

KAPITTEL 8

Medvirkning og samskaping med erfaringskonsulenter i psykisk helse- og rustjenester

Kristina Bakke Åkerblom

ph.d.-stipendiat, Institutt for velferd og deltaking, Høgskulen på Vestlandet

Abstract: People with lived experience of mental health or substance use challenges are increasingly employed as peer workers in mental health and substance use services. The authorities essentially initiate peer workers' entry in Norway, described as a means of ensuring service user participation and bringing a service user perspective into service development. Collaborative practices are a well-established principle in these services. Peer workers engage in various interactive practices to support existing service users and bring benefits to services, and contemporary service delivery is prioritized.

This chapter discusses some relevant conditions and structures that affect peer workers' ability to realize their potential in contributing to individual and system change. Peer workers' participation leads to creating new relationships and collaborative practices in the services. This shift can be understood as social innovation as it is concerned with meeting social needs in new ways and attuned to the process towards it, which is collaborative practice. Peer workers in new collaborative practices may or may not improve the service's capability to tackle social problems. Many factors will affect whether peer workers influence how these services are performed and developed in the future. Peer workers' practice and participation will require support from the professionals in the services, strategic leaders, and authorities if their participation is to change the service they are meant to influence.

Keywords: peer workers, participation, co-creation, social innovation

Sitering: Åkerblom, K. B. (2022). Medvirkning og samskaping med erfaringskonsulenter i psykisk helse- og rustjenester. I G. Ågotnes & A. K. Larsen (Red.), *Kollektiv mobilisering: Samfunnsarbeid i teori og praksis* (Kap. 8, s. 191–220). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.168.ch8>
Lisens: CC-BY 4.0

Introduksjon

Tradisjonen for å benytte personer i hjelperroller som selv har hatt, tilsvarende opplevelser og erfaringer som dem de skal hjelpe, strekker seg langt tilbake i historien. Dette gjelder innenfor psykisk helse- og rusarbeid, i selvhjelp og brukerstyrte initiativer, samt i sosiale motstandsbevegelser som har arbeidet for å påvirke beslutningstakere og/eller øke enkeltpersoner og ulike gruppers rettigheter (Watson & Meddings, 2019). I det siste tiåret har personer som har hatt utfordringer med rus og/eller psykisk helse, og som da gjerne selv har benyttet tilsvarende tjenester i økende grad blitt ansatt i de offentlige psykisk helse- og rustjenester i Norge (Ose et al., 2019). Disse stillinger har fått flere navn. Betegnelsen *erfaringskonsulent* fremstår i dag som mest brukt, og denne tittelen benyttes både av helsedirektoratet og Erfaringsentrum (Nasjonal forening for erfaringskonsulenter). Men også *medarbeider med brukererfaring* og *brukerspesialister* benyttes hyppig i endel tjenester. I stortingsmeldingen *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* vises det til at erfaringskonsulenter skal bidra til å øke medvirkning for tjenestebrukere og pasienter i egen oppfølging, samt bidra til å styrke brukerperspektivet i tjenesteutviklingen (Meld. St. 7 (2019–2020)).

Ansettelse av erfaringskonsulenter har både et moralsk og pragmatisk fundament (se også kapittel 5). Involvering av dem som tjenestene er ment for, eller deres representanter i form av erfaringskonsulenter, kan bidra til å oppfylle en samfunnsmessig og moralsk forpliktelse. Samtidig kan tjenestene bli mer effektive ved at de blir mer tilpasset målgruppens behov.

Internasjonalt er personer med egenerfaring med psykisk helse- og/eller rusutfordringer engasjert i flere ulike settinger og roller. Bidragene deres strekker seg fra å omfatte opplæring og utdanning, forelesningsvirksomhet og rådgivning til å lede ulike tjenester og tilbud og drive med påvirkningsarbeid (Repper & Carter, 2011). De fleste slike roller i tjenestene for tidligere tjenestebrukere og pasienter involverer imidlertid ikke direkte en-til-en-oppfølging av tjenestebrukere og pasienter, bortsett fra erfaringskonsulent-rollen (Collins et al., 2016). I internasjonal forskningslitteratur beskrives erfaringskonsulenter ofte i posisjoner som tjenestenes «ytterste ledd», hvilket innebærer at de gjerne er det primære kontaktpunktet for tjenestebrukere og pasienter (Åkerblom, 2021; Åkerblom & Ness, 2021). Ettersom bruk av erfaringskonsulenter i tjenestene har økt,

har også forskning som belyser hvordan erfaringskonsulenter påvirker tjenestene og tjenestebrukere tiltatt. Det er dokumentert at erfaringskonsulenter i tjenestene fører til en rekke positive virkninger for tjenestebrukere, som færre og reduserte symptomer og mindre bruk av akutte tjenester (Crisanti et al., 2019; Harrison et al., 2017). Erfaringskonsulenter bidrar til at tjenestebrukere og pasienter øker medvirkning i egen oppfølging og klarer å fange opp og inkludere flere mennesker enn tjenestene har klart tidligere i kategorien som beskrives som «ekstra utsatt og marginalisert» (Gagne et al., 2018; MacLellan et al., 2017). I tillegg er det konstatert at erfaringskonsulenter øker tjenestebrukeres tro på egen mestringsevne (Mahlke et al., 2017), deres sosiale fungering (Watson & Meddings, 2019), reduserer opplevd stigma og styrker tjenestebrukeres posisjon og handlingskraft i egen situasjon (Chinman et al., 2016; Davidson, 2016; Repper & Carter, 2011). Positive virkninger for erfaringskonsulenters egen tilfriskningsprosess er også hyppig dokumentert (Agrawal et al., 2016; Debyser et al., 2018; Moran et al., 2012).

Dette kapittelet bygger hovedsakelig på kunnskap hentet fra internasjonal forskningslitteratur om erfaringskonsulenters roller og posisjoner i tjenestene. Kapittelet vil belyse noen sentrale betingelser og utfordringer knyttet til erfaringskonsulenters deltakelse i samskaping i utøvelsen og utviklingen av norske psykisk helse- og rustjenester. I Norge er erfaringskonsulenters inntreden initiert av myndighetene, men denne endringen kan samtidig forstås som en sosial innovasjon og kollektiv mobilisering av brukerstemmer i tjenestene. Kapittelet vil innledningsvis presentere posisjonen til personer med psykisk helse og rusutfordringer i tjenestene i et historisk perspektiv, og belyse oppstarten av ansettelse av erfaringskonsulenter i de norske psykisk helse- og rustjenester.

Posisjonen til personer med psykisk helse- og rusutfordringer i samfunnet

I løpet av 1800-tallet ble omsorg for individer med psykisk helse-behov, omtalt som «sinnssyke», «galninger» eller «distraherte personer», en offentlig bekymring, som derfor krevde en offentlig ordning (Grob, 1994). I begynnelsen var den generelle offentlige løsningen de såkalte asylene.

Psykisatri som fagfelt utviklet seg gradvis for å kunne ta seg av mennesker i asylene og institusjonene, som etter hvert ble til psykiatriske sykehus, og var under psykiaternes myndighet. Situasjonen for personer med ulike psykisk helse-utfordringer var på sett og vis nesten uforandret frem til 1980-tallet (Davidson et al., 2012; Topor & Matscheck, 2021). På dette tidspunktet dokumenterte forskning, og da særlig longitudinelle studier, at psykiatrisk behandling ikke var særlig effektiv. I tillegg ble det mer allment kjent at samfunn som ikke hadde asyl- eller psykiatrisk behandling, i større grad klarte å rehabilitere personer med denne type utfordringer. Parallelt med at det ble fastslått at psykiatrien ikke hadde ønsket virkning, fikk *recovery*-bevegelsen større gjennomslagskraft. Denne bevegelsen vokste frem på slutten av 1970-tallet og har blitt knyttet til opprør mot brudd på menneskerettigheter i psykiatrien (Davidson, 2016; Watson & Meddings, 2019). *Recovery*-bevegelsen har vært særlig opptatt av å løfte frem kunnskap og erfaringer fra personer som har kommet seg etter psykisk sykdom, eller som har levd gode liv med ulike psykisk helse-utfordringer uten hjelp fra de offentlige tjenestene. Samlet sett har dokumentasjonen på psykiatrienes manglende effekt og *recovery*-bevegelsen banet vei for et betydelig skifte i tjenestebrukeres posisjon i psykisk helse og rustjenestene, der mennesker med ulike psykisk helse-utfordringer har blitt betraktet som mer aktive deltakere i egne bedringsprosesser (Topor & Matscheck, 2021). I tillegg har både erfaringene og kunnskapen til personer som har benyttet tjenestene på grunn av slike utfordringer, blitt mer ansett.

Erfaringskonsulentenes inntreden i norske tjenester

Å ansette erfaringskonsulenter i velferds- og sosialtjenestene er et relativt nytt fenomen i Norge. Denne typen ansettelse innebærer at personer som tidligere har vært tjenestebrukere får roller i den direkte oppfølgingen og behandlingen av nåværende tjenestebrukere og pasienter. Det foreligger per i dag en rekke statlige veiledere og styringsdokumenter der det påpekes at erfaringskonsulentene skal inn i tjenestene, som *Opptappingsplanen for rusfeltet 2016–2020* (Prop. 15 S (2015–2016), *HelseOmsorg21– et kunnskapssystem for bedre folkehelse* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014)

og *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* (Meld. St. 7 (2019–2020)). Samlet sett beskriver disse styringsdokumentene at erfaringskonsulenter skal sørge for bedre brukermedvirkning på individnivå, og bringe inn brukerperspektiver i tjenesteutviklingen. I *Nasjonal sykehusplan 2020–2023* beskrives det en vekst i antallet erfaringskonsulenter de siste årene, og videre at denne veksten har ført til en mer «brukerorientert kultur» i tjenestene (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 61). Samlet synes det som om disse styringsdokumentene baserer seg på en oppfatning av at erfaringskonsulenters deltakelse fører til en merverdi, både for tjenestene som sådan og for tjenestebrukere og pasienter. Erfaringskonsulenters deltakelse beskrives følgelig som et *middel* for å kunne oppnå ulike gevinster, mer enn som et mål i seg selv. Det er i dag ingen nasjonal standard for opplæring, sertifisering eller regulering av erfaringskonsulenter i norske tjenester (Mohn-Haugen & Åkerblom, 2021). I skrivende stund finnes det flere kommunale tiltak som driver med opplæring av erfaringskonsulenter, og en privat fagskole.

Allerede i 2008 publiserte Rådet for psykisk helse en utredning med tittelen *Med livet som kompetanse* (se Elvemo & Bøe, 2008), men det var først rundt 2010 at myndighetene for første gang begynte å aktivt motivere tjenester til å ansette personer med egne erfaringer med psykisk uhelse. Dette ble gjort gjennom innføringen av tilskuddsordningen «Kultur- og holdningsendringer på psykisk helsefeltet». Denne tilskuddsordningen varte fra 2010 til 2012 og var startskuddet for at offentlige tjenester begynte med denne type ansettelser, i første rekke innenfor de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. I de senere år har en gryende interesse resultert i ansettelser av erfaringskonsulenter også i andre typer sosial- og velferdstjenester. Tilskuddsordningen ble deretter videreført fra 2012 til 2014, og regelverket for tilskuddet ble endret flere ganger. Det var først i 2015 at ansettelser av erfaringskonsulenter ble nevnt eksplisitt. I norsk sammenheng er altså satsingen på erfaringskonsulenter relativ ny, selv om det har vært en lang tradisjon for å ansette personer med egenerfaring innen rustjenestene. Opprinnelig ble dette kalt «likepersonsarbeid». Mange av disse ansettelsene har imidlertid vært i private stiftelser og ideelle og frivillige organisasjoner, da det er disse sektorene som tradisjonelt sett har hatt de mest omfattende tilbudene om oppfølging til personer med rusutfordringer i Norge.

Personer med rusutfordringer fikk først pasientrettigheter i de offentlige tjenestene i Norge fra 2003 (Ot.prp. nr. 3 (2002–2003)).

I 2017 ble den nasjonale interesseorganisasjonen for erfaringskonsulenter, Erfaringsssentrum, stiftet. Bakgrunnen for etableringen var et voksende behov for sikre gode rammebetingelser og ivareta erfaringskonsulenter som en ny yrkesgruppe i tjenestene. Per mai 2022 har over 180 erfaringskonsulenter valgt å organisere seg i organisasjonen. Erfaringsssentrum har som uttalt målsetting å styrke erfaringskonsulentenes posisjon, og sette erfaringskonsulenter i stand til å drive frem et nytt felt og en mer brukerorientert praksis i Norge. I 2021 utarbeidet organisasjonen etiske retningslinjer for erfaringskonsulenter, og ønsket med dette å rette et søkelys på hvilke overordnede prinsipper de ønsker skal ligge til grunn for den støtten, hjelpen og oppfølgingen erfaringskonsulenter tilbyr. Erfaringsssentrum har videre tilkjennegitt at de ønsker å arbeide for en form for autorisasjon som kan forplikte erfaringskonsulenter til å følge etiske retningslinjer og sentrale prinsipper i sine møter med enkeltbrukere og pasienter ute i tjenestene. Ytterligere har Erfaringsssentrum tatt til orde for å se nærmere på en opplæring og kvalitetssikring av erfaringskonsulentene gjennom en utdanning som ligger i det offentlige høyskolesystemet (Mohn-Haugen & Åkerblom, 2021). En profesjonalisering av erfaringskonsulentrollen gjennom utdanning i det offentlige høyskolesystemet vil kunne øke rollens prestisje og svare til en utvikling som peker mot at erfaringskonsulenter blir ansatt på stadig nye felt og i mer spesialiserte roller. Likeledes risikerer man å favorisere personer som har best forutsetninger for å «innta skolebenken». Dette kan ekskludere personer uten studiekompetanse og innebære at erfaringskompetansen som ligger til grunn får en mindre sentral rolle. En slik innsnevring av hvem som kan bli erfaringskonsulenter kan også medføre at disse stillingene blir mindre attraktive for noen arbeidsgivere.

Erfaringskonsulenter befinner seg i en «liminal posisjon»

Erfaringskonsulenter er ansatt på bakgrunn av sine erfaringer med utenforskap som kan være knyttet til psykisk helse-utfordringer, rus,

prostituasjon, bostedsløshet og utfordringer med å tilhøre en utstøtt eller marginalisert gruppe i samfunnet. Deres innpass i tjenestene er altså nettopp på bakgrunn av at de har tilhørt og deler lignede erfaringer som gruppen de er satt til å hjelpe. Flere har valgt å beskrive posisjonen som erfaringskonsulenter befinner seg i som «en liminal posisjon» (Scott, 2011; Voronka, 2019; Watson, 2017), i den forstand at erfaringskonsulenter eksisterer mellom to ulike identiteter: rollen som tjenestebruker og rollen som hjelper. Erfaringskonsulenter identifiserer seg med gruppen de er satt til å hjelpe fordi de selv har vært i tilsvarende situasjon, og det er denne posisjonen de benytter seg av når de arbeider for å hjelpe tjenestebrukere og pasienter. For erfaringskonsulenter kan det oppleves ekstra meningsfullt å bidra til at personer i en slik situasjonen får det bedre, som igjen kan føre til at erfaringskonsulentene får bedre selvfølelse (Cabral et al., 2013) og sterkere tilhørighet og opplevelse av fellesskap med dem de er satt til å hjelpe (Hurley et al., 2018). I sine roller som erfaringskonsulenter er det nødvendig for dem å fremtre som personer med relevant erfaringsbakgrunn overfor de fagansatte som de arbeider sammen med, og som autentiske og med tilsvarende bakgrunn som tjenestebrukere de skal hjelpe. På den ene siden innebærer dette at erfaringskonsulenter i møte med fagansatte må (be)visе at de representerer gruppen som de er til for ved å vise at de selv har hatt «store nok» utfordringer og «mange nok» erfaringer til at de kan representere disse tjenestebrukerne. Samtidig som de må være åpne om sine utfordringer og erfaringer, må erfaringskonsulenter demonstrere at de er «oppegående nok» til å kunne følge tjenestenes faglige retningslinjer og stå i arbeid (Voronka, 2019).

Den posisjonen erfaringskonsulenter befinner seg i, mellom personer som bruker tjenestene og de fagansatte som arbeider i tjenestene, og mellom dem som er «inkludert» i samfunnet og dem som lever i ytterkanten, skaper et rom for at erfaringskonsulentene kan innta en brobyggerrolle. I internasjonal forskningslitteratur beskrives brobyggerrollen som en essensiell oppgave for erfaringskonsulenter. Gillard et al. (2015) bruker også brobyggerbegrepet, og beskriver at erfaringskonsulenter bruker sin liminale posisjon til å støtte tjenestebrukere og pasienter til å kommunisere med de fagansatte, og til å bygge bro til samfunnet for øvrig

(Gillard et al., 2015). Van Meerkerk og Edelenbos (2018) benytter tilsvarende begrepet «boundary-spanner» når de beskriver hvordan personer kan fungere som brobyggere og «passere» over ulike grenser ved at de oversetter og transformerer kunnskap, tilrettelegger for samhandling og bygger relasjoner på tvers av grupper og organisasjoner (van Meerkerk & Edelenbos, 2018, s. 10; se også Mutschler et al., 2019). «Verktøykassen» erfaringskonsulenter er i besittelse av som følge av sin liminale posisjon, kan gjøre dem i stand til å formidle erfaringer og kunnskap mellom ulike aktører, diskurser og kunnskapsformer. Erfaringskonsulenter beskrives videre ofte å ha et nettverk og en sosial kapital som hjelper dem å engasjere forskjellige aktører til å utvikle et sterkt engasjement (Bocking et al., 2018; Chisholm & Petrakis, 2020; Merritt et al., 2020). Det er også vanlig at erfaringskonsulenter har en sterk tilknytning til brukerorganisasjoner (Gillard et al., 2015; Åkerblom et al., 2020). En slik samtidig rolle, eller tilhørighet, kan medføre at erfaringskonsulenter både innehar en «strukturell komponent» som ansatt som erfaringskonsulent i de offentlige tjenestene, og en «holdningskomponent» knyttet til verv eller posisjoner i brukerorganisasjonene. Dermed kan erfaringskonsulenter både besitte en form for brobyggerfunksjon og inneha det som Putnam vil beskrive som sammenbindende sosial kapital (Putnam, 2000) (se også kapittel 1 og 4).

Erfaringskonsulenters liminale posisjon mellom de fagansatte og tjenestebrukere kan i tillegg bety at erfaringskonsulenter selv opplever å være underlagt *andre* «institusjonelle logikker» enn de fagansatte i tjenestene. Dette kan være synlig ved at erfaringskonsulenter kan tillate seg fremgangsmåter og handlinger som fagansatte ikke kan gjøre. I rapporten *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon?* beskrives det at norske erfaringskonsulenter har fortalt at de ikke opplever at alle «reglene» i tjenestene er ment for dem, og at det derfor heller ikke er så viktig å følge alle disse (Åkerblom et al., 2020). Dessuten kan brudd på normer og regler i tillegg ha et positivt aspekt ved seg, fordi det kan knytte erfaringskonsulentene tettere til tjenestebrukere. Videre beskrives det at erfaringskonsulenter har en sterk iboende motivasjon til å sørge for at utsatte og stigmatiserte tjenestebrukere og pasienter får den hjelpen

de selv opplevde at de ikke fikk, men vurderte at de hadde behov for (Watson, 2017). Dette kan da bety at erfaringskonsulenter vil prioritere andre fremgangsmåter og aktiviteter nettopp fordi de opplever at dette er viktig for å kunne hjelpe tjenestebrukere. Velkjente eksempler er at erfaringskonsulenter kan velge å ha kontakt med tjenestebrukere som benytter tjenestene de er ansatt i også utenom arbeidstid.

Det er lite kjent hvordan erfaringskonsulentenes arbeidsmåter og tilnærminger påvirker de fagansattes holdninger og yrkesutøvelse og i hvilken grad erfaringskonsulenter bidrar til å etablere nye praksiser i tjenestene. På samme måte som det kan fremstå uklart for erfaringskonsulenter hvordan de skal bringe inn sin erfaringskompetanse, kan det være problematisk å kritisk utfordre erfaringskonsulentene som har «sitt levde liv» som kompetanse fordi skillet mellom sak, liv og person fremstår som uklart (Juritzen, 2021). Ettersom erfaringskonsulenters medvirkning og praksis baserer seg på deres liminale posisjon mellom personer som bruker tjenestene og fagansatte som arbeider i tjenestene, kan dette medføre en utfordring knyttet til hvordan evaluering, kontroll og tilsyn med erfaringskonsulentrollen kan gjennomføres.

Betingelser for erfaringskonsulenters medvirkning

Erfaringskonsulenters deltakelse beskrives som et virkemiddel for å fremme (sårbare) tjenestebrukere og pasienters stemme, samtidig som det påpekes at erfaringskonsulenter skal bidra til en vesentlig endring av tjenesteutformingen. Det at offentlige tjenester må forholde seg til de samme reformene og reguleringene fra sentrale politiske myndigheter, er hensiktsmessig når det gjelder å iverksette og spre slike omstillinger. Den politiske kraften i norske stortingsmeldinger blir i forskningslitteraturen beskrevet som betydelige (Christensen & Fluge, 2016), både når det gjelder å sette den politiske dagsorden og som viktige styringsdokumenter i utviklingen av tjenestene. Det kommer likevel ikke frem av de norske styringsdokumentene (Prop. 15 S (2015–2016); Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; Meld. St. 7 (2019–2020)) *hvordan* erfaringskonsulenter skal medvirke, eller hvilke roller og oppgaver de bør ha for å kunne oppnå

disse målsetningene. I *Nasjonal sykehusplan 2020–2023* konstateres det derimot at det er behov for å avklare erfaringskonsulenters roller og arbeidsforhold, og at dette er et ansvar som hviler på arbeidsgivere i kommune- og spesialisthelsetjeneste (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 61). Et slikt tolknings- og handlingsrom innebærer riktignok frihet og fleksibilitet for arbeidsgivere og lederne, men det medfører også uklarhet. Dette kan føre til en metodologisk naivitet som forutsetter at gjennomføringen av erfaringskonsulenters medvirkning og samarbeid er enklere enn hva det faktisk kan være (Glimmerveen et al., 2018) (se også kapittel 5).

I forskningslitteraturen pekes det videre på at medvirkningsprosesser hvor deltakere blir invitert med av en igangsetter eller autoritet medfører et ufravikelig skjevt maktforhold mellom initiativtaker (myndighetene) og deltakere (Marent et al., 2015, s. 831). Når maktrelasjoner ikke tas opp, kan deltakelse fra erfaringskonsulenter fremstilles som mer demokratiske enn det faktisk er. På samme måte kan beskrivelser av erfaringskonsulenters deltakelse i tjenestene, som underkommuniserer slike maktrelasjoner, fremstå som ivaretagelse av tjenestebrukeres perspektiver, mens dette snarere brukes for å legitimere, validere og forsvare politiske målsettinger (Breimo & Røiseland, 2021, s. 39). Slik kan erfaringskonsulenter i realiteten legitimere politiske vedtak, og derigjennom myndighetenes posisjon. Ytterligere kan erfaringskonsulenters deltakelse føre til politisk kooptering, for eksempel ved at deres bidrag i form av arbeidsinnsats (eller betaling) ikke anerkjennes, og dermed at deler av «prosjektkostnadene» – som tid og materielle ressurser – overføres til dem selv (Glimmerveen et al., 2018). Dersom erfaringskonsulenters deltakelse praktiseres som beskrevet, står det i skarp kontrast til den formen for deltakelse som *recovery*-bevegelsen vektlegger. Det vil være vesentlig å utforske og forstå hvordan maktforhold i tjenestene spiller inn på erfaringskonsulenters medvirkning. En tydeliggjøring av hva deres medvirkning skal være, hvordan den skal gjennomføres og hvilke aktører som er involverte, kan være nødvendig for å oppnå reelle medvirkningsprosesser. Innovasjonslitteraturen peker i tillegg på at det er essensielt å beskrive *når* medvirkning skal finne sted (Brandsen, 2021; Osborne & Strokosch, 2013; Torfing et al., 2019) fordi dette kan knyttes direkte til hvilke resultater som kan forventes oppnådd. Spørsmålet om

når medvirkning skal finne sted er vesentlig når det argumenteres for et konseptuelt skille mellom samproduksjon og samskaping (Torfing, Krogh et al., 2020). *Samproduksjon* brukes da om samarbeidet mellom tjenesteytere og tjenestebrukere knyttet til levering av (ofte forhåndsdefinerte) tjenester, mens betegnelsen *samskaping* benyttes når samarbeidet har startet i tidligere faser, for eksempel til problemdefinering og design av disse tjenestene (Osborne & Strokosch, 2013). Samskaping beskrives å ha en innovasjonsdimensjon som ikke er til stede i en samproduksjon (Torfing et al., 2019). I norske styringsdokumenter benyttes betegnelsen samskaping ofte når medvirkningsprosesser med ulike aktører og innbyggere som anses som «berørte» omtales (se også kapittel 5). Samskaping som metode for å øke deltakelse fra innbyggere blir videre foreslått som strategi hos et bredt utvalg av norske kommuner (Breimo & Røiseland, 2021).

Erfaringskonsulentenes medvirkning til tjenesteutvikling i psykisk helse- og rustjenester

Antakelsen om at brukerdeltakelse skal medføre noe positivt og nyttig for helsetjenestene er utbredt (Beresford, 2021). Erfaringskonsulenters deltakelse og medvirkning i tjenestene innebærer flere endringer i forhold til tidligere praksis. I første rekke har deres inntreden i norske tjenester ført til at «brukerdeltakelsen», som tidligere var basert på frivillig innsats eller gjennom brukerorganisasjoner, nå også delvis finansieres gjennom lønnet arbeid. Som en konsekvens av dette er selve «brukermedvirkningen» flyttet nærmere den kliniske praksisen i tjenestene. Erfaringskonsulenter deltar på ulike vis direkte i det kliniske arbeidet i psykisk helse- og rustjenester og arbeider i de fleste tilfeller også i team sammen med andre fagansatte. Når erfaringskonsulenter er mer permanent til stede, stadig mer også i faste stillinger, muliggjør dette at de kan påvirke leveringen av tjenestene både direkte og indirekte. Direkte ved at de deltar i det kliniske arbeidet, og indirekte ved at også de fagansatte påvirkes av deres tilnærminger. Likeledes vil erfaringskonsulenters faste tilstedeværelse kunne tillate at brukerperspektiver kan bringes mer direkte inn i tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring sammenlignet med

mer midlertidige «eksterne» former for medvirkning, som offentlige høringer og folkemøter.

I norske psykisk helse- og rustjenester er fremdeles standardmetoden for brukermedvirkning på systemnivå å involvere brukerrepresentanter i råd og brukerutvalg. Dette engasjementet antas å øke tjenestens relevans, legitimitet og effektivitet (Olsson et al., 2020). Effekten av denne typen brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå er imidlertid lite forsket på (Langøien et al., 2021), noe som gjør det vanskelig å si om dette er en effektiv måte å drive brukermedvirkning på. Ettersom denne formen for brukermedvirkning ofte er en tidsbegrenset aktivitet, muliggjort og arrangert av dem som inviterer inn (myndigheter), er det altså sannsynlig at slike medvirkningsprosesser i begrenset grad kan reformere eksisterende tjenester.

Norske erfaringskonsulenter oppgir at de har oppgaver både knyttet til direkte oppfølging av tjenestebrukere og pasienter, og at de deltar i utviklingsarbeid, råd og utvalg som har til hensikt å forbedre tjenestene (Holst & Mohn-Haugen, 2021). Ved å legge stor vekt på deltakelse fra erfaringskonsulenter i tjenesteutviklingen kan en risikere å undervurdere bidraget fra kollektive aktører, som sivilsamfunnsorganisasjoner og brukerorganisasjoner. I intervjuer med norske ledere som har arbeids-giveransvar for erfaringskonsulenter bekrefter flere at de velger å involvere erfaringskonsulenter systematisk i utviklingen av sine tjenester, samt at erfaringskonsulentene deltar i råd og utvalg i tjenestene (Åkerblom & Mohn-Haugen, 2022). Dette styrker en antakelse om at erfaringskonsulenter til en viss grad har overtatt oppgaver og roller som tidligere har tilfalt brukerorganisasjoner og frivillige fellesskap. *Hvem* som inviteres inn i samarbeidet knyttet til utvikling av tjenestene har også ført til debatt mellom ulike grupperinger i tjenestene, og til diskusjoner mellom brukerorganisasjoner og erfaringskonsulenter. Sentralt i disse debattene er også spørsmål knyttet til hvor erfaringskonsulenter bør ha sin tilknytning og få sin opplæring; i brukerbevegelsene eller i tjenestene? Mens enkelte har tatt til orde for at det er avgjørende at erfaringskonsulenter har en nær tilknytning til brukerorganisasjoner for at de ikke skal bli «kooptert» av tjenestene og deres logikker, hevder andre at tjenestene har et stort ansvar i å definere sine respektive behov. Sistnevnte er i tråd med

hva myndighetene anbefaler. I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* beskrives det at opplæring av erfaringskonsulenter bør tilpasses behovene til tjenesten den enkelte er ansatt i (Meld. St. 7 (2020–2023)). Dette innebærer en fare for at tjenestene vil vektlegge kunnskap og kompetanse fra erfaringskonsulenter som er i tråd med deres eksisterende måter å utøve disse tjenestene på, snarere enn å legge til rette for at erfaringskonsulenter kan bidra til å utfordre og forandre tjenestene.

Bakgrunnen til at erfaringskonsulenter involveres av ledere i tjenestutviklingen kan på den andre side skyldes andre faktorer enn at de er mer «tilgjengelige» som følge av permanent tilstedeværelse i tjenestene. Erfaringskonsulenter ansettes hovedsakelig innenfor tilsvarende og/eller de samme tjenester de selv har benyttet. Dette innebærer at de vil ha en kontekstbasert erfaringskunnskap som direkte vil ha betydning for tjenesten de er ansatt i, som eksterne brukerrepresentanter i mindre grad antas å bringe inn (Åkerblom, 2021). En mer fruktbar tilnærming kan være om erfaringskonsulentene som jobber i tjenestene inngår i et likeverdig partnerskap med brukerrepresentantene fra ulike organisasjoner. Et slikt partnerskap, som kombinerer medvirkning fra erfaringskonsulenter i tjenestene med medvirkning på et strategisk nivå fra brukermedvirkere, kan imøtekomme utfordringen som kan oppstå som følge av kooptering, og at erfaringskonsulenter på innsiden risikerer å styres av lojalitet med sin arbeidsplass. Samtidig kan et slikt partnerskap sørge for at brukerorganisasjonenes brukermedvirkere får bedre innsikt i behovene til de aktuelle tjenestene de skal medvirke i på et strategisk nivå. En allianse som kobler disse to nivåer for medvirkning øker sannsynligheten for innovative endringer i tjenester som følge av brukerperspektiver og har mulighet til å utfordre hele modellen for utforming og levering av tjenestene (Osborne & Strokosch, 2013).

Tilpasning til norske velferds- og sosialtjenester

I all hovedsak er forskningen på erfaringskonsulenter i tjenestene hentet fra land som er ganske forskjellige fra Norge. En vesentlig forskjell er at *ansvarsfordelingen* mellom offentlig, kommersiell og ideell sektor, eller

«velferdsmiksen», er annerledes i Norge enn i mange andre land. En overordnet velferdsmodell som langt på vei deles av de skandinaviske landene er en stor offentlig sektor som finansierer og produserer størsteparten av velferdstjenestene (Ibsen et al., 2021). Dette innebærer i praksis at flere sosial- og velferdstilbud som tar sikte på å bedre livsvilkår for tjenestebrukere vil befinne seg i offentlig sektor i Norge, mens tilsvarende tilbud vil befinne seg i frivillig sektor i land vi sammenligner med. Mange slike sosial- og velferdstilbud der erfaringskonsulenter deltar, vil i andre land derfor i større omfang være organisert av frivillig sektor enn det som er tilfelle i Norge.

I tillegg til dette beskrives erfaringskonsulenter i andre land gjerne å ha inneha funksjoner som i Norge typisk ivaretas av profesjonelle, for eksempel i tilbud til personer som har psykisk helse- og/eller rusutfordringer. I USA beskrives erfaringskonsulenter ofte å ha roller og oppgaver i program som *supported employment* (SE) og *individual placement and support* (IPS) (Davidson, 2016). I Norge driftes tilsvarende program av ulike fagansatte i de offentlige tjenestene, særlig i Nav.

Medvirkning fra erfaringskonsulenter: Interesser og maktforhold

Deltakelse og (bruker)medvirkning fremstår som den nye standarden i tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet, og er nedfelt i både styringsdokumenter, veiledere og lovverk (Røsvik, 2019) (se også kapittel 5). Til tross for at denne ideen gradvis fremstår som dominerende i politiske dokumenter synes den likevel å harmonere dårlig med rådende tankesett og ideologier i disse tjenestene. Dette kan innebære at selv om medvirkning er nedfelt i både retningslinjer og lover, så avspeiler ikke dette nødvendigvis praksis i tjenestene. I psykisk helse- og rustjenester har ofte den biomedisinske, evidensbaserte kunnskapen forrang. Behandlingsfilosofien disse tjenestene baserer seg på er derfor i stor utstrekning myntet på ideene til dem som allerede har mye makt i disse tjenestene, en ubalanse som er grundig beskrevet av Foucault (1999). Foucault har gitt sentrale bidrag i forståelsen av historien til psykisk helse- og rustjenester og dens mange eksempler på «dehumaniserende praksiser». Slike praksiser tar gjerne form av

selvfølgeligheter og kan være systemisk skjult. En endring som blir innført fordi den er tenkt å være human kan dermed etter kort tid forstås som inhuman. Foucault påpeker videre hvordan kunnskap og makt kan utgjøre et sirkulært forhold og er vevd sammen slik at *én* sannhet blir mer sann og overordnet enn alle andre sannheter. Minst like viktig er det at en slik styringskunst evner å marginalisere andre «sannheter». Marginaliseringen innebærer at de som besitter makten – «fornuftseierne» – også bestemmer hvem som får anledning til å snakke, når og på hvilke måter (Foucault, 1999). Fornuftseierne i disse tjenestene sitter med makten til å diagnostisere og bestemme hvem som får anledning til å få hjelp og ikke, og er både psykiatere og psykologer. Målet for psykisk helse-tjenester beskrives oftest å levere evidensbasert behandling, hovedsakelig utformet for spesielle symptomer og lidelser. Et sentralt spørsmål er derfor om disse fornufts-eierne vurderer det som essensielt at erfaringskonsulenter bringer inn sin kunnskap og kompetanse i tjenestene.

Kjente utfordringer som presenteres i internasjonal forskning

Både internasjonal (Cronise et al., 2016) og norsk forskning (Åkerblom et al., 2020) antyder at erfaringskonsulentene ofte blir tilgodesett med knappe ressurser, som for eksempel midlertidige stillinger og deltidsarbeid. Tilsvarende påpekes det forskjeller i måtene erfaringskonsulenter blir involvert på i ulike organisatoriske settinger i England (Gillard et al., 2015), samt fare for tokenisme, der erfaringskonsulenter kun tildeles symbolske roller uten reell innflytelse (Byrne et al., 2016) (se også kapittel 5). Flere studier (Davidson et al., 2012; Vandewalle et al., 2016) peker på faren for at den erfaringsbaserte kunnskapen som erfaringskonsulenter bringer inn til tjenestene kan bli tilsidesatt av den dominerende biomedisinske, evidensbaserte kunnskapen. Denne kunnskapens forrang trekkes ytterligere frem som en årsak til de eksisterende maktforskjellene og barrierene mellom erfaringskonsulenter og fagansatte (Byrne et al., 2016). Det er også hyppig belyst at erfaringskonsulenter vanligvis ikke opplever seg likestilte i sine posisjoner (Davidson et al., 2012; Gillard et al., 2017; Åkerblom et al., 2020), og at slike makt-ubalanser kan begrense

erfaringskonsulenters bidrag i tjenestene (Gillard et al., 2014) (se også kapittel 5). Stigma er fortsatt en stor utfordring for mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer. Mens en vanlig strategi for å unngå stigma er å skjule informasjon som fører til stigma, innebærer erfaringskonsulentrollen å kontinuerlig dele denne informasjonen. Barrierer for å ta i bruk erfaringskompetansen knytter mange erfaringskonsulenter til det stigmaet mange opplever, og til makt-ubalansen mellom erfaringskonsulenter og fagansatte. Likeledes beskrives det at erfaringskonsulenter strever med uavklarte roller.

Erfaringskonsulenter beskrives oftest i posisjoner i tjenestene hvor deres oppgaver og roller er definert på forhånd (Åkerblom & Ness, 2021) som betyr at de har begrenset innflytelse over eget arbeide (Åkerblom, 2021). Tilsvarende har forskning fra England og USA dokumentert at erfaringskonsulenter i frivillig sektor opplever å kunne bidra *mer* til tjenesteutforming enn erfaringskonsulenter som er ansatt i offentlige tilbud, selv når tjenestenes karakter og innhold ellers fremstår som like (Beresford, 2021; Davidson, 2016; Gillard et al., 2015).

Behovet for et mer brukersentrert kunnskapsgrunnlag

Betydningen av et kunnskapsgrunnlag for psykisk helse- og rustjenestene som er mer brukersentrert og sosialt orientert har i mange år blitt vektlagt gjennom politiske føringer, i forskning og på fagfeltet både internasjonalt og i Norge (Borg et al., 2017). En barriere som er trukket frem i tidligere forskning er at kravet til evidensbasert kunnskap er stort i de offentlige psykisk helse- og rustjenester. Det erfaringskonsulenter vil oppleve som nødvendig vil ikke nødvendigvis harmonere med det en psykolog er forpliktet til i henhold til Norsk psykologforenings prinsipperklæring om å basere sine vurderinger på evidensbasert praksis til enhver tid.

Erfaringskunnskap fra tidligere brukere av tjenestene representerer dermed et brudd med dette. I Norge er imidlertid det offentlige tjenesteapparatet profesjonalisert og verdsetter teknokratisk, profesjonell kompetanse. De profesjonelle har en særlig vesentlig rolle og et særlig ansvar i tjenestetilbudene (Torfing, Andersen et al., 2020), noe som kanskje er

aller mest fremtredende i spesialisthelsetjenesten hvor selve målsettingen for tjenestene er å gi evidensbasert behandling, hovedsakelig beregnet på å konkrete symptomer og eller å «reparere» lidelser. Søkelyset på «dysfunksjoner» i disse tjenestene forsterker de profesjonelles rolle (desto høyere utdannet, desto bedre), og sørger for at fagpersonene fremdeles er nøkkelaktører fordi de besitter den (vitenskapelige) kunnskapen om sykdom og lidelse, og dermed også vet best hvordan disse skal behandles (Topor & Matscheck, 2021). Fagpersoner innen psykisk helse- og rustjenester, oftest psykiatere og psykologer, kan tenkes å være «oppdratt» til å være eksperter med monopol på en bestemt form for kunnskap. Dersom dette er tilfelle, kan det være vanskelig å samhandle med aktører som utfordrer deres autoritet, status eller ekspertkunnskap. For at erfaringskonsulenter skal vinne terreng i disse tjenestene vil derfor den organisatoriske konteksten være avgjørende. Den evidensbaserte kunnskapens forrang i enkelte tjenester kan forklare hvordan et «implementerings-gap» kan oppstå i tjenestene der intensjonene og forventningene presentert i de statlige styringssignaler og retningslinjer ikke blir realisert i praksis.

Et ytterligere særpreg ved psykisk helse- og rustjenester i Norge er at de er sterkt lovregulert. Både kommuner og spesialisthelsetjeneste er lovpålagt å levere ulike konkrete tjenester. Det er videre lovpålagte retningslinjer som dominerer det autoriserende miljøet for disse tjenestene, og disse retningslinjene gir også den prosessuelle makten til de profesjonelle i tjenestene. Dette innebærer at noen profesjoner har en større definisjonsmakt i disse tjenestene enn andre. Som nevnt er norske psykologer ytterligere forpliktet til å drive evidensbasert klinisk praksis, i tillegg til å følge profesjonsvedtatte fagetiske retningslinjer. Hvorvidt erfaringskonsulenters virke kan innpasses i, eller oppfattes å stå i kontrast til den evidensbaserte praksisen som drives i tjenestene, vil derfor ha direkte innvirkning på erfaringskonsulenters posisjon og mulighet til å medvirke i utvikling og utøvelse av disse tjenestene.

Som tidligere nevnt har den politiske kraften i norske stortingsmeldinger blitt beskrevet som stor, og styringsdokumenter som essensielle i utviklingen av tjenestene (Christensen & Fluge, 2016). Imidlertid er norske styringsdokumenter lite nyanserte når det gjelder hvordan erfaringskonsulenter skal arbeide i tjenestene, bortsett fra at det i *Nasjonal*

sykehusplan 2020–2023 beskrives at arbeidsgivere i kommune og spesialisthelsetjeneste må avklare erfaringskonsulenters roller og arbeidsforhold (Meld. St. 7 (2020–2023), s. 61). Følgelig er et sentralt spørsmål hvorvidt det er ønskelig fra arbeidsgiveres side at erfaringskonsulenter skal medvirke og være likeverdige parter tjenestenes utvikling og praksis.

For eksempel kan man se for seg at dersom erfaringskonsulenter blir sett på som en trussel mot tjenestenes faglige forsvarlighet, så vil det også være mer sannsynlig at deres roller og muligheter til medvirkning begrenses. I slike tilfeller kan det være at erfaringskonsulentens medvirkning tillates innenfor rammene av det som arbeidsgiverne vurderer er passelig. Dette kan føre til at erfaringskonsulenter blir tilgodesett med oppgaver og aktiviteter som anses som mindre viktig for tjenestene og som er på utsiden av deres kjernevirksomhet. I slike situasjoner vil erfaringskonsulenter mulighet til å medvirke til vesentlige og innovative endringer i tjenestene være lite sannsynlig.

Dersom de ovenfor skisserte utfordringene gjenspeiler virkeligheten, vil en sentral utfordring være at de profesjonelle i tjenestene må gi fra seg makt ved å anerkjenne begrensninger ved egen fagkunnskap og å se behovet for å mobilisere andre former for kunnskaper og erfaring. Dette kan for eksempel bety at de profesjonelle må forsone seg med å samhandle med (tidligere) tjenestebrukere og erfaringskonsulenter som utfordrer ens autoritet og ekspertkunnskap, og anerkjenne at disse, blir likeverdige partnere i utvikling og drift av tjenester.

På samme måte er det relevant å tenke over hva «likeverdig partner» vil bety i disse tjenestene og om det er nødvendig at erfaringskonsulenter skal være likeverdige for å kunne bidra til å forandre institusjonene og tjenestene fra innsiden. Vil det å være likeverdig bety å delta *likt* i alle prosesser av tjenesteutviklingen? Litteratur om samskaping som metode for å skape innovative løsninger beskriver ofte at samskaping innebærer å delta likt – i definering av utfordringer, i design og utvikling av nye løsninger, samt i utprøving og implementering av disse nye løsningene (Osborne & Strokosch, 2013; Torfing et al., 2019). Derimot kan det at erfaringskonsulenter skal delta med samme mandat som fagpersoner i både utforming og i ytelsen av disse tjenestene være en utopi, fordi deres kunnskap og erfaring er så ulik de fagansatte i disse tjenestene. Askheim

og Høiseth påpeker at «likeverd» ikke i alle sammenhenger vil bety like bidrag, og eksemplifiserer det med «medforsker»-rollen (Askheim & Høiseth, 2019). Når de beskriver brukermedvirkning i forskning benytter de derfor heller begrepet «likeverdig komplementær kompetanse» og hevder at dette er en mer aktuell strategi for brukermedvirkning i forskning.

Sammenhengen mellom metodene vi benytter, og målene vi kan oppnå

Har selve handlingen med å involvere erfaringskonsulenter blitt viktigere enn at deres medvirkning skal føre til bedre og mer effektive tjenester? I 2009 mottok den amerikanske politiske økonomen Ellinor Ostrom nobelprisen i økonomi fordi hun dokumenterte at *involvering* av innbyggere som bruker aktuelle tjenester kan bidra til mer *effektive* offentlige tjenester. Dette videreføres i dag i stor grad gjennom tjenesteinnovasjonsforskning som nettopp vektlegger kunnskapen til de som har eller har hatt «skoene på» når nye tilbud og tjenester skal utvikles (Osborne et al., 2016).

Det kan stilles spørsmål ved om det er mulig å forsøk på å utvikle mer brukersentrerte og sosialt orienterte tjenester kan lykkes dersom ikke gruppene tjenestene er ment for deltar i prosessen med å utvikle dem. Freire trekker frem hvordan de undertrykte selv må involveres i handlinger rettet mot strukturer som skal forandres (Freire, 1999, s. 112–113) og at det må være en sammenheng mellom teori og bevegelse, og mellom refleksjon og handling. Tilsvarende argumenterer Beresford (2021) for at det er et iboende problem og en motsetning at ideologier som forplikter seg til demokratiske verdier ikke utvikles gjennom reelle demokratiske prosesser (Beresford, 2021, s. 56).

Askheim (2009) kategoriserer begrunnelser som benyttes for brukermedvirkning i tjenestene på rusfeltet henholdsvis som «instrumentelle» og «demokratiske», og beskriver at der de demokratiske begrunnelsene springer ut av retten til innflytelse over eget liv, er de instrumentelle knyttet til hvilke resultater medvirkningen fører til. Hovedpoenget bak instrumentell medvirkning er at når tjenestebrukere eller pasienter får opplevelsen av å kunne påvirke egen behandling, vil det etter hvert føre

til at de etterlever hjelpeapparatets veiledning (Askheim, 2009). Askheim argumenter videre for at de instrumentelle begrunnelser for medvirkning kan implisere at tjenestene langt på vei vil opprettholde eksisterende praksiser fordi de baserer seg på antakelsen om at tjenestebrukere og pasienter ikke selv vet hva som er riktig og viktig for dem, men tvert imot at det er tjenestene, eller fagfolkene, som vet hva som er viktigst.

Eksempelvis vektlegger nyere helsepolitiske styringsdokumenter prinsippet «Hva er viktig for deg?» som et styrende prinsipp (FHI, 2019). «Hva er viktig for deg?» har særlig blitt trukket frem som styrende prinsipp i pakkeforløpene for psykisk helse. Selv om valgfrihet blir fremhevet, kan det stilles spørsmål ved hvordan dette gjennomføres i praksis i pakkeforløpene der pasienters reelle medvirkning er redusert til valg mellom behandlingsmetoder som tjenestene selv velger at de skal tilby (Aarre, 2021). Den tradisjonelle metoden i psykisk helsevern er å diagnostisere en psykisk lidelse og på bakgrunn av symptomene tilby behandlinger som har dokumentert effekt. Dette kommer særlig tydelig til uttrykk i pakkeforløp for tvangslidelse, der pasientene i realiteten har valget mellom å ta imot den anbefalte behandlingen eller avslutte forløpet (Aarre, 2021, s. 150).

Offentlig innovasjonsforskning har lagt betydelig vekt på hvordan innovative endringer kan skapes og styrkes gjennom samarbeidsprosesser (De Vries et al., 2016). Denne forskningen har studert ulike samarbeidspraksiser i tjenester, fra ulike vinkler og på ulike nivåer. Et eksempel er involvering av tjenestebrukere i tjenesteutvikling. Denne forskningen har særlig pekt på at aktørers ulike roller i en samskapingsprosess også vil bety at deres bidrag på ulike måter kan påvirke praksiser og utvikling av tjenester (Voorberg et al., 2015). Innovasjonsforskning kan gjerne fremstå som instrumentell i sin tilnærming til medvirkning, men til tross for dette kan slik forskning være relevant når det gjelder å underbygge sammenhengen mellom aktiv involvering og resultat (Osborne et al., 2016). Denne forskningen stadfester at dersom medvirkning fra berørte aktører, som oftest brukere av aktuelle tjenester, skal være effektiv, bør selve medvirkningsprosessen vedvare gjennom hele livsløpet av en tjenesteutviklingsprosess, og videre i utprøving/gjennomføring og i evalueringen av tjenesten etter at den er lansert. Sett i lys av denne forskningen vil det innebære at erfaringskonsulenter må inngå som *likeverdige partnere* når

utfordringene i tjenestene *defineres*, når nye løsninger og prioriteringer utformes og *designes*, og utprøving og implementering av disse nye løsningene og praksiser i tjenestene *evalueres*.

Innføring av erfaringskonsulenter – en sosial innovasjon

Når flere tidligere tjenestebrukere og pasienter ansettes i psykisk helse- og rustjenester som erfaringskonsulenter, kan denne endringen betraktes som en *sosial* innovasjon. Sosiale innovasjoner handler primært om å skape positive sosiale forandringer, forbedre sosiale relasjoner og samarbeide for å møte sosiale behov. Sentralt i sosiale innovasjoner er at de som er berørte selv involveres som aktive partnere i en *samskapingsprosess* for å oppnå ønskede forbedringer. Når erfaringskonsulenter inviteres inn i samskapingen i tjenestene, beskrives dette som et virkemiddel som vil styrke tjenestebrukeres posisjon. Det forventes også at erfaringskonsulentene vil bringe inn brukerperspektiver som kan bidra til å utvikle og endre tjenestene i tråd med tjenestebrukernes behov. Sosiale innovasjoner beskrives altså å omfatte både den *måten* innovasjon oppstår på – etablering av nye relasjoner og samarbeidsflater i tjenestene – og den mulige *effekt*, nemlig nye løsninger eller forbedret håndtering av sosiale problemer (Aakjær et al., 2020). Samskapning med erfaringskonsulenter for å utvikle nye og bedre løsninger i psykisk helse- og rustjenester fremstår umiddelbart som tiltalende. Når nye og tenkelige endringer er knyttet til selve samskapingsprosessen, innebærer dette imidlertid også at eventuelle endringer vil være knyttet til erfaringskonsulenters evne eller mulighet til å bidra i en samskapingsprosess. Ergo, at det vil være en sammenheng mellom vellykkete prosesser og vellykkete resultater.

Erfaringskonsulenters inntreden utfordrer den etablerte normen for praksis og de eksisterende maktstrukturene i tjenestene. Det er uvisst om denne nye rollen oppleves som verdifull for alle andre deltakere i tjenestene, men det er sannsynlig at enkelte vil vurdere dette skiftet i tjenestene som kontroversielt, og kanskje til og med som truende (Meijer & Thaens, 2021). Eksempelvis kan erfaringskonsulenters inntreden føre til at andre yrkesgrupper mister sin plass, eller at deres arbeidsoppgaver blir overtatt

av erfaringskonsulenter. Forskning har for eksempel dokumentert at det kan være et stort overlapp i hvilke type oppgaver og hvilken form for omsorg erfaringskonsulenter yter, sammenlignet med sykepleiere i samme tjenester (Byrne et al., 2016; Debyser et al., 2018). Dette kan medføre at erfaringskonsulenter vil bli foretrukket fremfor andre, fordi de da kan utføre tilsvarende oppgaver til en lavere kostnad.

Sosial innovasjon kan forveksles med inkrementell eller gradvis innovasjon dersom man betrakter endringene i et kort tidsperspektiv. Sett over en lengre periode kan forandringene derimot ha en langt mer radikal innflytelse på den strategiske utviklingen av våre sosial- og velferdstjenester (Tidd & Bessant, 2018). Når erfaringskonsulenter inviteres inn som aktører og samskapere i prosessen med å skape nye og bedre tjenester, er dette en ny og annerledes måte å skape bedre helse og velferd for den enkelte tjenestebruker. På et individnivå er gjerne selve endringen muligens inkrementell. Betrakter vi det imidlertid fra et samfunnspektiv avspeiler denne endringen en forandring av organisering og fordeling av ressurser og roller i tjenestene som er radikal og kan føre til en grunnleggende forandring av forståelsen av et velferdssamfunn.

Erfaringskonsulenters inntreden forstått som en kollektiv mobilisering

Selv om ansettelser av erfaringskonsulenter er en nasjonal satsing, initiert av myndighetene, kan denne innføringen sees på som et resultat drevet frem av press fra sosiale bevegelser og brukerorganisasjoners ønske og opplevde behov for å styrke egen posisjon. På sett og vis kan følgelig ansettelser av erfaringskonsulenter i seg selv representere en kollektiv mobilisering av brukerstemmen og av brukerperspektiver i velferdstjenestene. Dersom fellesskap og grupper gis de riktige forutsetningene kan de få et slags «objektivt handlingsrom» der de kan påvirke og skape endringer i sine omgivelser. Hvilket handlingsrom er det snakk om, og hvordan kan ulike fellesskap bestående av erfaringskonsulenter påvirke sine omgivelser og på denne måten bedre både egne og tjenestebrukeres livsvilkår?

Erfaringskonsulenter har en særegen posisjon mellom tjenestebrukere og tjenestene. Denne posisjonen, som ofte beskrives som «liminal», kan

benyttes til å spore an en videre mobilisering av tjenestebrukere og pasienter. Norske ledere forteller at erfaringskonsulenter har fått egne oppdrag som ledere av brukerutvalg og brukerråd i deres tjenester (Åkerblom & Mohn-Haugen, 2022). Dette kan styrke erfaringskonsulenters handlingsrom i tjenestene, og derigjennom deres mulighet til å styrke tjenestebrukernes situasjon og posisjon.

Sosiale endringsprosesser kan imidlertid være svært vanskelig å sette i gang for minoriteter i tjenestene. I forskningslitteraturen antydes det at det eksisterer et kritisk vippepunkt på rundt 25 prosent før en minoritetsgruppe kan skape sosiale endringer og påvirke etablerte praksiser (Centola et al., 2018). Selv om antallet erfaringskonsulenter er i vekst i de norske tjenestene i dag, vil det i overskuelig fremtid ikke være innen rekkevidde at erfaringskonsulenter i seg selv når dette kritiske punktet (Ose et al., 2019). Alt tatt i betraktning, kan likevel felles «brukerstemmer» få større gjennomslag dersom erfaringskonsulenter mobiliserer tjenestebrukere og pasienter og sammen danner et fellesskap.

Denne kollektive mobiliseringen kan også gradvis påvirke ansvarsområder mellom faggrupper i tjenestene og fordelingen av ansvar mellom offentlig og frivillig sektor. Når personer som skal bringe inn brukerperspektiver i økende grad ansettes direkte i tjenestene, vil de også kunne bringe med seg logikker fra frivillig sektor. Fordi flere erfaringskonsulentstillinger i Norge er deltidsstillinger, innebærer dette i praksis også at flere har stillinger både i de offentlige tjenestene samtidig som de har verv eller posisjoner i frivillige organisasjoner (Holst & Mohn-Haugen, 2021).

Til slutt er ikke erfaringskonsulenters deltakelse i ulike former for kollektiv handling bare betinget av individuell motivasjon, men også påvirket av deres sosiale nettverk. Det finnes både ulike lokale nettverk for erfaringskonsulenter og en nasjonal interesseorganisasjon. I 2021 fikk Erfaringsssentrum for første gang direkte bevilgning til videre drift over statsbudsjettet. Hvorvidt Erfaringsssentrum som en nasjonal interesseorganisasjon er i stand til å bygge nettverk og derigjennom øke handlingskompetansen hos erfaringskonsulenter, kan ha særlig betydning for hvilken endring denne kollektive mobiliseringen kan frembringe i et samfunnsperspektiv.

Avslutning

Dette kapittelet har drøftet noen sentrale forutsetninger og utfordringer knyttet til erfaringskonsulenters deltakelse og posisjoner i psykisk helse og rustjenester. Ulike utfordringer og mulige praktiske implikasjoner i norske tjenester anskueliggjøres, herunder tjenestenes vektlegging av høy profesjonell kompetanse som kan påvirke hvorvidt erfaringskonsulenters kunnskap og kompetanse får gjennomslagskraft i samskapingen. Norske myndigheter ønsker at erfaringskonsulenter skal være et middel for å styrke brukermedvirkning i tjenestene og muliggjøre utvikling av mer brukerorienterte tilbud og tjenester. Til tross for dette er de nasjonale styringsdokumenter utydelige i sine beskrivelser av hvordan erfaringskonsulenter skal arbeide. Arbeidsgivere i tjenestene har i stor grad «makten» til å avgjøre erfaringskonsulenters rolleutforming. Imidlertid kan erfaringskonsulentenes inntreden også forstås som en sosial innovasjon og kollektiv mobilisering av brukerperspektiver i tjenesteutviklingen. Når erfaringskonsulenter inviteres inn i samskapingen for å utvikle nye og bedre tjenester, er dette en ny og annerledes måte å skape bedre helse og velferd – både for den enkelte tjenestebruker samt for utforming av og praksis i tjenestene. Erfaringskonsulenter utfordrer etablerte maktstrukturer, og samarbeidskonstellasjoner i tjenestene endres. Betrakter vi dette skiftet fra et samfunnsperspektiv avspeiler endringen en forandring av organisering og fordeling av ressurser og roller i tjenestene som kan føre til en grunnleggende forandring av forståelsen av hva «god hjelp» er i et velferdssamfunn. Erfaringskonsulenters praksis og medvirkning i norske psykisk helse- og rustjenester vil imidlertid kreve støtte, både fra de fagansatte i tjenestene og fra strategiske ledere som er ansvarlige for å forstå intensjonene og bidra til å skape endringer basert på de styrings-signalene som kommer fra myndighetene.

Referanser

- Agrawal, S., Capponi, P., Lopez, J., Kidd, S., Ringsted, C., Wiljer, D. & Soklaridis, S. (2016). From surviving to advising: A novel course pairing mental health and addictions service users as advisors to senior psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, 40(3), 475–480. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0533-z>

- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 52–59. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2009-01-07>
- Askheim, O. P. & Høiseith, J. R. (2019). Medforskerrollen – i spenningsfeltet mellom anerkjennelse, kooptering og «tokenisme». I O. P. Askheim, I. M. Lid & S. Østensjø (Red.), *Samproduksjon i forskning. Forskning med nye aktører* (s. 214–230). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215031675-2019-13>
- Beresford, P. (2021). *Participatory ideology: From exclusion to involvement*. Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447360490.001.0001>
- Bocking, J., Ewart, S. B., Happell, B., Platania-Phung, C., Stanton, R. & Scholz, B. (2018). «Here if you need me»: Exploring peer support to enhance access to physical health care. *Journal of Mental Health*, 27(4), 329–335. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1385741>
- Borg, M., Sjøfjell, T. L., Ougundipe, E. & Bjørklyhaug, K. I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus* (Forskningsrapport). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Brandsen, T. (2021). Vulnerable citizens: Will co-production make a difference? I E. Loeffler & T. Bovaird (Red.), *The Palgrave handbook of co-production of public services and outcomes* (s. 527–539). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-53705-0_27
- Breimo, J. P. & Røiseland, A. (2021). «Samskaping» i norsk offentlig sektor. *Academic Quarter | Akademisk kvarter*, (23), 36–48. <https://doi.org/10.5278/academicquarter.vi23.7027>
- Byrne, L., Happell, B. & Reid-Searl, K. (2016). Lived experience practitioners and the medical model: World's colliding? *Journal of Mental Health*, 25(3), 217–223. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101428>
- Cabral, L., Strother, H., Muhr, K., Sefton, L. & Savageau, J. (2013). Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health & Social Care in the Community*, 22(1), 104–112. <https://doi.org/10.1111/hsc.12072>
- Centola, D., Becker, J., Brackbill, D. & Baronchelli, A. (2018). Experimental evidence for tipping points in social convention. *Science*, 360(6393), 1116–1119. <https://doi.org/10.1126/science.aas8827>
- Chinman, M., McCarthy, S., Mitchell-Miland, C., Daniels, K., Youk, A. & Edelen, M. (2016). Early stages of development of a peer specialist fidelity measure. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 256–265. <https://doi.org/10.1037/prj0000209>
- Chisholm, J. & Petrakis, M. (2020). Peer worker perspectives on their potential role in the success of implementing recovery-oriented practice in a clinical mental

- health setting. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 17(3), 300–316. <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1729282>
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgs-politikk – om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261–277. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Collins, R., Firth, L. & Shakespeare, T. (2016). «Very much evolving»: A qualitative study of the views of psychiatrists about peer support workers. *Journal of Mental Health*, 25(3), 278–283. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167858>
- Crisanti, A. S., Reno, J., Salvador, J. G., Killough, C. & Greene, R. N. (2019). Perceived helpfulness of peer-delivered trauma specific treatment: A randomized controlled trial. *Psychological Services*, 16(3), 425–432. <https://doi.org/10.1037/ser0000281>
- Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S. & Harrington, S. (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 211–221. <https://doi.org/10.1037/prj0000222>
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, Rebecca. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- De Vries, H., Bekkers, V. & Tummers, L. (2016). Innovation in the public sector: A systematic review and future research agenda. *Public Administration*, 94(1), 146–166. <https://doi.org/10.1111/padm.12209>
- Debyser, B., Duprez, V., Beeckman, D., V, ewalle, J., Van Hecke, A., Deproost, E. & Verhaeghe, S. (2018). Mental health nurses and mental health peer workers: Self-perceptions of role-related clinical competences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 987–1001. <https://doi.org/10.1111/inm.12406>
- Elvemo, O. & Bøe, T. D. (2008). Psykisk lidelse – en kvalifikasjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 306–308. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-04-01>
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2019, 14.juni). *Hva er viktig for deg? – en retningsendring*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Foucault, M. (1999). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (F. Engelstad & E. Falkum, Overs.). Gyldendal.
- Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk* (S. Lie, Overs.). Ad Notam Gyldendal.
- 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), S258–S266. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.010>
- Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J. & Lucock, M. (2014). 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>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., & Larsen, J. (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: Comparative case study research across a range of organisational contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42, 682–694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- 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 & Social Inclusion*, 21(3), 133–143. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0016>
- Glimmerveen, L., Ybema, S. & Nies, H. (2018). Empowering citizens or mining resources? The contested domain of citizen engagement in professional care services. *Social Science & Medicine*, 203, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.013>
- Grob, G. N. (1994). Mad, homeless, and unwanted. A history of the care of the chronic mentally ill in America. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 541–558.
- Harrison, J., Cousins, L., Spybrook, J. & Curtis, A. (2017). Peers and co-occurring research-supported interventions. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 201–215. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1316220>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse* [Strategi]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/hod/2014/HelseOmsorg21/id764389/?q=helseomsorg21>
- Holst, A. & Mohn-Haugen, T. (2021). *Erfaringskonsulentundersøkelsen 2020* (Rapport 1/2021). Erfaringsentrum. <https://www.erfaringsentrum.no/wp-content/uploads/2022/01/EK-undersokelsen2020.pdf>
- Hurley, J., Cashin, A., Mills, J., Hutchinson, M., Kozlowski, D. & Graham, I. (2018). Qualitative study of peer workers within the ‘Partners in Recovery’ programme in regional Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 187–195. <https://doi.org/10.1111/inm.12308>
- Ibsen, B., Levinsen, K., Fehsenfeld, M. & Iversen, E. B. (2021). Voluntary-public sector co-production in Denmark: Why differences between welfare areas? I B. Ibsen (Red.), *Voluntary and public sector collaboration in Scandinavia* (s. 101–136). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72315-6_5

- Juritzen, T. (2021). Erfaringskompetanse – «å bruke en bruker». Utfordringer i kunnskapsutvikling og praksis. I E. Skjeldal (Red.), *Kritiske perspektiver på brukarmedvirkning* (s. 49–62). Universitetsforlaget.
- Langoien, L. J., Hestevik, C. H., Jardim, P. S. J. & Nguyen, H. L. (2021). *Effekt av brukarmedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet: Et forskningskart* (FHI-rapport). <https://hdl.handle.net/11250/2781441>
- MacLellan, J., Surey, J., Abubakar, I., Stagg, H. R. & Mannell, J. (2017). Using peer advocates to improve access to services among hard-to-reach populations with hepatitis C: A qualitative study of client and provider relationships. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0202-x>
- Mahlke, C., I., Kramer, U. M., Becker, T. & Bocka, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 267–281. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000074>
- Marent, B., Forster, R. & Nowak, P. (2015). Conceptualizing lay participation in professional health care organizations. *Administration & Society*, 47(7), 827–850. <https://doi.org/10.1177/0095399713489829>
- Meijer, A. & Thaens, M. (2021). The dark side of public innovation. *Public Performance & Management Review*, 44(1), 136–154. <https://doi.org/10.1080/15309576.2020.1782954>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Mohn-Haugen, T. & Åkerblom, K. B. (2021, 9. november). Å ansette erfaringskonsulenter kan være problematisk [Debattinnlegg]. *Fontene forskning*. <https://fontene.no/debatt/a-ansette-erfaringskonsulenter-kan-vare-problematisk-6.47.830698.74c578887f>
- Merritt, C. C., Farnworth, M. D. & Kennedy, S. S. (2020). Representation through lived experience: Expanding representative bureaucracy theory. *Human Service*, 44(5), 434–451. <https://doi.org/10.1080/23303131.2020.1797969>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y. & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*, 22(3), 304–319. <https://doi.org/10.1177/1049732311420578>
- Mutschler, C., Miller, R., Bromage, B. & Bellamy, C. (2019). Boundary crossing as a guide in the implementation of peer support interventions in mental health. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 22(1), 26–42. <https://muse.jhu.edu/article/759936>
- Olsson, A. B. S., Strøm, A., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K. & Stenberg, U. (2020). How can we describe impact of adult patient participation in health-service development? A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1453–1466. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.028>

- Osborne, S. P., Radnor, Z. & Strokosch, K. (2016). Co-production and the co-creation of value in public services: A suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639–653. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
- Osborne, S. P. & Strokosch, K. (2013). It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the services management and public administration perspectives. *British Journal of Management*, 24, S31–S47. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12010>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Hiland, G. H., Kalseth, J. & Ådnanes, M. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF-rapport 2019:01307). <https://hdl.handle.net/11250/2683985>
- Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*. Helse- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-3-2002-2003-/id170865/>
- Prop. 15 S (2015–2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2015–2016)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: America's declining social capital. I L. Crothers & C. Lockhart (Red.), *Culture and politics* (s. 223–234). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-349-62965-7_12
- Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 393–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Røsvik, A. H. (2019, 27. september). *Brukermedvirkning på tre ulike nivå*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>
- Scott, A. (2011). Authenticity work: Mutuality and boundaries in peer support. *Society and Mental Health*, 1(3), 173–184. <https://doi.org/10.1177/2156869311431101>
- Tidd, J. & Bessant, J. R. (2018). *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change* (6. utg.). Wiley.
- Topor, A. & Matscheck, D. (2021). Diversity, complexity and ordinality: Mental health services outside the institutions—service users' and professionals' experience-based practices and knowledges, and new public management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7075. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137075>
- Torfing, J., Andersen, L. B., Greve, C. & Klausen, K. K. (2020). *Public governance paradigms: Competing and co-existing*. Edward Elgar Publishing.
- Torfing, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2019). Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, drivers, benefits, and ways forward. *Administration & Society*, 51(5), 795–825. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>

- Torfinn, J., Krogh, A. H. & Ejrnæs, A. (2020). Measuring and assessing the effects of collaborative innovation in crime prevention. *Policy & Politics*, 48(3), 397–423. <https://doi.org/10.1332/030557320X15788414270675>
- van Meerkerk, I. & Edelenbos, J. (2018). *Boundary spanners in public management and governance: An interdisciplinary assessment*. Edward Elgar Publishing.
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234–250. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M. & Tummers, L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333–1357. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.930505>
- Voronka, J. (2019). The mental health peer worker as informant: Performing authenticity and the paradoxes of passing. *Disability & Society*, 34(4), 564–582. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1545113>
- Watson, E. (2017). The mechanisms underpinning peer support: A literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6), 677–688. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417559>
- Watson, E. & Meddings, S. (Red.). (2019). *Peer support in mental health*. Macmillan International Higher Education.
- Aakjær, M., Wegener, C., Willumsen, E., Storm, M., Ødegård, A. & Husebø, A. M. L. (2020). Hva skete der med innovasjonen, da den blev 'social'? I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskaping. Sosial innovasjon for helse og velferd*. (s. 278–289). Universitetsforlaget.
- Aare, Trond F. (2021). Brukarmedverknad i pasientløypenes tid. Utfordringer i kunnskapsutvikling og praksis. I E. Skjeldal (Red.), *Kritiske perspektiver på brukarmedvirkning* (s. 139–151). Universitetsforlaget.
- Åkerblom, K. B. (2021). When peer support workers engage in co-creating mental health services. *Academic Quarter | Akademisk kvarter*, (23), 49–63. <https://doi.org/10.5278/academicquarter.VI23.7028>
- Åkerblom, K. B., Agdal, R. & Haakseth, Ø. (2020). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon?* (Rapport 1:2020). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Åkerblom, K. B. & Mohn-Haugen, T. (2022). Utvikling av erfaringskonsulentrollen, fra et lederperspektiv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (2).
- 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.pone.0248558>