at de moralske metodene benyttet i det 19 århundre rotfestet galskap i skyld. Et forhør av den gale ble et medisinsk og praktisk anliggende og skapte et moralsk rom. I dette rommet rettes oppmerksomheten innover mot mennesket sin dybde og sannhet, de

moralske metodene meislet ut en frihet forankret i skyld. Psykologi som metode for å kurere er derfor bygget på straff, fordi før den forsøker å lindre påfører lidelse i form av en nødvendig moral. Lenge før ufornuft ble sett som noe patologisk, hevder Foucault (2001, s. 195), og i lys av innestengelsen av de gale, dannet det seg et inkongruent bilde som forente frykten for det ufornuftige med de gamle smittsomme sykdommene. Slik oppstod den første syntesen mellom ufornuft og medisin. Mennesker var redde for makten som lå bak veggene i galehusene, og for at denne makten skulle spre seg. Det som tradisjonelt kalles «fremgang» til at galskap fikk en medisinsk status, ble i følge Foucault (2001, s. 195-196) muliggjort gjennom en underlig tilbakegang. I Frankrike, beskriver Foucault (2001, s. 196) ble asylet organisert slik at det onde kunne eksisterer innenfor veggene, uten å spre seg. I asylet kunne ufornuften holdes separat fra samfunnet og bare tilbys på utstilling, uten å være en trussel for tilskuerne.

### 1.3 Avklaringer

Det er ikke mulig å forstå essensen i erfaringskompetanse uten kunnskap om hvordan samfunnet ser på mennesker med psykiske lidelser. Derfor er perspektivet til noen samfunnsaktører nevnt i innledningen. Kjernen i dette prosjektet er norske erfaringskonsulenter sine opplevelser i yrket som personale med tidligere brukererfaring. Når fagpersonalet omtales i oppgaven er dette sett fra perspektivet til erfaringskonsulenter, fordi informantene er erfaringskonsulenter og dette er valgt som det foretrukne perspektivet som oppgaven bygger på. Språket i oppgaven ledes av en moderne ordbruk, men fordi ordene for hvordan mennesker og tjenester omtales endrer seg gjennom tiden, brukes de benevnelsene som faller naturlig i en gitt del av oppgaven. Det betyr at ordet «psykiatri» eller «gal» brukes hvis en informant eller en aktuell del av litteraturen bruker disse uttrykkene. Bruk av andre uttrykk følger samme prinsipp. Det kjønnsnøytrale pronomenet «hen» anvendes i analysedelen og i teksten for øvrig, delvis av hensyn til anonymisering men også av praktiske årsaker. Jeg omtaler meg selv i jeg-form eller som «forsker».

### 1.3.1 Forforståelse

Forforståelsen min ligger i at jeg er helsepersonell. Det kollektive fellesskapet som dannes i en yrkesfaglig utdanning står sterkt. Det er lett å se sin egen forståelse gjennom det faglige perspektivet, desto viktigere å snakke direkte med personer som har et annet syn og andre erfaringer innenfor det samme systemet. Et unikt rollebytte er skjedd i psykisk helsevern når brukeren er blitt til et personale, nettopp på bakgrunn av kompetansen tilegnet gjennom å ha vært i behandling i helsevesenet. Opplevelser til personer som har gått gjennom en personlig og sosial endring til å bli et personale, er en innsikt jeg har manglet. Jeg har ikke hatt kunnskap om konkrete funksjoner til erfaringskonsulenter i en reell arbeidshverdag, i en dypere forstand. Min forforståelse er derfor omfattende og den er sett fra et tradisjonelt ståsted, det er det faglig dominante synet som preger min arbeidshverdag. Samtalene med erfaringskonsulentene er med den bakgrunnen en unik anledning til å oppnå kunnskap om den todelte rollen mellom bruker og personale.

### 1.4 Oppgavens oppbygning

Kapittel to presenterer norsk og internasjonal forskning om erfaringskonsulenter. Kapittel tre starter med begrunnelse for valg av teoretisk rammeverk, deretter redegjøres det for teoretiske perspektiver. Et kort kapittel om teoriens relevans for erfaringskonsulenter følger. Metode i prosjektet beskrives i kapittel fire, jeg viser til vitenskapsteoretisk ståsted og gjennomgår datainnsamling med rekruttering av deltakere, sammensetning av utvalg og gjennomføring av intervjuer, det avsluttes med etiske betraktninger. Det femte kapitlet belyser analyseprosessen og det gjennomgås trinn i systematisk tekstkondensering, jeg viser hvordan jeg gikk frem for å oppnå det ferdige resultatet. Funnene deles inn i fire tema og presenteres i kapittel seks. Refleksjoner rundt validitet og reliabilitet starter det syvende kapitlet, deretter følger refleksivitet rundt hvordan jeg selv har påvirket mitt prosjekt, og jeg drøfter empirien opp mot prosjektet sin teoretiske ramme og forskning. Avslutningen i kapittel åtte peker på relevans for praksis og implikasjoner for ny forskning.

## 2 Tidligere forskning

Her presenteres forskning om erfaringskompetanse. Kapitlet starter med et overblikk over tilgjengelig litteratur, og hvilke søk som er gjort. En refleksjon av Steve Gillard (2019) om hva som er fokus i forskning om erfaringskompetanse følger. Norsk og internasjonal forskning om erfaringskonsulenter ligger i hver sine kapitler.

### 2.1 Overblikk

Forskning om erfaringskonsulenter i psykisk helsearbeid ble funnet tilbake til 1990-tallet. På dette tidspunktet ble det internasjonalt mulig å få arbeid innen psykisk helsevern basert på tidligere erfaringer som pasient (Bellamy et al., 2017, s. 161). Med utgangspunkt i prosjektet sin problemstilling kom artikler raskt på plass. Artikkene i databasene representerte bredde, fra randomiserte kontrollerte studier, oversiktsartikler til kvalitative studier. Det var utfordrende å velge ut artikler, fordi flere kunne brukes. Mange artikler var aktuelle og av god standard. Det ble vektlagt å ha artikler fra ulike kontekster og av internasjonal bredde. En nyttig norsk nettside var siden til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Norske søkebasen som Idunn inneholder artikler skrevet av erfaringskonsulenter. Innlegg av erfaringskonsulenter finnes i aviser og ulike media. Biografier er skrevet av personer med brukererfaring. Et eksempel fra Norge er psykologen Arnhild Lauveng sin bok «I morgen var jeg alltid en løve». Et annet eksempel fra New Zealand er Mary O'Hagan sin biografi «Madness made me». Hun forteller om sine opplevelser som pasient, for senere å bli en internasjonal lederskikkelse i brukerbevegelsen. Artikkene som er valgt ut har kvalitativ utforming, og det fokuseres i denne delen på funn<sup>3</sup>.

#### 2.1.2 Hva er fokus i tidligere forskning?

«Hvilken retning leder den nye forskningen om erfaringskompetanse til, og er det den riktige veien å gå?», spør britiske Steve Gillard i en lederartikkel (2019, s. 342). Gillard hevder at forskere tar for gitt at god erfaringskompetanse handler om mestring av psykisk sykdom.

---

<sup>3</sup> Databaser som ble benyttet: Google Scholar, Helsebiblioteket, Idunn-Nordiske tidsskrifter på nett, KBT (Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling), Web of Science. Søkeord som ble brukt: Erfaringskompetanse\*, erfaringskonsulent\*, peer support\*, peer support in mental health\*, peer support worker\*. Søkene er i hovedsak utført våren 2020. Nye sporadiske søk er gjort frem til skrivende stund våren 2021.



Dette synet, sier han, fører til at rollen til erfaringskonsulenter har en støttefunksjon for allerede eksisterende jobber som utføres av fagpersonalet. Rollen utfyller allerede etablerte kliniske funksjoner. Synet om at personen selv må gjenvinne mestring over sin psykiske lidelse råder. Dette synet er viktig, sier Gillard (2019, s. 341), men det er et syn som samtidig representerer den medisinske modellen: Det er noe galt med deg og en erfaringskonsulent kan hjelpe deg å fikse det. Gillard stiller spørsmål om dette er den beste måten å bruke erfaringskompetanse. Mye litteratur er skrevet av personer med brukererfaring som peker pilen i en annen retning. Det distinkte ved erfaringskompetanse kan tilbakeføres til verdier som skapes i naturlige omgivelser av mennesker som støtter hverandre gjensidig. Dette leder til spørsmålet, hevder forfatteren, om hvorvidt det evalueres hva erfaringskonsulenter faktisk gjør? (Gillard, 2019, s. 342). Gillard hevder at erfaringskonsulenter evalueres etter en standard som helsearbeider, i stedet for å se på det gjensidige og relasjonelle aspektet som representeres av erfaringskompetanse. Han mener at forskeren må se på sin egen rolle i denne utviklingen, og spørre seg selv om det er noe i forskningen som bidrar til å opprettholde denne dynamikken (Gillard, 2019, s. 342).

Disse refleksjonene har vært viktige i min prosess, for å ha et bevisst forhold til forskningen om erfaringskompetanse.

## 2.2 Norsk forskning

Klevan et al. (2018, s. 1-76) utforsket i sin studie det særegne ved erfaringskunnskap. Hvordan kunnskapen brukes og i hvilken kontekst. Det ble benyttet fokusgrupper med erfaringsmedarbeidere (Klevan et al., 2018, s. 12, 24). Informantene beskrev erfaringskunnskap som å ha et potensiale som er kraftfullt. Denne kunnskapen må brukes riktig. Følelser kom frem som noe gjenkjennbart i ulike opplevelser. Å kjenne igjen noe av seg selv i den andre, å kunne gi trygghet og tilhørighet. Det ble omtalt som «et eget språk» (Klevan et al., 2018, s. 34-35). Fagpersoner ble beskrevet som å være regelstyrte, tjenestene som lite personlige. Informanter etterlyste modige fagpersoner som tør å være seg selv. Forskjeller mellom erfaringsmedarbeidere og fagpersoner kom frem. Erfaringsmedarbeidere hevdet å ha et mer menneskelig og nært fokus enn hva tjenestene har. Informanter fortalte at de så på brukere som selvstendige mennesker med behov for egne løsninger (Klevan et

al., 2018, s. 37, 39). Å være brobygger ble sett på som å ha flere funksjoner. En funksjon var å ha erfaringer med å være utenfor, og samtidig forstå de kulturelle kodene til fagpersonalet. Innpass i tradisjonelle tjenester ble omtalt som uoverkommelig for erfaringsmedarbeidere. Dette fordi tjenestene er så godt etablerte (Klevan et al., 2018, s. 40-41). Informanter mente at det var viktig å bevare det unike som kjennetegner erfaringskunnskap. Dette må inn på systemnivå (Klevan et al., 2018, s. 43). Informanter rapporterte om en utydelig rolle. Stillingsinstrukser var uklare, og det ble sett på to måter: Positivt fordi rollen kan utformes på egen hånd, og utrygt fordi forventingene er uklare (Klevan et al., 2018, s. 45-46). Midlertidige stillinger ble trukket frem som å være vanlig. Slike stillinger ble sett på som å være et hinder til å være en kritisk røst. En erfaringsmedarbeider fortalte om en følelse av å måtte prestere, og å vise frem hva en er god for (Klevan et al., 2018, s. 45-46). Erfaringskunnskap ble sett på av flere informanter som annerledes enn fagkunnskap. Det kom frem at erfaringsmedarbeidere ønsker å være annerledes, og samtidig ønsker de ikke å være det (Klevan et al., 2018, s. 48).

Karlsson et al. (2017, s. 1-19)<sup>4</sup> utforsket i sin studie hvordan brukere av tjenester samarbeider med erfaringskonsulenter, hvordan samarbeidsrelasjoner understøtter bedringsprosesser var i fokus. Hva skiller hjelpen som gis av erfaringsmedarbeidere fra hjelpen som fagpersoner gir? Brukere fortalte at de ble sett på en annen måte av erfaringsmedarbeidere. Å bli sett handlet om gjenkjennelse. Erfaringsmedarbeidere uttrykte seg med andre ord, og ga riktig «feedback» eller bekreftelse til bruker (Karlsson et al., 2017, s. 9). Erfaringsmedarbeidere hadde en funksjon som brobygger mellom bruker og til instanser og fagpersoner. Brukere fortalte at erfaringsmedarbeidere tok de med på aktiviteter i lokalsamfunnet. Brukere fikk også undervisning fra erfaringsmedarbeidere, og det ble opplevd som nyttig. Erfaringsmedarbeidere så på bruker sine ressurser og ga seg ikke så lett og stilte krav. Samarbeid mellom erfaringsmedarbeidere og brukere fungerte ikke alltid bra. Dette kunne gjelde hvis erfaringsmedarbeideren vektla sin egen historie i for stor grad. Det kunne føre til at bruker opplevde seg å ikke bli forstått. Det ble sett som en viktig støttefunksjon å være sammen med andre som hadde hatt lignende opplevelser (Karlsson et al., 2017, s. 10-11). Informantene opplevde at terskelen var lavere for å ta kontakt med en

---

<sup>4</sup> Denne artikkelen har ikke sidetall. Jeg har sendt e-post til *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* og fikk til svar at dette er enkeltartikler som publiseres på nett. Tidsskriftet svarte at jeg kan bruke sidetall 1-19.

erfaringsmedarbeider, enn med de offentlige helsetjenestene. Å snakke med likesinnede ble oppfattet som å være fleksibelt, og å skape rom for å kunne se og støtte hverandre.

Erfaringsmedarbeidere påpekte uheldig adferd fra fagpersoner, som kom i form av holdninger i språket og måten de møtte brukere på (Karlsson et al., 2017, s. 12).

Høiseth et al. (2016, s. 1-51) sin undersøkelse er basert på ansettelse av fire erfaringskonsulenter i to ambulante team i Midt-Norge. Studien sitt mål var å se på hvilke erfaringer brukere og hele teamet opplevde i forhold til erfaringskonsulentene sitt arbeid. Det ble også sett på erfaringskonsulentene sin rolle som refleksjonspartner for teammedlemmer og endring av kultur innad i hvert team (Høiseth et al., 2016, s. 10). Resultatene viste at erfaringskonsulenter opplevde sin kompetanse som noe de ofte måtte fremme på eget initiativ. Det opplevdes vanskelig å være alene som erfaringskonsulent på et team. Rollen som erfaringskonsulent opplevdes som uklar. Det å unngå å bli sosialisert inn i en mer fagorientert rolle ble sett på som en utfordring, spesielt når erfaringskonsulenten var den eneste med brukererfaring i teamet. Erfaringskonsulentene fryktet at ved å vise seg sårbare, ville det føre til stigmatisering fra fagpersoner. En informant mente at gjennom stillingen som erfaringskonsulent ble vedkommende sin identitet som syk fastholdt (Høiseth et al., 2016, s. 31-34). Det ble spekulert i om rollen som erfaringskonsulent opplevdes som truende for fagpersonalet, fordi erfaringskonsulenter ofte stilte spørsmål til utførelse av teamet sitt arbeid. Alle erfaringskonsulenter trakk frem å normalisere ting i tilværelsen overfor bruker, alt handler ikke om sykdom (Høiseth et al., 2016, s. 34-35). Brukerne rapporterte om god kontakt med erfaringskonsulentene. Fagbakgrunn var ikke en nødvendig forutsetning for å gi støtte til brukeren, den menneskelige kontakten var viktigst. Brukerne rapporterte om at fagpersoner i større grad vektla diagnose og sykdom. Erfaringskonsulenter fokuserte på en normalisering av tilstand. Brukere omtalte de profesjonelle sine holdninger som å skape en avstand. Bruker sin relasjon med erfaringskonsulenter bar mer preg av vennskap. Noen fagpersoner ble sett på som vellykkede og ressurssterke, det kunne vanskeliggjøre for brukeren å åpne seg (Høiseth et al., 2016, s. 37-38).

## 2.3 Internasjonal forskning

Her presenteres internasjonal forskning om erfaringskonsulenter, artiklene ligger fordelt i to delkapitler.

### 2.3.1 I en mellomposisjon

Emma Watson (2019, s. 677-688) sin litteraturgjennomgang inkluderte tretten studier om bruk av erfaringskompetanse. Målet var å utforske underliggende mekanismer til erfaringskompetanse, og å forstå hvorfor og hvordan denne kompetansen anvendes. En voksende mengde litteratur om fordeler ved å ha erfaringskonsulenter ansatt i psykisk helsevern finnes. Grunnleggende forhold bak denne kompetansen er ikke tilstrekkelig utforsket i følge forfatteren (Watson, 2019, s. 677). Fem underliggende mekanismer ble utviklet gjennom tematisk syntese av artikler (Watson, 2019, s. 680). Første mekanisme var bruk av levd erfaring, som fikk to undertema. Ved å dele av egen erfaring, og synliggjøre følelser, kunne et godt forhold mellom erfaringskonsulenten og bruker oppnås. Følelser ble normalisert når bruker fikk bekreftet at andre har lignende følelser. Det andre temaet handlet om hvordan erfaringskonsulenten bruker av sin erfaring, og vurderer hva som kan hjelpe eller hindre brukeren til å gjøre fremgang. Erfaringskonsulenten utvikler instinktivt en annen måte å møte bruker på, basert på tidligere selv å ha blitt møtt med fremmedgjøring. Et gjensidig forhold ble vektlagt, der fokus ikke var på å «behandle» brukeren (Watson, 2019, s. 680, 683). Den andre mekanismen var den emosjonelle ærligheten erfaringskonsulenten utviser i arbeidet. En følelsesmessig tilknytning til bruker er viktig. Denne tilknytningen har en positiv effekt på hvordan erfaringskonsulenten utfører sin rolle, og samtidig på sitt eget velbefinnende. Tredje mekanisme var den unike mellomposisjonen til erfaringskonsulenten. En mellomposisjon innebærer at erfaringskonsulenten eksisterer blant både de inkluderte og de stigmatiserte i samfunnet. Dette betyr at to identiteter kan knyttes til yrkesrollen (Watson, 2019, s. 683-684). Mekanisme fire og fem var henholdsvis den sosiale og praktiske støtten erfaringskonsulenten ga pasienten, og en mestringsfølelse av å være til hjelp for andre (Watson, 2019, s. 684-685).

I England undersøkte Gillard et al. (2017, s. 133-143) hvordan erfaringskonsulenter kan beholde de unike kvalitetene som kjennetegner yrkesrollen i møte med medarbeidere med fagkunnskap. Etterhvert som erfaringskonsulenter i større grad ansettes i tradisjonelle

helsetjenester kan det settes spørsmål ved hvordan det unike ved denne yrkesidentiteten bevares, slik at hjelpen som gis av erfaringskonsulenter ikke blir for lik hjelpen fra fagpersonalet i et helsevesen som i økende grad standardiseres. Erfaringskompetanse utmerker seg gjennom et annet sett av verdier, som kan stå i opposisjon til tradisjonelle helsetjenester i psykiatri (Gillard et al., 2017, s. 134). Metoden var tredelt med litteratursøk fulgt av to faser der et panel av ti personer med brukererfaring utviklet prinsipper. Fem prinsipper ble utviklet. Første prinsipp var å støtte det trygge forholdet som oppstår ved at erfaringskonsulenten deler av sin erfaring. Prinsipp to var å sikre gjensidighet og tilhørighet i dette forholdet. Gjensidighet innebærer empati og respekt, tilhørighet betyr evne til både gi og motta støtte. Prinsipp tre var å verdsette eksperimentell kunnskap, særskilt når erfaringskompetanse kan være et alternativ til annen kunnskap. Prinsipp fire vektla lederskap. Erfaringskonsulenten må ha mulighet til å gjøre egne valg og ha kontroll over hvordan kompetansen utøves. Det innebærer at erfaringskompetanse integreres på organisatorisk nivå. Femte prinsipp var å bevisstgjøre erfaringskonsulenten på sine styrker, og knytte nettverk til andre erfaringskonsulenter og samfunnet (Gillard et al., 2017, s. 137-139).

Bellamy et al. (2017, s. 161-167) oppsummerer i sin litteraturgjennomgang hvor effektiv hjelp som bygger på erfaringskompetanse er. Det på bakgrunn av veksten denne kompetansen har hatt i internasjonal sammenheng de siste 25 år. Det hersker en uklar oppfatning av yrkesrollen til erfaringskonsulenter, og spesielt hva som skiller erfaringskonsulenter fra rollen til assistenter, de som er uten formell fagutdanning, i psykisk helsearbeid. Spørsmålet blir om erfaringskonsulenter skal gå inn i en klinisk yrkesrolle, eller gi tjenestene en annen karakter og et nytt fokus (Bellamy et al., 2017, s. 161). Resultatene fra litteraturgjennomgangen viser at hjelp gitt av erfaringskonsulenter er like effektiv i behandling som hjelp fra fagpersonalet. Hjelp fra erfaringskonsulenter viste større innvirkning på opplevd håp og livskvalitet hos pasienten enn hjelpen fra fagpersonalet (Bellamy et al., 2017, s. 161-164). Forfatterne tar i diskusjonsdelen opp problemet med barrierer som erfaringskompetanse møter i psykiske helsetjenester, som negative holdninger fra personalet og uklare arbeidsoppgaver. I diskusjonsdelen stiller forfatterne spørsmål til om forskningen feiler å se på pasienten sin unike bedringsprosess, og heller retter blikket mot klinisk bedring (Bellamy et al., 2017, s. 166).

Asad & Chreim (2016, s. 767-774) sin studie fra Ottawa undersøkte hvordan rollen som erfaringskonsulent defineres og integreres i tverrfaglig team, og hvordan erfaringskonsulenten forholder seg til fagpersonalet og brukere. Kvalitative intervjuer med tolv erfaringskonsulenter på to ulike tverrfaglige team ble gjennomført (Asad & Chreim, 2016, s. 768). Funnene viste utydelighet i yrkesrollen som erfaringskonsulent. Stillingsbeskrivelser var mangelfulle, noe som kunne gi fleksibilitet til å utforme rollen selv. Halvparten av erfaringskonsulentene rapporterte om lav lønn i forhold til arbeid. Utilstrekkelig lønn ble omtalt som å legitimere ansettelse, og å være av symbolsk art. Samhandling mellom erfaringskonsulenter og fagpersonalet over tid, ble rapportert å kunne øke forståelsen av erfaringskompetanse. Informantene rapporterte å måtte rettferdiggjøre sin rolle på teamet, i motsetning til fagpersoner. Noen informanter mente at måten de tilbrakte tid med brukere på, ikke ble tatt seriøst av andre fagpersoner (Asad & Chreim, 2016, s. 769). En informant hevdet å bli gitt bagatellmessige oppgaver, en annen fortalte at noen fagpersoner unnlot å inkludere erfaringskonsulenten i brukerrettet arbeid. En informant fremhevet balansen mellom å hjelpe brukeren, og å opprettholde arbeidsforholdet til fagpersonalet. Alle informanter snakket om stigma i forbindelse med psykisk lidelse, stigma ble opplevd å være både skjult og åpent. Informanter rapporterte støtte fra medlemmer i teamet, men hadde opplevd episoder med stigmatisering fra andre personer i organisasjonen. Stigma ble kreditert til mangel på utdanning, ikke som intensjonell diskriminering. Et internalisert stigma fra tiden som bruker, ble opplevd mindre etterhvert som erfaringskonsulenten ble tryggere i rollen (Asad & Chreim, 2016, s. 770).

I delstaten Georgia i USA undersøkte Ahmed et al. (2015, s. 424-436) hvordan erfaringskonsulenter opplever sin profesjonelle rolle. 84 erfaringskonsulenter deltok gjennom kvalitative og kvantitative undersøkelser. Kvalitative funn viste at informanter underrapporterte direkte aktivitet med brukere, som det å ha veiledning og å lede grupper. Direkte kontakt med brukere kan være essensielt for å kjenne mening i yrkesrollen. Det å være til hjelp for andre ble fremhevet som det fremste aspektet som tilførte mening i arbeidet. Problemer erfaringskonsulenter hadde på egen arbeidsplass, overlappet med hva de hørte at andre erfaringskonsulenter erfarte. En av fire informanter mente at lønnen ikke samsvarte med arbeidet, og at få ressurser var tilgjengelige for erfaringskonsulenter. Det ble rapportert konflikter med tradisjonelt fagpersonale, og utilfredshet med for mye

papirarbeid. De fleste informantene fortalte at for å unngå utbrenthet i arbeidet, søkte de støtte og hjelp hos andre erfaringskonsulenter. Arbeidsgivere ble rapportert å være positivt innstilt, og tilrettela med fritid og arbeidsfordeling. Noen informanter ønsket høyere lønn, andre mente at tradisjonelt fagpersonale må øke bevisstheten rundt nødvendigheten av erfaringskompetanse (Ahmed et al., 2015, s. 430).

En britisk studie utviklet en modell for å tydeliggjøre hvilke endringsmekanismer erfaringskompetanse bygger sitt grunnlag på (Gillard et al., 2015, s. 435-436). 71 personer bestående av erfaringskonsulenter, brukere av tjenester og fagpersoner deltok i kvalitative intervjuer. Funn viste at brukere gjenkjenner noe i erfaringskonsulenten, fordi denne har hatt lignende opplevelser. Erfaringskonsulenter viser forståelse for opplevelsene til brukere. Funksjon som rollemodell manifesterte seg gjennom bedringsprosessen til erfaringskonsulenten, og dennes evne til sosial fungering. Noen erfaringskonsulenter understreket viktigheten av at erfaringskonsulent er et eget yrke. Det å kunne arbeide i en rolle som hjelper, ble sett på som et kraftfullt symbol for tilfriskning. Det viste anerkjennelse av å bruke individet sin erfaring i tjenester til å hjelpe andre (Gillard et al., 2015, s. 439). Et kjerneaspekt i rollen som erfaringskonsulent, lå i å utfordre selvstigma som påføres gjennom brukererfaringer i psykisk helsevern. Yrkesrollen kunne normalisere et slikt selvpåført stigma. Erfaringskonsulenter bygget bro fra bruker til fagpersonalet, og tilrettela for at bruker kunne få økt tillit til fagpersonalet. Måten erfaringskonsulenten nærmet seg bruker på, ble beskrevet som avgjørende for å knytte kontakt. Stigma som ble tilfeldig uttrykt av personalet, fungerte som en barriere mot samhandling, og ble tatt opp direkte av erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter tilrettela for sosiale aktiviteter for brukere, det for å minske isolasjon og å utvide støttenettverket til bruker (Gillard et al., 2015, s. 440).

### 2.3.2 En spesiell kontakt

Smith et al. (2017, s. 387-394) undersøkte hvordan erfaringskompetanse brukes i en psykiatrisk akuttpost på et kommunalt sykehus i staten New York i USA. Målet var å tydeliggjøre erfaringskonsulentens sin rolle, og hvilken virkning denne rollen har på pasienter. Kvalitative intervjuer av seks erfaringskonsulenter og åtte pasienter resulterte i tre tema. Første tema var det umiddelbare inntrykket av avdelingen og opplevelsen av å bli møtt av

personalet. Innleggelse i akuttpost ble omtalt av pasientene som å være nedverdiggende. Kontakten med erfaringskonsulenter ble beskrevet som å inngi respekt og en umiddelbar emosjonell kontakt. Erfaringskonsulenter understreket at det var viktig å ta seg tid og lytte til hva pasienten uttrykte. Pasienter og erfaringskonsulenter mente at det eksisterte grunnleggende forskjeller mellom det kliniske fagpersonalet og erfaringskonsulentene. En pasient hevdet at erfaringskonsulenter følte som å være familie, fordi de viste bekymring for pasienten. Støtte ved utskrivelse fra sykehuset til hjemmet ute i samfunnet var andre tema. Pasienter beskrev erfaringskonsulenten som et bindeledd til fagpersonalet og lokalsamfunnet. Støtte til praktiske gjøremål etter utskrivelse ble omtalt som avgjørende for å klare seg ute i samfunnet. Tredje tema var hvordan erfaringskonsulenten delte sine erfaringer i en akuttpost. Erfaringskompetanse ble beskrevet som et kraftfullt verktøy som må brukes i profesjonell hensikt. Erfaring ble bare delt når det ble ansett å være til nytte for pasienten (Smith et al., 2017, s. 387-391).

En studie fra nord-østlige Ontario utforsket utfordringer og fordeler ved rollen som erfaringskonsulent, og hvorfor kompetansen ikke er bedre integrert i psykisk helsevern (Rebeiro Gruhl et al., 2016, s. 78-86). Tredelt metode ble benyttet med spørreskjema, fokusgruppe og tematisk oppsummering av funn. Funnene viste at informantene identifiserte sine arbeidsoppgaver som å være integrert i tradisjonelle helsetjenester, et funn som ikke samsvarte med hva forfatterne så i praksis. I gruppediskusjon kom betegnelsen autentisk erfaringskompetanse frem. Denne kompetanse var en essens i arbeidet, både fleksibel og karakteristisk for erfaringskonsulenter. Gjensidig utbytte av kompetansen, der både erfaringskonsulent og bruker fikk noe igjen for samarbeidet fremkom. Erfaringskonsulenten ble omtalt som å speile samfunnet, og gjennom sin tilnærming vise til bruker at bedring er mulig. Gjennom speiling kan erfaringskonsulenten normalisere psykiske utfordringer overfor bruker (Rebeiro Gruhl et al., 2016, s. 82). Integrering av erfaringskompetanse i tradisjonelle helsetjenester ble sett på som en stor utfordring, manglende aksept og verdsettelse av arbeidet til erfaringskonsulenter var hovedutfordringer. Informantene hevdet at helsesystemet verdsetter fagutdanning høyere en erfaringskompetanse (Rebeiro Gruhl et al., 2016, s. 82-83).



I Nottingham i England evaluerte Repper og Watson (2012, s. 70-78) et prosjekt der ti erfaringskonsulenter ble rekruttert og fikk opplæring i å jobbe i tverrfaglige kommunale team i psykisk helsearbeid (Repper & Watson, 2012, s. 71). Målet var å hente lærdom fra opptrening av erfaringskonsulenter, i en periode hvor slik trening var ny i England. Intervjuer ble gjort med erfaringskonsulenter under opplæring, og fagpersonalet de jobbet med. Funn viste at fagpersonalet rapporterte erfaringskonsulenter sin arbeidsmåte som en inspirasjon. En erfaringskonsulent ble plassert i et team hvor hun tidligere hadde vært bruker. Dette ble sett på som en inspirasjon for både teamet, og for andre brukere. Fagpersonalet uttrykte i forkant bekymring for hvordan erfaringskonsulenter skriver rapport, om dette blir gjort på en tilstrekkelig konfidensiell og troverdig måte. Personalet uttrykte også bekymring for at erfaringskonsulenten kan bli syk, og begynne å arbeide på en lite hensiktsfull måte (Repper & Watson, 2012, s. 72). Repper og Watson (2012, s. 73) anbefaler at erfaringskonsulenter alltid arbeider minst to sammen. Det for å unngå å bli isolert og å ha støtte i hverandre. Gode ferdigheter i kommunikasjon ble vektlagt i opptrening. Det innebærer aktiv lytting og forståelse av sin yrkesrolle. Språket ble sett på som viktig, å kommunisere med ord som ikke diskriminerer, men gir håp. Verdien til erfaringskompetanse måtte komme tydelig frem i møte med brukere (Repper & Watson, 2012, s. 73). For å unngå at erfaringskonsulenten ble sosialisert inn i en tradisjonell og institusjonell måte å arbeide på, fikk hver erfaringskonsulent oppnevnt en utenforstående veileder med brukererfaring. Dynamikken i møter med erfaringskonsulenter var preget av følelser og konflikter. Det måtte avtales trygge strategier for at alle medlemmer i teamet kunne si sin ærlige mening (Repper & Watson, 2012, s. 74). I følge Repper og Watson (2012, s. 75) er det viktig å ikke undervurdere hvor lang tid en person bruker på å gå fra en identitet som psykisk syk til en arbeidsidentitet. Erfaringskonsulenter oppnår en annen kontakt med bruker, enn det personalet gjør. Det ligger en spesiell kraft i å dele lignende opplevelser med bruker, og gi håp, dette ligger i kjerneverdiene til erfaringskompetanse. Erfaringskonsulenter oppnådde lange stabile relasjoner til bruker, i motsetning til korte løsningsorienterte tiltak (Repper & Watson, 2012, s. 76). I det første året erfaringskonsulenter ble integrert i tverrfaglige team, uttrykte fagpersonalet bekymringer til hvordan erfaringskonsulenter ivaretar sine egne grenser og integritet. Repper og Watson (2012, s. 77) anbefaler at brukeren får definere sine egne mål, og at erfaringskonsulenter oppmuntrer brukere til å knytte sosiale kontakter, og engasjere seg i sosiale aktiviteter.

### 3 Teoretisk rammeverk

Den grunnleggende endringen som skjer i selvet når en person blir en bruker beskrives av Erving Goffman i boken «Asylums». Det er viktig å ha innblikk i denne endringen i selvet for bedre å forstå det liminale aspektet i rollen til erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter har gjort en reise fra å være bruker til å bli et personale. Det er en prosess som er sammenlignbar med et overgangsritual, som omtales av Arnold van Gennep i boken «The rites of passage», hvor han hevder at en person som skifter posisjon i samfunnet går gjennom tre stadier, separasjon fra den gamle rollen, en mellomfase og integrering i en ny rolle. Spesiell interessant er mellomfasen fordi erfaringskonsulenter ansettes i stillinger i helsevesenet som krever at den liminale posisjonen opprettholdes. Sett i lys av min empiri er det derfor viktig å belyse erfaringskonsulenter sin liminale rolle. Mary Douglas hevder i boken «Purity and danger» at alle mennesker har behov for å kategorisere inntrykk i omgivelsene sine, og at det oppstår et kognitivt ubehag i møte med det tvetydige som ikke kan settes inn i en fastlagt kategori. Douglas sin teori er et redskap for å forstå fagpersonalet sine reaksjoner i møte med erfaringskonsulenter. Victor Turner utviklet teorien om communitas, det sosiale samholdet og likeverdigheten som oppstår mellom mennesker i liminale faser. Erfaringskonsulenter sin samhandling med brukerne er en form for communitas, et spesielt vennskap og en egen måte å møte hverandre på.

#### 3.1 Totale institusjoner

Erving Goffman belyser i boken «Asylums» (1961) totale institusjoner. Boken er aktuell i dag fordi den beskriver sosialiseringen inn i en rolle fra person til pasient, og illustrerer hvordan en person endrer sitt syn på selvet gjennom sosiale prosesser. «Asylums» er skrevet basert på feltarbeid forfatteren gjorde på 1950-tallet (Goffman, 1961, s. 7). De fire essayene i boken tar for seg totale institusjoner generelt, og én total institusjon spesielt: Det psykiatriske sykehuset. En total institusjon er i følge Goffman (1961, s. 11) et bosted, hvor mennesker som deler livssituasjon tilbringer en del av livet sitt. Disse menneskene er avskåret fra det normale samfunnslivet, fengsel er et eksempel. Det sentrale trekket ved en total institusjon er i følge Goffman (1961, s. 17-18) en nedbryting av tre normale barrierer i livet: Hvor personen sover, arbeider og har fritid. Alle disse tre aspektene av livet skjer i en total institusjon på samme sted, under overvåking av en autoritet, representert som

personalet. To grunnleggende ulike grupper mennesker finnes i den totale institusjonen. Den største gruppen er underlagt kontroll, og kalles for de innsatte eller pasienter. En mindre gruppe består av de som kontrollere og er de overordnede. Disse to gruppene kan ha snevre og stereotype oppfatninger av hverandre. Pasientene vil se på personalet som overlegne og styrende. Personalet kan se på pasientene som innelukkede og ikke til å stole på (Goffman, 1961, s. 17-18).

Goffman (1961, s. 23-24) beskriver kulturen i en total institusjon. Individet ankommer institusjonen fra hjemmet sitt som er ute i samfunnet. En verden som tas for gitt før ankomst til institusjonen. Institusjonen representerer ikke et bytte eller en erstatning i kultur fra hva hjemmet representerer, en mye mer restriktiv prosess enn ren tilpasning venter. Muligheter til sosiale aktiviteter og bevegelsesfrihet fratras individet. Hvis oppholdet er langvarig kan individet «avlære» normer for godtatt oppførsel som er nødvendige for å klare seg på utsiden. Totale institusjoner skaper og opprettholder et spenningsfelt mellom to verdener som brukes som en strategisk kraft til å kontrollere mennesker. Et individ i en total institusjon gjennomgår i følge Goffman (1961, s. 24) en endring i selvet. Gjennom en rekke rutiner i institusjonen brytes bildet personen har opparbeidet av seg selv på utsiden ned. Det skjer store endringer i hvordan personen ser seg selv, og på andre nære personer i livet sitt. Barrieren mot samfunnet som påføres av totale institusjoner markerer den første avskjæringen fra selvet til personen. Selve innkomstprosedyren beskriver Goffman (1961, s. 25-26) som å tilføre ytterligere tap for den innlagte personen. Private eiendeler må leveres fra seg. Personen omgjøres til et objekt som kan arbeides på av institusjonen.

### 3.1.2 Fagpersonalet sin verden

Goffman (1961, s. 74) beskriver likheter og forskjeller mellom å arbeide med objekter og mennesker. Det unike aspektet som eksisterer i form av at de innlagte er levende mennesker, er en avgjørende faktor i personalet sitt arbeid. Opprettholdelse av en menneskelig standard er institusjonen sitt ansvar, denne standarden ses som et «bytte» mot pasienten sin frihet. Goffman (1961, s. 76) beskriver konflikten som oppstår mellom å opprettholde et verdig nivå i behandling av mennesker, sett opp mot kravet om effektiv drift av institusjonen. Et eksempel som trekkes frem er forholdet personen har til sine eiendeler.

Når eiendeler tas fra den innlagte, vil personalet sannsynligvis ha lettere for å kontrollere pasienten. Personlige eiendeler utgjør en viktig del av selvet. Mennesker kan flyttes på en mer effektiv måte når de ankommer og reiser bare i form av seg selv.

Arbeid med mennesker er i følge Goffman (1961, s. 78-79) uforutsigbart. Pasienter kan velge både å følge eller sette seg opp mot reglene. Følelser kan i følge Goffman (1961, s. 79-80) oppstå fra personalet sin side. De innlagte kan bli sett på av personalet som å ha gode menneskelige kvaliteter. Å påføre pasienten de strenge rutinene til institusjonen vil da kunne oppleves som vanskelig for personalet. Balansen mellom å påføre regler sett opp mot synet om at pasientene er fornuftige og ansvarlige mennesker, skaper i følge Goffman (1961, s. 80) utfordringer for personalet. Når pasienter foretar irrasjonelle handlinger kan det være vanskelig for personalet å holde kontroll på sine følelser.

I følge Goffman (1961, s. 80) hersker det et spesielt moralsk klima i en total institusjon. Personalet må møte krav og fiendtlige holdninger fra pasientene. Rasjonaliteten som institusjonen representerer er fagpersonalet sitt verktøy i arbeidet. Hvordan institusjonen fortolker mennesker, beskrives av Goffman (1961, s. 81). Ankomsten til en pasient vil av personalet bli sett på som bevis for at dette er en person som institusjonen er laget for å håndtere. En person som skrives inn på et psykiatrisk sykehus må være syk. En slik automatisk identifisering av mennesker ligger ved kjernen i sosial kontroll. Personalet møter i følge Goffman (1961, s. 82-83) pasientene sine forespørsler med argumenter for fortsatt behandling og innleggelse, institusjonen sine overordnede mål må forsvares. De innlagte i en total institusjon forventes å innta et personlig ansvar for sin egen adferd. Både ønsket og uønsket adferd ses på som trekk ved personen sin vilje og karakter.

### 3.1.3 Den moralske karrieren

Den moralske karrieren defineres av Goffman (1961, s. 119) som en person sin sosiale utvikling og retning i livet. To sider preger karrieren: En side knyttes til indre forhold, personen sitt selv og identitet. Den andre siden omhandler den offentlige posisjonen, det juridiske og livsstil. Den siste siden står i direkte sammenheng til institusjonen. I en total Institusjon består de fysiske omgivelsene i følge Goffman (1961, s. 138) ofte av spartanske

boforhold. Pasienten blir fortalt at forholdene ikke handler om tradisjon eller økonomi. Omgivelsene er et uttrykk for pasienten sin tilstand, de gjenspeiler pasienten sine nåværende behov. De enkle omgivelsene knyttes til selvet til pasienten. Goffman (1961, s. 138-139) hevder at det er personalet som bestemmer når pasienten er «bra» nok og kan flytte til et bedre nivå i bostandard. Jo mer medisinsk og progressivt et behandlingssted ønsker å fremstå, dess mer vil det fremme det terapeutiske synet. Pasienten blir fortalt at feilen ligger hos hen selv, holdninger og oppførsel mot andre må endres. Dette synet forventes det at pasienten inntar i individuelle og gruppesamtaler (Goffman, 1961, s. 139).

En personlig historie utvikles i følge Goffman (1961, s. 139-140) av pasienten. Pasienten forteller en versjon av livet sitt som det anses som akseptabel å formidle til andre. Historien tilpasses sentrale verdier i samfunnet og kalles en «apologia». En suksesshistorie fortelles hvis pasienten ser fordelaktige kvaliteter i fortiden, og kan se for seg en god fremtid. Hvis pasienten sin fortid og nåtid preges av vonde hendelser, søker hen å unngå personlig ansvar for sin egen tilstand, og utvikler en trist historie. Jo mer pasienten er i utakt med samfunnet sine moralske verdier, dess oftere fortelles den triste historien. Goffman (1961, s. 142-143) hevder at personalet har mye å tjene på å trekke pasienten sin historie i tvil. Pasienten sin oppførsel kan kontrolleres ved at personalet hevder at sin versjon av pasienten sin fortid er mer troverdig. Beskrivelser fra personalet om at pasienten viser «innsikt», vil i praksis si at pasienten godtar institusjonen sitt syn på seg selv.

Goffman (1961, s. 148-149) hevder at psykiatriske institusjoner på en systematisk måte tilrettelegger for å spre informasjon som pasienten selv vil holde skjult. Slik informasjon brukes daglig til å avvise krav fra pasienten. Degradering og omstrukturering av selvet er noe pasienten i følge Goffman (1961, s. 151-152) etterhvert ikke vektlegger i større grad. Når selvet stadig brytes ned og bygges opp på en tilfeldig måte, utvikles en form for apati. Behandlingen fra personalet og institusjonen oppfattes som et «spill». Det er en demoraliserende prosess, fordi selvet er så grunnleggende for mennesket. Goffman (1961, s. 152) hevder at når personen oppdager trusselen fra samfunnet, det å bli definert som ikke å ha et levedyktig selv, svekkes forventningene til samfunnet. Personen lærer seg derfor å overleve på en måte som samfunnet ser på som destruktiv.

## 3.2 Urenhet

«Det skitne er farlig» hevder den britiske antropologen Mary Douglas (2002, s. x) i forordet til nytutgaven av «Purity and danger». Boken ble først utgitt i 1966. Forfatteren viser til bokens to tema: Først hvordan tabuer utvikles som en spontan mekanisme, for å beskytte systemer som er utviklet i samfunnet. Hvorfor ser mennesker det som nødvendig å beskytte distinkte kategorier i verden? Det andre temaet svarer på dette spørsmålet, ved å reflektere over det kognitive ubehaget som oppstår når mennesker konfronteres med tvetydighet (Douglas, 2002, s. xi). Douglas (2002, s. 44) bruker oppfatningen av hva som er skittent i overførbar betydning inn i en ny kontekst. Mennesker trenger systemer for å organisere omgivelsene. Dette er som et innebygd skjema der det som aksepteres tas inn og det som kjennes ubehagelig støtes ut. Mennesker har behov for å skape grenser og skillelinjer. Et eksempel forfatteren gir er at kjøkkenredskaper er helt i orden på kjøkkenet, men en grense brytes når kjøkkenredskaper plasseres inne på soverommet (Douglas, 2002, s. 44-45). På samme måte organiserer mennesker alle inntrykkene rundt seg som tas inn, også de som angår kultur og samhandling mellom mennesker, og setter disse inntrykkene inn i et ordnet system. Det skitne er «matter out of place», noe som ikke passer inn i det indre skjemaet hvert menneske utvikler (Douglas, 2002, s. 44). Et slikt syn innebærer to forhold: Et fastlagt og ordnet system, og noe som bryter med dette systemet. Det skitne får en symbolsk verdi og representerer det som frastøtes i et system. Oppfatningen av det skitne ses som en fordømmelse av alt som forstyrrer en innarbeidet klassifisering. Douglas (2002, s. 45-46) hevder at når mennesker blir eldre blir disse skjemaene mer fastlåste, en person bygger en grunnleggende tillit til at ting kan puttes inn i etablerte kategorier.

### 3.2.1 Stabilitet

Douglas (2002, s. 45) hevder at mennesker søker stabilitet i permanente strukturer. Selektivt tas noe inn og aksepteres, og noe annet støtes ut. Når et element oppleves som tvetydig, vil dette elementet behandles som om det passer inn i systemet. Krangleverne elementer som går i mot systemet sin oppfatning, avvises. Hvis disse elementene godtas må antakelser i systemet endres. Douglas (2002, s. 47) viser til at det tvetydige kan ha to ulike tolkninger, en anomali passer ikke inn i det hele tatt inn i et system. Disse to begrepene brukes som de skulle vært like av forfatteren, fordi hun hevder at det i praksis ikke oppnås særlig ved å

skille de. Ulike måter å behandle en anomali, noe som ikke passer inn, beskrives av Douglas (2002, s. 48). Ignorering og fordømmelse er to negative måter. Det som ikke passer inn kan også konfronteres på en positiv måte, et nytt virkelighetsmønster kan da oppstå. En person kan ikke endre sin personlige utvelgelsesmåte, men måten å se ting på vil likevel påvirkes av andre mennesker. Kultur representerer noen standardiserte verdier i samfunnet. Kultur kommer folk i møte, og danner forhåndsdefinerte og grunnleggende kategorier, et positivt mønster hvor idéer og verdier skaper en orden. Dette mønsteret representerer i første rekke en særegen form for autoritet, fordi aksept fra andre er nødvendig for å bli godtatt (Douglas, 2002, s. 48). Kulturelle kategorier er i følge Douglas (2002, s. 48) av offentlige karakter, noe som fører til rigiditet og derfor gjør de vanskelige å endre. Likevel må hver kategori konfrontere det som ikke passer inn, kategorien kan ikke bare overse at den utfordres. Alle kulturer vil derfor finne måter å takle det tvetydige og en anomali på, når disse utfordrer systemet.

### 3.2.2 Fare og makt

Orden forutsetter restriksjoner, hevder Douglas (2002, s. 117). Et selektivt utvalg gjøres for at noe skal passe inn i et system. Uorden ødelegger mønsteret, men er samtidig nødvendig for at mønsteret i det hele tatt finnes. Det er ikke et gjenkjennbart mønster i det uordnede, selv om potensialet ligger der. Det er grunnen, mener forfatteren, til at mennesker søker å skape orden og opprette mønster, og ikke bare fordømmer det som ikke passer inn. Det som ikke passer inn er likevel en trussel mot det eksisterende. Noe som står utenfor har et potensiale og symboliserer fare og makt. Ritualer gjenkjenner dette potensialet som finnes i det uordnede. Douglas (2002, s. 118) hevder at ritualer ser på det ordnede systemet som å fremheve sin egen makt, og alltid klar til å forsvare sin egen posisjon. Det formløse som ikke har en organisert orden, har også en kraft. Noen av disse krefter er gode, andre er truende. Dynamikken mellom det som har en form og det formløse kommer tydelig til uttrykk i ritualene i samfunnet. Forfatteren trekker frem som eksempel mennesker i en marginalisert tilstand. De har ikke gjort noe moralsk galt, men de har en status som er udefinerbar, de er derfor utelatt fra samfunnet sine faste mønstre (Douglas, 2002, s. 118).

Douglas (2002, s. 121) hevder at samfunnet tar forhåndsregler mot mennesker i en marginalisert tilstand. Dette for å beskytte seg mot fare. Et eksempel er at det kan være vanskelig å få fast arbeid for en person som har vært innsatt i fengsel. Et annet eksempel er at oppførselen til en person med psykisk lidelse aksepteres, så lenge adferden holdes i hjemmet. Innleggelse på sykehus vil føre til at samme oppførsel klassifiseres, og ikke lenger tolereres av samfunnet. Douglas (2002, s. 122) fremhever det komplekse samspillet mellom det som har en form og det formløse, det finnes makt i det som har form og en annen type makt i det som er på ytterkanten. Douglas (2002, s. 123-124) hevder at det som ikke passer inn, utgjør en særskilt form for fare. Systemet representerer autoritet og makt, som settes opp mot den andre formen for makt i ytterkanten. I kontrasten mellom form og formløshet, bestemmes det hvor den symbolske og psykiske kraften ligger. Eksterne symboler brukes til å opprettholde en sosial struktur, alt mennesker gjør har en symbolsk betydning. Avslutningsvis skriver Douglas (2002, s. 219-220) at mennesker møter oppførsel som ikke kan klassifiseres med en forventning om konformitet. Når mennesker fratras muligheten til å gjøre frie valg, vil bildet bli ukomplett. Hierarkier undergraves fra innsiden gjennom paradokser og selvmotsigelser. Douglas (2002, s. 220) mener at det naturlige i død og lidelse, den andre siden av ritualer, alltid må være tilstede.

### 3.3 Passasje til noe nytt

Den franske etnografen og folkloristen Arnold van Gennep utga «Les rites de passage» i 1909. Den engelskspråklige oversettelsen fra 1960 ga boken stor innflytelse, også utenfor det akademiske miljøet. David I. Kertzer (van Gennep, 2019, s. vii) skriver i forordet til nyutgaven fra 2019, at konseptet om at livet til en person består av flere overganger som struktureres av samfunnet, er blitt så vanlig at få tenker over opprinnelsen. Overgangene består av tre stadier, disse er separasjon fra sin gamle rolle, etterfulgt av en liminal mellomfase og omfavning av en ny rolle<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Mary Douglas tolker Arnold van Gennep sin teori om overgangsritualer. Douglas trekker frem at fare ligger i overgangsfaser. Grunnen er at denne fasen er undefinerbar. Personer som må passere fra en fase til en annen er selv i fare, og utgjør en fare for andre. Fare kontrolleres gjennom ritualer som skiller personen fra sin gamle status, påfulgt av en periode med segregering for deretter å offentlig erklære den nye statusen til personen (Douglas, 2002, s. 119-120).



Når en person beveger seg fra en gruppe i samfunnet til en annen, må visse betingelser oppfylles. Disse betingelsen har en ting felles, fordi de baserer seg på økonomiske og intellektuelle premisser, hevder van Gennep (1988, s. 1-3). Et mellomstadium må passeres i overgangen fra en gruppe til en annen. Livet til et individ i ethvert samfunn består av en rekke overganger, som manifesterer seg i å gå over til nye aldersgrupper eller å skifte yrke. Så lenge det er distinksjoner og forskjeller alders- og yrkesmessig mellom grupper, vil overgangen til en annen gruppe kreve visse handlinger. Van Gennep (1988, s. 10-11) sikter på å avdekke mønstre som står i forhold til hverandre i overgangene fra en sosial eller kosmisk<sup>6</sup> verden, til en annen. *Rites of passage* kan sammenlignes med å reise mellom ulike territorier. På reisen befinner personen seg i en tidsavgrenset periode svevende mellom to verdener. Et symbolsk rom oppstår i denne fasen, og dette symbolske rommet finnes i alle overganger i samfunnet der en person forflytter seg mellom ulike sosiale posisjoner, hevder van Gennep (1988, s. 15, 18).

### 3.3.1 Samfunnet er et hus

Et nytt hus er tabubelagt før det innvies gjennom ritualer sier van Gennep (1988, s. 23, 25). Hovedinngangen til huset må holdes hellig. Dette er grunnen til at personer og objekter som anses som urene må fraktes inn og ut av huset gjennom andre innganger, for ikke å forurense en ren passasje. Samfunnet ligner på et hus som er delt inn i rom og korridorer, mener van Gennep (1988, s. 26). Personer og grupper som ikke har rettigheter til å bo i huset er i en tilstand av isolasjon. Dette gjelder for mennesker i ytterkanten av samfunnet. Isolasjon innebærer to aspekter som eksisterer separat eller i kombinasjon. Personen anses som svak, fordi hen lever utenfor samfunnet, og personen er samtidig sterk på grunn av tilhørigheten til sin egen gruppe. En konsekvens av denne tvetydigheten er at noen folkeslag mishandler og dreper en fremmed, mens andre folkeslag frykter den fremmede, og tar godt vare på hen. Den fremmede ses på som hellig og som en person med sterk kraft.

---

<sup>6</sup> I følge Det norske akademis ordbok er den litterære betydningen av kosmos: Verdensomspennende; Universell.

Normløshet oppstår i det liminale rommet. I mellomfasen brytes de økonomiske og juridiske båndene ned, og personen er fritt frem til å ha en adferd som normalt ikke tillates av samfunnet (van Gennep, 1988, s. 114-115). Noviser i religiøs sammenheng lever utenfor samfunnet. Samfunnet har ingen makt over dem. Novisene er hellige og derfor urørbare og farlige for samfunnet. Barrierer i form av tabuer kan ikke forsvare samfunnet mot novisene sin påvirkning. Nettopp dette fenomenet, hevder van Gennep, er forklaringen på at normløshet hersker i mellomfasen, og at adferd som vanligvis ikke tillates av samfunnet her får fritt spillerom.

### 3.4 Likeverdighet

Sosialantropologen Victor Turner bruker den liminale fasen beskrevet av van Gennep i *rites de passage*, som utgangspunkt i sin teori om sosial samhandling mellom mennesker. Begrepet *communitas* ble utviklet i boken «The ritual process: Structure and anti-structure» fra 1969. Turner (1969, s. 95) hevder at personer i en liminal fase er «betwixt and between», de faller utenfor de konvensjonelle posisjonene i samfunnet. Likeverdighet i form av kameratskap og egalitarisme råder i mellomfasen. To modeller for menneskelig samhandling i et samfunn beskrives av Turner (1969, s. 96): Den ene av et samfunn som er strukturert, ofte hierarkisk, i politisk, juridisk og økonomisk forstand. Den andre modellen oppstår i den liminale fasen og er ustrukturert, eller grunnleggende strukturert men med stor grad av likhet og samarbeid. Turner (1969, s. 96) bruker den latinske termen «*communitas*» fremfor «*community*» for å skille denne formen for sosialt samspill fra et vanlig avgrenset samfunnsliv. Turner (1969, s. 97) beskriver liminalitet som nødvendig for et samfunn sin eksistens. Det som er høyt oppe kan ikke eksistere uten det som er lengre nede, en person som er høyt oppe må selv ha erfart å ha vært lengre nede.

*Communitas*, hevder Turner (1969, s. 131-132), er forholdet mellom konkrete individer som deler visse historiske særtrekk, disse individene er ikke delt inn i roller eller etter status. I *communitas* oppstår det en umiddelbar og direkte samhandling, en spontan kontakt som danner grunnlaget for et syn på samfunnet som homogent og ustrukturert. *Communitas* deles i følge Turner (1969, s. 132) inn i *eksistensiell* eller *spontan communitas*, *normativ communitas* og *ideologisk communitas*. Turner (1969, s. 138) hevder at det ikke finnes en

spesiell form for sosial samhandling hvor spontan communitas oppstår, men at denne kontakten ofte oppstår i overgangsfaser mellom skifte av posisjoner. Det er noe magisk og kraftfullt over spontan communitas. Denne kraften må brukes med klokskap og i et balansert forhold mellom communitas og struktur (Turner, 1969, s.139). Turner (1969, s. 145) argumenterer for at de optimale forholdene for å realisere communitas ligger i en vedvarende liminal tilstand.

Sosialantropologen Edith Turner (2012, s. 182) beskriver hvordan hun og sin mann Victor Turner innså at gjennom oppløsning av struktur og med de spirituelle kreftene i rites of passage, følger det en stor og spennende gave: Communitas. Det som konkret ikke kan uttrykkes med ord kan endre en person for alltid. Vennskapelig kjærlighet betyr alt, den er ikke bare noe ekstra. I den liminale fasen finnes det en annen måte å se ting på og et annet språk brukes. Det er ikke en sosialt konstruert virkelighet, men et sted der kameratskap og likeverdighet preger tilværelsen. Turner (2012, s. 183) hevder at personer i liminale faser kompenserer for sin avmakt med annen form for makt. Denne makten oppstår fra naturlige krefter, og i et fravær av den strukturelle makten. Det som knyttes opp i de sosiale strukturene frigjøres i den liminale fasen i form av kameratskap og communitas. Eksempler i dagens samfunn på mennesker som er liminale er i følge Turner (2012, s. 183) tenåringer, studenter, lærlinger, reisende, personer som starter i ny jobb, de syke, personer i militæret og døende. I det vestlige samfunn er det en mangel på ritualer for slike anledninger, men likevel oppstår det nye og spontane ritualer. Noen grupper foretrekker å være liminale og de kritiserer de sosiale strukturene. Eksempler på marginale mennesker er poeter, visjonære, forfattere og filosofer.

### 3.4 Relevans til teori

Erfaringskonsulenter har likhetstrekk til menneskene Edith Turner (2012) beskriver som marginale. De motsetningsfylte utsagnene fra samtalene med erfaringskonsulentene kjennetegner en liminal rolle. Derfor er disse teoriene inkludert i analyse og drøfting. Å forflytte seg fra en status til en annen i samfunnet tar tid. Det liminale rommet alle mennesker må befinne seg i for en gitt periode før innlemmelse i en ny gruppe, skildres av Arnold van Gennep (1988). Mary Douglas (2002) og Victor Turner (1969) bruker denne

liminale fasen i sine teorier. Erfaringskonsulenter er tvetydige, de er sårbare men har potensiale til å danne unike relasjoner. Ansettelse av erfaringskonsulenter er en liten revolusjon innen psykisk helsevern. Erving Goffman (1961) beskriver endringen i selvet når en person blir pasient. Denne endringen er relevant for personen selv og for samarbeidet med fagpersonalet. Det ligger i ordet «erfaring» i erfaringskonsulent at det liminale aspektet fastholdes. Dobbeltheten i rollen til erfaringskonsulenter gjør disse teoretiske perspektivene egnet til å belyse reaksjoner som oppstår i møte med det etablerte helsevesenet.

## 4 Metode

Dette kapitlet omfatter prosjektets vitenskapsteoretiske ståsted. En fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming beskrives. Datainnsamling går igjennom og det redegjøres for utvalg, rekrutteringsprosessen og deltakere. Mine refleksjoner som forsker synliggjøres underveis. Det avrundes med et underkapittel om etiske betraktninger.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Creswell og Poth (2018, s. 16-18) fremhever viktigheten av at forsker bevisstgjør seg sine egne holdninger og verdier, og synliggjør disse antakelsene sammen med sitt eget ståsted i forskningsprosessen. Mitt syn i det daglige liv er at mennesker kan ha ulike oppfatninger av samme opplevelse. Forsker sine grunnleggende oppfatninger av verden er styrende for de valg som tas, helt fra første stund i et forskningsprosjekt. Bakenforliggende filosofiske antakelser som kan være avgjørende for valg i forskningsprosessen beskrives av Creswell og Poth (2018, s. 19-21) i min oppsummering:

- Ontologi beskrives som forhold som tar for seg hva virkeligheten kan være. Det innebærer at det finnes ulike måter å se verden på, både for forsker og informant. Kvalitativ forskning kan formidle denne virkeligheten i form av informanter sine egne beskrivelser.
- Epistemologi beskrives som kunnskapslære. Hva er gjeldende kunnskap og hvordan underbygger man kunnskapen med argumenter? Feltarbeid trekkes frem som eksempel, fordi forskeren tilbringer tid nok til å lære informanten godt å kjenne. Den subjektive meningen til en person står i fokus.
- Aksiologi innebærer at forsker gjør kjent sitt verdisyn.
- Metodologi defineres som overordnede prinsipper for å samle data. Kvalitativ forskning bygges opp fra virkeligheten på en induktiv måte, og kan endre form underveis. Et fremtredende design må ta høyde for nye spørsmål som oppstår underveis i datainnsamlingen. Forsker påvirker selv sitt arbeid med sine tidligere erfaringer.

Samtlige av disse antakelsene innehar en rolle i dette prosjektet. Ontologi har vært styrende for mine valg i forskningsprosessen. Mennesker kan etter min erfaring oppfatte samme situasjon ulikt. Ved individuelle samtaler kan noe unikt fremkomme, som ikke nødvendigvis så lett lar seg avdekke i samlede grupper. Derav kom valget om individuelle intervjuer. Epistemologi, også kalt kunnskapslære, representeres ved den kontakten forsker knytter til informanten. Kunnskap avdekkes gjennom systematisk kommunikasjon. Kontakten som oppstår i et møte mellom to mennesker, kan gi rom for nærhet. På den måten vil samspillet mellom to parter i et individuelt intervju kunne føre til ny kunnskap. Mitt eget verdisyn vil etter beste evne forsøkes reflektert gjennomgående i teksten. Egne verdier gjenspeiles ytterligere gjennom prosjektet sine metodiske og litterære valg. Metodologien til prosjektet representeres ved de prinsippene som ligger bak valg av metode. En induktiv tilnærming vektlegger at data bygges opp fra hverdagen til erfaringskonsulenter. Meninger som formidles i samtaler kan lede til nye spørsmål. Åpenheten i en samtale gir rom for at nye vinkler ved den opprinnelige problemstillingen kan fremkomme.

## 4.2 Fenomenologi

Kunnskap fra fenomenologi har sine røtter i mening. Et universelt meningsinnhold, essensen, hentes ut fra flere individer sine opplevelser (Moustakas, 1994, s. 13). Gjennom å intervju ansikt til ansikt i naturlige omgivelser, kan dette åpne for at uventede vinkler, ikke på forhånd forventet av forsker, kan komme frem. En fenomenologisk tilnærming til prosjektet ble valgt, fordi tilnærmingen anses som egnet til å belyse erfaringskonsulenter sine opplevelser. Mitt yrke som sykepleier på post for mennesker med psykoselidelser preger mine valg i forskningsprosessen. Min faglige interesse ligger i litteratur forankret i humanvitenskapen. En yrkesidentitet innen helsesektoren knyttes naturlig tett til interesse for menneskelig samhandling og relasjonsarbeid. Erfaringene til individet står i fokus og er av betydning. Sykepleierrollen medfører et faglig fellesskap, samtidig tilføres arbeidet noen personlige egenskaper. Disse betraktningene tar jeg som forsker med meg inn i prosjektet. Min utfordring har vært å tilsidesette noe av min forkunnskap, og være åpen for det nye som fremtrer. Epoche, et begrep av Husserl, beskrives av Moustakas (1994, s. 85-87) som at forsker må ha en unik åpenhet mot hva en person uttrykker. Påvirkning fra ytre hverdagslige kilder må ikke overskygge forsker sine individuelle inntrykk. Alle kvaliteter som fremkommer

i en samtale har lik verdi, forsker tar ingen standpunkt. Min erfaring er at god forberedelse kan tilrettelegge for økt oppmerksomhet i intervjusituasjonen. Hvis informanten får et inntrykk av at forsker er godt forberedt, kan det inngi tillit. Dette krever evne til både å fokusere og å konsentrere seg, og være bevisst hvordan en selv kan påvirke informanten. Moustakas (1994, s. 89) utdyper at forsker må inneha mottakelighet, en åpenhet mot hva som presenteres. Forsker må løsrive seg fra faste tenkemåter, og unnlate å påvirke den andre i for stor grad. En åpen lyttende holdning ble vektlagt i intervjuer med informanter. God forberedelse, der jeg som forsker bevisstgjorde meg egne verdier ble etterstrebet. Tidsramme på intervjuene ble informert på forhånd, for å skape rom for at en god dialog kunne etableres.

Gjennom en refleksiv prosess, der teksten og språket vurderes gjentatte ganger, fremtrer essensen (Moustakas, 1994, s. 90, 95). Fenomenologisk reduksjon brukes i de tekstlige beskrivelsene. Intervjusituasjonen vil etter min oppfatning legge grunnlaget for en slik arbeidsmetode. Oppmerksomhet mot det verbalt uttrykte og stemningen i intervjusituasjonen, er første skritt der forsker anvender Epoche og løsriver seg fra det ytreskapte. Erfaringskonsulenter sine ulike opplevelser må fremkomme på en fri måte. Når det skriftlige materialet leses på nytt flere ganger, kan forsker få nye idéer og inntrykk. Uttrykk som ikke umiddelbart festet seg, kan etterhvert fremstå som betydningsfulle. Små detaljer kan komme til å bli viktige, og noe som ved første blick fremstod åpenbart kan ta mindre plass. En helhet kan vokse frem fra en konstant bearbeidelse. Resultatet av en slik prosess vil i følge Moustakas (1994, s. 93) gi en tydeligere beskrivelser av informantene sine opplevelser.

#### 4.2.1 Hermeneutikk

Selv om informanten sine erfaringer er fokus i en samtale, må forskeren likevel ofte delta i fortolkninger av det uttrykte, hevder Brinkmann (2018, s. 581). Dette skjer fordi virkeligheten kan ses på flere måter. Schwandt (2015, s. 135-136) viser til den hermeneutiske sirkelen, å forstå helheten i en tekst ut fra delene og motsatt. I ontologisk forstand utvides denne forståelsen til å omfatte det universelle, ingen metode, erfaring eller mening er fri for fortolkning fundert i personen sin egen bakgrunn og historie. Dette synet er

i følge Schwandt (2015, s. 136) utviklet av Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer. Hermeneutisk metode, hevder Schwandt (2015, s. 137-138) bygger på å sette de ukjente delene av en handling, tekst eller ytring opp mot integriteten i handlingen, teksten eller ytringen slik at meningen etterhvert kommer frem. Han gir som eksempel at for å forstå de første linjene i et dikt, må en helhetlig forståelse av diktet være tilstede, og motsatt. Det er to personer i en samtale og informanten vil søke etter respons på sine uttrykte meninger. Min tilstedeværelse gjør at informanten har noen å uttrykke seg overfor, det er naturlig å søke til den andre for fortolkning. Min fortid og mitt yrke kan jeg ikke løsrive meg helt fra, deler av min erfaring er en uunnværlig del av samtalene. Alle disse aspektene betyr at fortolkning er tilstede. Gjennom bevisstgjøring av mine egne prosesser, som å skrive ned notater, kan det tilrettelegges for en refleksiv holdning hvis informanten ber meg om en fortolkning. Derfor har jeg valgt å skrive en refleksiv journal både før og etter samtalene.

#### 4.3 Hvorfor intervjuer?

Blikket mitt rettes mot teorier som undersøker mennesker sine personlige opplevelser, som kan være både lignende og skille seg fra hverandre. Et kvalitativt design ble et naturlig valg. En kvalitativ tilnærming anvendes i følge Creswell og Poth (2018, s. 45) når et problem eller tema trenger å utforskes, og forståelsen vårt av problemet fordrer detaljerte beskrivelser relatert til det aktuelle temaet. Det innebærer å snakke direkte med mennesker. Samtaler i form av kvalitative dybdeintervjuer ble av forsker ansett som egnet til å utforske erfaringskonsulenter sin hverdag. Nye opplysninger kan komme frem underveis, og det kan oppstå behov for å justere spørsmål og hvilke kategorier data som innhentes. En slik måte å tilpasse prosjektet til informantene sine beskrivelser, kalles av Creswell og Poth (2018, s. 44) et «emerging design». Kvalitativ forskning bygges opp fra virkeligheten, og kan endre form underveis. Mitt mål var at intervjuene ble gjennomført på arbeidsstedet til informant, trygghet i intervjusituasjonen ble etterstrebet. Forskers egne oppfatninger kan påvirke hvordan informanten velger å uttrykke seg, derfor ble det vektlagt bevisstgjøring av forsker sin rolle i intervjusituasjonen.



## 4.4 Datainnsamling

Dette kapitlet redegjør for datainnsamlingen. Prosessen med rekruttering og deltakere gjennomgås, utvikling av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene presenteres.

### 4.4.1 Rekruttering og deltakere

Et strategisk utvalg beskrives av Creswell og Poth (2018, s. 157) som at informantene må ha opplevd samme fenomen. Malterud (2017, s. 58) utdyper at mangfold i utvalget kan føre til bedre informasjonsstyrke. Disse føringene ble vektlagt for å sikre et utvalg med bredde og styrke i evne til å avgi informasjon. Informantene ble rekruttert gjennom lokale kontaktpersoner innen psykisk helsevern. Kontaktpersoner inkluderer ledere. Første kontakt ble gjort under utarbeidelse av prosjektplan i februar 2020. Forsker henvendte seg til kontaktpersoner innen psykisk helsevern, og møtte to erfaringskonsulenter. Gjennom uforpliktende samtaler fremkom det interesse for å fremskaffe kunnskap og belyse erfaringskompetanse og arbeidshverdagen til erfaringskonsulenter. Når tiden nærmet seg rekruttering kunne forsker ta kontakt med erfaringskonsulentene, fordi de har egne nettverk.

I uke 35 høsten 2020 ble de første informasjons- og samtykkeskrivene (vedlegg 1) sendt ut på e-post direkte til informanter. Dette kunne gjennomføres fordi kontakt allerede var etablert. Målet var å gjennomføre åtte intervjuer, omtrent et intervju i uken frem til november. Spredning i alder, kjønn og arbeidssted ble vektlagt i rekruttering av deltakere. Erfaringskonsulenter hjalp til i prosessen med rekruttering gjennom gjeldende inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriterier var to år eller lengre arbeidserfaring som erfaringskonsulent innen psykisk helsearbeid. Erfaringskonsulenten måtte ikke ha hatt lengre opphold der han eller hun ikke har vært i arbeid de to siste årene. Stillingsprosent burde helst være 50% eller mer. Hvis erfaringskonsulenten hadde noe mindre stillingsprosent, og samtidig fylte kriteriene for fartstid i arbeid ville man være aktuell for deltakelse. Dette kriteriet ble ansett som viktig fordi flere erfaringskonsulenter jobber deltid. Øvrige inklusjonskriterier ble ansett innfridd i form av yrket og i stillingsbeskrivelsen til den enkelte erfaringskonsulent. Det ble rekruttert åtte informanter. Informantene var fire kvinner og fire menn. Aldersspenn var fra slutten av tyveårene til midten av femtiårene. Fire

av informantene lå i nedre del av dette aldersspennet, og fire informanter lå i øvre del.

Kjønnsfordelingen var lik med to kvinner og to menn innad i disse gruppene på fire.

Variasjonsbredde i år i arbeid, og en fordeling av informanter i ulike deler av helsesektoren med arbeidsoppgaver som skiller seg fra hverandre, ble vektlagt. Dette for å oppnå bredde i form av ulike arbeidsmiljø. En av informantene ble rekruttert gjennom en

doktorgradsstipendiat ved Høgskolen på Vestlandet. De åtte intervjuene ble gjennomført fra uke 36 til uke 45 høsten 2020. To ganger ble det gjort to intervjuer i en tidsramme på en uke, fordi det passet informanter sin tidsplan.

#### 4.4.2 Intervjuguide

Forsker utviklet en intervjuguide (vedlegg 2) basert på en modell fra Kvale og Brinkmann (2015, s. 163-164). Intervjuguiden har to kolonner, til venstre det tematiske forskningsspørsmålet og til høyre intervju spørsmålet. Intervju spørsmålene ble utformet i et enkelt språk. Spørsmålene rettet seg mot konkrete opplevelser erfaringskonsulenter har rundt sine erfaringer i yrket som erfaringskonsulent. I uke 34 ble det gjennomført to prøveintervjuer. To erfaringskonsulenter som ikke ble benyttet som informanter i selve prosjektet deltok. Disse intervjuene hadde hver en varighet på 30 minutter.

Prøveinformantene kom med nyttige innspill til hvordan de opplevde spørsmålene, og hvordan å stille disse i et enda enklere språk. Disse innspillene ble tatt med videre.

Creswell og Poth (2018, s. 44) beskriver et studiedesign som endres underveis, og tilpasses informantene sine beskrivelser. Det innebærer at spørsmålene kan endre seg, og nye spørsmål kan komme til i løpet av prosessen med intervjuer. Det nye som fremkommer i et intervju må tas med videre til neste intervju. Tema av interesse for en informant ble tatt med videre til neste intervju. Det førte til en utvikling i intervjuene der ny informasjon som kom frem, kunne belyse flere sider av hvordan erfaringskonsulenter opplever sin arbeidshverdag. Nye nyanser som samfunnsmessige utfordringer og forhold på arbeidsplassen ble avdekket underveis, og utviklet seg gradvis i en dynamisk prosess etterhvert som intervjuene ble gjennomført. Forhåpentligvis opplevdes intervjuene meningsfulle for informantene. Forsker gjorde grundige forberedelser foran hvert enkelt intervju, av respekt for informanten og for tidsbruken til hver av informantene.

#### 4.4.3 Gjennomføring

Samtlige intervjuer ble gjort på informanten sitt arbeidssted. Intervjuene varte fra 60-110 minutter med et gjennomsnitt på cirka 75 minutter. Tidspunkt for intervju ble avtalt på telefon, informasjon om rettigheter ble da gjentatt. Til selve intervjuet tok forsker med samtykkeskriv. Alle intervjuer startet med at forsker presenterte seg ved navn, rolle som student og yrke som sykepleier. Informasjon om at deltakelse er frivillig, at personen når som helst kan trekke sitt samtykke samt prosjektet sin hensikt og tema, ble også der gjentatt. Alle informanter undertegnet samtykkeskrivet før intervjuet startet. Under intervjuene vektla forsker å ta opp konkrete situasjoner der informanten utdypet sine opplevelser relatert til prosjektet sitt tema. Non verbal kommunikasjon som å sitte henvendt mot informant, vise interesse og nysgjerrighet i form av ansiktsuttrykk var noe forsker bevisstgjorde seg. Noen ganger brukte forsker oppsummering for å forsikre seg om at informasjon var riktig forstått. Konkretisering ble etterspurt i tilfeller der det trengtes tydeliggjøring. Konkrete beskrivelser av situasjoner og hendelser ble fulgt opp av forsker med oppfølgingsspørsmål. Denne fremgangsmåten beskrives av Kvale og Brinkmann (2015, s. 48) som at forsker er spesifikk, og for å unngå generelle beskrivelser fra informantene. Følgende er eksempler på oppfølgingsspørsmål som ble stilt: «Hvordan kjentes det?» og «hvordan var den følelsen?», korte «ja?» fra forsker ble uttrykt for å vise nysgjerrighet og undring, og førte til at informanten utdypet ytterligere. Enkelte ganger ble tema fra tidligere i samtalen tatt opp på nytt av forsker, for videre utforskning. Stillhet oppstod noen ganger og viste seg å kunne skape trygghet, og gi rom for refleksjon. Hutter et al. (2020, s. 11, s. 330) bruker betegnelsen «rapport» om å oppnå en tillitsfull og komfortabel atmosfære. Det ble etterstrebet av forsker å bygge slik tillit.

I selve intervjusituasjonen holdt forsker seg til tema om erfaringskonsulentens sine opplevelser i yrket. Informantens egne helseerfaringer ble ikke berørt, fordi slik informasjon ikke anses som relevant for prosjektet. Intervjuer vektla respekt for informantens sin yrkesrolle som en ansatt i helsevesenet som en ressurs på linje med leger, psykologer, sykepleiere og annet personale. Hvis en informant nevnte informasjon av personlig karakter, antydte forsker en annen retning ved for eksempel å stille spørsmål til et tidligere berørt tema i samtalen. Intervjuene ble avsluttet med en kort samtale der forsker og informant ble sittende og pratet om hvordan samtalen og spørsmålene opplevdes, og noen ganger om

andre dagligdagse ting. Forsker spurte om det var i orden å ta kontakt på nytt hvis det skulle oppstå behov, og informerte om at informanten hadde anledning til å kontakte forsker. Lydopptak ble lastet inn på forskningsserveren til Høgskolen På Vestlandet. Intervjuene ble ordrett transkribert like i etterkant av utførelse, lydkvaliteten var god. Transkribering som gjøres med en gang etter intervjuet ga allerede da nye innsikt i materialet.

## 4.5 Etikk

Dette kapitlet omfatter informert samtykke, personvern og hensyn tatt i analyseprosessen. Et overordnet etisk perspektiv presenteres. Det avrundes med hvordan forsker presenterte seg selv for informantene.

### 4.5.1 Informert samtykke og personvern

Prosjektet innhentet godkjenning fra NSD (vedlegg 3)<sup>7</sup>. Informantene fikk tilsendt informasjon- og samtykkeskriv på e-post. Samtykkeskrivet (vedlegg 1) innbefattet en frivillig, spesifikt, informert og utvetydig bekreftelse. Gjennom e-post ble det tydeliggjort at deltakelse er frivillig og at informanten når som helst kan trekke seg. Forsker vektla tydelig informasjon om informanten sine rettigheter, og denne informasjonen ble gjentatt flere ganger. Det ble informert at opplysninger behandles konfidensielt, personopplysninger anonymiseres. Hensikten med prosjektet ble formidlet på e-post, og gjentatt før intervjuet startet. Prosjektet følger de etiske prinsippene nedfelt i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2018). Forskningsserver med VPN-nettverk ble benyttet for konfidensiell håndtering av datamateriale. Første del av analyseprosessen ble gjort på forskningsserver, og materialet ble hentet ut når dette var anonymisert. Lister med navn på deltakere ble holdt separat og innelåst. Innhentede data slettes ved prosjektslutt senest 31.12.2021.

### 4.5.2 Et overordnet etisk perspektiv

Skilbrei (2020, s. 24-25) påpeker at alle ledd i forskningsprosessen innebærer forskningsetiske valg, ikke bare de praktiske sidene. Forskningsetikken innebærer å være

---

<sup>7</sup> Prosjektet ble forelagt fremleggingsvurdering for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og ble vurdert som ikke fremleggingspliktig for REK.

sannhetssøkende (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018, (1)). Det betyr noe hvordan man omtaler andre mennesker, det spiller en rolle for hvordan vi selv danner oss et bilde av andre, og for hvordan vi kommuniserer ut våre synspunkter til omverdenen. Dette idealet utfordres underveis i prosessen (Creswell & Poth, 2018, s. 53-54; Skilbrei, 2019, s. 24-25). Forsker gjorde forberedelser i forkant av intervjuer ved å på nytt gjennomgå forskning og bakgrunnshistorie til temaet erfaringskompetanse. For at informanten kunne kjenne seg trygg i intervjusituasjonen, ble forberedelse og informasjon vektlagt. Som forsker er mitt ansvar å kontinuerlig vurdere nyanser i en samtale, og hva som kjennes etisk forsvarlig å følge opp. Et konstant blikk på det empiriske materialet, kombinert med inntrykkene fra intervjusituasjonen ble gjennomført. Troverdige formidling av resultater ble vektlagt i analyseprosessen.

Forsker vektla å presentere seg i rollen som student, og som sykepleier. En ærlig fremstilling av meg selv kjentes som å være riktig. Det ble lagt vekt på at informasjonen samtidig var kortfattet, slik at det ikke blir startet en lengre samtale før selve intervjuet. Dette fokuset mellom å gi god informasjon, og samtidig fatte seg i korthet ble av forsker opplevd som å kreve konsentrasjon. Utveksling av informasjon i et intervju har som formål å utvikles til ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 36-37). Det ble ansett vesentlig at informanten var godt kjent med hvordan informasjon benyttes. Fordi forsker sitt arbeid er innen helsevesenet, kan det gi noen fordeler. Forsker kjenner systemet og kan plukke opp og kjenne igjen nyanser i kjente situasjoner. Selve strukturen og noen arbeidsmåter i helsevesenet er gjenkjennelige. Det å ha kjennskap til helsevesenet innenfra, kan også gi et begrenset syn og detaljer som en utenforstående vil feste seg ved, kan glippe for forsker. En utenforstående vil kunne oppdage nyanser som forsker kan ha sett seg blind på. Økt oppmerksomhet kreves derfor av forsker. De etiske aspektene nevnt her er noen av de sidene jeg som forsker kontinuerlig har etterstrebet gjennom de ulike fasene i prosjektet.

## 5 Analyse

Dette kapitlet redegjør for analyseprosessen. Systematisk tekstkondensering presenteres kort. Analyseprosessen fra den første lesingen til meningsbærende enheter, kondensater og den ferdig analytiske teksten utredes.

### 5.1 Systematisk tekstkondensering

Malterud (2012, 795-805) sin systematiske tekstkondensering (STC) ble valgt som inspirasjon til analysemetode. Elementer fra denne metoden anvendes i analysen. STC er en beskrivende og utforskende metode. Metoden innebærer en tematisk analyse som går på tvers av ulikt meningsinnhold i kvalitativt materiale. Spesielt egnet anses metoden å være for den nye forskeren. Dette begrunnes av forfatteren med at metoden tilbyr ivaretagelse av intersubjektivitet, refleksivitet og gjennomførbarhet, samtidig som den har klart definerte trinn til utførelse. STC er utviklet med utgangspunkt i Giorgio (2009) sin fenomenologiske analyse.

Et spesielt grep i STC er å samle enkelte meningsenheter fra deltakere til en kort tekst. Denne teksten skrives i jeg-form, og utgjør en samlet fremstilling av tekst med mening hentet fra flere deltakere. Dette for å sikre at det analytiske sluttproduktet har grunnlag i store deler av materialet. STC har følgende trinn (Malterud, 2012, s. 796-801):

1. Materialet leses for å få et helhetsinntrykk, noen foreløpige tema noteres.
2. Meningsbærende enheter sorteres i kodegrupper.
3. Kodegruppene deles inn i sub-grupper, og fra hver sub-gruppe utvikles et kondensat med et sitat fra en informant.
4. Syntese innebærer en analytisk tekst som bygger på kondensatene. Et språk som er nærmest mulig det informantene har brukt vektlegges. Hver kodegruppe gis en overskrift, den ferdige teksten vurderes opp mot det originale materialet.

### 5.2 Trinn 1-2: Første inntrykk til meningsbærende enheter

Samtlige intervjuer ble transkribert like i etterkant av utførelse. Dette ga en umiddelbar nærhet til materialet. Når fire intervjuer var gjennomført, ble det klart at materialet var stort

nok til at en foreløpig analyse kunne starte. Intervjuene ble lest flere ganger og over tid. Åpen lesing ble etterstrebet for å få et helhetsinntrykk uten å feste seg for mye til detaljer. Forsker søkte å legge vekk egen forforståelse. Sorteringsarbeidet i kodegrupper med navn kunne oppgjøre midlertidig status, og tilføre oversiktligheit i de resterende intervjuene. De transkriberte intervjuene ble lest linje for linje, meningsbærende enheter ble lagt i seks foreløpige kodegrupper. En meningsbærende enhet er i følge Malterud (2017, s. 101) relevant tekst som belyser problemstillingen. Et eksempel er hentet fra kodegruppen med tema «sårbar styrke»: «Jeg skal bruke samme språk som pasienten gjør og hvis jeg møter en pasient som har lyst til å ligge under sengen så legger jeg meg under sengen ved siden av hen». Dette var en fleksibel og intuitiv prosess, meningsbærende enheter ble flyttet på allerede nå. Forsker sitt fokus var at hver ny lesing av tekst kunne lede til uoppdagede nyanser og idéer. Selve arbeidet med sortering ble gjort på word-dokumenter med klipp og lim-teknikk på VPN-nettverk til forskningsserveren. Arbeidsnotater for hånd ble i tillegg flittig brukt. På dette andre trinnet ble det ikke utviklet sub-grupper, for ikke å låse kreativiteten i prosessen. De foreløpige navngitte kodegruppene ga det kontinuerlige tankearbeidet til forsker økt klarhet, samtidig lå veien åpen for hva de siste fire intervjuene kunne tilføre av ny kunnskap.

Når de fire siste intervjuene var gjennomført, ble den åpne leseprosessen fra første runde gjentatt. Koding av meningsbærende enheter ga en ny navngitt kodegruppe. All tekst som ble ansett som relevant lå nå fordelt i syv navngitte kodegrupper. Malterud (2012, s. 797) anbefaler et håndterlig antall kodegrupper. På dette tidspunktet ble veileder kontaktet for at materialet kunne få et blikk utenfra. Forsker lyttet til veileder, og tok på selvstendig grunnlag avgjørelse om å redusere ned til fire kodegrupper. Dette for å få oversikt i det videre arbeidet, og yte rettferdighet til det viktigste som fremkom i samtale. Flexibilitet tidlig i prosessen lønnet seg nå. Det viste seg at noen kodegrupper kunne slås sammen, en gruppe med mindre tekst ble vurdert å kunne bli til en senere sub-gruppe i trinn 3. Kodegruppen «en kraftfull allianse» gikk inn som en sub-gruppe til kodegruppen med tema «avmakt i møte med struktur». Færre antall kodegrupper utløste nye runder der alle meningsbærende enheter ble gjennomgått på nytt. Krysslæsning og en omfattende prosess som gikk frem og tilbake fulgte.

### 5.3 Trinn 3-4: Undergrupper, kondensater og analytisk tekst

Fire kodegrupper med meningsbærende enheter var nå utviklet. Det tredje trinnet innebar utvikling av kondensater og analytisk tekst. Forsker startet med kodegruppen med tema «sårbar styrke», fordi den frembrakte nysgjerrighet. Kodegruppen var ikke et tema fra den opprinnelige intervjuguiden, men fremkom underveis i intervjuene. Flere nyanser i fenomenene sårbarhet og styrke lå i denne kodegruppen. Det opplevdes utfordrende å etablere sub-grupper, det ble vektlagt å se på empirien. Et mål var at det som var uttrykt som viktig for informantene måtte komme tydelig frem. Mitt valg var å gi sub-gruppene korte beskrivende navn, for å rydde i egen hukommelse og å ha noen «knagger». Disse navnene ble fjernet før utarbeiding av analytiske tekst. En meningsbærende enhet med rik beskrivelse ble valgt, eksempelet er hentet fra sub-gruppe i kodegruppen med tema «sårbar styrke»:

*Fordi at når jeg var bruker selv så provoserte det meg hvis jeg sa «jeg har det helt for jævlig» og responsen var «jeg skjønner at du har det vanskelig». Det var ikke det jeg sa, «jeg sa at jeg hadde det for jævlig, bruk det ordet jeg brukte». Det er sånne småting jeg fant frustrerende da jeg var bruker som jeg har bare bestemt meg for at jeg skal ikke bli sånn.*

Rundt denne meningsbærende enheten ble det skrevet inn sitater i jeg-form fra andre informanter, i et språk så tett som mulig opp til det uttrykte. Dette og de påfølgende kondensatene ble omarbeidet flere ganger. Fortetting innebar et systematisk blikk på det empiriske materialet og informantene sine stemmer, på vei til et arbeidsnotat. Det fjerde trinnet innebærer en sammensetning av fortolkningen i syntesene. Til hvert kondensat i sub-grupper til temaet «sårbar styrke» ble en analytisk tekst i tredjeperson utformet. Denne prosessen gikk frem og tilbake mellom empiri, kondensater og analytisk formidling. Forsker arbeidet systematisk for å legge egen forforståelse til side, og formidle et tekstbilde så nært som mulig til informantene sine stemmer. Analytisk distanse og troverdig formidling av informantene sine stemmer ble vektlagt. Det illustrerende sitatet fra trinn tre ble vurdert på nytt, rike beskrivelser gjorde at flere sitater var aktuelle som illustrasjon. Økt innsikt gjennom kondensering og analyseprosess ledet til et ferdig resultat med fire selvstendige tema og undertema.



I analyseprosessen ble det vektlagt å bruke samme språk som informantene. Non-verbal kommunikasjon ble notert i transkriberingen. For eksempel når en informant forteller noe med et humoristisk eller strengt tonefall. Det gjorde at inntrykkene av hva som var vesentlig i det vedkommende fortalte festet seg bedre. Et tydelig språk i analysen ble vektlagt. Målet var etter beste evne å gjenfortelle det som informantene formidlet som essensielt i sine opplevelser. Det ble sett etter funn der informanter fortalte om lignende opplevelser, men også motstridende funn ble tatt i betraktning, noe som omtales av Creswell og Poth (2018, s. 55) i sin tabell over etiske problemstillinger i forskning. Det opplevdes som utfordrende å forholde seg til et stort datamateriale og sitte med ansvaret for å lage solide kodegrupper. Arbeidet er gjort etter beste evne på en måte som formidler informantene sine stemmer på en autentisk måte.

## 6 Funn

Erfaringskonsulenter befinner seg på en lang reise. De har skiftet posisjon i samfunnet, og gått fra å være en bruker til å bli et personale. Denne prosessen er sammenlignbar med et overgangsritual, et «rite of passage». Erfaringskonsulenter har gått fra en identitet som bruker til en identitet som personale, og det forventes av helsevesenet at erfaringer fra under og etter tiden som bruker anvendes i yrket. Denne instruksen og forventninger til rollen skaper og opprettholder liminale stillinger, og derfor tar reisen lang tid. Posisjonen i midten har en egen kraft, og erfaringskonsulenter knytter sterke bånd til brukerne. Jeg sammenligner dette båndet med *communitas*, et sterkt vennskap og en likeverdighet som oppstår mellom mennesker som deler distinkte erfaringer. Å være i midten har fordeler, det åpner for brudd på normer hvor erfaringskonsulenter kan tillate seg adferd som ikke fagpersonalet kan gjøre. Dette gjør erfaringskonsulenter på en veldig naturlig måte. Samtidig møter erfaringskonsulenter utfordringer med de fastlagte strukturene i helsevesenet. Tvedydigheten som ligger i en mellomposisjon gjør at fagpersonalet har svært ulike reaksjoner i samarbeid med erfaringskonsulenter, fordi alle mennesker trenger å kategorisere sine omgivelser.

Funnene er delt inn i følgende fire tema med tre til fire undertema:

### Tema 1. Sårbar styrke

Undertema:

- En umiddelbar kontakt
- Sårbar styrke
- Usikker og overtydelig
- Provoserende og uredd

### Tema 2. I normløst terreng

Undertema:

- Veien er ikke gått opp
- En likeverdige relasjon - *communitas*
- Naturlig og truende

- Misforstått fokus

### Tema 3. Skepsis mot urenhet

#### Undertema:

- Manglende tillit
- Unngående adferd
- En positiv utvikling

### Tema 4. Avmakt i møte med struktur

#### Undertema:

- Det handler om systemet
- Et likeverdige yrke?
- En kraftfull allianse

## 6.1 Sårbar styrke

Den direkte bekreftelsen som erfaringskonsulenter speiler til bruker, ble fremhevet av flere informanter. Bekreftelsen er en umiddelbar kontakt som knyttes mellom erfaringskonsulenten og bruker. Kontakten bærer preg av at erfaringskonsulenten kan være mer personlig i yrket og vise frem flere sider av seg selv, som ikke fagpersonalet kan tillate seg. Det handler om at fagpersonalet ikke alltid klarer å plukke opp nøyaktig hva brukeren sliter med. Her skiller erfaringskonsulentene sin tilnærming seg ut ved å bruke språket og kroppslige uttrykk annerledes, og på en måte som går direkte til hvordan brukeren oppfatter seg selv. Barrierer må identifiseres for å oppfatte og være i stand til å handle basert på behovene til bruker. Brudd på vedtatte normer for hvordan personale kan oppføre seg, blir tatt i bruk av erfaringskonsulenter. En informant forteller om det spesielle språket som knytter brukeren til erfaringskonsulenten:

*Fordi at når jeg var bruker selv så provoserte det meg hvis jeg sa «jeg har det helt for jævlig» og responsen var «jeg skjønner at du har det vanskelig». Det var ikke det jeg sa, jeg sa at jeg hadde det for jævlig, bruk det ordet jeg brukte. Det er sånne småting jeg fant frustrerende da jeg var bruker som jeg har bare bestemt meg for at jeg skal ikke bli sånn. [...]. Jeg skal bruke samme språk som pasienten gjør og hvis jeg møter en pasient som har lyst til å ligge under sengen så legger jeg meg under sengen ved siden av hen.*

Informanten beskriver her en måte å møte bruker på som representerer styrke. Alle informantene fortalte at de tør å være mer direkte med brukerne. Dette er et unikt utgangspunkt til erfaringskonsulenter for å bruke sin personlige erfaring sammen med bruker. Denne posisjonen representerer også en sårbarhet. Spenninger i forhold til fagpersonalet kan oppstå, når erfaringskonsulenten kommer tilbake i arbeid der hen tidligere har vært til behandling. Noen av personalet var veldig positive, og andre uttrykte usikkerhet. En informant uttrykte skuffelse over at personalet aldri hadde spurt hen om hvordan behandlingen hadde vært, og om noe kunne vært gjort annerledes. Informanten fortalte at hen var klar for å svare på spørsmål, men undret seg om personalet var redde for å spørre:

*Kanskje de er redd for å krenke meg. Men jeg er jo her i kraft av min erfaringskompetanse, så jeg er jo klar for å snakke om det, eller i hvert fall på en måte bli spurt. Men å late som ikke det har skjedd, det er jo ikke greit.*

Usikkerhet fra fagpersonalet sin side ble snakket om av flere informanter. En informant fortalte at usikkerheten kan gi seg utslag i at personale reiser seg og går, når erfaringskonsulenten kommer inn i et rom. Overtydlig oppmuntring for helt ordinære arbeidsoppgaver, er en annen måte usikkerhet kommer til uttrykk på. Informanten fortalte at de som reiste seg og gikk var de letteste å forholde seg til, for det var så tydelig hva de mente. De skeptiske var vanskeligst å forholde seg til, for de ønsket ikke at erfaringskonsulenten skulle skjønne det. Usikkerheten kom til uttrykk gjennom overdrevet skryt til erfaringskonsulenten for helt vanlige oppgaver:

*Det er verre med de som er veldig skeptisk til meg, men som ikke ønsker at jeg skal skjønne det. Fordi at de er den typen som kan komme hvis jeg står og smører lunsj til brukerne, kan de stikke hodet inn på kjøkkenet og si: «Så flink du er å smøre skiver!». Jeg har lært meg å bare nikke og smile. De verste er egentlig de som er veldig oppmuntrende. [...]. Jeg er ikke flink til å smøre skiver. Det er noe du forventer at et voksent menneske er i stand til å gjøre uten oppmuntring. Motvilje det greit, det kan snu. Men sånn overtudelig oppmuntring og «klarar du det da» holdningen, det håper jeg at folk klarer å gå vekk fra.*

Informanten utdyper utsagnet:

*Jeg hadde syns det hadde vært vanskelig selv, hvis en bruker som jeg har fulgt mye opp plutselig blir kollegaen min så hadde jeg kjent på usikkerhet jeg også. Min erfaring med sånne situasjoner er å være ærlig om det, så jeg hadde nok bare satt meg med den personen og sagt at «vet du hva, jeg syns dette rollebyttet er vanskelig, hva kan vi gjøre for å gjøre det enkelt?».*

Sårbarhet lå innebygd i mandatet til erfaringskonsulenter i å kunne strekke seg lenger, og bruke av sin personlige erfaring med bruker. Alle informantene fortalte at fagpersonalet er reddere for å bruke et direkte språk. En informant hevdet at fagpersonalet kanskje syns det høres slemt ut å si: Hva feiler det deg? En annen informant fortalte at å fremprovosere en reaksjon, er en måte å stille krav til bruker på. Informanten hevdet at fagpersonalet ikke våger å provosere, fordi at dette da ikke kan dokumenteres i journal. Erfaringskonsulenter innga en grunnleggende tillit i sin måte å møte brukeren på:

*Jeg tror at vi [erfaringskonsulenter] er mer uredde. Og det er vel det som etter alle disse årene så har vi kanskje, tør vi [erfaringskonsulenter] å ta litt mer sjanser, å trække litt mer ut i ukjent terreng enn fag [personalet] gjør. Og når jeg spør om hvorfor så er folk [fagpersonalet] redd for lisensene sine. De er veldig ofte redd for å trække feil, de kan miste lisenser at det kan gå utover at de kan miste retten til å utføre jobben sin, når en gjør sånne utradisjonelle ting.*

## 6.2 I normløst terreng

Normløshet kom frem i flere sider i rollen til erfaringskonsulenter. Manglende stillingsbeskrivelser er et eksempel på en sterk uklarhet i rollen. Flere informanter startet arbeidsforholdet uten en stillingsbeskrivelse, og måtte utforme sin egen. De fleste informantene mente det var negativt å ikke ha en egen stillingsbeskrivelse. Noen få informanter mente at det var positivt, fordi det ga mulighet til å utforme rollen i stor grad på egen hånd. Likevel oppga de informantene som startet med en stillingsbeskrivelse at de måtte forme rollen selv. Veien er ikke gått opp for erfaringskonsulenter. En informant fortalte at fagpersoner hen tilfeldigvis møtte i gangen, fortalte at de visste om at erfaringskonsulenten fantes, men ikke hva de kunne bruke erfaringskonsulenten til. En illustrasjon på hvordan det oppleves å starte i jobb som erfaringskonsulent, gis her av en informant:

*Første dagen jeg begynte her så nede på avdelingen, da var det en av de eldre pleierne som hen så [...] på meg og så gikk jeg inn på vaktrommet da, så sa hen: «Ja! Du skal være her ja, hva skal vi bruke deg til da?». Og jeg sa: «Nei meg kan du bruke til akkurat det du vil» sa jeg. Så begynte hen å le. Men da var liksom den situasjonen avverget.*

Her beskriver en informant uklarheten i ansettelsesprosesser:

*Noen har tittel som assistent men har jobben i kraft av at de har erfaringskompetanse, det er billigere å ansette en assistent enn en erfaringskonsulent. Jeg er redd for at begrepet vannes ut mer enn det allerede er, og at det er viktig å skille mellom det. Kanskje det ikke finnes en ideell stillingsbeskrivelse men det viktigste er at alle erfaringskonsulentene har sin tydelige stillingsbeskrivelse, det blir fort litt diffust.*

Normbrudd kom frem i erfaringskonsulentens sin samhandling med brukerne. Den spesielle kontakten som erfaringskonsulenter lykkes i å oppnå med brukerne, ser ut til å oppstå fra en annerledes måte å møte brukeren på. Alle informantene fortalte om en likeverdig relasjon til brukerne. En informant fortalte at brukerne føler seg mindre målt og vurdert av en erfaringskonsulent, enn av fagpersonalet. Det naturlige innpasset som erfaringskonsulenter oppnår, kan komme allerede i første samtale med brukeren. En informant fortalte at noen av brukerne bare vil snakke med en erfaringskonsulent, og andre brukere vil ikke snakke med erfaringskonsulenten i hele tatt. Informanten hadde en gang blitt fortalt av en bruker at hen ikke ville snakke med en annen som er gal. Den spesielle kontakten erfaringskonsulenter oppnår beskrives på denne måten av en informant:

*Helsepersonell klarer ikke å gi den hjelpen som jeg gjør, for jeg jobber jo ut i fra bare som et medmenneske, mens helsepersonell har litt andre rammer å forholde seg til.*

*Det er ikke det altså, jeg har de rammene jeg også men jeg er mer på det menneskelige nivået. [...]. Og spesielt hvis det er pasienter som har opplevd vonde ting, da strekker jeg meg lite granne. Jeg kan gi de en klem hvis de ønsker det, jeg kan spørre: «Trenger du en klem?».*

En annen informant reflekterer her rundt sitt syn på denne spesielle kontakten:

*Det er litt lettere for oss kanskje å være på samme nivå som bruker. Fordi at vi sitter ikke på den fagkunnskapen, vi sitter ikke med en, jeg ville ikke kalt det en forutinntatthet heller, men det der skillet som kan dukke opp når en begynner med fagspråk, innsikt basert på modeller og teorier.*

Erfaringskonsulenter utfordret normer på ulike måter. Samtalene med informantene avdekket en grunnleggende naturlig tillit erfaringskonsulenter fremviser i møte med brukerne. Løsningsstrategiene skiller seg ut fra personalet sin måte. Den naturlige måten erfaringskonsulenter fremsetter krav til brukerne på, var en gjenganger i samtalene. Ingen informanter stilte spørsmål til om oppførselen er upassende i en faglig kontekst. Kontakten med bruker er fremste fokus. Å utfordre normer tar plass, og det blir lagt merke til. Arbeidsmetoden er annerledes enn fagpersonalet sin, og en informant hevdet at erfaringskonsulenter kan oppleves truende for personalet:

*At erfaringskonsulenten skal ta for stor plass. At erfaringskonsulenter skal erstatte for eksempel sykepleiere på noen måte, men det blir jo to vidt forskjellige ting. Det henger jo ikke helt på greip. Men det er det jeg har klart å komme frem til da. Det må være en eller annen form for trussel at «her kommer du og er tidligere pasient og tror at du kan fortelle meg noe».*

Den liminale posisjonen erfaringskonsulenter befinner seg i gir rom for normløshet. Det er vanlig at erfaringskonsulenter forespørres om å dele sin historie fra en scene, noe som ble omtalt med dobbelt fortegn i samtalene. En informant hevdet at mange forventer å høre triste historier, og at folk misforstår den egentlige hensikten med foredraget, som er å lære noe faglig. Det er heller ikke vanlig at annet helsepersonell deler av seg selv på den måten.



Leger og psykologer står normalt ikke på en scene og forteller om sine personlige problemer. En tvetydig balanse ligger i å veie opp nytteverdien mot unødig eksponering av seg selv. Det er positivt å være til nytte for andre i yrket, det er negativt at folk misforstår og fokuserer på detaljer i det personlige, og ikke på det faglige utbyttet. Den liminale posisjonen understrekes her av en informant, som forteller om sin inngang til yrket som erfaringskonsulent:

*Veien jeg la meg på er at jeg skal være et verktøy for helsepersonell. Det er det som gjør at jeg går veldig bra sammen med de leger og psykologer og sykepleiere og vernepleiere som jeg har rundt meg.*

Mot slutten av denne samtalen kommer det frem en annen side ved å være erfaringskonsulent. Dette utsagnet setter det første i et nytt lys og fremhever mellomposisjonen, den liminale yrkesrollen, som opprettholdes av dynamikken i de fastlagte kategoriene i helsevesenet:

*Det er en skyggeside som ikke kommer frem ved det å være erfaringskonsulent. For det blir veldig «det å være erfaringskonsulent det er fantastisk» og «du er til nytte» og «du er en ressurs». Men du graver også en del fallgruver for deg selv, som på sikt hvis du vil ut av erfaringskonsulentrollen og over til noe annet, så vet folk, ja men «du er frisk egentlig?».*

### 6.3 Skepsis mot urenheter

Alle informantene hadde opplevd skepsis fra fagpersonalet. En informant mente at det kan være vanskelig for fagpersonalet å innrømme at noe har vært feil, når de har brukt en arbeidsmetode i årevis. Skepsis viste seg ved at erfaringskonsulenter ikke blir gitt tillit til å ta selvstendige beslutninger. Selv enkle avgjørelser må vurderes på ledernivå eller av et team. Holdninger fra personalet varierte stort. Flere av personalet var veldig interesserte og ville lære av erfaringskonsulenter, andre utviste skepsis, og noen få uttrykte direkte fiendtlighet. Alle informantene oppga glede og opplevelse av å være nytte i yrket sitt. Noen ting kunne

være vanskelig, men helhetlig dannet det seg et bilde av en yrkesgruppe som trives og finner mening i jobben. utfordringer kommer i form av holdninger på et menneskelig plan, og fra de definerte strukturene som helsevesenet består av. Skepsis fra helsevesenet som system og fra personer defineres på denne måten av en informant:

*For det første så forstår jeg ikke hvorfor det er sånn at de inviterer inn erfaringskompetanse samtidig som at de avslår den på mange måter. Hvis man ser på forskjellige land så har de selvhjelpsgrupper. Det har jo egentlig ikke vært så veldig godt mottatt her i Norge. det er jo egentlig erfaringskompetanse man sitter og deler med sine egne erfaringer og sine utfordringer og sine løsninger.*

Skepsis kom frem både som skjult og innforstått, eller den kom åpent til uttrykk. To informanter fortalte om skepsis fra fagpersonalet, når de kom tilbake i jobb der de tidligere hadde vært til behandling. Skepsis viste seg som at behandlere og fagpersonalet unngår erfaringskonsulenten, i kantinen, i møter eller på andre arenaer. En informant mente at gjennom å bli presentert som erfaringskonsulent foran eksternt personale, vil disse personene gjøre seg opp en mening om erfaringskonsulenten på et utilstrekkelig grunnlag. I samtalene kom det frem at informantene heller ville ha åpne spørsmål og nysgjerrighet fra fagpersonalet, enn unngåelsesadferd. Alder betyr noe i en likeverdige relasjon med bruker. Flere av informantene hevdet at eldre personale fremsto mer inngrodde i yrkesrollen, enn yngre personale. En informant ser tilbake på sin tidligere tid som bruker:

*[...] for jeg føler jo at liksom at det er litt forskjell på alder og i forhold til hvordan man..., i forhold til å se ting fra pasienten sin side. Så har jeg jo vært borti [informanten snakker her om tiden som bruker] spesielt et par psykiatere, ja rett før pensjonsalderen som jeg føler har liksom vært på en annen planet da.*

En annen informant fyller her inn i dette bildet:

*Fagpersonalet sin kunnskap rundt erfaringskompetanse er veldig varierende, men ofte når de får den kunnskapen de som er skeptisk, så blir de mindre skeptisk. Hvis jeg*

*skal generalisere så er det stort sett jo eldre jo mer skeptisk. De yngre er veldig positive, og sykepleiere er jevnt over mer skeptiske enn psykologer og leger.*

Skepsis mot erfaringskonsulenter preges av tvetydighet i form av de ulike holdningene fagpersonalet møter erfaringskonsulentene med. Alle informantene fortalte om en positiv utvikling som gikk over tid i jobben. Etterhvert som personalet fikk kunnskap om erfaringskompetanse, fikk erfaringskonsulentene en gradvis opplevelse av å bli integrert. En informant hevdet at alle samfunnsendringer må modnes, og at dette er en prosess som ikke skjer over natten. En annen informant fortalte at morgenmøter er en god arena å dele gode, vanskelige og ubehagelige opplevelser. Hvis flere arbeidsplasser hadde hatt morgenmøter, mente denne informanten, ville jobben vært lettere å stå i. Skepsis manifesterte seg likevel i lave forventninger til erfaringskonsulenter, dette gjenspeiles her i dette utsagnet til en informant:

*Fordi at jeg har vært pasient og er erfaringskonsulent, og de forventer ikke så mye, så de har liksom komt sånn og «du er utrolig flink og jeg ble helt overrasket du er jo så flink å formidle, dette var jo veldig bra», nesten sånn overrasket over at du kan snakke.*

#### 6.4 Avmakt i møte med struktur

Sårbarheten til erfaringskonsulenter kommer til uttrykk gjennom bruken av midlertidige stillinger. Flere av informantene hadde faste stillinger, men de fortalte at de var heldige. Som ny erfaringskonsulent er det vanskelig å få seg jobb. Regelen er deltid og vikariat. To informanter fortalte om usikkerheten som følger med en midlertidig stilling. Denne usikkerheten fører til konformitet, og gjør det vanskeligere å si i fra om forhold på arbeidsplassen. Forutsigbarheten i en fast stilling er en viktig forutsetning for at erfaringskonsulenter kan utvikle seg, og være en tydelig stemme. En informant mente at erfaringskonsulenter kan være redd for å si og gjøre noe feil, når de ikke har fast ansettelse. Alle informantene uttrykte at det burde vært flere erfaringskonsulenter ansatt i helsevesenet. En informant hevdet at erfaringskompetanse ikke er ment å ligne på den

kompetansen som allerede eksisterer i systemet. Her er refleksjoner fra en informant om sin opplevelse av ikke å ha fast stilling:

*Hvis de er interessert i at jeg skal ha det bra og kunne vokse i denne jobben, men når jeg er på engasjement så blir jeg jo og litt gissel. For da kan jeg jo heller ikke si at «hør her dette er jeg ikke enig med», så det og gir deg på en måte noen begrensede rammer. [...]. At de kan ramme oss inn på en sånn måte som gjør at det blir trygt og kult å kunne bruke erfaringskompetanse da. For det skal ikke være sånn at du får et sug i magen hver gang noen sier at du er erfaringskonsulent. Da er det jo noe som ikke stemmer tenker jeg. Når du kjenner at du føler deg liten, og da tenker jeg at det handler litt om systemet vårt.*

Strukturelle krefter i systemet ble et tema i samtalene med informantene. Flere informanter mente at få og midlertidige stillinger gir et inntrykk utad av at når foretaket har en erfaringskonsulent ansatt, da er brukermedvirkningen «sikret» og det fører igjen til at erfaringskonsulenten blir et alibi. Bruken av midlertidige stillinger trer derfor frem som et eksempel på at erfaringskonsulenter har en vei å gå, for å oppnå en likeverdig yrkesmessig balanse. Makt gjenspeiler seg i konkrete situasjoner. Et eksempel er en erfaringskonsulent som konsekvent ble oversett av en behandler i et møte, der alle de andre skulle si noe etter tur. En annen informant trakk frem paralleller fra sin tidligere tid som bruker. Opplevelsene fra den gang var at lydighet er noe som lønner seg for å tilfredsstille systemet. Da bli det hele bare et spill for galleriet. Omtrent halvparten av informantene mottok veiledning, og denne ble tilrettelagt av leder. Samlet sett ga alle disse inntrykkene et bilde av en kompetanse som etterspørres, og samtidig må tøyles. Makten som ligger i relasjoner beskrives av denne informanten:

*Jeg føler at jeg må bevise, jeg kan ikke bare gjøre en like god jobb som alle andre, jeg må gjøre en bedre jobb. Fordi det er noen, det er ikke alle, det er mange som er positive, det noen som har en holdning der de blir sittende og vente på at du skal feile.*

Vennskapet med leder representerer en tydelig og kraftfull allianse. Alle informantene fortalte om viktigheten av at erfaringskompetanse er forankret i ledelsen. En informant fortalte at uten støtte fra lederen sin, ville hen ikke vart i mer en seks måneder i jobben. Støtten fra leder ble beskrevet som å være av stor betydning. En god leder er en som støtter erfaringskonsulenten, og stiller opp når ting er vanskelig. Lederen banet veien og åpnet dører. Det er ingen selvfølge at erfaringskonsulenter tas i mot på en bra måte. Personalet bruker tid på å kjenne seg trygg på erfaringskonsulenter. Leder har her en nøkkelrolle. En informant hevdet at det er mye uvitenhet blant ledere, fordi de har gått på skole og har en helt annen form for kompetanse. I samtalene fortalte informantene at erfaringskonsulenter nå jobber for å få på plass sin egen fagorganisasjon. Her beskriver en informant sin erfaring med lederen:

*Nesten uansett hva man har startet opp så lenge det er et snev av behov for brukerperspektiv så har jeg blitt inkludert, det er ikke alle som tenker sånn. Det har jeg synes har vært veldig greit, og de har jo fått erfare etterhvert at det har en funksjon å ha med en erfaringskonsulent. Det hadde vært mye vanskeligere hvis jeg ikke hadde hatt lederen min i ryggen. [...]. En god leder er alt. Jeg har muligheten til å ha en leder som faktisk er mottakelig for at «dette fungerer» og «dette fungerer ikke», å kunne drøfte dilemmaer med. Fordi at selv om erfaringskonsulenter det er noen år nå, så er det fortsatt en veldig ny yrkesretning, det er mye prøving og feiling og det er spennende å få være med på den prøvingen og feilingen.*

## 7 Drøfting

Hensikten med dette prosjektet er å belyse forskningsspørsmålet «hvilke erfaringer opplever erfaringskonsulenter i yrket som personale med tidligere brukererfaring?». Dette kapitlet starter med refleksjoner rundt validitet og reliabilitet, disse aspektene knyttes til styrker og svakheter i prosjektet. Deretter følger noen tanker om hvordan jeg som forsker har påvirket prosjektet. Funnene drøftes deretter opp mot den teoretiske rammen og forskningen som det tidligere er redegjort for i oppgaven.

### 7.1 Validitet og reliabilitet: Prosjektets styrker og svakheter

Kriteriet for troverdighet i kvalitativ forskning er ganske enkelt, hevder Lincoln og Guba (1985, s. 290, 295-296). Det handler om hvordan forskeren kan overbevise leserne og seg selv om at funnene i en studie er verdt å tas hensyn til. Kredibilitet er begrepet forfatterne bruker om en sann fremstilling av de ulike konstruerte virkelighetene til informantene. Dette begrepet erstatter intern validitet i kvantitativ forskning. Intervjusituasjonen i dette prosjektet er ikke etterprøvbart av andre fordi forsker og informant var de eneste tilstede. Situasjonen er unik og settingen ville endret seg med en annen intervjuer. Vedlagt intervjuguide er en pekepinn på tema i samtale og metodekapitlet gir beskrivelse av forberedelser og hvordan samtale forløp. Funn delen med sitater gir et bilde av essensen i samtale. En svakhet i dette prosjektet er at jeg som «fersk» forsker satt med et relativt stort intervjumateriale. En refleksjon er at neste gang vil jeg bringe inn en ekstra person i analyseprosessen, det er mulig at jeg har oversett nyanser i materialet som et annet par øyne ville festet seg ved. Noe av materialet vil nødvendigvis falle bort, for å få frem det viktigste i hva informantene forteller. På den måten kan jeg ha latt være å inkludere materiale som kunne belyst enda flere sider av erfaringskonsulenter sine erfaringer. Pilotintervjuer var av stor nytte for å få øvelse i hvordan en samtale som er strukturert av en temaguide forløper. En styrke ligger i valg av analysemetode med klare trinn. Etterhvert som analysen utviklet seg fikk jeg større tiltro til at analysemetoden er et hjelpemiddel, og at metoden må tilpasses virkeligheten, og ikke motsatt.

Mine funn kan ikke generaliseres og overførbarhet er begrepet Lincoln og Guba (1985, s. 297-298, 316) erstatter med det kvantitative uttrykket ekstern validitet. Det betyr at

forskeren i en kvalitativ studie gjennom fyldige beskrivelser av virkeligheten tilrettelegger for at mottaker kan se lignende trekk i en sammenlignbar kontekst.

En svakhet i dette prosjektet er at jeg jobber selv i systemet jeg forsker på, og må være bevisst min forforståelse. Men jeg har ikke jobbet direkte eller indirekte med noen av informantene. En styrke ligger i valg av litteratur som var ukjent for meg fra før, teoretisk ramme har kommet til etterhvert som funnene og kunnskapen utviklet seg. Teoretisk rammeverk representerer derfor et friskt perspektiv. Kredibilitet leder frem til prosjektet sin reliabilitet, her bruker Lincoln og Guba (1985, s. 298-299) uttrykket «dependability». I tradisjonell betydning betyr det å oppnå stabile funn over tid. Dette er annerledes i kvalitativ forskning, fordi det ligger i virkeligheten sin natur at den endres og ses på flere måter. Jeg forventet at endringer ville skje underveis, og visste på forhånd at resultatene ville utvikle seg. Derfor ble forberedelsene ekstra viktige, og tilrettela for et økt fokus på at nye aspekter fremtrer. Funnene endres akkurat som virkeligheten gjør det og et annet tidspunkt for undersøkelsen kunne gitt andre funn.

I kvalitativ forskning legges objektivitet over på dataene selv og kalles av Lincoln og Guba (1985, s. 300) «confirmability». Hovedfokuset i dette prosjektet er at informantene sine stemmer skal være tydelige. Perspektiver fra en informant er tatt med videre til neste samtale, skriftlige refleksjoner er gjort både før og etter samtalene. Analytisk tekst er språklig sett tett opp til utsagnene fra informantene. Autentisitet er i følge Schwandt (2015, s. 11) et trekk i kvalitativ forskning knyttet til en genuin forståelse av mennesker sine erfaringer. Jeg har forsøkt å formidle autentisitet ved å holde meg nær beskrivelsene til informantene, og hele tiden gå tilbake i materialet slik at innholdet ikke glemmes eller fordreies.

### 7.1.1 Refleksivitet

Refleksivitet er den systematiske refleksjonen forskeren gjør av sin egen påvirkning i en studie, hevder Schwandt (2015, s. 268). Schwandt mener at forskeren må se seg selv som en del av konteksten og det sosiale fenomenet det forskes på, han anbefaler en refleksiv journal for bevisstgjøring rundt sin påvirkning. Min yrkesmessige tilhørighet er i gruppen til

fagpersonalet, denne tilhørigheten forutsetter utdanning som det knyttes faglige og teoretiske perspektiver til. Med andre ord er jeg sosialisert inn i kulturen til fagpersonalet. Arbeidsstedet mitt har likhetstrekk med en total institusjon, som beskrevet av Goffman (1961) i «Asylums». Jeg nevner her to perspektiver på hvordan jeg som fagperson og forsker har påvirket denne studien. Det første er den teoretiske forankringen og fagligheten som er tilegnet gjennom utdanning, disse perspektivene er en del av min kunnskap og kan ha påvirket valg i prosjektet. Det andre perspektivet er at jeg i kraft av min posisjon som fagperson har påvirket informantene, de har visst om min yrkesmessige status. Men de har samtidig visst om mitt mandat som forsker, og informantene er vant til å samarbeide med fagpersoner. Likevel kan ubevisste aspekter ved min oppførsel ha påvirket informantene. Dette betyr at selv når jeg setter min forforståelse til side, er jeg en del av settingen jeg forsker på. Før og etter samtaler benyttet jeg en skriftlig refleksjonslogg. Det er krevende å bevisstgjøre seg sitt eget ståsted men nødvendighet for kredibiliteten i en studie, det er informantene sine stemmer som er kjernen i prosjektet.

## 7.2 Refleksjoner over funn

Her drøftes funnene i prosjektet opp mot den teoretiske rammen og forskningen som er benyttet. Drøftingen er delt inn i fire underkapitler som følger de fire temaene som ble utviklet i analysen.

### 7.2.1 Liminal kraft

En spontan kontakt oppstår i møte mellom erfaringskonsulenter og brukere, denne kontakten kan skje allerede i første møte. Victor Turner (1969, s. 131-132) sitt begrep *communitas* beskriver en slik kontakt mellom mennesker som deler en historie med felles særtrekk. I følge Edith Turner (2012, s. 182-183) oppstår *communitas* ofte i overgangsritualer, *rites of passage*, hvor det skjer en oppløsning av struktur og spirituelle krefter utløses. I den liminale fasen finnes det en annen måte å se ting på og et annet språk, det er ikke en sosialt konstruert virkelighet. Eksempler på mennesker i liminale faser er studenter, de syke og personer som starter i ny jobb. Klevan et al. (2018, s. 34-35) omtaler nettopp denne kontakten som et eget språk. Når erfaringskonsulenten legger seg under sengen sammen med bruker som beskrevet i eksempelet, kommer dette bekreftende



språket til uttrykk på en fysisk måte. Erfaringskonsulenten har selv erfart lignende opplevelser som brukeren. Både erfaringskonsulenten og brukeren er i liminale posisjoner. Erfaringskonsulenten er liminal i kraft av sitt yrke og brukeren er liminal i kraft av å være en bruker på vei til å bli en frisk person. De er begge i mellomposisjoner og erfaringskonsulenten kan godt kjenne igjen behovene til brukeren. Det skjer en spontan *communitas* i denne handlingen som bryter med de fastlagte strukturene til helsevesenet. Watson (2019, s. 680, 683) fant i sin studie at den viktigste mekanismen erfaringskonsulenter anvender er å bruke den levde erfaringen. Det normaliserer vanskelige følelser når hjelperen fysisk og emosjonelt går ned på samme nivå som brukeren. Erfaringskonsulenten har selv opplevd hvordan det kjennes å ikke bli forstått. Å legge seg under sengen ved siden av brukeren er en instinktiv handling, umiddelbart forstår erfaringskonsulenten hva som er til hjelp for brukeren. Fokuset er å møte brukeren på sitt eget nivå. Kontakten som knyttes i en slik situasjon beskrives av Smith et al. (2017, s. 389) som en umiddelbar emosjonell kontakt. Det er en fysisk og følelsesmessig handling som representerer en særegen og sterk form for bekreftelse fordi den bryter normen for hvordan helsepersonell forventes å opptre. Handlingen kunne vært utført av et familiemedlem. Erfaringskonsulenter ble i studien til Smith et al. (2017, s. 390) beskrevet som familie fordi de viste bekymring for brukeren. Det ligger en uttalt bekymring i å fysisk gå ned på samme nivå som den andre som beskrevet her, handlingen er ikke nøytral. Noen av fagpersonalet kunne sikkert gjort det samme, men det krever en person med stor grad av innsikt for å forstå nøyaktig hva som er nyttig for brukeren.

En informant fortalte at fagpersonalet aldri hadde spurt hen om erfaringer med å være bruker. Informanten trodde at fagpersonalet var redde for å spørre eller for å krenke hen. For å belyse dette fenomenet vil jeg gå til Mary Douglas. Douglas (2002, s. 44-45) hevder at mennesker har behov for å klassifisere omgivelsene sine, det skjer gjennom innebygde kognitive skjema som setter ting i omgivelsene inn i et ordnet system. Elementer som oppfattes som tvetydige og ikke lar seg klassifisere er «matter out of place». Tvetydige elementer må likevel tas stilling til og det skjer gjennom ulike strategier. To negative strategier er å ignorere eller fordømme det som ikke kan settes inn i en kategori. Informanten i eksempelet forteller at hen er klar for å snakke om sine tidligere opplevelser som bruker. Erfaringskonsulenten har en tvetydig posisjon gjennom sin fortid som bruker.

Tittelen erfaringskonsulent representerer en tilknytning til både brukerne og til personalet. Fra et faglig ståsted er dette en unik mulighet til å få et førstehåndsperspektiv fra en som selv har vært i brukerrollen, og likevel unnlater personalet å spørre hen. En annen informant forteller at noen fagpersoner har forlatt rommet når erfaringskonsulenten kommer inn. Dette er en handling av fordømmende karakter. Slike reaksjoner fra personalet sin side forstås bedre i lys av Douglas (2002, s. 44) sin teori om ulike måter å konfrontere tvetydighet på. Det oppstår et kognitivt ubehag når fagpersonalet ikke er i stand til å sette erfaringskonsulenter inn i en fastlagt kategori.

Disse to eksemplene vil jeg ytterligere belyse med Goffman (1961) sin teori om totale institusjoner. I en total institusjon, hevder Goffman (1961, s. 18), finnes det to distinkt ulike grupper av mennesker. Den største gruppen er de innlagte eller pasientene, og den mindre gruppen er de overordnede eller personalet. Disse to gruppene har typisk snevre og stereotype oppfatninger av hverandre. Selv om psykisk helsevern de siste to-tre tiårene har flyttet deler av tjenestene ut til kommunene, består tjenestene fortsatt primært av disse to gruppene av mennesker. I eksempelet hvor personalet unnlater å spørre erfaringskonsulenten om sine tidligere erfaringer, noe som kunne gi et faglig læreutbytte, finnes det et underliggende mønster bestående av yrkesfaglige tradisjoner. Yrket som erfaringskonsulent er relativt nytt. Fagpersonalet har en mye lengre yrkesfaglig tradisjon og yrkesidentiteten formes gjennom skolegang. Det er en helt ny opplevelse for fagpersonalet at erfaringskonsulenter sitter på rapportrommet og deltar i oppgaver rettet mot brukerne sammen med fagpersonalet. Eksempelet der personalet reiser seg og går når erfaringskonsulenten kommer inn i et rom, viser en tydelig markering fra fagpersonalet sin side. Goffman (1961, s. 81) hevder at selve ankomsten til en person i en total institusjon, fører til at personalet automatisk identifiserer personen som en som systemet er ment å behandle. De ulike rollene som personale og pasient har fulgt med når institusjonen har ekspandert ut til kommunene.

Eksemplene her belyser at det finnes utfordringer i integrering av erfaringskonsulenter og erfaringskompetanse i psykisk helsevern. En av informantene uttrykte at hen selv hadde kjent på usikkerhet hvis en tidligere bruker kom tilbake som en kollega og personale. Arnold van Gennep (1988) sin teori om overgangsritualer, *Les rites de passage*, kan kaste lys over

dette utsagnet. Van Genneep (1988, s. 1-3, 10-11) hevder at når en person beveger seg fra en gruppe til en annen i samfunnet og endrer status, må visse betingelser oppfylles. Personen må alltid gå igjennom en liminal mellomfase før innlemmelse i en ny gruppe kan skje. I en tidsavgrenset periode vil da personen befinne seg mellom to verdener. Den sosiale posisjonen til erfaringskonsulenter er eksisterende mellom to forskjellige verdener. Erfaringskonsulenter har en fot i brukeren sin verden, og den andre i fagpersonalet sin verden. Informanten som uttrykker at hen ville kjent usikkerhet selv hvis en tidligere bruker kom tilbake som en kollega og personale, viser en markering mellom disse to gruppene. Informantene fortalte om personale som uttrykte seg veldig positive til erfaringskonsulenter, disse positive holdningene er i følge Douglas (2002, s. 48) en måte å konfrontere tvetydighet på. Det dannes da et nytt virkelighetsmønster for personen og det tvetydige blir en del av dette mønsteret. Douglas (2002, s. 119) tolker van Genneep sin liminale mellomposisjon som at fare ligger i denne overgangsfasen fordi fasen er udefinerbar. Erfaringskonsulenter er nettopp udefinerbare. Perspektivene beskrevet her er ment som hjelpemidler til bedre å forstå hvorfor fagpersonalet reagerer som de gjør, i eksemplene og utsagnene fra informantene, når fagpersonalet unnlater å spørre, reiser seg og går eller viser positive holdninger.

Orden forutsetter restriksjoner hevder Douglas (2002, s. 117). Uorden ødelegger mønsteret, men er samtidig nødvendig for at mønsteret kan eksistere. Et potensiale for å lage et mønster i det uordnede, er grunnen til at mennesker ikke bare fordømmer uorden, de prøver å skape orden. Informantene forteller om uorden i form av at erfaringskonsulenter våger å være med direkte med brukerne, de utviser en type adferd som ikke fagpersonalet kan tillate seg. En informant bruker banneord når brukeren gjør det for å gi bekreftelse tilbake. En annen informant forteller at hen provoserer brukerne for å få frem en reaksjon. Informanten hevder at erfaringskonsulenter er mer uredde enn fagpersoner og de tør å trække ut i ukjent terreng. Disse måtene å møte brukerne på bryter med det tradisjonelle mønsteret i behandling som normalt utføres av fagpersonalet i psykisk helsevern. Fagpersonalet forsøker å skape orden ved å holde på sine metoder. Dilemmaet som ligger i å krysse grenser kommer tydelig frem når informanten hevder at fagpersonalet er redd for å miste lisensene sine hvis de gjør sånne utradisjonelle ting. Lisensene til fagpersonalet symboliserer selve myndigheten til å utføre yrket som helsepersonell. Lisensene

representerer også systemet og fagpersonalet sitt syn på å utføre yrket på en konvensjonell måte, i tråd med faglig utdanning og tradisjoner. Fagpersonalet opprettholder orden og beskytter og viderefører makten som ligger i strukturene til systemet.

Informanten sitt utsagn om at erfaringskonsulenter er mer uredde, vil jeg videre belyse med Goffman (1961) sine perspektiver på fagpersonalet sin verden. Goffman (1961, s. 76, 80) hevder at fagpersonalet må veie opp balansen mellom en menneskelig standard og effektiv drift av institusjonen. Det er vanskelig å påføre de innlagte de strenge reglene til institusjonen. Psykisk helsevern bruker i nåtid definerte behandlingsmåter og terapeutiske tilnærminger som anses av systemet som hensiktsmessig for brukerne. Å dokumentere provokasjon i en rapport blir av informanten omtalt som et brudd på hva fagpersonalet kan tillate seg å gjøre. Fagpersonalet opprettholder sine metoder å arbeide på fordi de da kan dokumentere akkurat det som systemet forventer at de skal. Det som skal dokumenteres er den tradisjonelle faglige tilnærmingen. Erfaringskonsulenter er vist å være i en liminal mellomposisjon og representerer tvetydighet. Erfaringskonsulenter kan faktisk tillate seg å utspille direkteteten sin på en naturlig og selvfølgelig måte, innenfor et tradisjonelt system. Denne måten er en styrke i det profesjonelle arbeidet med brukerne, og samtidig en sårbarhet fordi arbeidsmåten setter erfaringskonsulenter i en utsatt posisjon overfor fagpersonalet og mot systemet.

Sårbarhet og styrke i kombinasjon belyses av van Gennep (1988, s. 26) i sitt syn om at samfunnet er som et hus. Det er rom og korridorer i dette huset, og mennesker uten rettigheter til å bo i huset befinner seg i en tilstand av isolasjon. Isolasjon innebærer to aspekter som finnes separat eller i kombinasjon: Personen ses som svak i kraft av å leve utenfor samfunnet, og personen ses som sterk på grunn av tilhørighet til sin egen gruppe. Erfaringskonsulenter har i dag flyttet inn i rommet til det tradisjonelle helsevesenet, et rom de normalt ikke har hatt adgang til i kraft av å være personale. Dette systemet har lange tradisjoner og historiske røtter. Erfaringskonsulenter jobber nå side om side med personalet som tidligere har behandlet de som pasienter, et rollebytte er skjedd. Rollen til erfaringskonsulenter er tvetydig og i denne tvetydigheten vil noen av fagpersonalet se svakhet, og andre vil se styrke. Den sårbare styrken til erfaringskonsulenter er en egenskap som tillater de å vise frem en mer personlig side av seg selv i jobben, som ikke fagpersonalet

kan. Fagpersonalet beskytter sin identitet og opprettholder mønstrene i systemet. Van Gennep (1988) sin teori om samfunnet sett som et hus med rom og korridorer kaster lys over erfaringskonsulenter sitt rollebytte og skifte av posisjon, og de kreftene som da settes i gang. Historiene informantene forteller kan lettere sorteres i lys av denne teorien.

### 7.2.2 Normbrudd

Manglende stillingsbeskrivelse er noe de aller fleste informantene omtalte som negativt. Et par informanter mente at det var positivt å kunne forme rollen selv. De informantene som hadde en stillingsbeskrivelse måtte likevel forme rollen i stor grad selv. Uklarhet i form av manglende stillingsbeskrivelse omtales av informantene i studien til Asad og Chreim (2016, s. 769), tiden tilbrakt med brukere ble ikke tatt seriøst av personalet, og en informant ble gitt bagatellmessige arbeidsoppgaver. Van Gennep (1988, s. 114-115) hevder at i den liminale mellomfasen brytes økonomiske og juridiske bånd ned, og adferd som normalt ikke tillates av samfunnet får fritt spillerom. Manglende stillingsbeskrivelser representerer en sterk form for uklarhet. Andre faggrupper i helsevesenet starter sitt ansettelsesforhold med tydelige stillingsbeskrivelser. Utydeligheten i manglende stillingsbeskrivelser for erfaringskonsulenter er av symbolsk betydning. Eksterne symboler, hevder Douglas (2002, s. 124) opprettholder struktur, det ligger en symbolsk og psykisk kraft i kontrasten mellom form og formløshet. Helsesystemet er stort og har en tydelig form, de ulike yrkesgruppene har sine etablerte posisjoner. Erfaringskonsulenter er en ny og mindre yrkesgruppe og har enda ikke en så markant form. Det kommer frem i eksempelet der en fagperson sier til en informant at hen ikke vet hva erfaringskonsulenten kan brukes til, fagpersonen er her ikke klar over hvilke arbeidsoppgaver erfaringskonsulenten har eller kan utføre. Stillingsbeskrivelser, lønn og ansettelsesforhold er symboler som opprettholder fastlagte strukturer i et system, i kontrasten mellom etablerte yrkesgrupper og den liminale yrkesrollen til erfaringskonsulenter må sistnevnte gruppe utforme sin egen stillingsbeskrivelse. Formløshet vises også i eksempelet der erfaringskonsulenten første dag på jobben blir spurt: Hva skal vi bruke deg til da? Dette spørsmålet er det lite sannsynlig at en lege eller sykepleier ville fått, humor ble i dette eksempelet brukt som avledning.

Den spesielle kontakten erfaringskonsulenter oppnår med brukere gir seg utslag i en annerledes tilnærming. Denne umiddelbare kontakten er beskrevet i Klevan et al. (2018, s. 35) som å gjenkjenne noe i den andre, og en form for tilhørighet. Smith et al. (2017, s. 389) kaller kontakten for sterk og emosjonell. Rebeiro Gruhl et al. (2016, s. 82) omtaler kontakten som gjensidig nyttig og at begge parter får noe igjen for samhandlingen. Edith Turner (2012, s. 182-183) beskriver hvordan *communitas* oppstår mellom personer i liminale faser. Det som ikke konkret kan uttrykkes med ord kan endre deg for alltid, vennskapelig kjærlighet betyr alt, den er ikke bare noe ekstra. Hun hevder at det som knyttes opp i sosiale strukturer frigjøres i den liminale fasen i form av kameratskap og *communitas*. Informanten forteller i eksempelet at hen jobber som et medmenneske og at fagpersonalet ikke klarer å gi denne formen for hjelp fordi de er bundet opp til sine rammer. Erfaringskonsulenten kan strekke seg lengre og spørre om brukeren trenger en klem. Informanten beskriver her en gjensidig relasjon hvor begge parter får noe igjen. Å gi brukeren en klem er et brudd på normer og samtidig en handling som gjenspeiler likeverdighet, de er begge i liminale posisjoner. Victor Turner (1969, s. 95) hevder at personer i liminale faser er «betwixt and between», de faller utenfor konvensjonelle posisjoner i samfunnet og likeverdighet i form av kameratskap og egalitarisme råder.

En annen informant hevder at erfaringskonsulenter er mer på nivå med brukerne, og at fagspråket skaper et skille. Fagspråket er knyttet opp til de sosiale strukturene i helsevesenet, fagpersonalet har gjennom utdanning tilegnet seg bestemte metoder å møte brukerne på. Fordi både erfaringskonsulenter og brukerne er i liminale posisjoner, knyttes det en særegen form for kontakt. Små positive normbrudd som å gi brukeren en klem er et eksempel. Dette er en tilnærming som går utenfor de fastlagte rammene i helsevesenet, og viser ressursene i en liminal rolle. Gillard et al. (2017, s. 137-139) har utviklet prinsipper for hvordan erfaringskonsulenter kan ivareta sine unike kvaliteter i møte med et fagbasert helsevesen. Det andre prinsippet handler nettopp om å ivareta gjensidigheten og tilhørigheten i forholdet mellom erfaringskonsulenter og brukere.

Erfaringskonsulenter har en naturlig måte å stille krav til brukerne på, og de utfordrer etablerte kategorier i helsevesenet. En informant i Høiseth et al. (2016, s. 34) sin studie spekulerer i om fagpersonalet oppfatter erfaringskonsulenter som truende. Alle

informantene i studien til Asad og Chreim (2016, s. 770) snakket om stigma i forbindelse med psykisk lidelse, som kom til uttrykk både åpent og skjult. I Gillard (2015, s. 440) sin studie omtalte informantene tilfeldig stigma uttrykt fra fagpersonalet. Douglas (2002, s. 117) hevder at orden forutsetter restriksjoner. Det som ikke passer inn i mønsteret utgjør en trussel, og har samtidig potensiale og representerer derfor fare og makt. Informanten i eksempelet har kommet frem til at erfaringskonsulenter fremstår som en trussel mot enkelte av fagpersonalet, at de skal at for mye plass og erstatte for eksempel sykepleiere. Erfaringskonsulenter er en ny yrkesgruppe og bryter med normer som er innarbeidet i helsevesenet. De oppnår gode relasjoner med brukerne og har stort potensiale, men for fagpersonalet kan ikke denne kompetansen puttes inn i en fastlagt kategori. Goffman (1961, s. 80) hevder at det hersker et spesielt moralsk klima i en total institusjon, fagpersonalet bruker et rasjonelt perspektiv i behandling, og de må møte krav og fiendtlige holdninger fra pasientene. En automatisk identifisering av en person i kontakt med psykisk helsevern som et individ som systemet er ment å behandle, ligger ved kjernen i sosial kontroll. Dynamikken i disse perspektivene belyser at en erfaringskonsulent kan oppfattes som truende, det er utfordrende for fagpersonalet at en tidligere pasient kommer tilbake i en yrkesrolle. Erfaringskonsulenten er vanskelig å klassifisere i forhold til etablerte kategorier. Sosialisering inn i ulike roller skaper og opprettholder et spenningsfelt mellom erfaringskonsulenter og fagpersonalet, samtidig knyttes det stigma til psykiske problemer. Selv om institusjonen flytter tjenester ut til kommunene, opprettholdes de distinkte rollene. Det er ikke fysiske grenser som avgjør hvordan mennesker ser hverandre, men holdninger i samfunnet og sosialisering inn i ulike rollemønstre.

Van Genep (1988, s. 114) beskriver at i mellomfasen oppstår normløshet, adferd som normalt ikke tillates av samfunnet får der spillerom. Erfaringskonsulenter befinner seg mellom to verdener, med tilhørighet både til brukerne og til fagpersonalet. I dette symbolske rommet tillater samfunnet adferd som det normalt ikke ville gjort. Det er forventet at erfaringskonsulenter deler sin historie fra en scene og gjennom foredrag. Helsevesenet har et ansvar og tilrettelegger for foredrag, men samtidig setter systemet erfaringskonsulenten i en utsatt posisjon. En informant mente at folk misforstår den egentlige hensikten med foredraget og forventer seg en trist historie i stedet for å fokusere på det faglige utbyttet.

Watson fant i sin litteraturgjennomgang (2019, s. 684) at erfaringskonsulenter sin posisjon er å være blant både de stigmatiserte og de inkluderte i samfunnet. Informanten forteller i eksempelet om å bruke seg selv som et verktøy for fagpersonalet. Dette illustrerer en positiv måte å bruke kraften i erfaringskompetanse på i samspill med de etablerte strukturene i helsevesenet. Victor Turner (1969, s. 139) hevder at spontan communitas har noe magisk og kraftfullt i seg, det er en kraft som må brukes klokt i samspill med struktur. Informantene i studien til Smith et al. (2017, s. 391) beskriver erfaringskompetanse som et kraftfullt verktøy. I studien til Gillard et al. (2015, s. 439) omtales rollen som erfaringskonsulent som et eget yrke i seg selv som et kraftfullt symbol på at tilfriskning er mulig. Mot slutten av denne samtalen kommer tvetydigheten i rollen frem, når informanten forteller om den andre siden ved å være erfaringskonsulent. Hvis erfaringskonsulenten vil bytte rolle og over til et annet yrke, kan samfunnet stille spørsmål til om erfaringskonsulenten egentlig er frisk.

### 7.2.3 Kulturelle kategorier og spenningsfelt

Informanten forteller at erfaringskompetanse inviteres inn i helsevesenet, men samtidig avslås på mange måter. Helsevesenet representerer en kultur der yrkesgrupper med faglige tradisjoner dominerer. Selv om politikken sier at erfaringskonsulenter skal inkluderes er de kulturelle kategoriene vanskelige å påvirke. Douglas (2002, s. 48) hevder at kultur utgjør noen standardiserte verdier som kommer folk i møte. Kulturelle kategorier er av offentlig karakter og de er rigide og vanskelige å endre, disse kategoriene har autoritet og de må konfrontere det som ikke passer inn i et fastlagt system. Erfaringskonsulenter har en tvetydig rolle og de passer ikke umiddelbart inn i det faste skjemaet til fagpersoner i helsevesenet. De utfordrer de faste kategoriene. I studien til Ahmed et al. (2015, s. 430) forteller informantene om konflikter med fagpersonalet og at de ønsker økt bevissthet fra fagpersonalet rundt erfaringskompetanse. Informantene til Rebeiro Gruhl et al. (2016, s. 83) hevder at en hovedutfordring er manglende aksept fra fagpersoner, og at helsesystemet verdsetter fagutdanning høyere enn erfaringskompetanse. Goffman (1961, s. 23) viser til nedbrytingen av selvet og barrieren mot samfunnet som en konsekvens av å være i en institusjon. Institusjonen representerer ikke et bytte i kultur fra personen sitt hjem, det oppstår et spenningsfelt hvor mennesker kan kontrolleres. I spenningsfeltet befinner brukerne seg, og dette spenningsfeltet er gjenkjennbart for erfaringskonsulenter fordi de er



tidligere brukere. Erfaringskonsulenter møter de kulturelle kategoriene til fagpersonalet som har tradisjonsrike røtter. Tvetydigheten til erfaringskonsulenter fører til veldig ulike måter for fagpersonalet å reagere på. Skepsis kommer som en konsekvens av å ha et innarbeidet mønster å jobbe på i årevis, og erfaringskonsulenter bryter med dette mønsteret. Noen av fagpersonalet velger, i tråd med Douglas (2002, s. 48) å konfrontere det som ikke passer inn på en positiv måte, og de viser ekte interesse ved å inkludere erfaringskonsulenter i sitt mønster og sin arbeidshverdag.

En informant forteller om tiden som bruker og erfaringen med et par psykiatere som hen ikke fikk en relasjon til. En annen informant beskriver at yngre personale er veldig positive til erfaringskonsulenter, og at de eldre er de mest skeptiske. Douglas (2002, s. 45-46, 48) hevder at etterhvert som tiden går og mennesker blir eldre øker tilliten til de etablerte kategoriene, de blir mer robuste. Mennesker kan ikke endre sine innebygde skjema, men de vil likevel påvirkes av andre sine oppfatninger. Informanten forteller at ofte når de som er skeptisk får kunnskap så blir de mindre skeptisk. Informantene ønsket seg heller åpne spørsmål og en nysgjerrig tilnærming fra personalet enn at personalet unngår erfaringskonsulenten. Informantene i Asad og Chreim sin studie (2016, s. 769) forteller at samhandling over tid med fagpersonalet økte forståelsen for erfaringskompetanse. I studien til Karlsson et al. (2017, s. 12) forteller informantene at de bidrar til endring hos fagpersonalet ved å bevisstgjøre de sitt språk og sine holdninger. Erfaringskonsulenter utfordrer de innebygde skjemaene til fagpersonalet, og samhandling over tid kan øke kunnskapen til personalet og synliggjøre de faglige sidene i erfaringskompetanse.

En informant hevdet at alle samfunnsendringer må modnes og at dette er en prosess som går over tid. Når fagpersonalet får kunnskap endres holdninger. Goffman (1961, s. 119) omtaler den moralske karrieren som en person sin sosiale utvikling og retning i livet. Karrieren har to sider: Den ene siden knyttes til indre forhold, selvet og identiteten. Den andre siden omhandler den offentlige posisjonen, og er tilgjengelig for andre. Repper og Watson (2012, s. 75) understreker at det er viktig å ikke undervurdere hvor lang tid en person bruker på å gå fra en identitet som pasient til en yrkesidentitet. I studien til Høiseth et al. (2016, s. 33-34) reflekterer en av informantene over at stillingen som erfaringskonsulent fastholder en identitet som syk. Det betyr at helsevesenet opprettholder

en form for kronisk liminalitet i rollen som erfaringskonsulent. Når en tidligere bruker kommer tilbake som et personale, krever det at begge parter har et avklart forhold til erfaringskonsulentens sin yrkesrolle. Informanten forteller i utsagnet at fagpersonalet har lave forventninger til erfaringskonsulenter. Et eksempel er at etter å ha formidlet kunnskap har fagpersonalet virket nesten overrasket over at erfaringskonsulenten kan snakke. Hvis erfaringskonsulenter skal inkluderes på en god måte krever det at erfaringskonsulenten jobber med sin egen identitet, og er trygg i sin rolle. Men det krever samtidig at fagpersonalet har et avklart forhold til sitt eget syn på erfaringskonsulenten. Det betyr å ikke automatisk sette personen inn i en kategori som tidligere bruker, og gjennom det opprettholde gamle mønstre.

Goffman (1961, s. 138-139) hevder at det er personalet som bestemmer når pasienten er «bra» nok til å få bedre boforhold. Spartanske omgivelser er uttrykk for pasientens sin tilstand og knyttes til selvet. Pasienten får høre at holdninger og oppførsel mot andre må endres, grunnen til at ting er gått galt ligger hos personen selv. Dette perspektivet reflekterer et spenningsfelt hvor en identitet som pasient skapes og opprettholdes. I studien til Asad og Chreim (2016, s. 770) sier en informant at selvstigma ble mindre etterhvert som hen ble tryggere i rollen. Gillard et al. (2015, s. 440) hevder at et kjerneaspekt i rollen som erfaringskonsulent er å utfordre selvstigma påført av brukererfaringer, og at det skjer gjennom yrkesrollen som erfaringskonsulent. Informantene i studien til Høiseth et al. (2016, s. 33) forteller at ved å vise seg sårbare frykter de stigmatisering fra fagpersonalet. Informantene mine forteller om delte holdninger fra fagpersonalet. Alle informantene forteller om en positiv utvikling over tid i jobben. En informant mener at morgenmøter er en god arena til å dele gode, vanskelige og ubehagelige opplevelse på. I direkte møter og i åpen dialog konfronteres fagpersoner med sine oppfatninger rundt erfaringskonsulenter. Hvis fagpersonalet klarer å se erfaringskompetanse som en egen yrkesidentitet vil det styrke erfaringskonsulentens i sin utøvelse av yrket.

#### 7.2.4 Systemet skaper usikkerhet

Det følger usikkerhet med midlertidige stillinger, og spesielt kan det være tilfelle for en erfaringskonsulent som har kjent på kroppen hvordan det er å bli tildelt en identitet som

psykisk syk. Å fremme en ærlig mening, som kan være brudd på normene til helsevesenet, blir en ekstra belastning når erfaringskonsulenten ikke er fast ansatt. Douglas (2002, s. 121, 123-124, 219) hevdet at samfunnet tar forhåndsregler mot mennesker i en marginalisert tilstand, for eksempel en person som har vært innlagt i en psykiatrisk institusjon. Systemer representerer autoritet og makt, og det som står utenfor anses som en fare i form av sin egen makt. Det tvetydige møtes med en forventning om konformitet, og å tilpasse seg systemet. De av mine informanter som hadde fast stilling fortalte at de var heldige. En informant mente at det var litt som å være gissel å ha en midlertidig stilling, fordi det er et hinder for å være uenig. En annen informant hevdet at erfaringskonsulenter kan være redd for å si eller gjøre noe feil, uten fast stilling. Halvparten av informantene i studien til Asad og Chreim (2016, s. 769) hevdet at utilstrekkelig lønn ble sett på som å legitimere ansettelse. I studien til Klevan et al. (2018, s. 46) forteller informantene at deltid og midlertidige stillinger er til hinder for at erfaringskonsulenten kan være en kritisk røst.

Goffman (1961, s. 139-140, 141-143) hevder at pasienten utvikler en historie om seg selv, for å tilpasse seg verdiene i samfunnet. Personalet har mye å tjene på å trekke historien i tvil. Pasienten sin oppførsel kan kontrolleres ved at personalet hevder at sin versjon er mer troverdig. Dette perspektivet har en dynamikk i seg som det er vanskelig å overse. Erfaringskonsulenter jobber nettopp for å fremme brukerperspektivet, og dette perspektivet utfordrer systemet på sine holdninger og de moralske verdiene. For å kunne være en tydelig stemme hevder erfaringskonsulentene at det er viktig med faste ansettelse. Når systemet tilbyr midlertidige stillinger styrkes de fastlagte strukturene. Erfaringskonsulenter inviteres inn og avslås samtidig når de ytre rammene og arbeidsvilkårene ikke har samme standard som for de andre ansatte i helsevesenet. Dette gjenspeiles i retningslinjer når myndighetene skriver at erfaringskonsulenter skal være under systematisk «utprøving» i stedet for at det burde stå «ansettelse» (Meld. St.11 (2016-2019), s. 30). Det er lite sannsynlig at akkurat denne benevnelse ville blitt brukt på andre faggrupper som leger, psykologer og sykepleiere.

En av informantene forteller om en følelse av å måtte bevise, og gjøre en bedre jobb enn alle andre. Douglas (2002, s. 118, 124) hevder at gjennom ritualer fremhever det ordnede systemet sin makt, og er alltid klar til å forsvare sin posisjon. Det som ikke passer inn i mønsteret oppfattes som udefinerbart, og utelates. Eksterne symboler opprettholder en

social struktur, alt mennesker gjør har en symbolsk betydning. Det ligger en symbolikk i at helsevesenet ansetter erfaringskonsulenter, kompetansen slik det står i retningslinjer er ønsket. Det ligger samtidig en symbolikk i at stillinger gjøres midlertidige, og i holdninger som kommer til uttrykk på individnivå. En informant forteller om å bli konsekvent oversett av en behandler i et møte. En annen informant hevder at erfaringer fra tiden som bruker viser at lydighet lønner seg for å tilfredsstille systemet. I studien til Asad og Chreim (2016, s. 769) hevder informantene at de må rettferdiggjøre sin rolle på et tverrfaglig team. En informant i studien til Klevan et al. (2018, s. 46, 48) forteller om en følelse av å måtte prestere, og å vise frem hva en er god for. Fordeling av makt ligger i opprettholdelse av symboler, noen av disse symbolene kommer i form av ansettelsesforhold, lønn og stillingsbeskrivelser. Informantene forteller at få ansettelser kan gi et bilde utad, et alibi, på at brukermedvirkningen er sikret. Men arbeidshverdagen viser at erfaringskonsulenter møter utfordringer på individnivå, i form av holdninger og i faste mønstre i systemet. Disse mønstrene må på en likeverdig måte søke å innlemme erfaringskompetanse inn i en ny virkelighet. Arbeidsvilkår som ivaretar stabilitet og forutsigbarhet vil være en god start til å oppnå bedre nivå av likeverdighet i yrkesrollen til erfaringskonsulenter.

Informantene forteller om viktigheten av at leder ser nødvendigheten av erfaringskompetanse, det ble hevdet at uten støtte fra leder ville jobben vært mye vanskeligere. Lederen representerer systemet og åpner dører og påvirker at erfaringskompetansen inkluderes. Denne støtten trenger erfaringskonsulenter for det er en kompetanse som ikke automatisk gjenkjennes og inkluderes på en bra måte. Tryggheten som ligger i støtte fra leder betyr mye. Gillard et al. (2017, s. 139) vektlegger lederskap som en faktor for at erfaringskonsulenter kan gjøre egne valg og ha kontroll på hvordan kompetansen utøves. Erfaringskompetanse må forankres på organisatorisk nivå. Turner (1969, s. 97) hevder at liminalitet er nødvendig for et samfunn sin eksistens. Det som er høyt oppe kan ikke eksistere uten det som er lengre nede, en person som er høyt oppe må selv ha erfart å ha vært lengre nede. Erfaringskompetanse er en annerledes kompetanse enn fagkompetanse, og det er det meningen at den skal være. Når systemet tar inn erfaringskonsulenter må det følge med en bevisstgjøring rundt hvordan kompetansen skal brukes. Erfaringskompetanse er ment å fremme brukerne sitt syn og ikke tilpasse seg kompetansen som allerede eksisterer.

Goffman (1961, s. 151-152) hevder at når selvet brytes ned og bygges opp på en tilfeldig måte utvikles en form for apati. Det er en demoraliserende prosess. Personen lærer seg å leve på en måte som samfunnet ser på som destruktiv. Brukerne i psykisk helsevern har en vei å gå fra en identitet som bruker til en identitet som en aktivt deltakende borger i samfunnet. Victor Turner (1969, s. 131-132) bruker begrepet *communitas* om mennesker som deler visse historiske særtrekk, hvor det oppstår en unik og direkte samhandling seg i mellom. Erfaringskonsulenter er i en liminal mellomposisjon i helsevesenet, de oppnår en spesiell kontakt med brukerne. Erfaringskonsulenter er helsepersonell og de er et unikt verktøy for fagpersonalet. Det er nettopp mellomposisjonen som er styrken i rollen til erfaringskonsulenter, en styrke som tilbys og er tilgjengelig for både brukerne og fagpersonalet. Douglas (2002, s. 44, 219-220) definerer det tvetydige, det som ikke passer inn i et system som «matter out of place». Hun hevder at mennesker møter det som ikke passer inn med krav om konformitet, men når mennesker fratras muligheten til å gjøre frie valg vil bildet bli ukomplett. Erfaringskompetanse er i systemet for å fremme brukerne sitt syn, og samtidig er kompetansen tilgjengelig for fagpersonalet. Når systemet og det enkelte individ konfronterer kompetansen på en positiv måte vil det oppstå et nytt virkelighetsmønster, et mønster som i større grad inkluderer brukerne.

## 8 Relevans og avslutning

Reisen er ikke over for erfaringskonsulenter. Erfaringskompetanse springer ut fra de naturlige kreftene som oppstår mellom mennesker i liminale faser. I kontakten mellom erfaringskonsulenter og brukerne ligger det en kraft med et revolusjonært potensial. Denne kraften må dyrkes frem på en positiv måte. Kjerneverdiene i erfaringskompetanse består når de ikke presses inn i konformitet. Et system som psykisk helsevern med dype historiske røtter, har rigide mønstre som er vanskelige å endre. Inkludering av erfaringskompetanse kommer til å ta lang tid. Lovverket må tydeliggjøre på hvilken måte kompetansen skal integreres. Holdninger til personer med psykiske problemer i samfunnet må utfordres. En retning fremover må pekes ut for erfaringskonsulenter. Det er ikke nok med midlertidige stillinger for å «sikre» at brukermedvirkningen er inkludert.

Liminalitet er et trekk ved å være erfaringskonsulent. Et eksempel på å nå til den andre siden er Mary O'Hagan som brukte omtrent femten år på sin reise. Hun var liminal i over et tiår før hun etablerte sin nye posisjon, og bruker nå sin kunnskap på en positiv måte. Et eksempel på en som ikke kom ut av den liminale fasen er Vincent van Gogh. Han døde tidlig, og nådde aldri ned til enden av korridoren og over til den andre siden. Det ukjente må omfavnes og ikke frastøtes. Å være liminal er å være tvetydig på både godt og vondt. Liminalitet oppleves som truende for etablerte systemer og for individer. Når frykten for det som ikke kan kategoriseres forsvinner, åpner det seg muligheter. Disse mulighetene innlemmer på en bedre måte alle de ulike sidene ved å være liminal.

Underveis i prosjektet er nye spørsmål oppstått. Mitt ønske er at det forskes mer på tvetydighet i rollen til erfaringskonsulenter. Gjerne i et relasjonelt perspektiv med teorien om *communitas*. De naturlige kreftene som oppstår mellom mennesker i liminale faser.

## Referanser

- Ahmed, A. O., Hunter, K. M., Mabe, A. P., Tucker, S. J. & Buckley, P. F. (2015). The professional experiences of peer specialists in the Georgia mental health consumer network. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 424-436.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9854-8>
- Asad, S. & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 767-774. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9970-5>
- Bellamy, C., Schmutte, T. & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 161-167.  
<https://doi.org/10.1108/mhsi-03-2017-0014>
- Brinkmann, S. (2018). The Interview. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5. utg., s. 576-599). SAGE Publications, Inc.
- Chamberlin, J. (1999). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. National Empowerment Center.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4. utg.). SAGE Publications.
- Deegan, P. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24. [https://doi.org/10.1300/j010v25n03\\_02](https://doi.org/10.1300/j010v25n03_02)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/hva-er-forskningsetikk/>
- Douglas, M. (2002). *Purity and danger: An analysis of concept of pollution and taboo*. Routledge classics edition.
- Focault, M. (2001). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. Routledge classics.
- Gillard, S. (2019). Peer support in mental health services: Where is the research taking us, taking us, and do we want to go there?. *Journal of Mental Health*, 28(4), 341-344.  
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608935>
- Gillard, S., Foster, R., Gibson, S., Goldsmith, L., Marks, J. & White, S. (2017). Describing a

- principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer Support moves into mainstream mental health services. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 133-143. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0016>
- Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J. & Lucock, M. (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 435-445. <https://doi.org/10.1017/s2045796014000407>
- Giorgio, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Penguin Books.
- Helsedirektoratet. (2019). *Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017* (IS-2888). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--utvikling-i-perioden->
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods* (2. utg.). SAGE Publications.
- Hjemås, G. (2011). Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelse. *Samfunnsspeilet*, 25(2), 69-73. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/geografiske-forskjeller-i-tvangsinnleggelse>
- Høiseth, J. R., Bjørgen, D. & Kvisle, I. M. Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling. KBT Midt-Norge (2016). *Evaluering av prosjektet «Praksis- og holdningsutvikling gjennom erfaringskonsulent i ambulante team»* (Rapport: 2/2016). <https://kbtkompetanse.no/publikasjoner/>
- Karlsson, B., Borg, M., Ogundipe, E., Lunde Sjøfjell, T. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester: En kvalitativ studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(2). <https://doi.org/10.7557/14.4214>
- Klevan, T., Lunde Sjøfjell, T., Borg, M. & Karlsson, B. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2018). «*Det er litt som et eget språk*»: *Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester* (ISBN 978-82-93171-42-3/ISSN 1891-



- 6163). <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2018/11/Det-er-litt-som-et-eget-spra%CC%8Ak.pdf>
- Kosmisk. (lest 20.02.2021). I *Det norske akademis ordbok*. <https://naob.no/ordbok/kosmisk>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.
- Lincoln Y. S. & Guba E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet). (2017). LOV-2017-02-10-6. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-02-10-6>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>
- Meld. St.11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. SAGE Publications.
- O'Hagan, M. (2014). *Madness made me*. Open Box.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Hilland, G. H., Kalseth, J. & Ådnanes, M. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (2019:01307). [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig\\_rapport\\_2019\\_01307.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf)
- Ose, S. O. (2021). Brukermedvirkning og økonomiske betraktninger. I E. Skjeldal (Red.), *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* (s. 121-135). Universitetsforlaget.
- Ottersen, I. H. (2005). Syv år med Opptappingsplanen for psykisk helse - hvor står vi?. *Samfunnsspeilet*, 19(5), 16-21. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/2005-5>
- Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S. & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work:

- challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of Mental Health*, 25(1), 78-86. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057322>
- Repper, J. & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 70-78. <https://doi.org/10.1108/17556221211236466>
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future: The politics of mental health*. Polity Press.
- Schwandt, T. A. (2015). *The SAGE dictionary of qualitative inquiry* (4. utg.). SAGE Publications.
- Skilbrei, M. L. (2019). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Smith, T. E., Abraham, M., Bivona, M., Brakman, M. J., Brown, I. S., Enders, G., Goodman, S., McNabb, L. & Swinford, J. W. (2017). «Just be a light»: Experiences of peers working on acute inpatient psychiatric units. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(4), 387-394. <https://doi.org/10.1037/prj0000224>
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. *Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Turner, E. (2012). *Communitas: The anthropology of collective joy*. Palgrave Macmillan.
- Turner, V. (1969). *The ritual process: Structure and anti-structure*. Aldine Transaction.
- Tschudi-Madsen, S. (2019, 22. september). Vincent van Gogh. I *Store Norske Leksikon*. [https://snl.no/Vincent\\_van\\_Gogh](https://snl.no/Vincent_van_Gogh)
- Van Gennep, A. (1960, 1988). *The rites of passage* (2. utg.). (M. B. Vizedom & G. L. Caffé, overs.). The University of Chicago Press. (Opprinnelig utgitt 1909). Forord av D. I. Kertzer (2019).
- Van Gogh, V. (1889). *Corridor in the asylum* [Tegning]. The Metropolitan museum of art, New York, USA. <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/336327>
- Weber, A. K. & Frahm Jensen, M. J. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk

helse. (2016). *Brukeransettelser: Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet* (2016:1).

<https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2016/03/H%C3%A5ndbok-for-erfaringskonsulenter.pdf>

Watson, E. (2019). The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6), 677-688. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417559>

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## Vil du delta i forskningsprosjektet: *«Erfaringskompetanse i psykisk helsevern»*

### Forespørsel om deltakelse

Dette er en forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: «Hvordan anerkjennes erfaringskompetanse i tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern?». Hensikten er å utforske hvordan erfaringskompetanse anerkjennes i samarbeid med fagpersonalet i psykisk helsevern. Dette skrivet vil gi deg informasjon om prosjektet sine mål og hva deltakelse i prosjektet vil innebære for deg.

### Hensikt

Prosjektet sin hensikt er å utforske og beskrive hvordan erfaringskompetanse anerkjennes i tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern slik det oppleves av erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter er en yrkesgruppe på behandlersiden i psykisk helsevern. Føringer fra regjeringen og nasjonale retningslinjer påpeker at både erfarings- og fagkompetanse må integreres i behandling til mennesker med psykiske lidelser. Målet er å fremskaffe kunnskap rundt erfaringskompetanse som et selvstendig fagområde og hvordan dette påvirker samarbeidet med andre fagansatte.

Det er den daglige livsverden til erfaringskonsulenter og hvordan opplevelsen av at erfaringskompetanse anerkjennes som er kjernen i prosjektet. Erfaring med psykisk lidelse er en forutsetning for ansettelse som erfaringskonsulent. Denne kompetansen kan man ikke lese seg til i en bok. Kompetansen er omdannet til kunnskap som er et sentralt kriterium for ansettelse som erfaringskonsulent.

En vektlegging fra helsemyndigheter om å ansette flere erfaringskonsulenter medfører at det vil være hensiktsmessig å innhente kunnskap om hvordan erfaringskompetanse anerkjennes i det tverrfaglige samarbeidet i psykisk helsevern. Hvordan opplever

erfaringskonsulenter at sin unike kompetanse verdsettes og inkluderes i arbeidet de daglig utfører sammen med annet fagpersonale rettet mot mennesker med psykiske lidelser?

### Fremgangsmåte og praktisk gjennomføring

Oppstart av intervjuer er lagt til uke 35 (august 2020), med fortløpende intervjuer frem til uke 46 (november 2020). Intervjukandidater vil bli kontaktet i forkant av forsker per e-post eller telefon for å avtale tidspunkt og intervjusted. Intervjustedet kan være arbeidsplassen til intervjukandidaten. Intervjuet sin varighet er beregnet til cirka 60 min. Intervjuet tas opp på lydopptaker og transkriberes ordrett i etterkant av forsker.

Det vil gjennomføres et intervju per deltaker. 8 deltakere blir forespurt.

Transkriberingsarbeidet av forsker vil foregå parallelt med intervjuer utover høsten 2020.

Hvis det er nødvendig med ytterligere data for å oppnå metning i innhentet materiale vil det åpnes for et til intervju med de som sier seg villig til det. Alternativt at 2-4

erfaringskonsulenter som ikke tidligere er forespurt eller har deltatt inkluderes i prosjektet.

Prosjektet utføres som et mastergradstudium ved Høgskolen på Vestlandet.

### Dybdeintervju

Intervjuguiden sine spørsmål vil fokusere på hvordan erfaringskonsulenter opplever sin arbeidshverdag og samarbeidet med annet fagpersonale. Noen tema det vil fokuseres på er:

- Erfaringskompetanse sine særtrekk slik den anvendes i psykisk helsevern.
- Hva kjennetegner samarbeidet mellom erfaringskonsulenter og tradisjonelt fagpersonale?
- Hvordan anerkjennes erfaringskompetanse i tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern?
- Hva kan hindre at erfaringskompetanse anerkjennes i tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern?
- Hvordan kan ulike faggrupper arbeide sammen for å fremme bruk av erfaringskompetanse i psykisk helsevern?

## Inklusjon- og eksklusjonskriterier

8 deltakere søkes til studien. Deltakere må ha 2 år eller lengre arbeidserfaring som erfaringskonsulent innen psykisk helsearbeid og ha erfaring fra tverrfaglig samarbeid. Erfaringskonsulenten må ikke ha hatt lengre opphold der han eller hun ikke har vært i arbeid de 2 siste årene. Stillingsprosent bør helst være 50% eller mer. Hvis erfaringskonsulenten har noe mindre stillingsprosent, og samtidig fyller kriteriene for fartstid i arbeid vil man være aktuell for deltakelse. Øvrige inklusjonskriterier anses å være innfridd i form av yrket og i stillingsbeskrivelsen til den enkelte erfaringskonsulent.

## Forskningsprosjektansvarlig

Høgskolen på Vestlandet står som forskningsansvarlig. Undertegnede er kandidat. Ole Bjørn Rekdal, professor på Høgskolen på Vestlandet er hovedveileder. Kjersti Alsaker, professor på Høgskolen på Vestlandet er biveileder.

## Hvorfor får du spørsmål om deltakelse?

Det planlegges å utføre 8-12 dybdeintervjuer med erfaringskonsulenter. Rekrutteringsprosessen utføres ved å sende informasjon om prosjektet sin hensikt og informasjon- og samtykkeskriv til kontaktpersoner innen psykisk helsevern. Kontaktpersonene forespør aktuelle deltakere. Det foretas et strategisk utvalg. Det betyr at de personer som anses som best egnet til å avgi relevant informasjon rundt studien sin hensikt og forskningsspørsmål forespørres. Hvis mindre enn 8 erfaringskonsulenter rekrutteres ved denne fremgangsmåten vil forsker forespørre allerede rekrutterte erfaringskonsulenter om aktuelle intervju kandidater.

## Hva innebærer deltakelse?

Deltakelse i prosjektet hvis du velger å delta innebærer et dybdeintervju som beskrevet ovenfor. Intervjuet vil ta ca. 60 min. Intervjuet vil fokusere på de nevnte tema. En hverdagslig tilnærming der den enkelte erfaringskonsulent sin opplevelse av hvordan erfaringskompetanse anerkjennes, er fokus i samtalen. Forsker tar med lydbåndopptaker. Du informeres om lydbåndopptaker sin funksjon, studien sin hensikt og estimert tidsbruk for samtale. Lydopptaket er studien sine data og vil i etterkant transkriberes ordrett og

analyseres av forsker. I samsvar med retningslinjene til Høgskolen på Vestlandet vil resultatene fremstilles i skriftlig form som enten monografi eller artikkel med «kappe».

Intervjuet kan gjerne finne sted på deltaker sin arbeidsplass. Tidspunkt avtales i forkant på e-post eller telefon med forsker. Deltaker kan avtale å bli intervjuet i sin arbeidstid hvis det skulle passe.

### Frivillig deltakelse

Deltakelse i prosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppi en grunn hvis du velger å delta. Alle personopplysninger om deg vil da slettes. Hvis du velger å ikke delta eller på et senere tidspunkt velger å trekke deg fra prosjektet, vil det ikke få negative konsekvenser for deg. Hvis du ønsker å delta i studien signerer du samtykkeerklæringen nederst i dette skrivet. Selv om du nå samtykker, kan du når som helst trekke samtykket ditt tilbake. Hvis du ønsker å trekke deg fra studien eller ønsker mer informasjon om hva prosjektet innebærer kan du gjøre det ved å bruke kontaktinformasjon nederst i skrivet.

### Personvern - oppbevaring og bruk av data

Fremkomne opplysninger om deg brukes bare slik det står beskrevet i hensikten med prosjektet. Opplysningene behandles konfidensielt og i tråd personregelverket. Det er bare undertegnede og veiledere som vil ha tilgang til det transkriberte materialet og opplysninger om deltakere. Navn og kontaktopplysninger på deltakere vil bli erstattet med tallkoder i tilfeldig rekkefølge. Disse opplysningen vil oppbevares adskilt fra det transkriberte materialet i analysearbeidet. Gjeldende retningslinjer fra Høgskolen på Vestlandet for sikker databehandling med forskningsserver anvendes.

Alder og arbeidssted til erfaringskonsulenten vil anonymiseres i de ferdige resultatene. Intervjuguiden er utformet på en måte som henleder til at fokus i samtale er prosjektet sin hensikt og forskningsspørsmål, som er hvordan erfaringskonsulenter opplever at erfaringskompetanse anerkjennes i psykisk helsevern. Alle andre opplysninger vil anonymiseres. I det ferdige resultatet vil forsker vektlegge et språk som beskytter

anonymiteten til deltakere. Undertegnede og veiledere har taushetsplikt overfor personopplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i de ferdige resultatene fra studien når disse fremstilles.

## Hva skjer med opplysningene dine ved prosjektslutt?

Opplysningene vil bli anonymisert når prosjektet avsluttes. Planlagt innlevering av masteroppgave er 31.05.2021 og oppgaven må avvente sensur for godkjenning av Høgskolen på Vestlandet. Prosjektslutt er i samråd med veileder satt til 31.12.2021. Alle personopplysninger vil bli slettet innen denne dato. Lydbåndopptak slettes av undertegnede.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Opplysninger om deg behandles basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskolen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål angående prosjektet eller ønsker å benytte dine rettigheter, kan du kontakte:

- Høgskolen på Vestlandet ved veileder Ole Bjørn Rekdal: E-post: [obr@hvl.no](mailto:obr@hvl.no) telefon: 90682109.
- Masterstudent Øyvind Jank: E-post [oe.jank@hotmail.com](mailto:oe.jank@hotmail.com) telefon: 91308094.
- Personvernombud på Høgskolen på Vestlandet: E-post [tal@hvl.no](mailto:tal@hvl.no) telefon: 55587682.



Hvis du har spørsmål til NSD sin vurdering av prosjektet kan du kontakte:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Hvis du ønsker du å delta i studien ber vi deg om å undertegne vedlagte samtykkeerklæring.  
Når samtykkeerklæring er mottatt av forsker vil du bli kontaktet.

Bergen, dato

Med vennlig hilsen,

-----  
Veileder professor Ole Bjørn Rekdal  
Høgskolen på Vestlandet

-----  
Masterstudent Øyvind Jank  
Høgskolen på Vestlandet

---

### Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter at jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Erfaringskompetanse i psykisk helsevern*» og fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i et dybdeintervju i studien.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

-----  
Signert av deltaker i studien, dato.

## Vedlegg 2, intervjuguide

<b>Forskningsspørsmål</b>	<b>Intervjuspørsmål</b>
Introduksjon.	1. Hvor lenge har du jobbet som erfaringskonsulent?
1. Hva er erfaringskompetanse sine særtrekk slik den anvendes i psykisk helsevern?	2. Hva kjennetegner erfaringskompetanse? Oppfølgingsspørsmål: Kan du gi eksempler?  3. Kan du huske første gang du opplevde at din erfaringskompetanse ble sett på som kunnskap? Oppfølgingsspørsmål: Kan du beskrive situasjonen så detaljert som mulig?
2. Hva kjennetegner samarbeidet mellom erfaringskonsulenter og tverrfaglig personale?  3. Hvordan opplever erfaringskonsulenter at erfaringskompetanse anerkjennes i tverrfaglig samarbeid?	4. Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet?  5. Hva gjør erfaringskonsulenter annerledes enn psykisk helsearbeider i møte med pasienten?  6. Kan du huske en situasjon der din erfaringskompetanse ble anerkjent av fagpersonalet? Oppfølgingsspørsmål: Kan du beskrive situasjonen så detaljert som mulig?  7. Hvilke holdninger opplever du at fagpersonalet uttrykker rundt bruk av erfaringskompetanse? Oppfølgingsspørsmål: Kan du gi eksempler?

<p>4. Hva kan være til hinder for at erfaringskompetanse anerkjennes av fagpersonalet?</p>	<p>8. Har du opplevd at din erfaringskompetanse ble vektlagt mindre enn fagkompetanse? Oppfølgingsspørsmål: Kan du beskrive hva som kjennetegnet situasjonen?</p> <p>9. Hvordan unngår man at hjelpen som gis av erfaringskonsulenter blir for lik hjelpen som gis av fagpersonalet?</p>
<p>5. Hvordan kan ulike faggrupper arbeide sammen for å fremme bruk av erfaringskompetanse?</p>	<p>10. Hva tror du fremmer bruk av erfaringskompetanse i tverrfaglig samarbeid? Oppfølgingsspørsmål: Kan du gi eksempler?</p> <p>11. Hvordan opplever du fagpersonalet sin kunnskap rundt erfaringskompetanse?</p> <p>12. Hvordan kan erfaringskonsulenter samarbeide som faggruppe for å fremme sin kompetanse? Oppfølgingsspørsmål: Kan du gi eksempler?</p>
<p>Avslutning.</p>	<p>13. Hvis du skulle oppsummert det viktigste fra samtalen. Hva ville du sagt?</p> <p>14. Er det noe vi burde snakket om som vi ikke har gjort?</p>

Følgende tilleggsspørsmål ble tilføyd og brukt etterhvert som prosessen med intervjuer utviklet seg:

- Hva kan være baksider ved å være erfaringskonsulent?
- Hva tenker du om at noen erfaringskonsulenter jobber som assistenter?
- Hvor mye betyr det å ha en god leder?
- Hva betyr følelser i samarbeid med fagpersonalet?
- Hvordan kan fagpersonalet være mer personlig på jobb?
- Hvordan bruker erfaringskonsulenter et direkte språk?
- Hvordan stiller erfaringskonsulenter krav til brukere?
- Hvordan er systemet hierarkisk (når systemet først ble uttrykt som å være et hierarki)?

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Hvordan opplever erfaringskonsulenter at erfaringskompetanse anerkjennes i tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern?

### Referansenummer

820205

### Registrert

08.06.2020 av Øyvind Jank - 581541@stud.hvl.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ole Bjørn Rekdal, obr@hvl.no, tlf: 90682109

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Øyvind Jank, oe.jank@hotmail.com, tlf: 91308094

### Prosjektperiode

10.08.2020 - 31.12.2021

### Status

18.06.2020 - Vurdert

## Vurdering (1)

---

### 18.06.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 18.06.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mirza Hodzic  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

