



6. Samskaping – et sosialt eksperiment i rusomsorgen

En studie av klinikerens og lederes erfaring med brukeransettelser

Renate Louise Blindheim-Hansen og Kjersti Halvorsen

Sammendrag I hele den vestlige verden er det en voksende interesse for å ansette personer i helsevesenet med erfaring som brukere av helsetjenester. Dette engasjementet passer som hånd i hanske med FNs bærekraftsmål nr. 17 som omhandler involvering av «relevante og berørte aktører i samskaping» (The Sustainable Development Goals Report, 2019). Aksjonsforskere har satt sine krefter inn på å demonstrere hvorfor tidligere pasienter bør ansettes, og forhåpningen er at lydhørhet for deres erfaringer vil gjøre behandlingsapparatet mer effektivt og demokratisk. Mye kan imidlertid gå galt når man forsøker å «samskape» helsetjenester, og vi vet lite om hvordan pasienterfæringskompetanse i praksis fungerer sammen med fagkompetanse. Flere studier av dette temaet etterlyses i norsk rusomsorg og psykiatri. Vårt bidrag er å utforske klinikerens og lederes erfaringer med brukeransettelser ved norske rusbehandlingsinstitusjoner.

Abstract Throughout the Western world, there is a growing interest in hiring people in healthcare with experiences as users of the healthcare services. This commitment fits hand in glove with the UN's Sustainability Goal No. 17, which deals with the involvement of "relevant and affected actors in co-creation" (The Sustainable Development Goals Report, 2019). Mission-researchers have put their efforts into demonstrating why former patients should be hired as peer supporters, and the hope is that responsiveness to their lived experiences will make the treatment apparatus more effective and democratic. However, a lot can go wrong in "co-creation" of healthcare services, and studies are sparse on how personally acquired competence of experience works together with professional competence. More research on this topic is called for in Norwegian substance abuse care and psychiatry. Our contribution is to study the experiences of clinicians and managers in Norwegian substance abuse care where users of the services are hired.

Nøkkelord rusomsorg | erfaringskompetanse | fagkompetanse | samskaping

INNLEDNING

Vi skal i dette kapitlet utforske klinikers og lederes erfaring med å ansette tidligere brukere av rusomsorgens tjenester. Å opprette stillinger ved behandlingssinstitusjoner for personer som selv har erfart rusavhengighet, støttes av FNs bærekraftsmål nr. 17 som omhandler involvering av «relevante og berørte aktører i samskaping» (The Sustainable Development Goals Report, 2019). Da bærekraftsmål nr. 17 ble vedtatt i 2015, hadde den flytende betegnelsen «samskaping» blitt en del av vokabularet som anvendes av politikere og forskere for å beskrive nye offentlige ledelsesformer der brukeren av en offentlig tjeneste involveres som medprodusent av tjenesten eller i utvikling av tjenesten (Ostrom, 2016). Det «magiske begrepet» samskaping (Pollit & Hupe, 2011) vitaliserte optimismen for mer radikale former for brukermedvirkning, men mye kan også gå galt når dette vidundermiddelet mot endrings-fatigue og osthøvelnedskjæringer testes ut (Krogh, Sørensen & Torfing, 2020). Eksperimentering er vanlig på politikkområder der det er bred enighet om grunnleggende verdier, men uklart hvordan tiltak vil fungere i praksis (Matland, 1995). I norsk rusomsorg er det bred enighet om at brukermedvirkning er et gode, men vi vet fremdeles lite om konsekvensene av brukeransettelser.

Mer refleksjon over hvordan fagkompetanse fungerer sammen med kompetanse basert på erfaring som bruker av tjenestene, etterlyses i norsk rusomsorg og psykiatri (Skjeldal, 2021). Vårt bidrag er å utforske hvordan fagkompetanse interagerer med erfaringskompetanse ved norske rusbehandlingssinstitusjoner. Vi skal studere hvordan klinikere og ledere ser på erfaringskompetanse. Dette har ikke tidligere blitt utforsket i Norge. Undersøkelsen er eksplorerende og kvalitativ, og datagrunnlaget er intervju. Problemstillingen som belyses, er: Hvilke erfaringer har ledere og klinikere ved norske rusbehandlingssinstitusjoner med brukeransettelser? Hensikten med studien er å opparbeide noen tentative innsikter i hvordan erfaringskompetanse i praksis fungerer sammen med fagkompetanse – sett fra klinikers og lederes synsvinkel.

Før vi presenterer det deltakerne i studien forteller om sine erfaringer med brukeransettelser, skal vi skissere noen trekk ved den ruspolitiske konteksten den nye yrkesgruppen springer ut av i Norge. Deretter blir innsikter fra tidligere studier av norske erfaringskonsulenter og internasjonal «peer support» gjort rede for, og et analytisk rammeverk utvikles for å tolke det klinikerne og lederne sier om hvordan fagkompetanse i praksis fungerer sammen med erfaringskompetanse ved den enkelte rusbehandlingssinstitusjon.

NORSK NARKOTIKAPOLITIKK FINNER VEIEN TIL FN

Å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle er FNs tredje bærekraftsmål (The Sustainable Development Goals Report, 2019). Inkludert i dette målet er forebygging og behandling av rusmiddelmisbruk, blant annet misbruk av narkotiske stoffer (delmål 3.5). Narkotikaspørsmål har siden FN og WHO ble opprettet, fått mye oppmerksomhet, og organ som behandler disse, tiltrekker seg prominente representanter (Christie & Bruun, 2003). I 2016 fikk helseminister Bent Høie det ærefulle oppdraget å tale på vegne av Norge og Europa i FNs spesialsesjon for framtidens narkotikapolitikk. Høies budskap i talen var at virkemidlene FN rår over for å begrense narkotikamisbruket i verden, har hatt liten effekt (United Nations General Assembly Special Session, 2016). Hvert enkelt medlemsland ble oppfordret til kritisk å undersøke sin tilnærming, og inspirert av et samlet opprop fra norske brukerorganisasjoner (Foreningen for human narkotikapolitikk, 2020) anbefalte han at helseorienteringen i framtidens narkotikapolitikk bør styrkes, og at det bør satses mer på å gjøre rimelige, skadereduserende rehabiliteringstilbud tilgjengelig (United Nations General Assembly Special Session, 2016).

Begrepet bærekraft inviterer til å se løsninger på misbruksproblemer i et generasjonsperspektiv. Helseorienteringen i den norske narkotikapolitikken hadde sin første storhetstid for 60 år siden. Da Statens klinikk for narkomane startet opp i 1961, ble Norge Europas pioner med et spesialisert behandlingstilbud for narkotikaavhengighet (Hauge, 2009). Daværende helsedirektør, Karl Evang, beskrev oppstarten «nærmest som et eksperiment» (Evang, 1967, s. 35) fordi metodene som ble praktisert, hadde lite til felles med alminnelig behandling i psykiatriske klinikker. De «klassiske» narkomane som mottok behandling ved klinikken, var helsepersonell og pasienter med tilgang til opiatholdige legemidler som for eksempel morfin, og som hadde utviklet et misbruk av slike legemidler (Skretting & Amundsen, 2018). Misbruk ble i denne perioden oppfattet som et internt problem for helsevesenet, og tiltak ble satt inn for å regulere legers utskrivning av psykoaktive stoffer (Tønne & Kveim Lie, 2019).

Fra midten av 1960-tallet ble narkotiske stoffer til rekreasjonsbruk mer tilgjengelig, og yngre brukere dukket opp (Nordlund, 2005). Den nye «ungdomsnarkomanien» vekket stor offentlig bekymring, og straff for bruk av psykoaktive stoffer som ikke var foreskrevet av lege, ble skjerpet i tiårene som fulgte (Christie & Bruun, 2003). Sentralt i de sosialmedisinske uttalelsene de nye straffeordningene bygget på, var «smitteteorien», som gikk ut på at hver enkelt misbruker av narkotiske stoffer er en mulig smittetilstand for dem rundt seg (Lind, 1974). Det politiske målet var at Norge skulle være et narkotikafritt samfunn (Sundøen, 2011). Rekreasjonsbruk av narkotiske stoffer, som startet blant urban middelklasseungdom, ble

likevel mer utbredt i hele landet og i alle sosiale lag (Hauge, 2009). Denne typen bruk underrapporteres vanligvis, men Folkehelseinstituttets oversikter over antall pasienter som får behandling for avhengighet av narkotiske stoffer, gir en indikasjon på at bruk av illegale rusmidler de siste årene har vært i rask vekst. Tall fra FHI viser at det i 2017 var 18 500 pasienter som mottok behandling, og dette er en økning på 24 % fra 2010 (Gjersing & Amundsen 2018). For å håndtere dette voksende folkehelseproblemet har myndighetene satt rusomsorg høyt på den helsepolitiske prioriteringsagendaen.

I *Opptrappingsplan for rusfeltet* fra 2016 til 2020 var regjeringens ambisjon å øke kapasiteten i behandlingsapparatet og å utvikle en mer kunnskapsbasert narkotikapolitikk (Prop. 15 S (2015–2016), s. 32). Folkehelseinstituttets nasjonale undersøkelse av pasienterfaringer fra 2015 viste dårlige resultater for pasientenes utbytte av behandling i grupper og lite tilfredshet med den medisinske behandlingen (Haugum, Holmboe, Iversen & Bjertnæs, 2015). Mer kunnskap om brukerne av rusomsorgens tjenester ble etterspurt, og et knippe tiltak ble satt i verk for å gjøre tjenestene mer lydhøre for brukernes behov. Ett av disse var at det ble utlyst prosjektmidler til å opprette egne stillinger ved behandlingsinstitusjoner for personer med erfaringskompetanse (Prop. 15 S (2015–2016), s. 29). Den som ansettes i en slik stilling, kalles erfaringskonsulent eller medarbeider med brukererfaring. Rusomsorgens erfaringskonsulenter er lite utforsket både i Norge og internasjonalt, men studier av brukeransettelser i psykiatrien gir noen innsikter som har overføringsverdi til rusfeltet.

INNSIKTER FRA STUDIER AV ERFARINGSKONSULENTER OG «PEER SUPPORT»

I norsk rusomsorg og psykiatri anslås stillinger for erfaringskonsulenter å utgjøre cirka 300 årsverk, og midlertidige ansettelser i små stillingsprosenter er det alminnelige. Bruk av slike stillinger er mest utbredt i byer og i folkerike kommuner (Ose & Ådnanes, 2019a). Vi har ikke funnet tidligere norske studier av klinikerens og lederes erfaring med brukeransettelser i rusomsorgen. Noe mer kunnskap er opparbeidet om erfaringskonsulenters egne erfaringer i den nye yrkesrollen. Funn i en undersøkelse basert på intervju med erfaringskonsulenter tyder på at det kan oppstå motsetninger mellom den nye yrkesgruppen og fagutdannet personale. Åkerblom, Agdal og Haakseth (2020) finner at erfaringskonsulenter i rusomsorgen noen ganger opplever å bli nedvurdert av fagfolk, men at de ofte inngår i fellesskap med pasienter som gjerne ser på dem som forbilder. En undersøkelse blant erfaringskonsulenter i den norske psykiatrien viser liknende funn. Odden, Kogstad,

Brodahl og Landheim (2015) finner at erfaringskonsulenter opplever å være brobyggere mellom pasienter og fagfolk. En utfordring som beskrives, er doble lojaliteter i den nye yrkesrollen. Eksempler de trekker fram, er at erfaringskonsulenten skal «være der uten å bli en del av konseptet», «høre til og samtidig være kritiker». Flere beskriver også at det er «vanskelig å fronte motstand alene», og at de møter koopteringsmekanismen: «Kom som du er, bli en av oss» (Odden et al., 2015, s. 11).

Johansen (2016), som er forsker, erfaringskonsulent og daglig leder av den landsdekkende brukerorganisasjonen på rusfeltet, RIO, beskriver også motsetningsfylte forventninger til den nye yrkesrollen, som både er og ikke er en del av faggruppen. Han forklarer at kompetansen som trengs for å gjøre en god jobb som erfaringskonsulent, er fersk kjennskap til rusmiljøer, men man må samtidig ha lagt identiteten som rusmisbruker bak seg. Ifølge Johansen er erfaringskompetanse en «ferskvarer». Han peker på at utsiktene til en karriere i rusomsorgen som regel er mer kortsiktig for erfaringskonsulenter enn for fagfolk, og at dette er et problem fordi ansiennitet som «tidligere narkoman» ikke er meritterende utenfor rusomsorgen. Han mener å se at mange erfaringskonsulenter ikke kommer seg videre, men «blir ved sin lest». I en norsk kontekst sammenliknes brukerorganisasjonenes kamp for å bli sett og hørt med sosiale borgerrettsbevegelser (Skjeldal, 2021). Erfaringskonsulenter skal representere brukernes stemme på systemnivå og ved den enkelte behandlingstilstand (Alm Andreassen, 2021). Forventninger som rettes mot erfaringskonsulenter, er altså både politiske og terapeutiske. Et politisk oppdrag fra brukerorganisasjoner har ikke fagutdannet personale.

To studier viser at erfaringskonsulentens arbeidsoppgaver i rusomsorgen ikke er klart definert, og at det kan oppstå usikkerhet om hva som skal være innholdet i den nye yrkesrollen. Anbefalingen som gis for å avklare den lite formaliserte yrkesrollen, er mer kollegialt samarbeid (Biong, Fugletveit & Lofthus, 2012; Borg, Sjøfjell, Lunde, Ogundipe & Bjørlykhaug, 2017). Arbeid med pasienter er den vanligste oppgaven for erfaringskonsulenter i rusomsorg og psykiatri (Odden et al., 2015; Ose & Ådnes, 2019b). Et forhold som kan være av betydning når erfaringskompetanse og fagkompetanse interagerer i pasientnært arbeid, løftes fram av Wifstad (2021). Han peker på at erfaringskonsulentens kunnskap, basert på unike og private livserfaringer, kan være vanskelig å «åpne opp» for gjensidig kunnskapsutveksling. Erfaringskompetanse er ikke følelsesmessig nøytral og skiller seg fra fagkompetanse, i den forstand at en raskt kan havne opp i etiske problemer knyttet til grenseflaten mellom person, liv og sak dersom den undersøkes kritisk. Grunnlaget for erfaringskompetanse kan derfor bli problematisk å diskutere åpent, både på arbeidsplassen og i samfunnet generelt.

Vitenskap og politikk er tett sammenvevd på rusfeltet, og flere studier av erfaringskonsulenter kan plasseres i en aksjonsforskningstradisjon. Åkerblom og Ness (2021) ser det som en gevinst at forskere engasjerer seg i å demonstrere hvorfor flere erfaringskonsulenter bør ansettes, og hvordan forholdene kan legges bedre til rette for integrasjon slik at tjenestene drar nytte av deres kompetanse. Åkerblom et al. (2020) løfter fram erfaringskonsulentens personlige engasjement som et forbilde for fagutdannet personale, for de tøyser regler som ellers begrenses av skillet mellom arbeidstid og fritid, og yter ekstra når de ser at det trengs. Erfaringskonsulenter bruker sine tidligere erfaringer og ønsker gjerne å bidra til at tjenestebrukere mottar det de selv fikk som hjelp dem, eller det de ikke fikk selv, som de opplevde at de trengte (Åkerblom & Eriksen Hammer, 2021).

Den toneangivende internasjonale forskningslitteraturen om «peer support» og «consumer providers» kommer fra USA, New Zealand, Australia og Storbritannia. I disse landene har frivillig likemannsarbeid vært i rask vekst de siste 30 årene, men betalte stillinger for erfaringskonsulenter i helsevesenet er sjeldne (Repper & Carter, 2011). To internasjonale studier av «peer support» for rusavhengige viser at jobbtilfredsheten er høy blant erfaringskonsulenter, og at deres motivasjon er å gi noe tilbake, mens sviktende kollegial integrasjon, lav lønn og konflikter mellom nye og gamle behandlingsmodeller reduserte jobbtilfredsheten (Gagne et al., 2018; Hymes, 2015).

I psykiatrien er litteraturen rikere. Ansettelse av tidligere pasienter har også lengre historiske røtter som går tilbake til 1800-tallet, og knyttes til en behandlingstradisjon som springer ut av «moral treatment»-bevegelsen (Davidson, Bellamy, Guy & Miller, 2012). I nyere former har likemannsarbeid som flyttes fra sivilsamfunnet og inn i helsevesenets organisasjoner, blitt gjenstand for stor klinisk forskningsinteresse. Repper og Carter (2011) finner at erfaringskonsulenter oftere oppfattes som venner av pasientene fordi de, i motsetning til fagutdannet personale, deler personlig informasjon om seg selv. En amerikansk studie viser at erfaringskonsulenter har større troverdighet hos pasienter enn det fagutdannet personale har (Polcin, Mulia & Jones, 2012). Spesielt trekkes det fram at det å gi pasienter håp og tro på muligheter for bedring, er noe erfaringskonsulenter gjør bedre enn fagutdannet personale (Repper & Perkins, 2003; Shepherd, Boardman & Slade, 2008). Internasjonale studier viser at erfaringskonsulenter ikke identifiserer seg med de grensene fagutdannede terapeuter trekker mellom seg selv og pasienter (Carter, 2011; Repper & Carter, 2011). I en studie stilles det spørsmål ved hvor vennskapelig erfaringskonsulentenes relasjon til pasientene bør være, siden nærhet kan være vanskelig å forene med en mer terapeutisk rolle (Coleman & Campbell, 2009). Andre mener å se at det varierer fra individ til individ hvordan

avstand og nærhet til pasienter reguleres, og at noen utvikler en form for profesjonell distanse over tid (Mead & Macneil &, 2006). En studie gjennomført av Coatsworth-Puspoky, Forchuk og Ward-Griffin (2006) viser at noen erfaringskonsulenter kan framstå som om de forstår alt fordi de selv har gjennomgått en vanskelig livssituasjon, og at dette kan bidra til at samarbeid går i stå. Funn i flere studier viser at asymmetri i pasient–behandler-rollene ofte vedvarer når tidligere pasienter ansettes i helseorganisasjoner, selv om de ikke lenger er pasienter. Mange som blir erfaringskonsulenter, arbeider sammen med terapeuter som tidligere har behandlet dem (Fisk, Rowe, Brooks & Gildersleeve, 2000). Dette gjør det vanskelig å utvikle egalitære relasjoner i et team (Mowbray, Moxley & Collins, 1998). Et funn fra en litteraturgjennomgang er at fagutdannet personale ofte er bekymret for at erfaringskonsulenter utsettes for stress som kan gi dårligere psykisk helse (Davidson et al., 1999). Også erfaringskonsulenter beskriver at arbeid med pasienter med liknende lidelse kan trigge gamle symptomer og gi belastninger som gjør det vanskelig å ivareta seg selv (du Plessis, Whitaker & Hurley, 2019).

Oppsummert tyder funn i norske og internasjonale studier på at erfaringskompetanse i praksis sjelden likestilles med fagkompetanse, selv om dette er en intensjon hos alle involverte parter. Fagutdannet personale er antagonistene som erfaringskonsulenter sammenliknes med, og motsetninger mellom disse to gruppene beskrives av norske erfaringskonsulenter. Hvorfor spenninger mellom erfaringskonsulenter og fagutdannet personale oppstår vet vi lite om, og vi vet heller ikke om fagutdannet personale har tilsvarende opplevelser. Klinikeres og ledes perspektiv på interaksjonen mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse har ikke blitt utforsket i Norge, og hensikten med denne studien er å opparbeide mer kunnskap om dette.

ANALYTISK TILNÆRMING TIL SAMSKAPING I RUSOMSORGEN

Samskaping som ideal knyttes til nye normer for offentlig ledelse som ble introdusert med reformagendaen New Public Governance (Krogh et al., 2020). En av disse normene er å arbeide på tvers av jurisdiksjoner (Halligan, 2010). Rusomsorg er et utpreget tverrfaglig praksisfelt, og det fagutdannede personalet som arbeider der, tilhører ikke én profesjon, men flere. At rusomsorg er et praksisfelt som ikke domineres legalt, sosialt og kulturelt av én «exclusive occupational group» (Abbott, 1988, s. 8), men av flere forskjellige profesjoner, kan øke sannsynligheten for at rusomsorgens profesjonelle vil være mottakelige for samskaping med erfaringskonsulenter. En annen norm som kom med reformagendaen etter New Public

Management, er nye og mer aktive former for borgerinvolvering (Greve, 2012). På rusfeltet innebærer den nye og mer aktive former for brukermedvirkning. Stillinger for erfaringskonsulenter kan, i tråd med denne normen, benyttes til direkte å involvere tidligere brukere av tjenestene i utforming av dem – og i dette tilfellet også å yte dem. En slik radikal form for samskaping (Røiseland & Lo, 2019) er uvanlig på andre velferdsområder der eksperter og politikere i større grad avgjør hvordan problemer skal forstås og løses. Radikal samskaping forutsetter at relasjonene mellom partene er likeverdige, at samarbeidet er kontinuerlig, at makt og styring adresseres, og dette innebærer ofte at roller omdefineres (Kobro, Andersen, Espersen, Kristensen, Skar & Iversen, 2018).

Hvordan stillinger for erfaringskonsulenter i praksis fungerer ved den enkelte virksomhet er imidlertid ikke gitt, ettersom erfaringskonsulentens arbeidsoppgaver ikke er klart definert. Denne uklarheten åpner for valgmuligheter. Helsemyndighetenes utlysning av prosjektmidler til stillinger for erfaringskonsulenter er et eksempel på hvordan en desentralisert stat gjennomfører reformer. Sammenliknet med andre land gis det i Norge høy grad av autonomi til de agentene som utfører statlige oppdrag (Verhoest, Roness, Rubecksen & MacCarthaigh, 2010). Autonomien består i at den som utfører et oppdrag, gis noen faglige eller administrative valg. Klinikere og ledere har forskjellige valgmuligheter som gis av deres ulike organisatoriske roller. I sitt daglige arbeid har både klinikere og ledere i rusomsorgen i oppgave å iverksette myndighetenes velferdspolitik på bakkenivået, og dette er et eksempel på det Michael Lipsky (2010) kaller bakkebyråkratiets profesjonelle. Rusomsorgens klinikere befinner seg i bakkebyråkratiets «første etasje», der hverdagens ansikt-til-ansikt-møter med pasienter foregår, mens avdelingslederne befinner seg i «andre etasje» og skal legge forholdene til rette for det rusfaglige arbeidet som gjøres i avdelingen. Bruk av rusfaglig skjønn er en forutsetning for arbeidet både klinikerne og lederen ved den enkelte avdeling utfører. Lederne foretar i tillegg organisatoriske vurderinger og beslutninger.

Den enkelte behandlingsvirksomhet er ikke pålagt å ansette erfaringskonsulenter, og det er lederen i avdelingen som tar avgjørelser om ansettelser. Når en leder beslutter å ansette en erfaringskonsulent, er dette et eksempel på en lederrolle som Straus (2002) kaller «igangsetter» av mulige samskapingssituasjoner. Forventninger rettet mot denne rollen er at leder skal skape grunnlag for dialog og tillit mellom de deltakende aktørene ved å framheve gjensidig avhengighet. Leder forventes også å avklare rollen til forskjellige aktører og sikre politisk og ledelsesmessig oppbakking (Krogth et al., 2020). Disse ledelsesfunksjonene er sentrale i en oppstartfase.

Klinikerne på sin side har også ulike handlingsvalg i møte med den nye situasjonen. Hvordan rusomsorgens klinikere velger å handle når en erfaringskonsulent

bringes sammen med det fagutdannede personalet ved en behandlingsinstitusjon, kan forstås ved hjelp av Hirschmans (1970) tre handlingstyper: «loyalty», at man tilpasser seg; «exit», at man melder seg ut; eller «voice», at man protesterer åpent. At rusomsorgens profesjonelle i bakkebyråkratiets «første etasje» befinner seg på et arbeidsområde der det er vanlig å krysse kompetansegrenser, kan øke sjansen for at de velger «loyalty» når mulige samskapingssituasjoner «settes i gang» av leder. Men den samme tverrfagligheten kan også resultere i at jurisdiksjonsgrenser som ellers ikke mobiliseres mellom ulike profesjonsgrupper i det fagutdannede personalet, blir aktivert for å markere det Berger og Luckmann (1966) kaller grenser mellom «de som kan det», og «de som ikke kan det».

Jurisdiksjonsgrenser mellom yrkesgrupper er ikke faste, og det kan oppstå forhandlinger mellom etablerte profesjoner og nye yrkesgrupper som søker å vinne fram som problemløser på et arbeidsområde. På rusfeltet er erfaringskonsulenter en ny yrkesgruppe som kan gi slike forandringer og mobilisere forskjellige typer motstand. «Exit» er en form for motstand som i vårt tilfelle kan innebære at klinikere ikke er motivert for å inngå i samarbeid med erfaringskonsulenter, gjør det halvhjertet eller holder sine meninger for seg selv. Mens «voice» er et handlingsalternativ der klinikere velger å uttrykke åpen protest mot problemforståelser og løsninger som erfaringskonsulenter bringer med seg inn. Profesjoners legitimitetsgrunnlag er at de besitter faglig kunnskap som gir forutsetninger for å bruke skjønn til å gi sine klienter kvalitativt god hjelp (Freidson, 2001), og motstand fra profesjonene på rusfeltet kan ta form av en kamp om hva som er til pasientens beste, eller å definere problemer som faglige – i motsetning til politiske problemer (Terum, 1996). I litteraturen om «mørke sider» ved samskaping blir det framhevet at nedbryting av etablerte tillitsrelasjoner mellom de involverte aktørene kan bli resultatet dersom samskapingen ikke innfrir de involverte partenes forventninger (Fledderius, 2015). Om noen klinikere velger «loyalty» og andre velger «exit» eller «voice», kan det oppstå interne splittelser mellom dem, og tilliten mellom ledere og klinikere kan også settes på prøve.

Hvordan ansvar fordeles, konflikter løses og sviktende motivasjon for samarbeid blant involverte parter håndteres, blir i samskapinglitteraturen sett på som et viktig oppdrag for leder (Torfing, 2016). I rollen som Krogh et al. (2020) kaller «fasilitator» av samskapingprosesser, forventes leder å håndtere eller løse konflikter slik at de blir konstruktive, og sikre at uløselige konflikter ikke blir personlige, men ses på som en felles utfordring. Til rollen som «fasilitator» hører også forventninger om å sikre en felles forståelsesramme ved å utvikle et felles språk og et felles kunnskapsgrunnlag basert på gjensidig kunnskapsutveksling og felles undersøkelser av praksis. I rollen som «katalysator» (Krogh et al., 2020) forventes lederen å

sørge for at de deltakende aktørene tar på seg rollen som ambassadører for nye måter å løse oppgaver på som har blitt utviklet gjennom samskapingsprosesser. Leder skal stimulere til at vanetenking, og den måten aktørene pleier å interagere på, utfordres. NPM-reformagendaens forventninger til ledere om å vise synlige resultater (Greve, 2012) kombineres her med forventninger om en helhetlig ledelsesstil som tar hensyn til mange ulike interesser (Lodge & Gill, 2011). For ledere som søker å leve opp til disse forventningene, er det mye som står på spill når erfaringskonsulenter bringes sammen med det fagutdannede personalet i den enkelte avdeling.

METODE

Tilnærmingen som er brukt i studien er kvalitativ, og datainnsamlingen er basert på intervju der en halvstrukturert spørsmålsguide ble benyttet. Blant de ni deltakerne i studien er fem klinikere og fire avdelingsledere ved behandlingstjenestestrukturer som har ansatt erfaringskonsulenter. De fem klinikerne tilhører ulike profesjoner – en er sykepleier, to er sosionomer, en er vernepleier og en er miljøarbeider. Samtlige deltakere har flere års erfaring med behandling av ruspasienter. Alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass, og de ble ordrett transkribert. Rekrutteringen av deltakere skjedde ved hjelp av «snøballmetoden», der én kontaktperson, som kjente andre virksomheter som brukte erfaringskonsulenter, ga tips om rekruttering av deltakere til studien. For å anonymisere deltakerne omtales alle som «hun». Klinikerne omtales som K1, K2, K3, K4 og K5, mens lederne omtales som L1, L2, L3 og L4. Gjennomføring av studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD-prosjektnummer 221012).

Deltakerne i studien ble spurt om hva som skiller vurderinger basert på erfaringskompetanse fra vurderinger basert på fagkompetanse, og de ble bedt om å trekke fram eksempler på hvordan de to typene kompetanse i praksis fungerer sammen ved den enkelte behandlingstjeneste. Den som gjennomførte intervjuene, har lang erfaring som kliniker og leder i rusomsorgen. Nærhet til deltakerne og til feltet innebærer at den som intervjuer, ikke er nøytral, og at intervjuene i seg selv er en form for sosial intervensjon som vil påvirke det som studeres (Denzin & Lincoln, 2003, s. 90). Samtidig gir førstehåndskjennskap til konteksten klinikerne og lederne arbeider i, nærhetens fordel. Dette kan ha bidratt til at de fleste deltakerne i studien snakket overraskende åpent, også om temaer som av noen ble beskrevet som «tabubelagte» i rusomsorgen. Å uttale seg om tabubelagte temaer forutsetter at det tas etiske hensyn som sikrer deltakerne i studien høy grad av anonymitet. Vi har derfor valgt å avstå fra en forskningsdesign basert på case fra indi-

viduelle behandlingsinstitusjoner, og i stedet nummerere deltakerne i studien tilfeldig slik at klinikere og ledere som benevnes med samme tall, for eksempel K3 og L3, kommer fra forskjellige arbeidsplasser. Dialekt og personlige uttrykksformer er skrevet om for å ivareta konfidensialitet.

Analyseprosessen fulgte en trinnvis tilnærming for tematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). I temabaserte tilnærminger samles informasjon og sitater på tvers av deltakerne med utgangspunkt i det tema som skal belyses. Dette gjør anonymisering lettere, men det kan også føre til at deltakerne i studien opplever at deres refleksjoner ikke framtrer i den sammenhengen som de var opptatt av (Thaagaard, 2013). Tekstene for hvert enkelt transkriberte intervju ble først lest gjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble materialet foreløpig sortert slik at tendenser som kunne skimtes i klinikernes og ledernes beskrivelser, ble prioritert. Kondensatet av meningsinnholdet i hver tematisk kodegruppe ble så illustrert med sitater som viste hovedtendenser. Deretter ble funn i materialet satt sammen og skrevet ut.

HVA SIER KLINIKERNE?

Et hovedfunn i studien er at klinikernes erfaring med brukeransettelser er svært ulik. Det som opptok dem, kretser rundt to hovedtemaer. Det ene temaet dreier seg om hvilken virkning de opplever at erfaringskompetanse har på pasientbehandling, og det andre handler om maktforhold som spiller inn på det som skjer i samhandlingen mellom erfaringskonsulenter, klinikere og ledere. Vi skal først ta for oss deres erfaringer med å involvere tidligere brukere av rusomsorgens tjenester i pasientbehandling. Presentasjonen av hovedtendenser i materialet er organisert ved at uttalelser fra klinikere som er tydelig skeptisk til erfaringskompetanse, følger etter fortellingene fra dem som like klart ønsker den velkommen.

Erfaringskonsulenter bringer med seg håp og handlekraft

Noen av klinikerne beskriver at arbeidet med pasienter blir styrket når en erfaringskonsulent bringer med seg egen kompetanse som gir nye innfallsvinkler til pasientbehandlingen. En av klinikerne som ser erfaringskompetanse som et verdifullt supplement til fagkompetanse, forklarer forskjellen på de to typene kompetanse slik: «Vi har en utdanning der man lærer forskjellige måter å tilnærme seg problemstillinger på, som de andre ikke har», mens erfaringskonsulenter «bruker sine egne livserfaringer som nødvendigvis er veldig preget av følelser og levd liv. Det er to helt forskjellige ting» (K4). Hun forteller at erfaringskonsulenter i mindre

grad begrunner sine vurderinger, og at deres tilnærming er mer «følelsesmessig begrunnet». En annen kliniker løfter fram at «de bidrar til å få inn et håp. Det synes jeg er veldig fint. Vi som sitter på kontor, vi ser på en måte bare 5 % av et liv. Sammen blir vi gode, og jeg tenker vi ikke skal føle oss truet, men det erstatter ikke noe annen kompetanse» (K3). En av klinikerne forklarer at «de kjenner jo ikke systemet så godt som vi som har jobbet i det lenge, og da er det jo slik at de kan presse på for å få ting til som vi faktisk ikke trodde var mulig i systemet» (K2). Hun legger til at «noen ganger må vi virkelighetsorientere dem», og forklarer at det er med ambivalens at man som kliniker enkelte ganger må «representere det vanskelige systemet». K3 sier: «De er kanskje litt mer løsningsorienterte», og hun mener å se at erfaringskonsulenter og klinikere i praksis kjemper sammen «mot systemet» for å få til gode løsninger for den enkelte pasient.

At profesjonell kompetanse har hatt monopol på hva som regnes som gyldig kompetanse i rusomsorgen, er noe K4 har reflektert over, og hun viser til en psykolog i et faglig forum som pekte på at «de fleste psykologer og terapeuter er ganske proteksjonistiske (...) og slipper ikke de andre så veldig til». Også K2 forteller at «det er lett for at vi sitter på en fasit». Hun sier: «Jeg har opplevd at det å ansette erfaringskonsulenter kan være nyttig i forhold til endring, man får en som har gått den veien selv.» Hun forklarer at klinikere som har arbeidet i rusomsorgen lenge, kan miste håp om at pasienter kan ha langsiktige muligheter for bedring, og sier: «Det er så lett å tenke på situasjonen her og nå, og ikke om to år.» Det disse klinikerne forteller, viser at de har opplevd at erfaringskonsulenter tilfører handlekraft og håp om bedring i arbeidet med pasienter. Også den kompetansen erfaringskonsulenter ikke har, løftes fram som en styrke og ses som en «motor» for å drive fram løsninger i systemet som klinikerne ikke trodde var mulig.

Erfaringskonsulenter vil medisinere og innser ikke sin egen begrensning

Andre klinikere er skeptiske til erfaringskompetanse og beskriver at erfaringskonsulenter er for følelsesstyrte, og at deres vurderingsevne i behandling av ruspasienter svikter. En av dem sier: «De innser ikke sin egen begrensning og baserer alt på ett prinsipp om at det som har hjulpet for dem, vil virke på alle» (K1). Hun forklarer at erfaringskonsulenter «har feilaktige oppfatninger av hvordan rusmidler påvirker kroppen, og er tilhengere av tung medisinering av pasientene». Hun opplever at «det å snakke sammen som kolleger blir vanskelig da». En annen forklarer at de i hennes avdeling ikke bruker erfaringskonsulenter i behandlingsarbeid. Hun begrunner dette valget med at «det er jo dette med at de har sin egen overbevisning

mot de vi skal hjelpe, og ikke retter seg etter det avdelingen ønsker» (K5). Hun beskriver stor avstand mellom fagfolks og erfaringskonsulenters virkelighetsforståelse, og sier at «det er en helt annen verden, hos oss får de ikke ta del i behandling. De er mer en støtte på aktiviteter og sånn». Begge mener å se at erfaringskonsulenter har uheldig påvirkning på pasientene fordi de stimulerer forventninger om mer medisinbruk i behandlingen. K1 trekker fram et eksempel der erfaringskonsulenten sier til pasienter: «Jeg håper du får de sobrilene», og hun forteller at hun da tenker: «Det håper ikke jeg!» K5 forteller at holdninger til medisinbruk skaper et samarbeidsproblem når erfaringskonsulenter, som har mye kontakt med pasienter, legger vekt på at de formelt sett har rett til å velge sin egen behandling, og at dette ikke praktiseres i behandling av alle ruspasienter. Hun sier at «politisk så høres det ut som om ting er lettere å ordne enn det egentlig er, og at pasientene har litt mer medvirkning enn det de egentlig har» (K5). Dette tyder på at det noen steder finnes uenighet mellom erfaringskonsulenter og fagutdannet personale når det gjelder bruk av medisiner til pasienter, og hvor mye medvirkning den enkelte pasient bør ha. En løsning på slike uenigheter om hva som er til det beste for den enkelte pasient, er at erfaringskonsulenter i praksis ikke får de samme typene arbeidsoppgaver ved alle rusbehandlingsinstitusjoner. Disse klinikerne uttrykker at erfaringskonsulenter mangler kunnskap om rusbehandling, og at egenerfaring med tidligere rusmisbruk ikke gir bedre vurderingsevne i arbeidet med pasienter, men dårligere.

To typer motstand mot at erfaringskonsulenter blir «hoiet fram og hyppet opp»

Klinikerne beskriver at det å ansette en erfaringskonsulent gir prestisje for ledere i rusomsorgen, og adresserer med dette asymmetriske maktforhold som virker inn på samhandlingen mellom ledere, erfaringskonsulenter og klinikere. En av dem forklarer dette slik: «Vi ser jo at det har blitt prestisje, og at ledere gjerne vil sette navnet sitt på det da (...) det er litt hyppet opp» (K4). En annen sier: «Alle vil liksom ha en bit av den yrkesgruppen» (K3). K4 mener å se at erfaringskonsulenter som blir «hoiet fram og hyppet opp», i praksis ofte blir utnyttet og ensomme i jobbene sine, og forklarer at de ikke gis muligheter til å vokse som mennesker og få mer avstand til rusen, men «bare ansettes i kraft av å være tidligere rusmisbruker». Bekymring for at erfaringskonsulenter skal bli isolert på arbeidsplassen, trekker også K2 fram, som sier at hun kjenner til andre behandling sinstitusjoner der den som ble ansatt «følte seg utenfor, alene og tilsidesatt» (K2). Dette bekreftes av K4 som sier: «Det tror jeg nok kan være litt ensomt.» Hun forklarer at ledere sjelden

er villige til å gi erfaringskonsulenter hele stillinger, og sier at «de mange steder får veldig små stillingsprosenter og veldig lav lønn». Disse klinikerne bekymrer seg for erfaringskonsulentens sårbare situasjon på arbeidsplassen og ser med skepsis på lederprestisjen erfaringskonsulenter gir av den grunn.

En av klinikerne er skeptisk til lederprestisjen som knyttes til erfaringskonsulenter, av en helt annen grunn. Hun mener å se at den resulterer i at «fagkompetanse nå kommer i andre rekke», og forklarer: «Dette er ønsket fra toppen og ned på en måte. Det er noe som lederne våre bejubler, og som lederen faktisk ukentlig roser» (K1). Hun sier: «Jeg har mye mer kompetanse enn min kollega med brukererfaring!» og opplever at «det er vanskelig å arbeide sammen som kollegaer når det viktigste punktet på CV-en er at de har vært ruset de siste 17 årene av livet sitt». Hun synes det er urimelig at «dette virkelig fremheves som kompetanse». Hun beskriver at det oppstår spenninger i relasjonen mellom ledere og klinikere når erfaringskompetanse gis så mye anerkjennelse av ledere, og at fagkompetanse dermed kommer i skyggen. Slik hun ser det, spiller erfaringskompetansens nye prestisje på lag med brukerorganisasjonenes økte innflytelse, og hun sier: «Innspill fra dem gjør det lettere for rusmisbrukere å faktisk forbli rusmisbrukere», og forklarer at det kjempes for «et helt batteri av medikamenter, og at den enkelte skal få velge helt fritt». Hun mener at dette vil lede til «mer medikamenter og mer behandling», og etterlyser at ledere setter foten ned. Denne klinikerens beskriver at det finnes uformelle normer på arbeidsplassen som gjør at det ikke er rom for å diskutere det hun har på hjertet. Hun sier det slik: «Noen ganger er en nødt til å tie på møter fordi en blir redd for å si sin egen mening høyt fordi den ikke er politisk korrekt» (K1).

Klinikernes skepsis mot lederprestisjen erfaringskonsulenter gir, begrunnes med at den «eventyrverden» (K1) som offisielt framstilles «på alle foredrag og i alle fora» (K4) tåkelegger reelle problemer ved brukeransettelser. Problemene som adresseres av klinikerne, gjelder erfaringskonsulenters sårbare posisjon i arbeidslivet, men én av dem er mer bekymret for at fagkompetanse mister betydning, og opplever at kontroverser om bruk av medisiner i behandlingen er tabubelagt i rusomsorgen. Felles for dem er at de peker på sviktende realisme som blir synlig når erfaringskonsulenter og erfaringskompetanse hylles internt og eksternt.

HVA SIER LEDERNE?

Lederne er mer samstemt enn klinikerne når de beskriver sine erfaringer med brukeransettelser, men også blant dem er det variasjon. Flere av lederne forteller at friksjon oppstår når erfaringskompetanse bringes sammen med fagkompetanse.

De opplever at friksjonen er håndterlig og fungerer konstruktivt i avdelingens arbeid med pasienter. En av dem beskriver motsatte erfaringer, nemlig at friksjon i pasientbehandlingen dempes når erfaringskonsulenter ansettes. Et tema som opptar flere av lederne, er at erfaringskonsulenter starter med grenseløst pågangsmot i jobben, men etter hvert tilpasser seg normer og praksiser på arbeidsplassen. Nye lederdilemmaer som kan melde seg, beskrives mest detaljert av ledere som arbeider i avdelinger der erfaringskompetanse gis tilnærmet lik vekt som fagkompetanse.

Håndterlig friksjon mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse

Lederne kjenner til at det finnes kompetansekonflikter mellom fagutdannet personale og erfaringskonsulenter ved andre behandlingsinstitusjoner, men de har ikke opplevd mye av dette selv. En av lederne sier at de i hennes avdeling «lenge har vært klar for å ansette en erfaringskonsulent» (L4), og at det ikke er noen motsetning mellom virksomhetenes rusfaglige behov og den politiske satsingen på slike stillinger. En annen forteller at det oppstår færre konflikter i behandlingen av den enkelte pasient når erfaringskompetanse suppleres med fagkompetanse, og løfter fram at dette er gunstig for avdelingen som helhet. Hun sier: «Det vi har erfart her, er at vi får mindre synergier eller avvik. Altså vi har mindre utagering» (L2). Det denne lederen sier, tyder på at hun opplever erfaringskonsulenten som en brobygger mellom det fagutdannede personalet og pasienten. En tredje leder forklarer at det over tid har blitt et mer harmonisk forhold mellom erfaringskonsulenter og fagfolk, og hun forklarer: «Jeg kan jo si at vi har jo hatt bølger. En blir utfordret, og så er det noen som tåler det mer enn andre» (L3). Denne lederen beskriver at friksjon mellom fagansatte og erfaringskonsulenter er gjensidig, og sier: «... på den andre siden kan den fagansatte være litt mer tilbakelemt, og det kan irritere erfaringskompetansen, så det kan gå begge veier og løfte energien». Dette tyder på at friksjonen som oppstår i møtet mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse, oppleves som håndterlig og konstruktiv, og at det oppstår en fornyet kraft i møtet mellom de to typene kompetanse.

Mangel på filter hos erfaringskonsulenter er gunstig og mindre gunstig

En av lederne beskriver at fortrinnet ved å ansette personer med erfaring som tidligere rusmisbrukere er at: «Medarbeidere med brukererfaring er mer oppdatert

på miljøet, hva som er normalt og ikke normalt» (L2). Slike erfaringer har ikke resten av personalet, og kompetansen erfaringskonsulenten har, knyttes her til vurderinger av hvordan pasienter kan møtes når de befinner seg i kritiske situasjoner der noen bør gripe inn for å hjelpe. Hun forklarer: «De er opptatt av at det er positivt at de strekker seg langt, og det kan nok hjelpe mange i begynnelsen, men jeg tror på den andre siden at de ikke holder ut så lenge om de ikke finner en balanse i hverdagen.» Hun løfter fram eksempler på at erfaringskonsulenter, når det trengs, kan «banke ned dører midt på natten for å redde noen». Hun forklarer at «dette er noe fagansatte er mer forsiktig med å gjøre», men legger til at erfaringskonsulenter over tid tilpasser seg arbeidsplassens normer for å regulere grenser, og sier: «Det er ganske stor forskjell på de som har vært jobben i noen år og de som er helt nye. De som har jobbet i noen år, får gjerne et faglig filter, og det kan være bra, men også negativt da de mister sin kraft i å være erfaringskonsulent.» Dette tyder på at denne lederen ser arbeid i rusomsorgen som krevende for alle, enten man er leder, kliniker eller erfaringskonsulent, og at hun har erfart at ferske erfaringskonsulenter gradvis tar til seg fagfolks vurderinger, men at de da samtidig står i fare for å miste sin iver og handlekraft.

En annen leder beskriver at erfaringskonsulenters tilstedeværelse blant pasientene er en viktig ressurs, og sier: «De får fort en veldig god dialog med de fleste» (L3). At personer med tidligere rusavhengighet har en kompetanse som samtidig kan være en ressurs og en utfordring i arbeid med rusomsorgens pasienter, beskrives slik av denne lederen: «Både det som jeg synes er gunstig og ikke gunstig, er jo det engasjementet og mangelen på filter som kan mottas av bruker som ekte, som noe genuint som de kan koble seg på» (L2). Her ser vi at denne lederens oppfatninger av erfaringskonsulenters tilnærming er beslektet med klinikerne – begge løfter fram at de har opplevd et sterkt engasjement i jobben hos erfaringskonsulenter. Flere av lederne beskriver ambivalensen ved at erfaringskonsulenters innstilling til jobben kan endres over tid. De mener å se at denne tilpasningen til normer på arbeidsplassen er nødvendig for å holde ut i jobben over tid, men den gjør også at kraften i erfaringskompetanse som «ferskvare» reduseres.

Nye lederdilemmaer melder seg

En av lederne forklarer at erfaringskonsulenter har en annen tilnærming til arbeidet, og sier: «Jeg merker jo at diskusjonen rundt rus fortoner seg ganske annerledes for denne personen enn for andre, fordi hun er farget av sin historie oppi det» (L1), og utdyper: «Hun kan ha veldig klare og tydelige meninger om hva hun synes er fornuftig, fordi det har fungert for henne.» Videre forklarer denne lederen: «Men

som fagperson kan man gjerne tenke at det er jo individuelt fra person til person hva som fungerer og kan hjelpe. Erfaringskonsulenter har vel gjerne en tendens til å hoppe litt fort til de løsningene som hjalp for dem selv.» Slike forskjeller kan noen ganger gi uenigheter, og hun beskriver at selv om fagpersonen er den som har behandlingsansvaret, kan det oppstå «Litt forvirring som gjelder hierarkiet. Og det er ikke helt definert, og det kan være problematisk. Hvor definert er det på en måte? Hvem er det som har sannheten, da?» Hun beskriver sitt lederdilemma slik: «Hvem skal man lytte til? Er det den fagutdannede, eller den som har erfaring med det?» Det denne lederen sier, tyder på at erfaringskonsulenters råd gis vekt på lik linje med den fagansattes, og at det kan oppstå uenigheter, slik at lederen noen ganger får en meklingsoppgave. Den samme lederen løfter fram at det finnes andre situasjoner der fagkompetanse og erfaringskompetanse konkurrerer med hverandre. Hun forklarer at det gir «litt status oppover i systemet» å ansette erfaringskonsulenter, og at man får «klapp på skulderen for det» (L1). Hun har erfart at dette kan gjøre at ledere ansetter en erfaringskonsulent når virksomheten har behov for mer fagutdannet personale. Konkurransen mellom de to typene kompetanse er for denne lederen en realitet som skaper dilemma hvis en samtidig søker å vise lojalitet til ledere over seg, og til klinikere under seg.

Det lederne forteller, tyder på at de søker å være diplomatiske og ta mange hensyn, og hovedtendensen er at lederne legger vekt på gevinster som oppstår når fagkompetanse suppleres med erfaringskompetanse. Måten avdelingens pasientarbeid vanligvis å utføres på, utfordres når erfaringskonsulenter ansettes, og lederne beskriver at friksjonen som oppstår mellom erfaringskompetanse og fagkompetanse, oppleves som håndterlig og fungerer konstruktivt. Noen har erfart at felles normer har utviklet seg i avdelingen over tid, mens erfaringskonsulenters engasjement kan gå tapt når de tilpasser seg grenseregulerende normer på arbeidsplassen. Nye lojalitetsdilemmaer for ledere beskrives der tilnærmet egalitære relasjoner er utviklet mellom fagutdannet personale og erfaringskonsulenter.

HVA BETYR FUNNENE I DENNE STUDIEN?

Som vi har sett, blir erfaringskonsulenter og erfaringskompetanse i rusomsorgen beskrevet som et høyt lederprofilert tema av klinikere som deltok i denne studien. Dette bekreftes av en av lederne som forklarer at man mottar anerkjennelse og «klapp på skulderen» fra andre ledere på rusfeltet når man ansetter en erfaringskonsulent. Dette tyder på at ledere i rusomsorgen, som Krogh et al. (2020) anbefaler, er sikret oppbakking, både politisk og ledelsesmessig, når de tar på seg rollen som «igangsetter» av mulige samskapingssituasjoner. Til «igangsetterrollen» hører

det også med at leder avklarer de involverte aktørenes rolle. Noen ledere legger opp til at erfaringskonsulenter involveres direkte i pasientbehandlingen, mens andre ikke gjør det.

Når fagkompetanse og erfaringskompetanse interagerer

Både klinikere og erfaringskonsulenter arbeider pasientnært. Med utgangspunkt i det deltakerne i denne studien forteller, ser det ut til at pasientbehandling er den viktigste arenaen for interaksjon mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse. Det er gjennom dette praktiske arbeidet at erfaringskompetanse «åpnes opp». Blant klinikerne som løfter fram at erfaringskompetanse utvider den samlede kompetansen i et team, ser det ut til at erfaringskonsulenter har blitt inkludert i et nytt kollegialt «vi» som produserer tjenester for pasienter sammen. I den forstand kan disse teamene sies å ha realisert det Røiseland og Lo (2019) kaller en radikal form for «samskaping», der erfaringskonsulenter inngår som tilnærmet likestilte medprodusenter av velferdstjenester for rusavhengige. Med Hirshman (1970) kan disse klinikerne sies å ha valgt «loyalty» ved å omfavne nye samskapingssituasjoner som deres ledere har igangsatt. Klinikere som beskriver at de «samskaper» tjenester for pasienter med erfaringskonsulenter, mener å se at dette tilfører en ekstra verdi i tjenesteytingen ved at erfaringskonsulenter bringer med seg håp, handlekraft og entusiasme inn i arbeidet. Både ledere og klinikere beskriver at disse kvalitetene kan gå tapt hos fagfolk som har arbeidet i rusomsorgen lenge. At erfaringskonsulenter gir pasienter tro og håp på muligheter for bedring er også kvaliteter som trekkes fram i den internasjonale litteraturen om «peer support» (Repper & Perkins 2003; Shepherd et al., 2008). Gevinsten ved å få erfaringskonsulenter som kolleger er for disse klinikerne at en helt annen type kompetanse introduseres til et tverrfaglig arbeidsfelt der grensekryssing mellom ulike typer kompetanse ønskes velkommen. Klinikerne som har gode erfaringer med brukersettelser, gir uttrykk for en oppriktig beundring og respekt for de erfaringskonsulentene de har arbeidet med.

Et annet trekk ved klinikere som har gode erfaringer med å samprodusere tjenester for pasienter med erfaringskonsulenter, er at de, som Kobro et al. (2018) anbefaler, adresserer makt og søker å omdefinere asymmetriske roller og relasjoner. Dette ser vi eksempelvis når en av dem løfter fram at også den kompetansen som erfaringskonsulentene ikke har, kan være en styrke for å vinne fram med løsninger som de ellers ikke trodde var mulige i systemet. Her omdefineres det som kan forstås som en mangel, til en gevinst for pasientene. Asymmetri i relasjonen mellom fagkompetanse og erfaringskompetanse søkes her utliknet ved at råd

basert på erfaringskompetanse lyttes til og tas på alvor. Doble lojaliteter beskrives av disse klinikerne når de både søker å forholde seg til erfaringskonsulenter som likestilte kolleger og samtidig noen ganger «må virkelighetsorientere dem» og representere «det vanskelige systemet».

Lederne som har valgt å «fasilitere» samskappingsprosesser ved å la fagutdannet personale og erfaringskonsulenter arbeide sammen i pasientbehandlingen, beskriver at gjensidig friksjon kan oppstå. Noen av dem løfter fram at de har erfart tilspissede konflikter, men at friksjonen etter hvert blir håndterlig og fungerer konstruktivt i arbeidet. Dette tyder på at «fasilitering» av samskappingsprosesser har resultert i at det har blitt utviklet en felles forståelsesramme basert på gjensidig kunnskapsutveksling og felles undersøkelser av praksis. Som «katalysatorer» søker noen av lederne å mekle når uenigheter oppstår, for å forhindre at konflikter blir fastlåst og personliggjort. Spesielt gjelder dette ledere i avdelinger som gir råd basert på erfaringskompetanse stor vekt. Egenomsorg blir av lederne løftet fram som nødvendig for alle som arbeider på rusfeltet, og de anser det som en kollegial oppgave å beskytte erfaringskonsulenter mot å slite seg ut. Som Åkerblom og Eriksen Hammer (2021) løfter fram, ønsker erfaringskonsulenter å bidra til at tjenestebrukere mottar det de selv fikk som hjelp dem, eller det de ikke fikk selv, og som de opplevde at de trengte. For å forhindre at erfaringskonsulenter utsettes for belastninger som gjør det vanskelig å ivareta seg selv, er det lederne som i dette tilfellet ser behov for å yte ekstra omsorg når det trengs, for å gi erfaringskonsulenten hjelp til å sette grenser slik at de holder ut i jobben på sikt. Felles for lederne som deltok i denne studien, er at de framhever gjensidig avhengighet mellom ledere, klinikere og erfaringskonsulenter i avdelingen.

Når fagkompetanse og erfaringskompetanse separeres

Det klinikerne som deltok i studien forteller, tyder på at grunnlaget for dialog og tillit mellom de deltagende aktørene i oppstartfasen er varierende. En av klinikerne sier at de ikke bruker erfaringskonsulenter i pasientbehandlingen i hennes avdeling. Hun mener at dette er en god løsning fordi de ikke er lojale mot avdelingens policy for medisinsbruk. Som funn i den internasjonale litteraturen viser, har erfaringskonsulenter mer troverdighet hos pasientene enn det fagutdannet personale har (Douglas et al., 2012), og dette oppleves av henne som en mørk side ved brukeransettelser. Det denne klinikerne forteller, tyder på at hennes leder, i rollen som «igangsetter», har avklart de involverte partenes rolle ved å skille dem ad. Hun ser dette som en fordel, fordi man da unngår uønsket press og forhandlinger om å bruke mer medisin i behandlingen av pasienter. En av lederne beskriver

at hun har erfart at det å ansette erfaringskonsulenter gjør at det sjeldnere oppstår konflikter med pasienter under behandling. Å ha erfaringskonsulenter i avdelingen gir mindre utagering og mindre avvik. Det går ikke klart fram om denne lederen involverer erfaringskonsulenter i behandlingen eller ikke. Men som «lynavedere» i avdelingen kan erfaringskonsulenter her tenkes å ha annet pasientnært arbeid enn behandling. Hun løfter fram at fordelene med erfaringskonsulentene er at de er mer sammen med pasientene enn det fagfolk er, og at «de kommer veldig raskt i god kontakt med de fleste». Om helt adskilte roller, og fravær av samarbeid mellom erfaringskonsulenter og fagfolk, kvalifiserer til å kalles samskaping av tjenester for pasienter, er mer tvilsomt. Men ved å skille de involverte aktørenes roller og arbeidsoppgaver fullstendig ad i oppstartfasen, blir lederens rolle som «fasilitator» og «katalysator» mindre krevende. En leder som ansetter erfaringskonsulenten i avdelingen, men ikke «igangsetter» samskapingssituasjoner der det legges opp til kunnskapsutveksling mellom erfaringskonsulenter og fagutdannet personale, vil heller ikke forvente at nye arbeidsmetoder skal utvikles som de involverte partene deretter skal tjene som ambassadører for. Kompleksitetsreduksjon ser ut til å være gevinsten ved denne typen «igangsetter»-rolle, samtidig som avdelingen får færre konflikter i behandlingen av pasienter. En forklaring på at erfaringskonsulenters tilstedeværelse i avdelingen i seg selv kan redusere konflikter, er som Repper og Carter (2011) viser, at de oftere oppfattes som venner av pasientene enn det fagutdannede personalet gjør. Når erfaringskonsulenter ikke gis en terapeutisk rolle i behandlingen, forsvinner også problemet Coleman & Campbell (2009) peker på, som er at for stor nærhet til pasientene kan være uforenelig med en mer grensesettende terapeutisk rolle. Men fred i avdelingen kommer med en pris; nemlig at vanetenking, og den måten aktørene pleier å interagere på, ikke utfordres når leder velger å avstå fra å «fasilitere» samarbeid mellom erfaringskonsulenter og klinikere.

Kostnader med unison enighet og frykt for å krenke

Blant klinikerne som deltok i studien, er den noen som møter erfaringskompetanse med en tydelig skepsis som de opplever at de ikke kan snakke åpent om. Som Wifstad forklarer (2021), kan personlig kompetanse, basert på unike og private livserfaringer hos en erfaringskonsulent, være vanskelig å «åpne opp». Dette kan gjøre den utilgjengelig for kollegial diskusjon. En av klinikerne beskriver at det finnes normer på arbeidsplassen som gjør at hun: «Noen ganger er nødt til å tie på møter fordi en blir redd for å si sin egen mening høyt fordi den ikke er politisk korrekt.» Denne erfaringen harmonerer med det Skjeldal har sett (2021), nemlig at reflek-

sjon om grunnlaget for erfaringskompetanse har dårlige kår i norske rusbehandlingsinstitusjoner.

Frykt for å krenke kan skape en offisiell enighetskultur der motstemmer ikke høres, og viktige spørsmål ikke diskuteres. At krenkelser av erfaringskonsulenters personlige og individuelle livserfaringer kan risikere å følge med på lasset dersom kompetansespørsmål brettes ut og diskuteres på arbeidsplassen, ser ut til å skape et tomrom som gjør det uklart hva det saklige grunnlaget for uenigheter egentlig dreier seg om. Temaet noen av klinikerne peker ut som spesielt kontroversielt, uttrykkes som en generell skepsis til erfaringskonsulenter, men angår først og fremst holdninger til bruk av medisiner i pasientbehandlingen. Misnøye med den medisinske behandlingen i rusomsorgen går fram av FHI sine nasjonale pasientundersøkelser (Haugum, Holmboe, Iversen & Bjertnæs, 2015). Ingen av deltakerne i denne studien er medisinerne, men noen har lagt merke til at pasienter kan ha andre forventninger til behandlingen enn den de får. Blant klinikere som mener at pasienter tar skade av medisinbruk i behandlingen, markeres grenser mellom «de som kan det», og de som «ikke kan det» (Berger & Luckmann, 1966). En av klinikerne uttrykker: «Jeg har mye mer kompetanse enn min kollega med brukererfaring!» og markerer tydelig at erfaringskonsulenter, når det gjelder medisin, «ikke kan det». Når grensemarkering pågår, er resultatet ikke at det oppstår mer nyanuerte problemforståelser. Tvert om ser det ut til at den mest kritiske klinikerne har det til tilfelles med erfaringskonsulenter, at overbevisningen er sterk om at én bestemt løsning er den beste for alle ruspasienter. At begge synes å være så urokkelige i samarbeidsrelasjoner som av klinikere beskrives som dårlige, eller fraværende, kan forstås som et resultat av at det på arbeidsplassen ikke diskuteres åpent at det er reell faglig uenighet blant eksperter på rusfeltet om hva som er det medisinske beste for pasienten.

I litteraturen om samskaping stilles det høye forventninger til at ledere skal bygge tillit mellom partene, håndtere konflikter og sikre at de ikke blir fastlåste og personlige. I rollen som «igangsetter» kan denne «fasilitator»-oppgaven forenkles ved å separere fagkompetanse og erfaringskompetanse. En annen vei å gå for å forebygge personliggjorte konflikter er at ledere, før de setter i gang samskapings-situasjoner, involverer klinikere i diskusjoner om det er ønskelig å ansette en erfaringskonsulent, og hvilken form det nye kollegiale samarbeidet skal ta. Å ta «omkamper» om erfaringskompetanse er ønskelig i avdelingen eller ikke, etter at en person er ansatt i stillingen, er mer destruktivt og moralsk betenkelig. At det foregår slike skjulte «omkamper» beskrives ikke av ledere som deltok i denne studien. De nevner heller ikke at medisinerer kan være et kontroversielt tema, eller at det er noen risiko for at fagkompetanse nedgraderes. At noen klinikere likevel

opplever at det er slik, kan skape konflikter mellom erfaringskonsulenter og klinikere, som lederne ikke får med seg, dersom klinikere velger det handlingsalternativet som Hirschman (1970) kaller «exit», fordi «en blir redd for å si sin egen mening høyt». To ulike former for «exit» beskrives av deltakere i denne studien. Den ene klinikerer velger å holde sine meninger for seg selv, mens den andre beskriver en situasjon der «exit» for den enkelte ikke er nødvendig fordi de på hennes avdeling ikke involverer erfaringskonsulenter i pasientbehandling. Klinikeren som selv velger «exit», etterlyser at leder skal sette foten ned og gjøre forhandlinger om jurisdiksjongrensene på arbeidsplassen unødvendige. Ifølge de to skeptiske klinikerne mangler fagutdannet personale innflytelse på erfaringskonsulenters vurderinger. Denne samarbeidsutfordringen harmonerer med funn i en studie fra Coatsworth-Puspoky et al. (2006) som viser at erfaringskonsulenter kan framstå som om de forstår alt fordi de har gjennomgått en vanskelig livssituasjon, og at dette kan bidra til at samarbeid går i stå.

At motstridende behandlingsregimer reduserer jobbtilfredshet blant erfaringskonsulenter er et funn i amerikanske studier av «peer support» på rusfeltet (Gagne et al., 2018; Hymes, 2015). Funn i denne studien viser at det er stor variasjon mellom klinikere som har gode erfaringer med brukersattelser, og de som har dårlige. Denne variasjonen kan forstås som et uttrykk for at klinikerne som deltok i studien tilhører ulike behandlingssideologier, som i varierende grad «spiller på lag» med idealet om samskaping av tjenester for rusomsorgens pasienter. Skillet mellom ulike behandlingssregimer kan tenkes å gå mellom behandlingssinstitusjoner, men det er også mulig at klinikere på samme arbeidsplass kan identifisere seg med ulike behandlingssideologier, og da blir behovet større for at uenigheter diskuteres åpent, og at roller avklares før erfaringskonsulenter ansettes. I Norge har vi sterke medvirkningstradisjoner i arbeidslivet, og de inflaterte forventningene som stilles til ledere i den internasjonale litteraturen om samskaping, bør, slik vi ser det, «tas ned» til et mer nøkternt nivå for å passe inn i en norsk kontekst og tjene lederes troverdighet som endringsaktører i rusomsorgen.

AVSLUTNING

Hensikten med denne studien var å utforske klinikerer og lederer erfaring med brukersattelser i norsk rusomsorg. Vi har rettet oppmerksomheten mot hvordan fagkompetanse interagerer med erfaringskompetanse. Funn i studien tyder på at det i varierende grad oppstår gjensidig kunnskapsutveksling, endringer i arbeidsmåter, roller og maktforhold når erfaringskonsulenter bringes sammen med fagutdannet personale ved den enkelte behandlingssinstitusjon. Med basis i intervju av

ni klinikere og ledere ved norske rusbehandlingsinstitusjoner kan vi ikke trekke generelle slutninger, og ambisjonen med studien var å opparbeide noen tentative innsikter.

En innsikt fra studien er at klinikere og ledere som arbeider sammen med erfaringskonsulenter i behandlingsopplegg for ruspasienter, ser på erfaringskompetanse som en emosjonell og relasjonell handlingskompetanse fundert i førstepersonserfaringer med mestring av en ruslidelse. Grunnlaget for denne kompetansen bestrides ikke av klinikere som har utviklet et nytt kollegialt «vi», der erfaringskonsulentens kompetanse «åpnes opp» gjennom det praktiske behandlingsarbeidet. Gevinsten ved å kombinere erfaringskompetanse med fagkompetanse i pasientbehandlingen ser ut til å være at energien i arbeidet løftes ved at ulike typer kompetanse brytes mot hverandre. En kollega som tidligere har misbrukt rusmidler, og har kommet seg ut av en vanskelig livssituasjon, er i seg selv et synlig og potent eksempel på at rusbehandling nytter, og dette ser ut til å vitalisere optimismen blant klinikere som har vært i rusomsorgen lenge, og over tid kan miste tro på at pasienter kan oppnå langsiktig bedring.

En annen innsikt er at det i avdelinger der erfaringskonsulenter ikke involveres i behandlingen, beskrives at de raskt blir personlige venner med pasientene. I forlengelsen av det vennskapelige fungerer de som «lynaveledere» i avdelingen når det oppstår konflikter i pasientbehandlingen. At dette brobyggerarbeidet kan være krevende i lengden, og gå på bekostning av den enkelte erfaringskonsulents egen tilfriskning, beskrives av ledere som har erfart at erfaringskonsulenter, for å ivareta seg selv, etter hvert tilpasser seg normer på arbeidsplassen, men da står i fare for å miste særtrekk ved sin handlingskompetanse. Klinikeres omtanke for erfaringskonsulenter kommer til uttrykk i bekymring for at de kan bli utnyttet og isolerte på arbeidsplassen, eller brukes i et lederkarrierespill der deres erfaringskompetanse «hyppes opp og hoies fram».

Den tredje innsikten fra studien er at det er ytterliggående forskjeller internt mellom klinikeres erfaring med brukersansettelser. Variasjonen ser ut til å henge sammen med forskjellige behandlingsideologier som i ulik grad «spiller på lag» med idealet om samskaping av tjenester for rusomsorgens pasienter. Rom for lokal variasjon følger av at erfaringskonsulenters rolle er lite formelt beskrevet, og dette gir ledere autonomi i rollen som «igangsettere». Denne valgfriheten hører med til den norske måten å gjennomføre reformer på. Dersom vi ønsker å beholde denne valgfriheten, og anerkjenner at det finnes ulike behandlingsregimer ved rusrehabiliteringsinstitusjoner i Norge, er det slik vi ser det, avgjørende at ledere involverer klinikere i vurderinger som gjøres før erfaringskonsulenter ansettes, og i defineringen av roller som skjer under oppstarten. Å gi tilstrekkelig rom for uenighet

og kollegial medvirkning når organisatoriske rammebetingelser for samarbeid legges, kan redusere sjansene for at det oppstår skjulte «omkamper» og personliggjorte konflikter som resulterer i at klinikere som opplever å ende opp som den avmektige og nedgraderte part, melder seg ut og gir opp å snakke med erfaringskonsulenter som kolleger.

MERKNADER

Forfatterne har ingen interessekonflikter.

LITTERATUR

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alm Andreassen, T. (2021). Profesjonaliserte brukerstemmer. Brukeransettelser i spenn mellom sivilsamfunn og arbeidsorganisasjon. I E. Skjeldal (red.), *Kritiske perspektiv på brukervedvirkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. London: Allan Lane.
- Biong, S., Fugletveit, R. & Lofthus, A. M. (2012). Utdanningen medarbeider med brukererfaring i Nedre Buskerud – en forskningsbasert evaluering. Forskningsrapport nr. 4. Institutt for forskning innen psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud. <http://hdl.handle.net/11250/142341>
- Borg, M., Sjøfjell Lunde, T., Ogundipe, E., & Bjørlykhaug, K. I. (2017). Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus. Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap. Forskningsrapport nr. 1 2017. <http://hdl.handle.net/11250/2435131>
- Bovaird, T. (2007). Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Administration Review*, 67(5), 846–86
- Christie, N. & Bruun K. (2003). *Den gode fiende. Narkotikapolitikk i Norden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C. & Ward-Griffin, C. (2006). Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives. *Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), juni, 347–55. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00968>
- Coleman, R. & Campbell, J. (2009). *Roads to recovery peer development project: The first year. Ongoing evaluation of the developmental process*. Nottingham: Working to Recovery Publications.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry. The World Psychiatric Association*, 11(2), 123–128.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 165–187.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2003). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Evang, K. (1967). *Aktuelle narkotikaproblemer: marihuana, LSD, sentral-stimulerende midler, sniffing o.l.* Oslo: Tiden.
- Fisk, M., Rowe, M., Brooks, R. & Gildersleeve, D. (2000). Integrating consumer staff members into a homeless outreach project: Critical issues and strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 244–252.
- Fledderus, J. (2015). *User Co-Production of Public Service Delivery*. Nijmegen: Radboud University.
- Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN). (2020). Høringssvar <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rusreform-fra-straaff-til-hjelp/id2683686/?uid=5cc9fc43-76a5-4bbf-a362-d64e0068080e>
- Freidson, E. (2001). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gagne, C. A., Finch, W. L., Myrick, K. J. & Davis, L. M. (2018). Peer workers in the behavioral and integrated health workforce: Opportunities and future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), 258–266. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.010>
- Gjersing, L.R., & Amundsen, E.J (2018). Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912–2018. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/narkotika-i-historien/historisk-oversikt-over-narkotika-i-norge-1912-2018/>. Nedlastet 16.01.2022.
- Greve, C. (2012). *Reformanalyse: hvordan den offentlige sektor grundlæggende er blevet forandret i 00'erne*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Halligan, J. (2010). Post NPM Responses to Disaggregation through Coordinating Horizontally and Integrating Governance. I P. Lægred & K. Verhoest (red.), *Governance of Public Sector Organizations: Proliferation, autonomy and performance*. London: Palgrave Macmillan.
- Hauge, R. (2009). *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugum, M., Holmboe, O., Iversen, H.H., Bjertnæs, Ø.A. (2015). Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015. Rapport nr. 1–2016. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice and loyalty*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hymes, A. S. (2015). *A phenomenological study of the experiences of substance abuse peer recovery coaches career motivation and professional experiences*. Charlotte: The University of North Carolina.
- Johansen, K. A. (2016). Erfaringsprofesjonen. *Rus og samfunn*, 3, 32–35.
- Joshi, A. & Moore, M. (2004). Institutionalised Co-Production: Unorthodox Public Service Delivery in Challenging Environments. *Journal of Development Studies*, 40(4), 31–49.
- Kobro, L. U., Andersen, L. L., Espersen, H. H., Kristensen, K., Skar, C. & Iversen, H. (2018). *Demokratisk innovasjon: Teorier og modeller for samskapende sosial innovasjon i norske kommuner*. (Skriftserien nr. 24). <https://www.ks.no/contentassets/74ff5e45a36a44ceac3b4e99447e327b/forskningsrapport.pdf>
- Krogh, H. G., Sørensen, E. & Torfing, J. (2020). Samskabelse af innovative offentlige løsninger. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Samskaping: Sosial innovasjon for helse og velferd*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lodge, M. & Gill, D. (2011). Towards a New Era of Administrative Reform? The Myth of the Post-NPM in New Zealand. *Governance*, 24(1), 141–166.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Matland, R. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity–Conflict Model of Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145–174.
- Mead, S. & Macneil, C. (2006). Peer Support: What Makes It Unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29–37.
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P. & Collins, M. E. (1998). Consumer as mental health providers: First person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioural Health Services & Research*, 25(4), 397–411.
- Nordlund, S. (2005). Utviklingen av narkotikabruk i Norge: Tilgjengelighet, holdninger og bruk ifølge surveydata. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 22(3–4), 197–208.
- Odden, S., Kogstad, R., Brodahl, M. & Landheim, A. (2014). *Opplærings- og veiledningsbehov hos erfaringskonsulenter*. Sykehuset Innlandet, Nasjonal kompetansetjeneste ROP.
- Ose, S. O. & Ådnanes, M. (2019a). Bruk av erfaringskompetanse i kommunene (notat). Trondheim: SINTEF.
- Ose, S. O. & Ådnanes, M. (2019b). Bruk av erfaringskompetanse i spesialisthelsetjenesten (notat). Trondheim: SINTEF.
- Ostrom, E. (2016). The Comparative Study of Public Economies. *The American Economist*, 61(1), 91–107.
- Plessis, C. du, Whitaker, L. & Hurley, J. (2019). Peer support workers in substance abuse treatment services: *Journal of Substance Use*, 25(3), 225–230, doi: <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1677794>
- Polcin, D.L., Mulia, N., Jones, L. (2012). Substance users' perspectives on helpful and unhelpful confrontation: implications for recovery: *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(2):144–52. doi: <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.684626>
- Pollitt, C. & Hupe, P. (2011). Talking about government. The role of magic concepts. *Public Management Review*, 13(5), 641–658.
- Prop. 15 S (2015–2016). Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>
- Repper, T. & Carter, J. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411.
- Repper, J. & Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. London: Bailliere Tindall.
- Røiseland, A. & Lo, C. (2019). Samskaping: Nyttig begrep for norske forskere og praktikere? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 35(1), 51–58.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Skjeldal, E. (2021). *Kritiske perspektiv på brukermedvirkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skretting, A. & Amundsen, E. J. (2018). Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912–2018. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/narkotika-i-historien/historisk-oversikt-over-narkotika-i-norge-1912-2018/>
- Sundøen, L. A. (2011). *De første narkomane*. Masteroppgave. Oslo: Institutt for filosofi, idé- og kunsthistorie og klassiske språk, Universitetet i Oslo.
- Straus, D. (2002). *How to make collaboration work?* San Francisco, CA: Berrett-Koehler Press.
- Terum, L. I. (1996). *Grenser for sosialpolitisk modernisering: om fattighjelp i velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, H. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. & Denhov, A. (2015). Going beyond: Users' experiences of helping professionals. *Psychosis*, 7(3), 228–236. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.956784>

- Torfig, J. (2016). *Collaborative innovation in the public sector*. Washington, D. C.: Georgetown University Press.
- Tønne, B. & Kveim Lie, A. (2019). Fra sykdom til kriminalitet: Endringer i synet på rusavhengighet. *Tidsskriftet*. Den norske legeförening.
- United Nations Department for Economic and Social Affairs. (2019). The Sustainable Development Goals Report. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019.pdf>. Nedlastet 16.01.2022.
- United Nations General Assembly Special Session. (2016). The World Drug Problem. Statement on behalf of the Council of Europe (Pompidou Group), by H.E. Mr. Bent Høie, Minister of Health and Care Services, Norway, 19 April. <https://www.norway.no/en/missions/UN/statements/general-assembly-plenary/20162/ungass-the-world-drug-problem/>
- Verhoest, K., Roness, P., Verschuere, B., Rubecksen, K. & MacCarthaigh, M. (2010). *Autonomy and Control of State Agencies. Comparing States and Agencies*. Palgrave Macmillan.
- Wifstad, Å. (2021). Erfaringskunnskapens forutsetninger. I E. Skjeldal (red.), *Kritiske perspektiv på brukermedvirkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Åkerblom, K. B., Agdal, R. & Haakseth, Ø. (2020). Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon? (s. 1–68). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Åkerblom, K. B. & Hammer, A. E. (2021). Integrering av erfaringskonsulenter: Hvilken vei vil vi gå? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 91–95.
- Åkerblom, K. B. & Ness, O. (2021). Peer support workers in co-production and co-creation in public mental health and addiction services: Protocol for a scoping review. *PLoS ONE* 16(3): e0248558. <https://doi.org/10.1371/journal>.