

UNIVERISTET I STAVANGER, DET SAMFUNNSVITSKPALEGE FAKULTET,
INSTITUTT FOR HELSEFAG

Brukartilsette si oppleving av eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet

Masteroppgåve i helsevitskap, med
spesialisering i psykisk helsearbeid

Av: Tone Astrid Skahjem

Rettleiar: Anne Marie Rovik

01.06.2014

Ein kvalitativ dybdestudie om korleis brukartilsette opplever si eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet.

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPESIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Hausten 2013-våren 2014

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Tone Astrid Skahjem

VEILEDER: Anne Marie Rovik

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Brukartilsette si oppleving av eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet

Engelsk tittel: Peer support workers experience of his role and function in mental health care

EMNEORD/STIKKORD: Brukartilsetting, empowerment, brukarmedverknad, recovery, peer-support, brukarperspektivet.

ANTAL SIDER: 73

ANTALL ORD: 18013

STAVANGER: Mai 2014

Forord

Dette studie er den avsluttande oppgåva av mi mastergrad i psykisk helsearbeid. Det har vore lærerike år der eg har vorte utfordra til nye tankesett. Masterstudiet har gitt meg mykje verdfull lærdom til bruk i klinisk arbeid. Denne oppgåva har eg arbeid med i nesten eitt år. Det har stundom vore ei frustrerende reise. Men mest av alt har det vore spanande og lærerikt. Og no er eg i mål. Og eg har møtt mange flotte menneske på vegen. Dei skal få ein takk her!

Først ein stor takk til respondentane som sa ja til å la seg bli intervjuet for dette studiet. Eg har vorte så godt motteken av dei. Dei har, alle som ein, vist stor interesse for mitt val av tema.

Takk til Målfrid Fram Jensen. Du hjalp meg med å skaffe respondentar. Me har også hatt fleire samtaler der du har delt av din kunnskap.

Takk til min rettleiar, Anne Marie Rovik. Ditt engasjement for mi oppgåve har hatt ein smittende effekt. Du har teke deg tid til meg, sjølv om eg kom seint i gang. Konstruktiv kritikk og litt spark bak. Og det har eg trengt! Eg kunne ikkje ha vore forutan di hjelp.

Takk til familie, vener og kollegaer som har halde ut med meg i litt små-frustrete tider. No kan eg endelig bli sosial att!

Takk til Mamma, for at du har rettleia meg gjennom nynorskens vakre skog og kratt.

Eg fekk attendemelding om at eg ikkje bør vere uttrykke meg så bastant ved å nytte ordet ”uunnverleg” i oppgåva mi. Men her kjem ordet til sin rett. Takk til min fine syster, Marianne, som i ein travel kvardag som nybakt mamma, har teke seg tida til uunnverlege gode bidrag.

Velsigne Mamma og Pappa for heimen som dei har skapt, i fagre Aurland. Der er den gode roen. Der har eg fått rekreasjon ved å berre vere, og difor fått gjort eit godt stykke arbeid.

Sandnes, mai 2014

Tone Astrid Skahjem

Samandrag

Tema

Dette studiet har teke føre seg den brukartilsette si oppleving av eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet.

Føremål

Føremålet har vore å sjå på korleis den brukartilsette kan bidra med sin kunnskap i det psykiske helsefeltet. Og å setje fokus på dei brukartilsette sin kunnskap som eit viktig supplement til fagleg kompetanse

Metode

Det blei tatt utgangspunkt i ei kvalitativ tilnærming. Det har i alt blitt intervjuet 6 erfaringskonsulentar og medarbeidarar med brukarerfaring. Dei har fortalt om korleis dei opplever si rolle og funksjon på sin arbeidsplass

Funn

Den brukartilsette opplever at sin kompetanse er ønskjta og verdsett innanfor det psykiske helsefeltet. Dette av både leiinga, kollegaer og pasientar/brukarar. Dei erfarer at sin kompetanse kan vere til hjelp for pasienten/brukaren der fagkompetansen kjem til kort. Dei utfyller ein rolle fagpersonellet ikkje kan ta på seg. Det har likevel vore ein tung prosess i implementeringa av deira rolle og funksjon på arbeidsplassen. Brukartilsetting er framleis ein forholdsvis ny rolle i det psykiske helsefeltet. Og dette byr på utfordringar. I sitt arbeid for å få sin kunnskap likestilt med fagkompetanse føler dei framleis at dei kan møte motstand. Dei peikar vidare på at dei saknar rettleiing og eit kollegialt fellesskap med andre brukartilsette. Funksjonen og rolla deira kan synast uklare, både for dei sjølve og for kollegaer. Dette kan gjere det vanskelig å vite korleis nyttiggjere seg deira funksjon.

Stikkord:

Brukartilsetting, empowerment, brukarmedverknad, recovery, peer-support, brukarperspektivet.

Innholdsliste

Forord.....	s. 3
Samandrag.....	s. 4
Kapitel 1. Innleiing.....	s.8
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	s.8
1.2 Føremålet med brukartilsetjingar.....	s. 9
1.3 Historisk bakgrunn for brukartilsetjingar.....	s. 10
1.4 Hensikt og føremål med studie.....	s.10
1.4.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	s. 11
1.5 Organisering av studiet.....	s. 11
Kapitel 2. Forskning og fagutvikling på området.....	s.13
2.1 Litteratursøk.....	s.13
2.2 Internasjonal forskning.....	s. 13
2.3 Erfaringar gjort i Noreg.....	s. 15
Kapitel 3. Teoretisk perspektiv på studien.....	s. 17
3.1 Empowerment.....	s. 17
3.2 Brukarmedverknad.....	s.18
3.4 Brukarperspektivet med erfaringskunnskap.....	s. 20
3.5 Recovery.....	s. 21
Kapitel 4. Metode.....	s. 22
4.1 Presentasjon av respondentane.....	s. 22
4.2 Val av metode.....	s. 23
4.2.1 Det kvalitative intervju.....	s. 23

4.3 Datainnsamling.....	s. 24
4.4 Dataanalyse. Systematisk tekstkondensering: Malteruds fire trinn analyse.....	s.25
4.5 Forskningsetiske betraktningar.....	s. 26
4.5.1 Lovverket.....	s. 26
4.5.2 Datasikkerheit.....	s. 26
4.5.3 Unngå skade.....	s. 27
4.5.4 Studiens truverde.....	s. 27
4.5.5 Hermeneutikk.....	s. 28
4.5.6 Refleksjon over mi førehandsforståing og personleg påverknad av studiet.....	s. 28
4. 6.7 Forventa funn.....	s. 29
4.7 Studiets begrensning.....	s. 29
Kapitel 5. Presentasjon og drøfting av funn.....	s. 30
5.1 Brukartilsette sin rolle.....	s. 31
5.1.1 Pioner rolla.....	s. 31
5.1.2 Brubyggjarrolla.....	s. 34
5.1.3 Rollens betydning.....	s. 39
5.1.4 Rollens verdsetting.....	s. 44
5.2. Funksjonen til den brukartilsette.....	s. 46
5.2.1 Aktuelle behov.....	s. 46
5.2.2 Aktuelle utfordringar.....	s. 50
Kapitel 6. Avsluttande kommentarar.....	s. 58
Litteraturliste.....	s. 60

Vedlegg nr. 1.....	s. 67
Vedlegg nr. 2.....	s. 69
Vedlegg nr. 3.....	s. 72

Kapitel 1. Innleiing

I mitt masterstudie tek eg føre meg brukartilsette si oppleving av eiga rolle og funksjon. Eg vil i første kapitel beskrive min motivasjon til å sette dette fokuset på denne avsluttande oppgåva i mitt masterstudium.

Erfaringskunnskap må utviklast til å i større grad verte ein del av den faglege kompetansen (Ekeland, 2011). Med mi tru på dette kunnskapssynet har eg teke mitt utgangspunkt for dette studiet. I dette kapitlet gjer eg greie for målsetjinga med brukartilsetjingar og problemstillinga vil såleis bli presentert som eit utfall av dette.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Det var ein pasient som sa til meg: *”Har du vore innlagt sjølv? For eg føler at du forstår meg så godt.”* I etterkant har eg grubla over viktigheita av at pasienten og brukaren kan få snakke med nokon som kan kjenne igjen det ein formidlar, og eg har konkludert med at det ho spurte meg om var eit av det finaste komplimentet eg har fått i mitt arbeid.

Eg blei ferdig utdanna vernepleiar i 2007 og har sidan jobba innanfor det psykiske helsefeltet. Erfaringa har eg frå mellom anna akuttpsykiatrisk avdeling, behandlingsspost for psykose og frå rusfeltet. Eg har hatt gleda av å jobbe med fleire brukartilsette siste tida og har sett viktigheita av deira arbeid. Likevel så synes eg å sjå at deira tilbod er lite kjent, både blant pasientar og brukarar, men også hjå oss helsepersonell i det psykiske helsefeltet.

Difor ønskjer eg å setje søkelyset på deira funksjon og kompetanse, for å vere med på å løfte den opp og synleggjere den. Eg ser det som viktig, men opplever ikkje at den er tilstrekkelig implementert på arbeidsplassane.

Definisjon

I dette studie har det blitt intervjuet erfaringskonsulentar og medarbeidarar med brukarerfaring. I denne avhandlinga vert omgrepet brukartilsette brukt som ein samlebetegning for desse to. Vidare vert erfaringskonsulent forkorta som EK og medarbeidar med brukarerfaring forkorta som MB.

Ein brukartilsett er ein som er tilsett med bakgrunn i at vedkommande har erfaring med eigen psykisk sjukdom/ rus, samt erfaring med hjelpeapparatet. Denne opparbeida kunnskapen skal nyttast i sitt arbeid. Vedkommande er tilsett på bakgrunn av personleg erfaringskunnskap innan rus og/eller psykisk helse (Helsedirektoratet & NAV, 2011, Sundfør, 2012).

Brukartilsette kan arbeide både i administrative og i kliniske stillingar, og denne eigerfaringa er sjølv kvalifikasjonen for stillinga. Denne kompetansen skal nyttast i arbeidet (Elvemo & Bøe, 2008). Døme på arbeidsområde kan vere fagutvikling, evaluering, haldnings- og informasjonsarbeid, behandling, rettleiing og oppfølging av brukarar og personalarbeid (Helsedirektoratet & NAV, 2011). Til dømes har EK delteke i prosessen med tilsetjing av ny sjefslege ved psykiatrisk avdeling på Stavanger Universitetssykehus (Waksvik, 2013).

1.2 Føremålet med brukartilsetjingar

Tanken bak brukartilsetjingar er at deira kunnskap, saman med fagkunnskap, kan gi eit meir heilheitleg og betre tilpassa tenestetilbod for den enkelte. Det er basert på tanken, om at dei som har komt seg gjennom psykiske utfordringar, kan hjelpe andre som står ovanfor liknande situasjonar (Blickfeldt Juliussen, 2008).

Brukarmedverknad har dei siste åra blitt eit viktig fokus i arbeidet innan psykisk helse. Det har blitt større fokus på nytten av å dra fordel av brukaranes egne erfaringar. Difor har det blitt meir vanleg å tilsetje menneskje med brukarerfaring i psykisk helsearbeid. Målet med brukartilsetjingar i helseforetaka, er at helsepersonell og pasientar/brukarar skal kunne nyttiggjere seg deira innsikt (Rådet for psykisk helse, 2008).

”Mine erfaringer var dyrekjøpte og kunne brukes til hjelp for andre som sliter i hverdagen.” seier Sundfør (2012 s.367) som her beskriv sin motivasjon for å søke på stillinga som EK. Menneske som sjølv har erfart psykisk lidning og har meistra å leve med det, har kunnskap og

erfaring som kan vere ein ressurs for andre. Med sine kunnskapsbaserte erfaringar vil dei kunne bruke dette når dei kjem ut i arbeid.(Bjørnson, 2011)

1.3 Historisk bakgrunn for brukartilsetjingar

Ideen om brukartilsetjingar går heilt tilbake til 1800-t då den franske legen Pinel meinte at menneske med eigne erfaringar var betre eigna til å forstå andre pasientar sine behov. Men det kom motstand frå mellom anna fagforeiningar. Profesjonaliseringa av psykiatrien sette ein stoppar for vidare utvikling av brukartilsetjingar (Elvemo&Bøe, 2008, Furuholmen, 2007).

Enkelte kollektiv i Noreg har frå 1980-talet tilsett tidlegare rusmissbrukarar i sitt arbeid med rusavhengige (Furuholmen, 2007). Rusomsorga har altså i lengre tid nytta seg av denne typen tilsetjingar, medan det elles innanfor psykisk helse er relativt nytt (Helsedirektoratet & NAV 2011).

Første erfaringskonsulent i Noreg vart tilsett i spesialisthelsetenesta i 2006 ved Sørlandet sjukehus (Erfaringskompetanse.no 2013). I følgje erfaringskompetanse.no er det pr. 2013 registrert 50 erfaringskonsulentar i offentlege stillingar i psykisk helse/rus. Dette talet inkluderer ikkje MBarar. Brukartilsetjing er ikkje forankra i lovverket. Men helsedirektoratet kjem med tilrådingar og prosjektmidler for å få fleire brukartilsette inn i tenestene (Erfaringskompetanse.no 2013).

1.4 Hensikt og føremål med studie

Det kan framleis vere utfordringar knytt til det å forankre brukartilsette på arbeidsplassen. Det kan vere utfordringar knytt til at deira kompetanse synes å vere i eit hierarki der fagkompetanse står høgast. Me som fagpersonell har definisjonsmakta på kva som er mest nyttig (Aarre, 2010).

Føremålet med studie er å setje fokus på dei brukartilsette sin kunnskap som eit viktig supplement til fagleg kompetanse. Dette kan føre til at det psykiske helsefeltet kan yte betre behandling til den som er i behov av psykisk helsehjelp. Ei god personalgruppe treng eit bredt spekter av ulik kunnskap (Furuholmen, 2007).

Føremålet er vidare å setje ord på kva den brukartilsette bidreg med i sitt arbeid, dette for å finne ut kva som gjer deira kompetanse viktig. Kva rammer og forutsetningar har dei for å kunne bidra med sin kunnskap. Og opplever dei at deira kunnskap blir sett på som ein kvalifisert og naudsynt kompetanse.

I dette studie vert det søkt etter svar på den brukartilsette sin tankar omkring si rolle og funksjon i den daglege verksemd. Studie er ein eksplorering av EK-rolla og MB-rolla slik den er utforma og fungerer pr. i dag. Kva utfordringar står det psykiske helsefeltet ovanfor i sitt arbeid for å inkludere brukarperspektivet i større grad.

1.4.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Studiet tek utgangspunkt i følgjande problemstilling:

Kva er dei brukartilsette si oppleving av eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet?

For å svare på ovannemnde problemstilling vert det teke utgangspunkt i følgjande forskningsspørsmål som vidare gjev grunnlag for intervjuguiden:

- Kva funksjon/rolle utøver den brukartilsette i det daglege arbeidet innanfor det psykiske helsefeltet.
- Korleis vert den brukartilsette sin kompetanse implementert i det psykiske helsefeltet.
- Korleis opplever brukartilsette at kunnskapen deira vert motteken av helsepersonell med fagbakgrunn og av pasientar/brukarar.

1.5 Organisering av studiet

I denne oppgåva vert omgrepa pasient og brukar nytta om kvarandre. Dei blir begge brukt som ein betegnning på ein person med psykisk lidning og som er under det psykiske helsevernet.

Etter denne innleiinga om bakgrunnen for val av tema, presentasjon av dette studie sin problemstilling og relevans, vil eg no gjere kort greie for studie sin oppbygging i dei følgjande kapitla.

I det 2. kapitlet gjer eg greie for mitt litteratursøk som ligg til grunn for teori brukt i denne oppgåva. Vidare presenterer eg funn frå dette søket om forskning som allereie er gjort både internasjonalt og i Noreg.

Kapitel 3 tek føre seg det teoretiske perspektivet som eg har valt å nytte i dette studie. Det blir her gjort greie for omgrepa empowerment, brukarmedverknad og brukarperspektivet med grunngeving om kvifor eg ser på dette som relevant teori i høve problemstillinga.

I kapitel 4 tek eg føre meg metoden. Først i dette kapitlet blir mine respondentar presentert. Vidare gjer eg greie for kva kvalitativ analyse inneber. Eg presenterer analyseprosessen og framgangsmåten i mitt studie. Eg skriv korleis eg har valt å nytte meg av Malteruds 4 trinn analyse. Eg tek føre meg prinsipp gjeldande datasikkerheit og oppbevaring av personopplysningar. Vidare tek eg føre meg punkt som kan fremja og hemma studiet sitt truverde. Til slutt gjer eg greie for hermenautikk og reflekterer så over mi eiga førehandsforståing og korleis den kan ha prega studie mitt.

Kapitel 5 er presentasjon og drøfting av dei ulike funna. Her syner eg til ulike sitat frå mine respondentar for å illustrere mine slutningar. Eg byggjer opp under funna med aktuell teori.

I det 6. kapitelet blir mine funn oppsummert i eit samandrag. Eg peiker på vidare forskning som kan eg tenkjer kan vere aktuelt for å klargjere dette tema i endå større grad.

Kapitel 2. Forskning og fagutvikling på området

Brukartilsetjingar i det psykiske helsefeltet er ein heller nyskapande stilling, og der er førebels relativt lite forskning. Ein står ovanfor fleire utfordringar knytt til implementeringa av den brukartilsette si rolle og funksjon på arbeidsplassane (Repper & Carter, 2011). Ein del relevant forskning på brukartilsetjingar har eg likevel oppspora. Eg har plukka ut nokre av desse funna, og dei vert presentert i dette kapitlet.

2.1 Litteratursøk

Mine litteratursøk har blitt gjort i perioden august 2013 til mai 2014. Eg har nytta databasane Cinahl, PsychInfo, Idunn, Helsebiblioteket og Bibsys ask. Søkjeord har blitt valde ut i samarbeid med bibliotekar og med nøkkelord frå aktuell litteratur.

Søkeord som har blitt nytta er: Erfaringskonsulent, medarbeider med brukererfaring, peer support, consumers/service user, consumer providers, consumer participation, brukermedvirkning, empowerment og recovery.

Søka har vore avgrensa til peer-reviewed for å få godkjente forskningsartiklar.

Eg har deretter gått gjennom søka ved å sjå på emneord og ved å lese abstrakta. Deretter å plukke ut aktuelle artiklar for vidare lesing. Dei som ikkje omhandlar psykisk helse/mental health har blitt ekskludert. Inkludert er både psykisk helse og rusproblematikk.

Eg har også ekskludert forskning som omhandlar brukartilsette i sjølvhjelpsgrupper.

Vidare har eg nytta aktuell litteratur frå masterstudiet i psykisk helsearbeid samt fått tips til litteratur frå min rettleiar.

2.2 Internasjonal forskning

Noko av forskinga eg her nyttar har sine avgrensningar i at dei er basert på relativt få respondentar. Men det viser seg at funna er gjennomgåande i fleire studier, noko som styrkar deira gyldigheit og truverde.

I Repper og Carter (2011) sitt litteraturstudie over brukartilsetjingar, kjem det fram at antal brukartilsetjingar dei siste ti åra, har vokse monaleg i USA, Australia og New Zealand. Fokuset på recoveryperspektivet har vore ein viktig faktor for dette. Recoverytankegangen inneber mellom anna å bringe erfaringsbasert kunnskap inn i det psykiske helsefeltet (Sheperd, Boardman & Slade, 2007). Dette perspektivet vert nærare presentert i kapittel 3.

Recovery Innovations er ein amerikansk organisasjon som yter psykisk helsehjelp. Med sine verdiar i recoveryperspektivet, så har dei sidan 1999 hatt brukartilsetjingar. Dei sette seg som mål å rekruttere brukarar på alle nivå, og i alle funksjonar i organisasjonen. Dette har ført til nedgang i antal sjukehusinnleggingar, minska bruken av tvang, samt auka stabilitet i brukaren sin busituasjon. (Ascraft & Anthony 2005).

I Danmark vart det gjennomført eit treårig, landsdekkjande prosjekt der 82 MB-arar deltok i både kvalitative og kvantitative studie. Dette for å evaluere korleis dei opplever seg mottekne, av både leiarar, kollegaer og pasientar. Dei søkte å finne ut av kva som fungerer når ein MB-ar tek til i denne stillinga, og kva utfordringar står ein ovanfor.

Konklusjonen vart at 75% av MB-arane sat att med overvekt av positive erfaringar av mottakinga dei fekk på arbeidsplassen. Men det kjem mellom anna fram at det er naudsynt at tilsetjinga er forankra på leiarnivå. Nokre opplevde også at dei ikkje vart handsama som likeverdige av kollegaer med fagkunnskap. Dei opplevde at deira erfaringar ikkje vart sett på som kvalifisert kompetanse (Blickfeldt Juliussen, 2008).

Av den forskning eg har gjennomgått finn eg liknande resultat på tvers av landegrensene. Både helsepersonell og dei som mottek helsehjelpa, får utbytte av brukartilsetjingar. Og nytteverdien verkar å vere stor. Også som ein eigenverdi for den brukartilsette sjølv. Dette ved at han får delta i meningsfullt arbeid. Samt at han får moglegheit å få brukt sine dårlege livserfaringar til noko godt (Faulkner & Basset 2012)

Berry et al. (2011) har i sitt studie i England konkludert med fleire positive funn av brukartilsetjingar. Mellom anna peiker studie på at brukartilsetjingar er med på å redusere stigma. At det riv ned ein barriere i ein kultur som kan opplevast å vere inndelt i "dei" og "oss". Brukaren på eine sida som den sjuke, og helsepresonell på andre sida som den friske. Den brukartilsette utfordrar også fagpersonell til å i større grad legge til rette for den enkelte brukar sine preferansar og verdiar. Dette opplever dei brukartilsette vert godt motteke og

verdsett. Anna helsepersonell etterspør å involvere den brukartilsette si kunnskap i sitt arbeid i enda større grad.

Det som verkar å gå att i forskningslitteraturen, med tanke på utfordringar, er mellom anna rollevaklaringa til den brukartilsette. Det kan verke som det er uklare arbeidsinstruksar og ulike forventingar til funksjonen deira. (Berry et al., 2011, Faulkner & Basset, 2012, Henderson, 2012, Cabral et al. 2013).

Vidare i dette vert det peika på at dei ofte er tilsett i små stillingar, har mange funksjonar og avgrensa kapasitet. Dei rekk ikkje over alt som helsepersonell ønskjer at dei skal delta på (Berry et al. 2011, Henderson, 2012)

Nokre studie syner og at den brukartilsette ikkje arbeider under like kår som anna helsepersonell. Det vert då mellom anna peika på det lønsmessige, samt andre rettigheitar knytt til arbeidstilhøva. Til dømes er den brukartilsette ofte tilsett i prosjektstillingar, og ikkje i fast arbeid (Berry et. al., 2011, Faulkner & Basset, 2012). Ein fjerde utfordring som synes å gå att, er at det er mangel på å gi adekvat utdanning og rettleiing for den brukartilsette (Berry et. al., 2011, Faulkner & Basset, 2012).

2.3 Erfaringar gjort i Noreg

Det har vorte gjort få, men gode erfaringar i høve brukartilsetjingar her i Noreg (Elvemo & Bøe, 2008). Men som i den internasjonale forskinga, så vert det peika på at ein står ovanfor ei utfordring knytt til stigma. Brukarerfaringa synes framleis ikkje å vere likestilt med fagkunnskapen som helsepersonell set inne med. Det kan vere tendens til eit hierarki der dei som har sete på skulebenken og har tileigna seg teori, står over dei som har opparbeida seg kunnskap om korleis oppnå betring av psykiske lidingar, ved å sjølve har erfart lidinga (Rinaldi et al., 2004, Elvemo & Bøe 2008).

Det vert mellom anna peika på to utfordringar med å tilsetje EK: det er naudsynt å forankre stillinga og arbeidsoppgåvene tydeleg i leiinga. Rolla må altså vere avklara og lettfatteleg. (Helsedirektoratet & NAV, 2011, Bjørkman & Pettersen, 2012). Det kan og oppstå problem med samarbeidet der initiativet til tilsetjinga kun er eit initiativ frå leiinga. Den må vere implementert i kollegagrappa, at arbeidsplassen sine oppgåver og oppgåvefordeling bør vere klargjort (Blickfeldt Juliussen, 2008).

Danielsen (2010) har i si masteroppgåve dybdeintervjua 6 respondentar. 3 med fagkompetanse og 3 med erfaringskompetanse. Ho konkluderer med at det ser ut til å vere einigheit om at erfaringskompetanse er ein kunnskap som er til stor nytte i psykisk helsearbeid. Likevel kjem det fram at dei med fagkompetanse møtte den brukartilsette annleis i sin kommunikasjon enn det dei gjorde med sine kollegar. Til dømes var dei meir vare for å gi kritikk til EK.

I Bergen og Buskerud har dei, via NAV, starta opp ei eiga utdanning for MBarar. I rapportane deira kjem det fram at fagfolk i byrjinga var noko skeptiske til brukartilsetjingar. Desse haldningane har endra seg positivt (Helsedirektoratet & NAV, 2011, Brørs, 2012). Arbeidsgjevarane der MBarar har hatt praksis under utdanninga, seier at erfaringskompetanse er nyttig for tenesta dei yter.

Men det kan og sjå ut som at mange tilsette innanfor psykisk helse er lite villige til å vektlegge brukaren sin kompetanse og erfaring (Elvemo&Bøe, 2008). Klinisk erfaring har hatt vekslende status mellom anna fordi erfaring blir sett på som eit usikkert og vilkårlig kunnskapsgrunnlag, og difor utan vitskapleg verdi. Erfaring kan lett bli assosiert med subjektive opplevingar, i motsetnad til vitskap som representerer objektivitet (Ekeland, 2011).

Det synes også å vere ein tendens til at helsepersonell har oppfatningar om at periodar med psykisk sjukdom, kan vere einstyande med at ein har manglande evne til å ivareta eit arbeid og utvikle seg profesjonelt (Blickfeldt Juliussen, 2008).

I mitt litteratursøk så synes det å vere lite informasjon om den brukartilsette sitt perspektiv. Korleis den brukartilsette faktisk opplever arbeidet sitt, og korleis dei opplever implementeringa av erfaringskunnskapen på sin arbeidsplass. Det er mykje av dei same utfordringane ein står ovanfor i Noreg som i elles av verda. Men eg får også eit inntrykk av at brukartilsetjingar ikkje i like stor grad har vorte like godt integrert her i landet som i dei andre nasjonane eg har henta forsking frå. Det som er felles er at brukartilsetjingar vert sett på som eit gode. Både for pasienten, den brukartilsette og resten av kollegagruppa.

Kapitel 3. Teoretisk perspektiv på studien

Eg ser på brukartilsetjingar som eit viktig bidrag for å auke brukarmedverknad i det psykiske helsefeltet. Eg vil her vise til teori som støtter opp om dette.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2006) kjem med tiltak for å auke brukarmedverknad. Men det er eit gap mellom desse ideala dei fremjer og rammevilkåra som kan imøtekomma desse ambisjonane. Det er ikkje nok at brukarmedverknad vert forankra på eit organisatorisk nivå ved å til dømes kun auke tilgjengelige tenester. Skal ein imøtekomme behovet om reell brukarmedverknad, må og vårt kunnskapssyn bli utfordra. Kunnskapssynet vårt er nemlig dominert av det medisinske perspektivet (Aarre, 2010). Ein må gyldiggjere og implementere kunnskap basert på pasientane og brukarane sine erfaringar (Ekeland, 2011).

Det er fokuset i dette kapitlet. Først gjer eg greie for omgrepa empowerment og brukarmedverknad. Deretter setjer eg det i samanheng med brukarperspektivet. Det er det perspektivet som kan utfordre vårt kunnskapssyn. Til slutt presenterer eg kort recovery. Dette fordi recoverytankegangen tek utgangspunkt i brukarmedverknad og støtter opp om brukartilsetjingar (Sheperd, Boardman & Slade, 2008).

3.1 Empowerment

Dette omgrepet kom for alvor opp på 1970-talet i USA som eit svar på undertrykte grupper si oppleving av avmakt. Innføring av empowerment hadde til føremål å myndiggjera dei undertrykte (Askheim & Sterrin, 2010 Løken, 2010). Empowerment kan synast å vere eit noko diffust og omstridt omgrep som ikkje let seg direkte oversetje til norsk. Men eit relevant ord som kan forklare innhaldet kan vere myndiggjering. Eller å gi makt eller autoritet til, å tillate. Det er eit uttrykk for maktoverføring, ved at ein får makt eller tek makt (Askheim&Starrin, 2010). Tanken bak innføringa av omgrepet var å bryte den ovanfrå og ned haldninga i samfunnet. At dei som styrer overfører meir makt til lokalmiljøet og det enkelte mennesket. Altså eit oppgjer med det som vart opplevd som eit paternalistisk samfunn (Øverlid, 2010, Askheim, 2010).

Utgangspunktet for eit paternalistisk syn er at mennesket sjølv ikkje er i stand til å vite kva som er til det beste for seg sjølv. Det er ekspertane som har råderetten (Aarre, 2010).

Empowerment og paternalisme utgjør altså to ulike måtar å forholde seg på ovanfor personen med ei psykisk lidning (Askeheim & Starrin, 2010).

Profesjonalisme er gjerne synonymt med paternalisme. I det psykiske helsefeltet har paternalisme vore rådande. Det er ekspertane som har hatt mydigheit til å avgjere kva som er den beste behandlinga for pasienten. I empowerment tankegangen vert det tatt avstand frå denne tankemåten. I det psyksiske helsefeltet inneber dette at brukaren vert meir sjølvstendig og kan ta utgangspunkt i egne preferansar og verdiar (Askheim & Starrin, 2010, Ekeland & Heggen 2007, Øverlid, 2010). I empowermenttankegangen skal helsepersonell først og fremst vere ein tilretteleggar for pasienten (Ekeland & Heggen, 2007).

Det betyr at helsepersonell får mindre makt over pasienten. Dette kan by på utfordringar då makt stort sett vert betrakta som eit gode (Vik, 2007). Utfordringa for helsevesenet no er å sjå på brukaren som ein ekspert. Profesjonane må gi frå seg makt for at brukarane skal få større påverknad. Slik vil han kunne oppleve likeverd, i det som i utgangspunktet er ei skeiv maktfordeling (Aarre, 2010, Storm, 2009). Eit perspektiv som byggjer på at fagpersonen ikkje skal framstille seg som ekspert, men meir som ein rettleiar, som stiller sin kompetanse til rådighet, er recovery. Verdiane der er bygd på sjølvråde og sjølvstyring (Shepherd, Boardman & Slade, 2007). Recovery kjem eg nærare tilbake til i slutten av kaptilet.

Utifrå mi forståing er empowerment ein overordna verdi for alle menneske. Og for å oppnå empowerment for det enkelte individ, må ein ta utgangspunkt i brukarmedverknad (Storm, 2009).

3.2 Brukarmedverknad

Som empowerment så er også brukarmedverknad eit begrep for å styrkje brukaren sin situasjon i velferdssektoren (Rønning, 2010). Brukarmedverknad i helsetenesta dreier seg om at pasienten sjølv skal medverke og ta avgjerder i saker som angår dei. Både i utforminga av tenestetilbodet og i beslutningsprosessen (Ekeland & Heggen, 2007, Løken, 2007).

Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helsedirektoratet 2006) har brukarmedverknad som sitt sentrale punkt. Her står det at brukarmedverknad skal vere ei supplerings for fagfolk, politikarar og administrasjon. Dette fokuset skal liggje som grunnlag i planlegging, utforming og drift av eit betre tenestetilbod. Dei regionale helseføretaka er forplikta til å ha eit

brukarutval og pasientar/brukarar skal delta på utforming, gjennomføring og utvikling av helseføretaka (*Storm, 2009*). Reel brukarmedverknad inneber at pasienten og brukaren har eit avgjerande ord med i beslutningar om seg sjølv (*Rønning, 2010*)

Det er ulike måtar å dele opp brukarmedverknad på. Til dømes deler Helsedirektoratet (2006) det opp i tre nivå. Brukarmedverknad kan føregå på individ nivå, gruppe nivå og samfunnsnivå. Men i dette studie tek eg imidlertid utgangspunkt i ein to-delt oppdeling, på systemnivå og på individnivå. Der systemnivået då inkluderer det ovannepte gruppe- og samfunnsnivå.

På individnivå handlar brukarmedverknad om den enkelte si rettigheit og mogligheit til å påverka eiga liv. Innanfor det psykiske helsefeltet vil det då sei at ein får aktivt delta i eiga behandlingstilbod. Det handlar om den daglege samhandlinga mellom pasienten og helsepersonalet. Ha råderett over eiga kvardag (*Alm Andreassen, 2006, Helsedirektoratet, 2006*).

Brukarmedverknad på systemnivå handlar om påverknad på sjølve utforminga av tenestetilbodet og rammebetingelsane. Det kan til dømes handle om undervisning-, informasjon- og haldningsarbeid. Og det å påverke myndigheitene i planlegging og drifta av det psykiske helsefeltet. Det inneber at brukargrupper- og organisasjonar vert involvert i utforminga av tenestetilbodet. Påverke politikarane til å betre vilkåra for utøving av brukarmedverknad. (*Alm Andreassen, 2006, Helsedirektoratet, 2006*).

Ein måte å styrkje brukarmedverknad på er brukartilsetjingar. Medarbeidarar med brukarerfaring er ein ressurs for tenestene innanfor psykisk helsearbeid, og for brukarane av dette tilbodet. (*Helsedirektoratet, 2013*). Utifrå dei tidlegare nemnte arbeidsoppgåvene til brukartilsette, så kan ein sei at dei kan bidra til brukarmedverknad, både på individ- og på systemnivå.

Det er viktig å anerkjenne pasienten og brukaren sin erfaring og kompetanse om seg sjølv og si lidning. Dette har i seg sjølv ein eigenverdi, ved at ein har råderett over eiga liv. (*Nytingnes & Skjerve, 2007*).

3.4 Brukarperspektivet med erfaringskunnskap

Dette perspektivet er i liten grad blitt reflektert over i forskning og kunnskapsutvikling. (Ekeland, 2011). Ideen om brukarmedverknad uttrykker eit perspektivskifte, når det gjeld den historiske urokkande tilliten til fagleg ekspertise. Her skal ikkje pasientar og brukarar bli sett på som hjelpelause, men som ressurspersonar som set inne med kunnskap, erfaringar og perspektiv, som hjelpeapparatet treng for å møte behova på ein god måte. Den erfaringskompetansen dei sit inne med, må i større grad verte ein del av den faglege kunnskapen. (Alm Andreassen, 2006).

Det medisinske perspektivet har dominert utviklinga og utforminga av tenestene i det psykiske helsefeltet. Det inneber at ein ser etter biologiske forklaringar på psykisk sjukdom. Kategoriserer i diagnosar, og behandlar og medisinerer utifrå det. Psykofarmakologien og biologisk psykiatri er rådande i vestleg psykiatri (Aarre, 2010, Kolstad, 2011)

Sjølv om dette perspektivet kan vere til nytte, så er det ønskjeleg å foreine fleire perspektiv på psykiske lidingar. Og å ta klarare utgangspunkt i kva brukarane seier at dei er i behov av. Gjennom å tenkje i andre perspektiv enn det medisinske, kan ein hjelpe folk på andre måtar og nærme oss brukaren sitt perspektiv (Aarre, 2010).

Statlege føringar støtter opp under dette. Myndigheita stiller no klare krav til tenesteytingane. Dei må, som nemnt, leggje til rette for, og etterspørje brukarmedverknad (Volden, 2011). Innanfor psykiatrien har det ikkje vore tradisjon eller kultur for å jamstille brukarkompetanse med fagkompetanse (Løken, 2007). Den teoretiske kunnskapen (fagkompetansen) har forrang, og tidvis monopol, på kva som kan omtalast som gyldig kunnskap (Karlsson, 2013). Men det er tre former for kunnskap som er sentrale i utøving av omsorgsfaga: teoretisk, praktisk og erfaringsbasert. Desse tre skal vere likestilte (Karlsson, 2013).

Professor Ekeland og psykiater Aarre er to som set søkelys på den erfaringsbaserte kunnskapen. Dei fremmer brukarperspektivet og gyldiggjering av den subjektive erfaringa. Brukarperspektivet handlar om å gjere erfaringskompetansen truverdig og brukande (Aarre, 2010, Ekeland, 2011).

Spesialisert fagkunnskap åleine er ikkje tilstrekkelig til å yte best mogleg teneste. Det er ingen andre enn brukarane sjølve som kan fortelje oss korleis tenestene blir opplevde. (Aarre, 2010, Ekeland, 2011, Løken, 2007).

Brukarrepresentant og erfaringsformidlar Odd Volden (2010) seier at brukarperspektivet ”spiser fagmiljøets makt”. Men også han påpeiker at det eine perspektivet ikkje treng å utestengje det andre. Han ser verdien i at ein kan samanfalle fleire perspektiv.

Brukerperspektivet er i ferd med å få større godkjenning. Men han er likevel uroa overfor at det framleis knapt er etablert eit reelt brukarperspektiv innanfor psykisk helsefelt.

3.5 Recovery

Recovery kan omsetjast til norsk som betringsprosess (napha.no, 2013). Som ved empowerment og brukarmedverknad, så vil og forståinga av omgrepet recovery variere alt etter kven som definerer. Men recoverytankegangem har som haldning at me alle har ein grunnleggande verdi i det å vere eit menneske (Karlsson & Borg, 2013). Det unike ved dette perspektivet er at kunnskapen er utvikla utifrå erfaringskunnskap. I det psykiske helsefeltet er fokuset her kva pasienten sjølv meiner skal til for å ”komme seg”. Vidare skal behandlingsapparatet rundt den psykisk sjuke, fungere som rådgivarar og støttespelarar. Det er pasienten sjølv som er i førarsetet (napha.no, 2013).

I Helsedirektoratet sin nyaste vegleiar i psykisk helsearbeid ”Sammen om mestring” (2014), vert recovery presentert som eit perspektiv dei støtter opp om. I recoveryorientert praksis vert det mellom anna peika på at brukartilsetjingar bør integrerast med fagkunnskap. Denne måten å arbeide på inneber at fagpersonen tek utgangspunkt i at brukaren er ekspert på seg sjølv og sine erfaringar. (napha.no 2012). Fagpersonen si rolle går frå å vere styrande til å bli meir samtalepartnar på likefot med den hjelpetrengande (Askheim, 2012)

Kapitel 4. Metode

I dette kapitlet gjennomgår eg prosessen frå rekruttering av respondentar til analysen av funna. Eg presenterer den kvalitative metoden som eg har valt å nytte meg av. Eg ser på dens styrker og svakheiter, og grunnleggjend kvifor eg ser den som relevant for dette studiet. Det vert forsøkt å peike på element som både støttar og avgrensar dette studiet sitt truverde. Eg gjer greie for refleksjonar og tankar eg har hatt under vegg. Dette for å gjere lesaren merksam på faktorar som kan ha påverka resultatane av mi analyse.

4.1 Presentasjon av respondentane

Kriteriet for å delta som respondent i dette studie, var at vedkommande var tilsett i lønna stilling som erfaringskonsulent, eller medarbeidar med brukarerfaring.

Eg har intervjuet seks brukartilsette. Det vart teke kontakt med i alt åtte aktuelle respondentar. Ein person ønskte ikkje å delta og ein person trekte seg.

Nokre har arbeidd i denne type stilling over fleire år, medan andre har vore tilsett i underkant av 1 år. Arbeidsoppgåvene deira er allsidige, og går litt over i kvarandre, uavhengig av om dei er tilsett som EK eller MB. Dei nyttar si erfaring i undervisning for helsepersonell og pasientar/brukarar. Nokre sit i ulike utval og arbeider med retningslinjer og fagutvikling, medan andre har sitt hovudfokus på miljøarbeid. Samtlege har direkte kontakt med pasientar/brukarar.

Informantane er rekruttert frå ulike regionar i Rogaland fylke. EK ved Stavanger Universitetssjukehus, Målfrid Fram Jensen, har vore til hjelp i rekruttering av respondentar. Ho har mellom anna bidrege med kontaktinformasjon til arbeidsplassar som har brukartilsette. I utgangspunktet var det ønskeleg at aktuelle respondentar fekk førespurnad om å delta i studie via eit mellomledd. Dette for å ikkje føle seg pressa til å delta. Dette synt seg noko vanskelig, då nokre respondentar aldri fekk førespurnaden frå mellomleddet. Det enda då med at det vart teke direkte kontakt med nokre av respondentane.

4.2 Val av metode

Eg har valt ei kvalitativ tilnærming til dette studie. Når ein skal utforske menneske sine erfaringar, opplevingar, verdiar og samhandling, så er denne forskningsstrategien nyttig (Malterud, 2013). Det er den brukartilsette si erfaring, oppleving og vurdering som her skal setjast søkelys på. For å komme nærare deira erfaring, i og med at dette er subjektorientert forskning, så er kvalitativ metode eit design som kan auke relevansen og gyldigheita (Ekeland, 2011). Den omsorgsbaserte kunnskapen krev å bli framstilt gjennom subjektive skildringar (Karlson, 2013).

Når ein skal studere eit fenomen i sin naturlege setting, og prøve å forstå og å tolke eit fenomen, skjønne meininga mennesket gjev fenomenet. Då eignar det seg å nytte kvalitativ metode i denne prosessen (Denzin&Lincoln, 2005). Ulemper med kvalitativ metode, kan vere at det vil vere vanskeleg å generalisera svara ein får. Det vil vere vanskeleg å kunne prove og forklare klare samanhenger. I denne metoden skal ein meir prøve å forstå (Johannessen et al. 2010). Ein er avhengig av at det er same forskar som arbeider gjennom heile prosessen. I motsetnad til kvantitativ der det let seg gjere å vere objektiv. Det ikkje er avhengig av kven som forskar (Johannessen et al., 2010).

Studie har eit eksplorerande, deskriptivt design. Eg ønskjer å utforske og å beskrive respondentane sine opplevingar.

Kvalitativ metode kan innebera ulike måtar å hente informasjon på. Til dømes direkte observasjon, direkte deltaking, dokumentasjonsanalyse og intervju (Holme & Solvang, 1996). Eg har valt intervju som metode for å innhente informasjon.

4.2.1 Det kvalitative intervju

Intervju som metode for innhenting av opplysningar, vil eigne seg då eg set søkjelyset på eit sosialt fenomen. Eit intervju vil gi respondenten større fridom til å uttrykke seg, bruke egne ord/forståing av omgrep (Johannessen, et al., 2010). Respondenten kan sjølv vere med å bestemme kva han, i si rolle som brukartilsett, finn relevant. Og han får sett ord på det komplekse og nyanserte i problemstillinga (Johannessen et al., 2010).

Eg har nytta eit semistrukturert intervju (vedlegg nr.1). Dette tillet meg å ha ein guide med liste over aktuelle tema, og ha generelle spørsmål som utgangspunkt. Då vil intervjuet vera

meir tilpassa den enkelte. Respondenten kan sjølv vere med på å bestemme rekkefølga. Dette kan gi ein god ballanse enn det å få standardiserte spørsmål. Dei kan riktig nok vere lettare å samanlikne. Men det å vere fleksibel kan skape ein meir uformell atmosfære og gjere det lettare for informanten å snakke. (Johannessen et al., 2010, Malterud, 2013). Det kan og føre meg inn på nye synsvinklar og tema. (Thaagard, 2010).

4.3 Datainnsamling

Før intervjuet fant stad, fekk respondentane tilsendt samtykkjeskjema(vedlegg nr.2). Dei fekk informasjon om studie sitt føremål, om mi plikt for anonymisering, deira rett til å kunne trekke seg frå studiet når som helst, utan å måtte oppgi årsak for dette. Det vart og påpeikt at all informasjon ville bli handsama konfidensielt. Dei måtte også ta stilling til om dei godtok at intervjuet vart teke opp på band. Vidare vart forskningsspørsmåla presentert for dei på førehand, slik at dei, om ønskjeleg, kunne setje seg inn i og førebu seg på for kva type spørsmål som ville bli stilt.

Respondentane fekk sjølv velgje kvar intervjuet skulle finne stad. Dette for at respondenten skulle vere i trygge omgjevnader. Det kan vere meir komfortabelt for respondenten å opphalde seg i sin naturlege og kjende setting (Polit & Beck, 2006).

Samtlege informantar godtok at det vart nytta bandopptakar under intervju. Det vart og teke notatar, dette for å hugse aktuelle oppfølgings- og utdjupingsspørsmål, som dukka opp undervegs i intervju. Det vart og teke notatar til å skildre andre observasjonar, som ikkje kom med på lydband. Dette kan også vere viktige kjelder til informasjon (Johannessen et al., 2010).

Då det enkelte intervju var gjennomført, transkriberte eg det, ord for ord. Dette for å kunne jobbe med stoffet medan eg hadde det ferskt i minne (Thagaard, 2010). Men også for at eg, ved å høyre meg sjølv i dialogen, kunne evaluere måten eg har snakka på, og gjere det betre til neste intervju. Vidare gav dette meg eit heilheitsinntrykk, og ein peikepinn på kva nye aktuelle tema det kunne vere interessant å spørje neste respondent om (Malterud, 2013).

Lengda på intervju varierte frå 20 minutt til 1,5 time. Samtlege respondentar sa ja til å verte kontakta i ettertid av intervjuet, for å svare på nye spørsmål som kunne dukke opp. Eller for å

greie ut om ting som kunne synast uklart. Av denne årsak har eg over tid hatt kontakt med fleire av respondentane.

4.4 Dataanalyse. Systematisk tekstkondensering: Malteruds fire trinn analyse

Analysen som er nytta i dette studiet har teke utgangspunkt i Malteruds fire trinn analyse, som igjen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2013).

I første trinn er målet å få eit heilheitsinntrykk. Eg las gjennom det transkriberte materialet, for å få eit overblikk over tema som tyktes vere aktuelle.

I trinn to vert det skilt ut meiningsdannande einingar. Eg valde ut sitat som eg opplevde som relevante for å få svar på problemstillinga.

I det tredje trinnet prøvde eg å identifisere desse sitata, lage subgrupper av dei.

I det fjerde trinnet har eg valt å setje eit omgrep på det enkelte funnet. Finne essensen i kvar subgruppe, ved å namngi ein hovudkategori som kan vere dekkande for funnet.

Denne framgansmåten vart gjort med samtlege intervju, for så å samanfatte likheiter og ulikheiter.

Her kjem to dømer frå mitt analysearbeid, for å illustrera framgansmåten min. Den er inspirert av metoden til Malterud. Det første er i høve rolla til den brukartilsette. Det siste gjeld deira funksjon. Det er desse to forholda som skal klargjerast i høve problemstillinga.

1. Ein respondent fortalde om korleis det var å byrja i ei nyoppretta prosjektstilling:

- *Veldig mange (helsepersonell) var skeptiske. Me visste ikkje kva me skulle gjere, og dei andre visste ikkje kva me skulle gjere. Men no når folk har fått brukt ei stund (...) Dei som kjem etter oss, dei blir brukt meir, for no veit dei korleis dei skal bruke oss.*

Dette går på rolla til den brukartilsette. Korleis han opplever seg motteken i det psykiske helsefeltet, som ein av dei første tilsette. Han har altså hatt ei pioner-rolle. Her ser ein at temaet handlar om at det har vorte ei endring frå usikkerheit kring rolla deira, til meir fortruligheit, både hjå fagpersonell og hjå den brukartilsette sjølv. Det har altså vore ein prosess som har gitt erfaringar. Frå lite til meir kunnskap om rolla. Alle respondentane som har fleire års erfaring, kjem med liknande døme. Dei fortel om kampar som har vorte kjempa

for å få innpass i det psykiske helsefeltet. Frå dei byrja og til no, har dei opplevd ein endring i haldningar: frå skepsis til tillit. Frå skepsis til tillit, ser eg på som essensen og hovudkategorien på dette funnet knytt til pionerrolla.

2. Ein respondent fortel om utfordringar knytt til hans funksjon:

- Det å vere så tett på andre menneske sine psykiske problem er beintøft. Så eg blir veldig sånn, eg møter meg sjølv veldig mykje i døra (...) Så eg merker at den rolla mellom å vere her som tilsett og brukar, den må eg vere veldig forsiktig med.

Teamet handlar om utfordringar ved bruk av egne erfaringar som miljøarbeidar. Sett i samanheng, så er dette eit utsegn knytt til at vedkommande ikkje har konkrete tilbod om rettleiing på sin arbeidsplass. Essensen her tenkjer eg då er trongen for rettleiing.

4.5 Forskingsetiske betraktningar

4.5.1 Lovverket

Studiet har vorte godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste i henhold til personopplysningslova av 2012 (vedlegg nr.3), samt av forskningsavdelinga på dei arbeidsplassane der dette var naudsynt.

Det skal vere frivillig om ein ønskjer å delta som respondent. Personopplysningslova §8 (2012) påpeiker at ein skal samtykke for bruk av personopplysninga. Forvaltningslova § 13 (2009) set rammene for teieplikta mi, som då gjeld opplysningar om personelge tilhøve til informanten. All informasjon gjeven i intervjuet, skal ikkje kunne attendeførast til enkeltpersonar (Johannessen et al., 2010).

Først etter at prosjektet hadde vorte godkjent av NSD og av aktuelle forskningsavdelingar, samt etter skriftleg samtykke frå respondenten, så blei intervjuet gjennomført (Johannessen et al., 2010).

4.5.2 Datasikkerheit

Respondenten skal kjenne seg trygg på at informasjonen vert behandla konfidensielt (Kvale & Brinkman, 2009). Opptak frå intervju på bandopptakar, vart sletta då føremålet med opptaket

var oppfylt (Datatilsynet, 2011). Altså etter at intervjuet blei gjort skriftleg. Samtykkeskjema, som respondentane har skrivi under på, har vorte oppbevart skilt frå det transkriberte materialet. All informasjon har vorte oppbevart i privat heim, der ingen utanom meg sjølv har tilgang. Privat PC, nytta for transkribering og skriving av oppgåva, har vore låst med passord.

4.5.3 Unngå skade

Kvale og Brinkman (2009) påpeiker at den menneskelege kontakten og kommunikasjonen som går føre seg i eit intervju, vil påverka respondenten. Intervjusituasjonen er prega av å vere asymmetrisk. Det er respondenten som skal vere den som opnar seg opp og er fortruleg, medan eg som intervjuar definerer situasjonen (Thagaard, 2010). Det vil vere ei rekke etiske dilemma, når ein skal forske og gå inn på private liv. Frå starten av er det viktig å vere seg medviten om kva etiske problemstillingar som kan gjere seg gjeldane. Både under sjølve intervjuet og i handsaminga og analysen av informasjonen etterpå (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjuet skal gå føre seg på respondenten sine premisser. Då vil det vere naudsynt at eg ikkje presser respondenten til å utveksle meir info enn han sjølv ønskjer (Thagaard, 2010).

Vidare er det mitt ansvar å skape og leggje til rette for, ein open og god atmosfære (Thagaard, 2010). Det er og viktig at orda eg vel har same tyding for meg som respondenten (Hollway & Jefferson, 2005). Eg har vore bevisst på å unngå "kvifor-spørsmål". Dei kan lett føre til at ein person opplever at han må forsvare seg for det valet han tok, eventuelt intellektualisere det, ved å gi generelle svar (Hollway & Jefferson, 2005).

4.5.4 Studie sitt truverde

Reliabiliteten, kor påliteleg dataen er, ved at fleire forskarar kan kome fram til likt resultat, ved gjennomført på same vis/same kriteriar (Johannessen et al., 2009), kan i kvalitativ metode sjåast på som noko irrelevant då det er meir gjennkjennbarheiten ein er ute etter. Altså om forskninga samsvarer med andre liknande studie knytt til same tema (Thagaard, 2010). Ved å detaljert gjere greie for framgangsmåten og analysemetodar, påpeike refleksjon over forskningsprosessen og relasjonen til informantane, og korleis det kan ha påverka resultata, så vil reliabiliteten styrkast (Thagaard, 2010). Dette har eg er vore merksam på og forsøkt gjort greie for i dette studiet.

Validitet er knytta til tolking av data (Thagaard, 2010). Den seier noko om me faktisk svarer på problemstillinga. I kva grad forskaren sin framgangsmåte og funn reflekterer over føremålet, og om det representerer verkelegheita (Johannessen et al., 2009). For å styrke truverdigeheita, har eg til dømes under intervjuet, vore bevisst på å formidle mi oppleving av det som vart sagt. Og så høyre om informanten meiner at eg har oppfatta han rett (Johannessen et al., 2009). Vidare vil det verte brukt respondenten si presise formulering i avhandlinga. Dette for å ivareta og respektere respondenten sin betydningsramme av ordval (Hollway & Jefferson, 2005). Men deira formuleringar har rett nok blitt omsett til nynorsk. Dette som eit ledd for å ivareta anonymitet.

Eit moment som kan avgrense studiet sin reliabilitet, er at det er få responedentar. Dei har også vorte intervjuet i eit innskrenka geografisk område. Dette kan avgrense kor almenngylding funna kan vere.

4.5.5 Hermeneutikk

Ordet hermeneutikk kjem av det greske ordet hermeneica som tyder å uttrykke, å oversetje, å tolke (Svenaesus, 2005). Mennesket forstår og tolkar verda subjektivt. Ein kan ikkje skilje fenomenet/objektet frå fortolkinga av det (Haugsgjerd et al., 2010). Hermeneutikken opererer ikkje med universelle prinsipp, den handlar om tolking (Dowling, 2005). Den enkelte si førehandsforståing/erfaring vil prege korleis ein opplever verda, og såleis prege kommunikasjon med andre. Dette gir igjen nye erfaringar og fargar dialogen vidare. Denne prosessen gjeld for båe partar i dialogen (Skibrekk & Gilje, 2000). Altså vil mi førehandsforståing, intervjuet si gjennomføring, samt tolkinga etterpå vere prega av min måte å forstå fenomenen på. Vår førehandsforståing vil vere prega av kjensler, verdiar, haldningar og erfaringar (Haugsgjer et al., 2010).

4.5.6 Refleksjon over mi førehandsforståing og personleg påverknad av studiet

I kvalitativ forskning er det uunngåeleg at den som forskar ikkje påverkar resultatet (Kvale & Brinkman, 2009). Det at eg er vernepleiar, er ung, kvinne, samt at eg aldri før har gjennomført denne type intervju, vil vere faktorar som kan prege både måten eg vert oppfatta av respondenten på, samt måten eg sjølv opptre på.

Då eg har jobba innanfor psykisk helsevern i over sju år, så har eg i mi karriere hatt ulike samarbeid med fleire brukartilsette. Nokre av dei eg har hatt eit samarbeid med, er og respondent i studiet. Dette kan ha prega intervjuet både i positiv og negativ retning. Det er viktig å vere merksam at det at informanten opnar seg opp om teama som gjeld hans eiga opplevinga av sin arbeidssituasjon. Dette kan vekke kjensler hjå respondenten. Kva som vertsagt i intervjusettinga blir forma av forholdet oss to imellom (Candini, 1994) .

Til dømes kan kanskje informanten ha opplevd det som vanskelig å vere ærlig, dersom vedkommande kan ha hatt samarbeidsproblem med felles samarbeidspartnarar. Vårt samarbeid kan også ha vore positivt med tanke på at me kjenner kvarandre sitt språk, og kan kjenne oss trygge på kvarandre. Slik kan intervjuet då kan gli litt lettare.

Mi erfaring med samarbeid med brukartilsette, kan og ha prega stuide generelt då det har prega mi førehandsforståing. Den vil nok kunne påverke både min måte å stille spørsmål på samt mi tolking av svara.

4.5.7 Forventa funn

Mi førehandsforståing er den ryggsekken eg har med meg inn i forskingsprosjektet. Denne førehandsforståinga kan vere bidragande til motivasjonen for å studere eit fenomen (Malterud, 2013). Under vegs har eg gjort meg nokre tankar om korleis resultata ville verte. Noko av eiga erfaring, men og i samtaler med brukartilsette og anna helsepersonell. Eg såg føre meg at den brukartilsette sin funksjon og rolle annan for psyksik helse var lite kjent generelt sett. At ”folk flest” ikkje hadde høyrte om denne typen tilsetjingar. Eg var og usikker på korleis dei vart mottekne i arbeidet sitt. Eg såg føre meg at deira kunnskap vart sett på som eit viktig bidrag på arbeidsplassen. Men ikkje som likeverdige med fagkunnskapen. At dersom det var usemje mellom deira kunnskap og fagkompetansen, så var det faget som vog tyngst. Mi førehandsforståing har altså bidrege til at eg i utgangspunktet ønskte å studere brukartilsette si oppleving av eiga rolle og funksjon.

Eg har forsøkt å gå inn i analysen med ope sinn og har forsøkt å legge mine tankar om forventa funn til sides. Men eg kan likevel ikkje utelukke ein viss påverknad.

5. Presentasjon og drøfting av funn

I dette kapitlet vil eg under kvar overskrift først presentere det aktuelle funnet. Deretter vil eg underbygge funnet med sitat frå respondentane. Deretter vil funnet bli drøfta. Sitat frå Målfrid Fram Jensen i dette kapitlet, har vorte sagt i samtaler mellom oss to. Eg har fått løyve til å nytte brukte sitat. Sitat frå respondentane er skrivi i kursiv.

Oversikt over funn

Den brukartilsette si rolle	Pionerrolla	<ul style="list-style-type: none"> • Frå skepsis til tillit
	Brbyggjarrolla	<ul style="list-style-type: none"> • Skape forståing for brukarperspektivet • Bidra til auka brukarmedverknad
	Rollens betydning	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra med brukarkunnskap • Bidra med komplementær kompetanse
	Rollens verdsetting	<ul style="list-style-type: none"> • Ønskja i fagfeltet • Verdsett av pasientar og brukarar
Den brukartilsette sin funksjon	Aktuelle behov	<ul style="list-style-type: none"> • Behov for rettleiing • Behov for eigaomsorg
	Aktuelle utfordringar	<ul style="list-style-type: none"> • Lite kollegialt miljø • Frykt for stigmatisering • Manglande likestilling i fagfeltet • Rolle- og funksjonsavklaring

5.1 Brukartilsette sin rolle

5.1.1 Pioner rolla

Frå skepsis til tillit

- Pionerane kan fortelje om utfordringar dei har måtta stå i. Dei opplever at det har vore ein lang prosess å få implementert kunnskapen sin som gyldig, og å bli vist tillit til. Dei sjølv har måtta stått ansvarleg for å finne ut av sine eigne arbeidsoppgåver.
 - *Ein kollega var litt sånn: kva er det dei held på med, driver å tilset ekspasientar til å lære oss om ting. Det er jo heilt meningslaust.*
 - *Ingen visste heilt kva det var. Ordentlig pionerarbeid.*
 - *Det var litt å jobbe med, kor høyrer eg til og kva skal eg gjere.*
 - *Det har vore rett og slett ein kamp (...) dei (helsepersonell) måtte gå gjennom ein prosess då, for å bli trygg på meg.*
 - *Enkelte var veldig skeptisk til dette, kva dette var, men eg la det fram såpass tydelig, at dette er eit ekstra tilbod, det er ikkje nokon overvaking.*
 - *Me kom jo inn i eit felt som alle var skeptiske, eller veldig mange var skeptiske. Me visste ikkje kva me skulle gjere, og dei andre visste heller ikkje kva me skulle gjere.*
 - *Så har det vore litt sånn murring med at ein del følte at direktøren på ein måte berre fant ut at ho ville ha ein sånn stilling som meg, og så berre trødde meg ned i systemet utan at folk var ordentlig forberedt på dette.*
 - *Ueinigheit om arbeidsoppgåver, ueinigheit om tilgang, anten det er på pasient eller journalar, eller, altså. Ja, det er sånne ting som... Og det er jo ikkje noko fasitsvar her. Me har måtta laga vår eigen stillingsinstruks meir eller mindre. Då me kom så var ikkje ting klart.*
- Dei brukartilsette opplever no at arbeidsplassane er meir mottakelig for å implementera deira kunnskap.
 - *Frå eg byrja har det skjedd forandring i tillit.*
 - *Dei har vore veldig lydhøre og veldig opne, men det har vore ein lang prosess*
 - *Me har måtta gjort eit stykke arbeid for dei som kjem etter oss då.*

- *Mens no , når folk har fått brukt ei stund og sånn, dei (EK) som har kome etter oss, dei blir brukt meir, for no veit dei (kollegaene) korleis dei skal bruke oss.*
 - *Det handlar berre om at dette er uvant, og spesielt inn i så tunge fagmiljø. Her er det liksom tungt fagmiljø, og det å på ein måte då komme svinsande, og no skal eg snakke om meg sjølv og min historie, det krev å tenkje annleis.*
- Ein respondent fortel også at han hadde eit framlegg der han påstod at ”om 10-15 år så vil psykiatrien fungere meir som rettleiar og hjelpar, i motsetnad til helbredarar.” Responsen frå ein sjefoverlege var at han gav eit sympatisk klapp på skuldra til respondent, som for å sei at dette vil aldri skje.

Det stadig veksande recoveryperspektivet har nettopp dette som mål. At fagpersonell skal gå frå å vere behandlarar og ekspertar, til å støtte opp om pasienten sine preferansar. Dei skal stille sin fagkunnskap til rådighet, men pasienten er den som skal styre retninga (Slade, 2009).

Dei førstnemnde sitata meiner eg er gode dømer på den paternalistiske haldninga som har vore rådande i det psykiske helsefeltet (Aarre, 2010, Ekeland, 2011). Det seier seg vel mest sjølv, at ved å møte denne typen haldning som nyttilsett, så vil det by på utfordringar å få sin kunnskap gyldiggjort.

For å unngå denne typen haldningar, bør fagpersonell få undervisning i brukartilsetjingar. Dette for å skape forståing for brukarperspektivet. Dei må bli medvitne om den brukartilsette si rolle. Kva den inneberer av fordeler og av utfordringar. (McLean et al., 2009).

Nokre av respondentane har mange års erfaring frå å vere tilsett i denne type rolle. I og med at erfaringskonsulent først blei til i 2006 så kan ein kanskje kalle desse for pionerar i arbeidet for å implementere rolla i arbeidsfeltet. Samtlege respondentar har starta si arbeidskarriere her i prosjektstillingar, og har difor måtta gjere ein del evalueringar på vegen.

I Helsedirektoratet og NAV sin publikasjon (2011), med rådføring om korleis implementere medarbeidarar med brukarerfaring, peikar dei på viktigheita med å ha klare mål for brukartilsetjingar. Dei seier at det er naudsynt å forankre stillinga og arbeidsoppgåvene tydeleg i leiinga. Samt vere tydelege i korleis denne kunnskapen skal nyttast, altså ha klare

mål med tilsettinga. Det var vel ikkje dette som møtte pionerane som nyttilsette. Då korkje dei eller fagpersonell kjente til deira rolle og kva den innebar.

Det å la pasienten lære opp den tilsette det er eit stort skifte av makt. Det er faktisk også ein av dei viktigaste faktorane til reduksjonen av tvang, dette er førebygging (*Taxis, 2002*). Her kjem det fram at respondentane opplevde at fagkompetanse vog tyngst og at deira kompetanse kanskje blei sett på som noko irrelevant, noko som trua helsepersonell si makt og kunnskap. Respondentane uttrykker likevel forståing for at det alltid vil vere ei utfordring når noko nytt blir til og skal implementerast.

Odd Volden er også ein av desse pionerane. Han har vore aktiv som erfaringsformidlar over fleire år. Han skriv om same opplevingar som mine respondentar. Han seier at ”eg kjente meg fortapt i ingenmannsland mellom fag og erfaring”. Han oppgir vidare at han vart gjort merksam på at det var pionerarbeid han heldt på med. Dette gav han styrke til å halde ut og fortsetje å kjempe tross motgang (*Volden, 2010*).

Nettopp dette gir mine respondentar også uttrykk for. Dei har valt å bli verande for å kjempe. Dei visste viktigheita av sitt arbeid. Samt at det tek tid, når noko nytt og framand, som kanskje og kan opplevast som truande mot andre si makt, skal implementerast. For det å introdusere erfaringskunnskap som likeverdig med fagkunnskap, er også eit oppgjær med den lange paternalistiske haldninga som har vore rådande innanfor psykisk helsevern (*Aarre, 2010*)

Det er fleire arbeidsplassar som har uttrykt skepsis i byrjinga ved brukartilsetjingar. Men etter å ha erfart nytten, har dei no byrja å etterspørje fleire (*Helsedirektoratet & NAV, 2011*). Nettopp dette synes også å kome klart til uttrykk hjå respondentane i dette studiet. Dei hadde sjølve lite kjennskap til korleis dei skulle utfylle rolla. Fagpersonell visste heller ikkje korleis dei skulle nytte seg av kunnskapen deira. Men dei opplever at mykje har gått seg til. Arbeidet deira har bore frukt. Men dei opplever at dei har måtta kjempa kampane på eiga hand.

Sjølv om respondentane framleis møter på utfordringar kring sin funksjon, noko som eg kjem tilbake til seinare i kapitlet, så synes det likevel å ha blitt ein drastisk forandring i måten dei blir møtt på av fagpersonell. Både dei brukartilsette sjølve, og anna helsepersonell, verker å vere meir fortrulege med brukarerfaringsfunksjonen. Dette kan kanskje kome av at begge partar no har større kjennskap til kva rolla inneber. At fagpersonell no kanskje ikkje ser på

deira kunnskap som ein trussel, men meir som ein komplementær kunnskap. Som då saman kan styrke arbeidet til beste for den psykisk sjuke.

5.1.2 Brubbyggjarrolla

Skape forståing for brukarperspektivet

- Ei oppgåve som den brukartilsette ser på som relevant er å skape forståing mellom pasienten og helsepersonellet.
- *Nokre er positive og ser at du kan vere ein brubbyggjar*
- Dei tenkjer at dei kan skape forståing for brukarperspektivet ved å gjere helsepersonell merksam på haldningane deira.
Ein respondent kjem med eit døme. Han fortel om eit personell som kom saman med ein brukar for å helse på den brukartilsette. Ho tok raskt initiativ til å presentere seg sjølv som personal:
 - *og då , i same sekund ho sa det, så tenkte eg: tenkjer ho at eg kan sjå på ho, om ho er brukar eller ikkje. Kva er på ein måte haldninga? Det var viktig for henne å identifisere seg som tilsett. Det første eg tenkte var: den brukaren som ho hadde med seg, korleis er det for henne då, når det er så viktig for henne å identifisere: eg er ikkje ein av brukarane her, sant. Og dei der haldningane der, som eg trur berre er ein sånn kjapp, overhovude ikkje gjennomtenkt ting. Det er noko likevel som eg..kven er eg? Eg er jo både brukar og tilsett. Så der er noko sånne ting der som eg har veldig lyst å ta opp.*
 - *Det er mykje haldningsendring som må til blant mellomleiarar og miljøpersonell.*
 - *Det er ein haldning mellom dei og oss - det er pasientane her og personalet der.*
 - *Eg ser mykje på haldningar. Haldningar og handlingar henger jo i saman. Og då vert eg meir og meir opptatt av haldningar. Kva som skal til for at helsepersonell endrar haldningane sine. Det er ein fordel at eg underviser, og at eg ser at det er eit stort sprik mellom det ein underviser i og det som skjer på golvet.*

- Dei opplever å skulle prestere allsidige funksjonar som kan opplevast som motstridande. Dei kan oppleve å stå i ein rollekonflikt mellom pasient og helsepersonell.
- *Det er ein vanskelig kunst, du er både gartner og vaktbikkje, du skal dyrke samarbeid og få til det, og du skal likevel på ein måte sjå dei (fagpersonell) i korta, ikkje berre svelgje alt.*
- *Eg kjenner jo av og til den der lojalitetskonflikten i magen*
- Imidlertid er det litt ulikt korleis respondentane ser si rolle i det å representere enkeltpasientar. (Dette må ikkje bli sett i samanheng med det å ha oppfølging av enkeltpasientar.)
- *Men det var ved eit par anledningar at eg engasjerte meg litt vel mykje i enkeltpasientar. Som då hadde bedt om samtale med meg, og kor eg då gjekk inn og kanskje, å prøvde å få møte med team og sånn. Og det er jo ikkje det ein , meiner eg då, ein rolle ein EK skal ha, for det blir..du følg ei side av saken.*
- *Eg sagt tydelig at pasientar og pårørande er mitt hjarte nærast. Så der har eg lojaliteten først og fremst. Blir det ein konflikt, blir det eitt eller anna, så støtter eg pasienten og pårørande.*
- Ein respondent hevder at skespis til brukarinnflytelse veks i det dei vert kritisert. Slik eg forstår han, meiner han at det lett kan bli ein posisjon der begge sider, i sitt forsvar, går til angrep.
- *Eg trur at årsaka til at det har vorte slik er at me har ein del organisasjonar, me snakkar om mental helse, LPP. Og we shall overcome, som jo er ekstrem, dei er jo ekstremversjon. Ingen tvang , ingen medisiner.. Og grunnen til at eg trur at den skepsisen.. Det er fordi at desse organisasjonane, dei gjer mykje bra og mykje viktig, men dei har på ein måte forsura miljøet litt. Misforstå meg rett. Men dei er jo inne og spyr ut eder og galle.*

Brukartilsette kan fungere som brubyggjar mellom brukarar og tilsette, og kan bidra til å bygge ned skiljet mellom «friske» og «sjuke» (Helsedirektoratet & NAV, 2011).

Det å ha ein fot i kvar leir byr på utfordringar. Det einast dei om. Ein valde å trekke seg frå å representere enkeltpasientar, då han opplevde at han berre fekk sett pasienten si side av saka. Ein anna valde å representere enkeltpasientar. Då ved å tale deira sak ovanfor fagpersonell. Pasienten er lett underlegen sine behandlarar og kan trenge representantar som talar deira sak (Aarre, 2010). Begge måtte ta eit val i høve korleis gripe dette an vidare. Begge respondentar opplever at dei må ta ei side av saka når dei involverer seg i enkeltpasientar. Dette står då i motsetnad til at pasienten og helsepersonalet bør vere samarbeidspartnarar (Ekeland, 2011). Kven som blir "gitt rett" i desse tilhøva, der den brukartilsette opplever å vere i kamp mot resten av behandlingsteamet. Kven har definisjonsmakta, fagfeltet eller brukartilsette. I ein fase der brukarperspektivet er på veg til å få innpass, er det nok mange tankesett som må omstillast i det psykiske helsefeltet. Sjølv om det har vore nemnt, vil eg peike på det att. Det at fagperspektiva og brukarperspektiva skal ha komplementære roller. Ein skal ikkje kjempe mot kvarandre, ein skal utfylle kvarandre.

Det kan nok vere vanskelig å vite kva som er den beste framgangsmåten for å få fagfolk ikkje berre til å lytte, men og integrere, erfaringskompetansen. I denne brubygginga synes ein respondent det lett kan bli for einsidig fokus på det negative om ein berre talar pasienten si sak. At dette fører til at helsepersonell opplever at nokon berre er ute etter å ta dei.

Deegan fekk diagnosen schizofreni. Ho er også forskar og psykolog. Ho seier i eit intervju at ho ofte opplever at ho har ein rolle som omset mellom to verdener. At ho hjelper ein kultur til å anerkjenne den andre (Borg & Karlsson, 2011).

Ein hensikt med brukartilsetjingar er å legge til rette for ei betre forståing mellom dei som yter hjelp og dei som mottek hjelp. Brukartilsette utfordrar ugreie haldningar hjå personalet. Som til dømes negative oppfatningar om pasienten/sjukdomen, risikoåtferd og dei kan påpeike ekskluderande praksis. Vidare skal dei og vere ein inspirasjon for alle medlemmer av teamet på arbeidsplassen. (Repper, 2012).

Lojalitet overfor kollega, og lojalitet overfor pasienten, og å lage ei bru mellom dei. For av og til kan dei to gruppene ha ulike preferansar om kva som er til det beste i behandlingsprosessen. Respondentane ser på det som ei av sine oppgåver å skape forståing for pasienten sitt perspektiv overfor fagpersonell.

Det verkar som at dei opplever at det lett blir ein maktkamp mellom pasienten og hjelpeapparatet. Dette tyder vel kanskje på at recoveryperspektivet ikkje er implementert. At det er konflikt basert på dei ulike partane si interesse. Det at du føler at du må stå anten for pasienten si oppleving av saken, eller tale personalet si sak. Dersom den profesjonelle hjelparen tek på alvor ideala om myndiggjering av pasienten, så vil det innebere at både hjelparen og pasienten ser at dei har noko å lære av kvarandre (Vik, 2007).

Den brukartilsette kan gjere fagpersonell merksam på korleis ein situasjon kan opplevast for brukaren, og ved det skape forståing for deira perspektiv. Respondenten opplever at den tilsette kan setje seg litt høgare enn brukaren. Kanskje ikkje av ein bevisst gjennomtenkt haldning. Men personalet i det nemnte dømet, framstod vår for å bli oppfatta som brukar. Respondentane påpeiker altså at det framleis ligg utfordringar knytt til helsepersonell sine haldningar overfor den psykisk sjuke. Rinaldi et al. (2004) viser også til det kan framleis synes å vere haldningar som skil mellom "den sjuke" og "dei andre/hjelparen" i det psykiske helsefeltet. Og som den ovannemnde respondenten seier "Eg er jo både brukar og tilsett". Det at ho er begge deler vil nok vere med på å utfordre desse haldningane.

Brukarperspektivet skal ikkje vere einerådande, men det må bli implementert. (Aarre, 2010, Volden, 2010). Det kan nok vere utfordrande for dei som representerer erfaringskunnskap å få skikkelig innpass i det psykiske helsefeltet. Dette fordi det framleis er dominert av fagleg ekspertise (Volden, 2010). Sidan det er dette perspektivet som er gjeldande, så er det representantane av brukarperspektivet som må kjempe om innpass. Men ein må kanskje også hugse på at helsepersonell sit med ei verdfull kompetanse, og minnst om at denne ikkje må utelukkast. Nokre gonger vil det også vere ansvarsfråskiving frå personalet si side, dersom brukarstyring er eit mål for alle i alle høve. Ein bør problematisere kor vidt pasienten klarar, og i kva grad, har mogligheit til å delta i eiga behandling (Storm, 2009).

Det er ei utfordring når menneske med så ulike livserfaringar skal samarbeide under same tak (Furuholmen, 2007). Respondentane seier at dei ønskjer å synleggjere og forandre desse maktstrukturane, og fremje likeverd mellom brukar og helsepersonell. Det å avsløre dette hierarkiet er eit prinsipp for empowerment (Tengquist, 2010).

Bidra til auka brukarmedverknad

- Respondentane opplever å forstå brukaren lettare og kan vidareformidle kva brukaren ønskjer.
- *Me kan bidra til at dei (fagpersonell) ser andre måtar å gjere tinga på, at det kan vere klokt å prøve det som pasienten ønskjer.*
- *Ho (pasienten) følte seg avvist. Og det såg ikkje terapeuten. Eller klarte ikkje å.. du kan sei at nokon gonger så er gjerne me litt meir sensitive for ein del av dei..kva skal eg sei..overfølsomheita som me gjerne har då.*

Brukartilsette skal bidra til auka forståing på arbeidsplassane om kva det inneber å ha psykiske lidingar. Dei skal bidra til eit meir brukartilpassa tenestetilbod. (Regjeringen, 2013)

Å kjenne seg avvist er nok ikkje foreineleg med brukarmedverknad. Det synes at den brukartilsette kanskje lettare ser kva pasienten og brukaren er i behov av. Den som har skoen på veit best kvar den trykkjer. Dette er tankegangen i recoveryperspektivet (Karlsson & Borg, 2013). På individnivå kan den brukartilsette ha direkte kontakt med pasienten. I klinisk arbeid kan han på individnivå leggje til rette for at pasienten får sine preferansar og verdiar i fokus i det daglege. Men også ved å rettleie anna helsepersonell i enkelttilfeller.

På systemnivå kan den brukartilsette påverke fagfolk direkte. Ved å gjere dei merksam på at det kan vere naudsynt å omvurdere innarbeidde, fastsette tolkingar og handlemåtar (Alm Andreassen, 2006). Dei kan til dømes vere aktive i undervisning for personell, noko fleire av respondentane allereie er.

Den brukartilsette har med seg ein unik kompetanse og eit unikt sett av ferdigheiter som kan gi håp, inspirasjon og influere likestilling mellom tilsett og brukar (Repper, 2012). Her ser ein viktigheita av denne typen tilsetjingar. Den brukartilsette har ein fot i kvar leir og kan lage ei bru mellom brukaren og den som yter helsehjelpa. Dei opplever at dei kan hjelpe fagpersonell til å forstå språket til pasienten, og minne dei på å vere lydhøyre. Samt kan dei vere med å peike på åtferd og ordval som fagpersonell nyttar, og som kan opplevast som stigmatiserande for pasienten. Bevisstgjere fagpersonell på korleis dei bør møte den enkelte, slik at gapet blir mindre og at hierarkiet og skiljet kan bleikast ned. Dei kan fortelje fagpersonell noko om korleis det kan opplevast å ha ein psykose. Korleis ein kan oppleve å miste kontrollen ved

mani. Korleis det er når russuget overmannar all vett og forstand. På dette viset kan kravet om, og nødvendigheita av brukarmedverknad få auka reell makt.

Det å tilsetje brukarar som læremeistrarar blir peika på som eitt, av fleire, viktige ledd i å fremje brukarmedverknad (Alm Andreassen, 2006, Storm, 2009).

Målfrid Fram Jensen seier seg einig i dette: ”Dei (fagpersonell) kan forhåpentlegvis lære at medbestemmelse er viktig og riktig, at det å få velje kontaktpersonar og behandlarar sjølv er viktig og riktig, at det å vere med å dokumentere kan gjere dokumentasjonen riktigare og betre.”

5.1.3 Rollens betydning

Bidra med brukarkunnskap

- Eit moment som alle respondentar einast om, er at arbeidet deira er nyttig. Dei kan nå inn til den psykisk sjuke eller rusmissbrukaren på eit nivå der fagkunnskapen ikkje strekk til.
- *Ein får ein umiddelbar aksept, du er på nesten lik linje. Sjølv om eg er tilsett så har eg vore der og veit nøyaktig kva det er, kva mange av dei slit med. Og den kan ikkje kjøpast.*
- *Me veit korleis det er å vere deprimert, ha psykose, sjølvskade, suicidalitet , og me kan difor gi råd på andre premissar enn vanlege tilsette.*
- *Me er på likefot, med variasjonar sjølvsagt, men me er jo like, så når eg møter dei så er det auge til auge på ein måte sant.*
- *Dei (brukarane) føler seg betre forstått, og eg kan snakke med dei på ein anna måte enn det dei andre tilsette kan, eg får lov å sei andre ting. Utan at det blir negativt tatt opp.*
- *Du veit, for alle er straighte, eller er perfekte, og så skal du sitte der som eit sånn null sjølv. Det er det som kan vere vanskelig av og til. Så treffer dei ein sånn, skulle til å sei, likemann, så føler du deg kanskje litt tryggare.*
- *Eg veit jo kva det går i.*
- *Eg får ofte høyre, det er fleire som seier: du forstår meg mykje betre enn dei andre.*

- Dei fyller ut ein rolle som fagpersonell ikkje kan ta på seg.
 - *Eg får lov å tulle med ting, sånn som dei andre tilsette kanskje ikkje ville ha fått. "Jammen me er jo galne" sant, og eg kan bruke "det er me, det er oss" det er ikkje "meg" og "deg" på ein måte. Så det er ein kjempe fordel.*
 - *Me hadde ei som plutselig fekk angstanfall. Eg har gjerne ikkje fortalt kven eg er, sa eg til ho. Så sa eg kva erfaring eg hadde og kvifor eg jobba her, og då blei ho plutselig heilt rolig og sa: "Åja, du forstår dette". Ja, no veit eg kva som skjer, berre sett deg ned, sa eg. Då var ho ute av dette på to minutt. Så du får ein slags anna tillit då sant.*
 - *Om fagpersonal kan vere så direkte? Nei, eg trur ikkje dei kan vere det. Dei kan ikkje sei sånt. Nei, då blir det sånn ovanifrå og ned eller..så det går ikkje. Eg trur ikkje det går.*
- Her kjem litt tankar om kva den brukartilsette kan bidra med i sitt arbeid i direkte kontakt med den psykisk sjuke:
 - *Eg kan gi masse håp, og eg kan vise at det går an å vere alvorlig sjuk, men å klare å gjere ting likevel.*
 - *Og så er det noko med det at eg kan gjerne vere med å sette ord på ting.*
 - *Eg er berre meg sjølv med mine erfaringar, så då kan eg ha i same-båt-samtaler.*

Brukartilsette gir håp og inspirasjon for andre som opplever psykiske helseproblem (Repper 2012). Aarre seier at brukarar har kunnskap som ingen andre har (2010). Brukartilsette er bevis på at det går an å kome seg attende i arbeid, at ein kan meistre livet (Helsedirektoratet & NAV, 2011). Dei har livserfaringar som ein ikkje kan lese seg til. Respondantane seier at dei kan komme i posisjon til å hjelpe/få lettare innpass hjå pasienten og brukaren, samt bidra med ein kunnskap overfor dei, som fagpersonell ikkje kan formidle med same truverde.

Det vert meir tyngde i det som vert meddelt når ein brukartilsett er formidlaren. Dersom ein fagperson skulle sagt det same, kan det bli opplevd fordømmende, og personen kan verte avvist som betrevitar (Furuholmen, 2007).

Den brukartilsette står som eit levande prov for potensialet til betring for den som lid av psykisk sjukdom (Repper, 2012). At dei sjølve ”har vore der” gir den brukartilsette tillit, gir truverde, og styrker håpet om at noko kan bli heilt bra (Helsedirektoratet & NAV, 2011). Det å møte likesinna, kan gi ei oppleving av å ikkje vere åleine, og ein har kanskje same språk og forståing av orda (Alm Andreassen, 2006).

Den brukartilsette opplever å få automatisk innpass, medan den som er der som fagpersonell kanskje må jobbe meir for tilliten. Han synes å vinne tillit ved å kun presentere seg sjølv. Vidare meiner han at han kan tillate seg å vere meir direkte i sin kontakt med pasienten eller brukaren. Han kan våge å utfordre pasienten på ting som fagpersonell ikkje kan, fordi at då kan pasienten oppleve det som ein ovanfrå og ned haldning (Furuholmen, 2007).

Samtlege respondentar opplever seier at dei får lettare innpass hjå pasienten/brukaren. Dei oppgir å knyte lettare kontakt på eit meir kjenslevar nivå og har kanskje lik problemforståing. Denne relasjonen kan vidare danne eit godt utgangspunkt for hjelpa brukaren er i behov av. Relasjonar er eit viktig grunnlag i behandlingsprosessen for betring (Karlsson, 2011). Det er ikkje nødvendigvis typen behandling ein får som hjelper. Men gjensidig respekt og god relasjon kan føre til at pasienten får trua på behandlinga, og det igjen fører til betring (Aarre, 2010). Den brukartilsette opplever å vere ein rollemodell, han gir inspirasjon og hjelper pasienten vidare. Det at dei deler felles opplevingar, føre til at den brukartilsette kan engasjere pasienten på eit vis som fagpersonell ikkje kan.

Ein må kanskje innsjå, som fagpersonell, at kompetansen strekk berre så langt. Den er ikkje irrelevant, det påpeiker samtlege respondentar, men på visse områder kjem den til kort. At den eine kompetansen ikkje utelukker den andre, vert utdjupa i neste avsnitt.

Bidra med komplementær kompetanse

- Dei opplever at kompetansen deira er eit bidrag for å kunne yte best mogleg behandling for pasienten.
- *Ho (kollega) seier også at eg ser jo ting annleis enn det ho gjer med sin sjukepleie. Så i saman kan me få til mykje betre ting for pasienten og mykje betre løysningar.*

- Fleire av respondentane har sjølve helsefagutdanning. Dei uttrykker stor audmjukheit for viktigheita av fagkompetanse. Dei påpeiker at dei ikkje er her for å ta over fagpersonell sine oppgåver, men ønskjer heller å tilføre kunnskap.
- *Eg tenkjer jo for det første at det er ekstremt viktig at der er mykje fag. Og eg tenkjer på erfaringskunnskap som eit viktig supplement. Eg syns at fag er veldig viktig.*
- *Eg tenkjer at EK kan i større grad møte brukarar på eit kjenslemessig nivå. Og saman då, og eg er veldig opptatt av at saman då med terapeut, så blir du møtt både på det kjenslemessige planet, men også på det kognitive, behandlingmessige planet. Så du får , du blir møtt på mange forskjellige nivå.*
- *Eg tenkjer at det er ein kombinasjon med erfaring og terapi, eller terapeut , at du på ein måte treffer ein mykje større heilskap av mennesket.*
- Korleis dei sjølve stiller seg til å tileigne seg relevant fagkunnskap i denne rolla dei no har, har respondentane noko ulike tankar om.
- *Det å ha erfaring, men ikkje fagkunnskap, det er både ein utfordring, men aller mest fantastisk spennande og utrulig gøy.*
- *For eg kan vere meg sjølv, og seie det eg tenkjer, utan å vite om eg gjer noko feil eller seier noko feil. No tenkjer eg spesielt opp mot dei tilsette: For eg har jo ikkje fag, eg kan jo ikkje dette, eg kan jo berre det eg kan om meg sjølv på ein måte og det eg har erfart. Så, viss eg, eg har ikkje nokon faglojalitet, fordi det har eg ingen grunn til å ha. Difor kan eg få lov å vere litt utfordrande på ting, og kritisere ting som kanskje, som folk som jobbar i fag kanskje ikkje tenkjer over.*
- *Eg vil ikkje ha for mykje kurs, eg vil ikkje ha fag fordi at då forsvinner litt poenget samtidig, då går du litt inn i..då blir du farga av fag igjen, sant.*
- *Og eg kjenner på det nokre gonger sjølv: dette kan eg for lite om. For eg har min erfaring, men så kan eg jo ikkje alt om alle psykiatriske lidingar*
- *Og det med den helserelaterte utdanning (som respondenten har) så har du litt sånn forståing for at ikkje alt er som di eiga navle. Nokon er redde for: har du helserelatert utdanning, eller pedagogisk , så går du rett inn i same fella, eller då blir du på ein måte helsepersonell. Men eg syns ikkje det.*

- Dei informantane som ikkje har relevant fagutdanning, har ikkje fått noko informasjon om utdanninga for medarbeidarar med brukarerfaring. Forøvrig var det berre halvparten av informantane som hadde høyrte om at denne utdanninga fins. Då dei vart intervjuet såg ingen på det som aktuelt der og då å ta den utdanninga i næraste framtid. Nokre var nøgd med den utdanninga og erfaringa dei hadde frå klinisk arbeid. Nokre såg ikkje behovet for det i den type stilling dei var i. Andre hadde for lite informasjon om kva dette inneber, og andre igjen hadde ikkje tid og moglegheit til å ta utdanning på dette tidspunktet.

Aarre har uttalt seg i Helsedirektoratet og NAV sine anbefalingar (2011, s. 7):

”Den sterkaste motivasjonen til endring og utvikling får me ved å utsetje oss for andre sine perspektiv på verksemda vår. Eit blikk utanfrå kan kaste ljøs over det me driv med og syne oss korleis me kan forbetre tenestene våre. Medarbeidarar med brukarrøynsle kan hjelpe oss med akkurat dette”.

Volden (2010) seier at det framleis er eit gap mellom erfaring og fag. Nokre brukartilsette etterlyser imidlertid at fagpersonalet tek dei meir aktivt i bruk, etterspør kompetansen deira meir. Dei opplyser at dei er tilgjengelige for å gi råd og rettleiing når fagpersonell har trong for det, men opplever ikkje at det vert etterspurt. Erfaringskonsulenten Målfrid Fram Jensen seier at det er like viktig å få formidla den erfaringsbaserte kunnskapen som den kunnskapen som er teoretisk forankra (Storm, 2009). Å utdanne erfaringskonsulentar, gjer ein dei då om til å verte ”kun” fagpersonar? Vert dei flinkare erfaringskonsulentar, eller vert dei då fagpersonar som då kan utgjere ein fare for at makta igjen skal ligge på fag og ikkje brukar. Dette reflekterer respondentane ulikt om.

Dei einast om at det er komplementære roller den fagutdanna har og den som er tilsett med brukarerfaring har. Tverrfagleg samarbeid gir betre psykisk helse for den ein arbeider for. Ei god personalgruppe treng eit bredt spekter av kunnskap (Furuholmen, 2007).

Fag står ikkje alltid i motsetnad til brukarperspektivet. Det er også stor vekt på dette perspektivet i dei helsefaglege utdanningane. Dette treng ikkje verte mindreverdige i forhold til eigenerfaring. I internasjonal forskning vert det nemnt som eit viktig punkt at utdanning for brukartilsette er viktig og noko det psykiske helsefeltet bør satse meir på (Henderson, 2012).

5.1.4 Rollens verdsetting

Ønskja i fagfeltet

- Dei brukartilsette vert godt mottekne på sin arbeidsplass. Dei opplever at deira kompetanse er ønskja. Det er eit unntak å møte på kollegaer som opplevast å ikkje vere imøtekommande. Men desse unntaka har likevel ført til at dei har måtta kjempe for å få innpass.
- *Eg blir enormt godt tatt i mot. Og får høyre veldig ofte at dei opplever det som viktig og bra. Det har vore veldig kjekt. Så eg føler absolutt at eg får lov å bidra, og at dei likar at eg gjer det. Så det er jo veldig positivt.*
- *Altså, dei aller , aller fleste, som i alle fall eg har møtt på her, har vore fantastiske folk, som er på rett hylle. Så har du ein del som slit med..og dei kan gjerne vere litt stigmatiserande og dei kan vere litt sånn ovanfrå og ned.*
- *Stort sett greitt. Det er jo nokon få uheldige episodar som eg tenkjer eg grunner i stigmatisering*
- *på ein måte heile vegen slåss for å få ting til å fungere. Det har vore forferdelig slitsamt . Men eg tenkjer at det, det vil jo gjere det lettare for neste mann då. Absolutt.*
- Nyleg tilsette seier dette om korleis dei er blitt møtt:
 - *Overraskande bra.*
 - *Det er jo positivt, eg føler jo at dei (fagpersonell) syns eg er kunnskapsrik, eller kan mykje på mange felt.*

For å samanlikne pionerane si opplevingar frå byrjinga av og korleis ståa er no, så er det betraktelige endringar (jf 5.1.1.1).

Nokon har måtta jobba hardt og kjent på at dei til tider har vore kvasse for å bli høyrte. Det kjem fram at brukartilsette opplev at dei til tider må rette på fagfolka. Om slike utsegn kjem ”feil” ut eller blir moteke med eit forsvar kan dette påverke i kva grad dei blir verdsett.

Det som kanskje kan vere litt interessant er at då spørsmålet om korleis dei opplever seg møtt på arbeidsplassen blei stilt, så var utelukkande alle respondentane raske med å svare noko tilsvarande som: utelukkande positivt. Eit hovudintrykk er difor at det er denne opplevinga

som veg tyngst og at det er denne positive haldninga som er rådande. Dei kjenner seg verdsett og satt pris på.

Det kan synes som at helsepersonell har blitt meir fortrulege med rolla til den brukartilsette og veit meir korleis ein kan nyttiggjere seg deira kompetanse. Dette sjølv om den brukartilsette er den første i sin funksjon på sin arbeidsplass. Det kan synes at positive haldningar og tillit er meir rådande enn det var for få år tilbake, og at den brukartilsette difor kjenner seg meir akta no.

Verdsett av pasientar og brukarar

- Respondentane fortel at brukarane og pasientane er særst nøgd.
 - *Berre positive. Ja, brukarane, ja , eg vet jo kva det går i.*
 - *Dei (brukarane) syns jo at det er kjempe. Elles så hadde eg ikkje orka å jobba for å sei det sånn*
 - *Brukarane ..bare positivt, i alle fall som eg høyrer. Så eg får høyre veldig mykje at dei syns det er kjekt eg er her. Eg har fått lov å skli veldig rett inn i miljøet. Så eg føler jo at eg kjenner alle ganske greitt. Nokon meir enn andre. Eg får ofte høyre, det er fleire som seier: du forstår meg mykje betre enn dei andre, og litt sånn.*
 - *Frå pas. og pårørande så er det vel stort sett, eller stort sett..eg trur ikkje eg har fått ein negativ kommentar. Det kan vere sånn at ”eg hadde aldri greitt å finne fram i dette systemet utan di hjelp” ”Dette hadde aldri gått viss ikkje du hadde vore der” ”Er så glad i deg”*

- Dei får og tilbakemeldingar om at det kan vere vanskelig å møta dei.
 - *Det er jo pasientar som seier : Åh, du er min vandrane dårlege samvit liksom. Men det er jo med sånt glimt i augo då. Men det er jo klart at eg representerer jo noko som er litt, eller som ikkje er litt, men som er ganske kjenslemessig belastande. Det er sånn godt - vondt på ein måte. Det er forferdelig vondt på ein måte, men samstundes så er det nødvendig.*

- Ein respondent påpeiker imidlertid at han har ein veldig takksam rolle, for han slepp å ha behandlarrolla og kan då vere meir fri i forhold til kontakten med den hjelpetrengande.
- *Eg vil ikkje vere i eit behandlarteam, eg vil ikkje ha ein behandlarrolle, og då kan eg vere meir fri i forhold til kontakt med pasientar og pårørande. Eg treng ikkje å ha på den behandlarhatten og vega kvart eit ord. Eg går ikkje inn i ein behandlarrolle, eg er på ein måte meir ein ombudsrolle, for eg ivaretek.*

Møte med brukartilsette kan og vere utfordrande for pasienten når dei erkjenn at dei ikkje er kome like langt som deira "likemann". Mulig kan dette vere naudsynt også. For ein syner at det går an å komme seg. Recovery krev også mykje eigeninnsats (napha.no, 2013).

Tilbakemeldingane er nærast utelukkande positive, ein medforklaring kan og vere at det er lettare å gi positive enn negative tilbakemeldingar. Er dei så positive fordi, slik ein respondent sjølv påpeikte, at dei ikkje har same ansvar og mogligens stiller færre krav til brukar. Samt at dei og i større grad kan møte pasienten kjenslemessig med forståing.

Men mykje tyder på at brukarane kjenner seg møtt, forstått og meir likestilt i møte med den brukartilsette. Møte med dei gir håp..

5.2. Funksjonen til den brukartilsette

5.2.1 Aktuelle behov

Behov for rettleiing

- Respondentane peiker på viktigheita av at det fins eit tilbod som ivaretek deira eiga psykiske helse og som gir undervisning i korleis nytte eiga erfaring. Dette for eigen del, men og for å best kunne yte den hjelpa dei er satt til å gjere.
- *Eg sa veldig klart ifrå at eg skal ha ein terapeut eller psykolog på utsida som eg går til. For mine ting. For poenget er at eg bruker gjerne 1/3 eller noko slikt av historia mi. Det kan trigge dei andre tinga som ligger der, som er mitt. Og det er, det kan vere*

slitsamt å snakke om desse tinga heile vegen. Det er kjempe viktig å vere i terapi sjølv. Eg trur det er, ja, eg trur det er litt sånn alfa og omega. Altså begynner du sjølv å dette tilbake til gammalt mønster så kan du faktisk gjere, gjere vondt verre, for pasienten. eller for din del. Dette er jo for å førebygge. Du skal ikkje ligge i grøfta på ein måte.

- *Mi rolle handlar jo om å bruke mi eiga private erfaring, og då må eg jo på ein måte, då gjer eg jo det. Og då opnar du jo opp ein del du kanskje elles ville ha stengt av, kanskje ikkje gjennom kommunikasjon sånn sett, men emosjonelt så gjer du jo det.*
 - *Eg har ikkje kontakt med andre brukartilsette, og det saknar eg. Og spesielt no når eg har jobba her ei stund, så har eg begynt å gjere meg ein del tankar. Og då kunne eg veldig godt ha tenkt meg å snakke med nokon andre om dei, om dei tenkjer likt som meg eller om eg er aleine om det.*
 - *For det er mange ting du skal tenke på. Spesielt i forhold til presset, det å stå fram det å vere offentlig, det er mange sånne dilemma på etiske ting. Altså når eg fortel min historie ut, så fortel eg jo ikkje berre min historie, eg fortel jo Far min og Mor min sin historie, eller i alle fall delar av den. Altså, det er mange som blir involvert i kva eg held på med og kva eg uttaler meg om. Så det er mange ting som, som skal tenkast igjennom. Som du gjerne skal øve litt på og drillas litt i.*
 - *Eg har jo ein aktiv sjukdom, eg har jo ei psykisk lidning. Og det å vere så tett på andre menneske sine psykiske problem er beintøft. Så eg blir veldig sånn, eg møter meg sjølv veldig mykje i døra. Og det er ganske tung belastning, på ein litt anna måte enn det eg kanskje hadde tenkt på førehand. Så eg merker at den rolla mellom å vere her som tilsett og brukar, den må eg vere veldig forsiktig med.*
- *Dei fortel vidare om nokre utfordringar knytt til det å jobbe tett med pasientar/brukarar. Dei opplever at brukarane knyt for tett band.*
- *Nokon kan sette meg litt for høgt oppe på ein sånn pidentall. For min erfaring er jo min erfaring. Så eg jobbar litt med det, og dei som knytter seg liksom litt for tett, på ein måte. Men eg snakkar litt med dei tilsette, om korleis å få lage litt avstand.*
 - *Og der er brukarar som henger seg veldig på meg fordi me har same diagnose kanskje, og så blir det voldsomt intenst. Og det vanskelige for meg.. når eg har 1-1*

samtaler så.. kan dei med fagkunnskap, så bruker dei fagkunnskapen sin og kan stenge av privatlivet sitt. Men det kan jo på ein måte ikkje eg.

- Det er ikkje alle respondentar som opplever behovet for strukturt rettleiing i like stor grad.
- *Min historie er så gjennomarbeida, så ferdig satt, så eg skjønner ikkje heilt kva slags situasjon eg kan komme opp i, som har med meg og min historie, som skal skape problemer.*

Vedkommande seier likevel at han har kollegaer han stoler på, og som han veit har døra open, om det skulle vere noko som tyngjer. Vidare deltek respondenten på samlingar med andre brukartilsette og kan dele erfaringar der. Respondenten seier at behovet for å få ut frustrasjon var større då han byrja i stillingen, for han var ein av pionerane.
- Nokre respondentar har tilbod om fellesrettleiing saman med kollegaer. Men ingen av dei brukartilsette her går i full stilling. Ein respondent fortel at han har fri den dagen dei har tilbod om rettleiing.

I anbefalingane frå Helsedirektoratet og NAV (2011) så seier dei at det bør verte gitt rettleiing til den som tiltrer i denne typen stilling, og minner også om at det fins ein utdanning medarbeidarar med brukarerfaring kan ta. Det er viktig å sikre seg at den brukartilsette får opplæring, trening og rettleiing undervegs, slik at personlege utfordringar kan bli avslørt og bli jobba med (Repper, 2012). Ei personalgruppe treng rettleiing (Furuholmen 2007). Dette uavhengig av om der er brukartilsette eller ikkje.

Det verkar i hovudsak å vere tre typar rettleiing som vert etterspurt. Den første handlar om å bearbeide eigen prosess. Dette fordi dei bruker seg sjølv og sin historie aktivt. Noko som kan aktivere kjensler hjå den brukartilsette sjølv og kan gjere han sårbar (Furuholmen, 2007). Dette blir ei rettleiing som vert mellom den brukartilsette og ein behandlar. Det andre handlar om rettleiing i høve til å bli satt i betre stand til å utøve rett miljøterapi ovanfor brukarane. Dette er meir rettleiing som kan bli gjennomført saman med kollegaer. Det tredje er eit tilbod

som som går utover fast rettleiing på jobben. At dei kan få rettleiing saman med andre brukartilsette. Slik at dei kan diskutere og dele erfaringar.

Det synes å vere eit skilje her mellom dei som peiker på trongen for rettleiing og dei som seier at dei klarer seg utan. Det kan synes som at desse, som ikkje opplever trong for rettleiing like sterkt, ikkje i så stor grad som dei andre bruker sin historie like aktivt i direkte arbeid med pasient eller brukar. Eit anna fellestrekk for dei er at dei seier at *"eg veit kvar eg er med meg sjølv"*. Samstundes er det også respondentar på andre sida som også gir uttrykk for nettopp dette. Men det kjem kanskje litt meir vagt til uttrykk. I den sistnemnde kategorien så er respondentane tydelege på viktigheita av rettleiing.

Det er ingen av respondentane som automatisk har fått undervisning i korleis dei kan bruke sin historie i arbeidet sitt. Korleis skal desse som er tilsett som einaste i sin rolle på arbeidsplassen få opplæring? Nokre av respondentane står og utan relevant fagutdanning, som kanskje kunne ha tilført kompetanse i høve til det å bruke seg sjølv i psykisk helsearbeid.

Kanskje kan rettleiing og fellesskap med andre brukartilsette hjelpe dei med å handtere desse utfordringane som handlar om alt dei skal hugse å tenkje på, samt lære å lausrive seg frå dei brukarane som knyter så nære band at det vert vanskelig å skiljast. Skal dei kunne yte ein god jobb overfor pasienten er det viktig at dei sjølve opplever å ha ein stad dei kan søkje for å få undervisning og råd. Generelt sett så er det emosjonelt belastande for alle å jobbe så tett med mennesker med psykiske lidningar (Furuholmen, 2007). Helsedirektoratet og NAV (2011) seier at arbeidsgivar bør sikre at den som vert tilsett har eit avklart forhold til sine egne erfaringar og er profesjonell i høve andre sine erfaringar og behov. Respondentane opplever ikkje at arbeidsgivar har innført ordningar for å sikre dette.

Behov for eigaomsorg

- For å lukkast i tilsetjinga av brukartilsette påpeiker desse respondentane at arbeidsplassen må vere villig til å leggje til rette for korleis deira arbeidsdag skal vere for at dei skal kunne yte best mogleg. Og påpeiker at stillinga må kunne tilpassast den som tiltrer i den.
- *Fordelane er jo fleksibiliteten, slik som min stillinga då er utforma. At eg har mogligheit til å fylle skinn og sinn litt etter vondter og det psykiske bildet.*

- *Dei må vere ganske fleksible på arbeidstida, for eg tenker at når eg har hatt undervisning, så er eg kanskje så sliten at eg bør få gå heim, ein dag, og så ein anna dag er det kanskje heilt greitt. For det er, det er spesielt på ein måte. Eg trur nok at du fort kan bli sjukemeld viss du ikkje tek var på deg sjølv. Så er det noko med å rett og slett stole så mykje på den EK at viss vedkommande seier at no er det nok, eller no vil eg heim, eller no må eg ta ein pause, no må eg ta ein tur. Eitt eller anna for å skjerme seg sjølv, at det er greitt.*
- *Dersom nokon andre skal ha stillinga mi så må den tilretteleggja den som kjem inn. Kva den likar å gjere, er han komfortabel med å vere direkte i samtaler, halde foredrag, vere meir med på slike planleggings - og undervisningsting, altså..Eg tenkjer at det er viktig at du er komfortabel med det du gjer, viss ikkje så vil det ikkje..vil det jo falle i grus på ein måte.*

For å ikkje bli utbrent er det viktig å ivareta eigne behov (Furuholmen, 2007). Fleire respondentar påpeiker at dei har stor fleksibilitet både i høve arbeidsoppgåver og når det gjeld arbeidstid, og at dette kan vere naudsynt for å fungere i jobben.

Ulike stillingsinstruksar vil krevje ulike arbeidsoppgåver. No har jo dette studiet synt at arbeidsoppgåvene deira er allsidige, og at dei ulike arbeidsgivarane etterspør ulike arbeidsoppgåver. Slik sett er det mogleg for den brukartilsette å søke på andre stillingar som vedkommande opplever har meir givande arbeidsoppgåver enn den stillinga han no har.

Det er også ein frustrasjon hjå respondentane over at det er for uklare retningslinjer for stillingane. Men dette gjeld på eit meir overordna nivå som eg kjem attende til mot slutten av kapitlet.

5.2.2 Aktuelle utfordringar

- *Bra at dette er prosjektstilling, at det må bli gjort nokre erfaringar etter kvart og nokre retningslinjer etter kvart. Og der er ein del ting som eg tenkjer at må tenkjast igjennom, som eg tenkjer er viktige.*

Lite kollegialt miljø

- Dei opplever at tida ikkje strekk til for alt som skal bli tatt tak i. For det er så mykje å gjere, og ingen av dei har full stilling.
 - *Eg skulle ønskje eg var klona*
- Ein respondent, som ikkje har samarbeid med andre brukartilsette, seier at han gler seg til å lese denne masteroppgåva, for då kan han få svar på om han er den einaste som opplever det slik eller sånn.
 - *Eg er skikkelig spent på korleis dei andre tenkjer, om dei opplever likt som meg.*
- Det verkar ikkje som at arbeidsstadane pr. i dag legg til rette for ei felles møteplattform for dei brukartilsette. Respondentane peiker på at dei saknar dette. Dei skulle ønskje eit tettare samarbeid med andre i same rolle.
 - *Eg skulle ønskje at me hadde eit endå tettare samarbeid. Det å jobbe som EK det er jo mykje godt, men det kan også vere slitsamt og tøft, for du bruker jo di eiga historie og deg sjølv heile vegen. Du kan ikkje gøyme deg bak fag. Det er jo godt å ha nokon som jobbar litt med det same, som gjer dei same tinga.*
- Ein respondent seier at arbeidsgivar hadde teke det opp, om det ikkje burde vere ei gruppe der brukartilsette skulle møtas. Men det vart ikkje noko av førebels.

Fleire studie syner til at brukartilsette opplever at dei ikkje har kapasitet til å nå over alt. Dei jobbar ofte deltid, og er ønske for mange ulike oppgåver (Henderson, 2012, Berry et al., 2011) Regjeringa seier i sin oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013) at dei har som mål å tilsetje fleire som har erfaringskompetanse i perioden 2013-2016.

Halvparten av respondentane visste ikkje om at det fins årlege fellessamlingar for erfaringskonsulentar. No er imidlertid to av desse respondentane tilsett som medarbeidar med brukarerfaring og ikkje som erfaringskonsulent. Dette skiljet mellom desse to

brukartilsettingane er dessutan noko som tyder å gi ulike tilbod og rettigheter. Dette kjem eg tilbake til i slutten av kapitlet.

Sjølv om det fins fleire brukartilsette i same region, så verkar det som at dei kjenner lite til kvarandre. Samtlege jobbar aleine i si rolle på arbeidsstaden. Sjølv om nokon av dei har tidvis kontakt, så er deira oppgåver ulike. Respondentane trur ikkje at det er av vond vilje frå arbeidsgivaren si ståstad, men at dette kanskje ikkje har blitt tenkt over. Respondenten tenkjer at arbeidsgivar kanskje frykta at den brukartilsette skulle kjenne seg stigmatisert ved å plassere dei i ei eiga gruppe, og trur at det difor ikkje blei noko av. Andre studie viser til det same, at den brukartilsette sitt nettverk er for lite (Berry et al., 2011)

Behovet for nokon å samarbeide med er nyttig både for å kunne dele på oppgåver og å utveksle erfaringar.

Frykt for stigmatisering

- Nokre respondentar opplever at dei vert handsama annleis av sine kollega enn det dei forventar. Dei kan kjenne seg litt stakkarsleggjort.
- *Det som irriterer meg er når dei (kollegaer) skal gå inn og på ein måte ta omsorg for meg, ivareta meg så mykje. Eg treng ikkje bli ivaretatt noko meir enn andre kollegaer. ”Me må passe godt på han for viss ikkje blir han sjuk”. Og det er irriterande. Eg er veldig redd for å ha dårlige dagar. Altså eg skjuler at eg har dårlige dagar. Eg vil ikkje ..det er så veldig nederlag, eg er redd for at dei andre skal sjå at eg er dårlig. Så det bruker eg veldig mykje krefter på. Eg er redd for å ikkje holde mål, for å ikkje vere god nok.*
- Ein respondent opplever at kollega har vanskar med å sjå han og handsama han som frisk.
- *Klarer ikkje han (kollega) å sjå at eg kan vere friske og sjuk? Kva er det med han som gjer at han har problem med å sjå meg i den rolla som eg er. Det har eg lurt på.*

- Ein respondent opplever at tittelen EK er stigmatiserende i privatlivet.
- *Eg syns det er, det er jo litt rart, som narkoman, du føler at du går med eit sånt stempel i panna. Du gjer alt du kan for å unngå å få det stempelet av folk og vise at du er noko anna enn berre det. Og så no skal eg nå få tittelen EK , igjen? Då føler eg at det har rissa seg inn i panna på meg igjen. Det er greitt med folk som jobbar med det , men utad, viss eg treffer framande folk ein anna plass: kva jobbar du med? EK-jobb. - Javel, kva e det du har erfaring med då? Så må du fortelje om fortida di (...) Då blir du kun definert utifrå at du har ein erfaring med noko, og det er , du er faktisk meir enn det. Så den reagerer eg voldsomt på. Det går jo an å finne ein anna tittel vel? Enn at ein treng å henspele til det.*
- Ein respondent fortel at han opplever at det kan råde hierarki innanfor dei fagutdanna. Der den eine ønskjer å overgå den andre med papira sine. Vedkommande fortel at han valte å utdanne seg innanfor helsefag, for å få papiret.
- *Sjølv om dei held på med titlane sine..så føler eg ikkje at dei..dei fleste seier jo det at eg har jo ein unik kompetanse. Og det veit eg, og det har eg. Så dei kan bare blafre med dei papira så mykje dei vil. Men eg sa jo at på papiret: eg er jo ingenting.*

Det kan vere lurt å la fagfolk møte brukarane i andre roller enn som pasient/brukar for å bryte ned stigmatisering (Alm Andreassen, 2006). Og det er nettopp det den brukartilsette kan bidra med. Fagfolket får møtt pasienten i ei ny rolle, som ein kollega.

Sjølv om dei brukartilsette i stor grad opplever seg godt mottekne, så opplever dei og å møte negative haldningar, som kan tyde på at dei likevel ser eit skilje, hjå fagpersonell. Dette kjem til uttrykk gjennom ord og haldningar. Respondentane, men då først og fremst dei som jobbar tett opp mot ei større kollegagruppe, opplever tidvis å bli sett noko ned på.

Det kom fram utsegn og dømer på opplevingar som viser at det framleis kan herske stigmatisering i høve deira kompetanse på arbeidsplassen. Dei påpeiker likevel at dette i hovudsak går mest på enkeltpersonar og ikkje nødvendigvis på ein heil kultur. Det som også kjem fram er at dei som har kontakt med andre brukartilsette, høyrer at dei også opplever mykje av det same når det gjeld stigmatisering. Så sjølv om ein har sett store endringar siste åra, så rår det kanskje framleis haldningar som buner i stigmatisering.

Når det gjeld tittelen så opplever respondentane at den er god i møte med brukarar og kollegar. Men kan også oppleve at det kan vere problematisk når ein presenterer arbeidstittelen sin for nye bekjentskap. Stigma kan føre til at vedkommande mister sitt truverde i ulike sosiale samanhenger (Norvoll, 2009). Å verdsetje egne erfaringar kan kanskje stundom vere vanskelig, når det er knytt til ein vanskelig periode av livet. I utgangspunktet er truleg tittelen EK og MB meint for å bryte ned stigma. Synleggjere at sjølv om ein har vore sjuk kan ein kome seg i arbeid. Tittelen er vel og meint som beskrivande på det vis at ”eg har og opplevd dette” ”eg forstår dette” , og dette kan skape tillitt og openheit hjå pasienten/brukaren. Titlane er beskrivande i høve kva type stilling dei har innanfor det psykiske helsefeltet. For nokon kan tittelen opplevast å oppretthalde, og kanskje skape, stigma. Når ein presenterer seg for nye menneske er det ofte vanleg å seie kva ein arbeider med. Respondenten som misslikar tittelen sin, opplever at ved å presentere seg som EK, så presenterer han seg også som eks-narkoman. Han nyttar denne livserfaringa til det gode i sitt arbeid, og ved det er han med på å bryte ned stigma som handlar om at rusmisbrukarar ikkje kan kome seg utav det. Tanken bak titlane er altså truleg å peike på at ein kan ”komme seg”. Men for nokon kan det opplevast motsett. Ved at ein bær med seg tittelen inn i privatlivet, og ved det opplever å presentere sin livshistorie, som ein kanskje ikkje alltid ønskjer å dele med alle.

Manglande likestilling

- Respondentane opplever ikkje alltid at dei er ønskja, og tenkjer at det handlar om at fagmiljøet er vare for kritikk.
- *Ein del plassar har dei nok ikkje lyst til at eg skal komme heller. For eg kikkar dei jo litt i korta.*
- *Gjerne dei er redde for at eg skal sitte og kjefta på dei, eller stille vanskelige spørsmål. Eg tenkjer at det må dei kunne tole. Eg gjer jo ikkje det. Eg kan oppføre meg eg og. Men eg syns det er dumt, for eg kan komme med tips og innspel og spørsmål som dei andre ikkje stiller.*
- *Eg kjenner, og det er ikkje berre meg som vurderer ofte, skal eg fortsetje, cost/benefit, altså kva er det verdt.*

- Trass i god mottaking på arbeidsplassen av både brukarar, pasientar og anna helsepersonell, så vert det og peika på dei ikkje alltid opplever å bli høyrte.
- *Mange held også på å gi opp fordi jobben krev for mykje, og det blir for hardt å stå mellom barken og veden*

Studien syner at dei brukartilsette ser tydelig verdien av sitt arbeid, og at det gjer pasienten og brukaren og. Dette er i utgangspunktet også gjeldande for fagpersonell. Og dei er forplikta til å jobbe for brukarmedverknad. Likevel kan respondentane oppleve at det er nettopp dei som er med på å setje opp nokre stengsel. Målfrid Fram Jensenseier:

”Eg veit ikkje korleis ein skal få folk til å endre haldningane sine. Det er noko dei må gjere sjølv, med seg sjølv, gjennom seg sjølv – men kven har den rette nøkkelen? Kvifor er det så vanskelig for mellomleiarar og miljøpersonell å motta konstruktiv kritikk? Kva hindrar dei i brukarmedverknad og medbestemmelse? Kva hindrar dei i å ikkje ville lytte til oss, og prøve dei råda vi gir?”

Å implementere og likestille forståing av at begge syn er viktig. Både fag og erfaring. Openheit mellom fagpersonar og den brukartilsette. Anna forskning viser også til at brukartilsette kan kjenne seg utanfor. Og dette vert sett i samanheng med at det er mangel på avklaring og forståing av deira rolle og funksjon i feltet (Henderson, 2012).

Rolle- og funksjonsavklaring

Fleire av respondentane seier at arbeidsgivar også skal vere vår for å tilsetje kven som helst i denne rolla, berre vedkommande oppgir å ha brukarerfaring.

- *Det er jo mange som har erfaring, men det er ikkje dermed sagt at dei kan bidra med noko for det. Det er jo litt skummelt det og. Eigentlig. Dei kan ikkje berre tilsette nokon fordi at dei har ein erfaring. Det er jo det viktigaste av alt... for alle må..må jo vere personlig eigna.*
- *Eg sa det at: begynner det fleire frivillige no så sluttar eg. For alle vil hjelpe.*

- Eit punkt som det også har vore fokus på blant mine respondentar er skilnaden på titlane og funksjonane til EKen og MBarane. At det er uklare instruksar gjeldande for begge to. Det synes som at arbeidsoppgåvene til dei to ulike rollene går litt over i kvarandre og at det pr. i dag er eit uklart skilje. Det synes å vere einigheit blant mine respondentar om at EK skal ha ein litt overordna funksjon der dei prøver å få til endringa ovanfrå og ned. Deira arbeidsområde er i hovudsak retta mot helsepersonell og fagutvikling. Medan ein MBar sine arbeidsoppgåver i hovudsak rettar seg mot klinisk miljøarbeid. Dei har meir spesifikke roller som rettar seg inn mot miljøet og kanskje meir i direkte arbeid med brukarar/pasientar. MBarane som blei intervjua jobbar i miljøet, men kan også ha ansvar for undervisning blant personale. Ein EK i dette studiet er tilsett for å arbeide i miljøet i direkte kontakt med brukarar.
- Ein respondent fortel at det fins ikkje noko forum for MBarane, slik det gjer for EK som har årlege samlingar i Oslo. EKane jobbar for å kome inn i fagforbundet. Slik eg forstår det så gjeld ikkje dette dersom du er tilsett som MBar.
- Det er ulike retningslinjer å forhalde seg til. Noko som utfordrar helsepersonellet og den brukartilsette sjølv til å finne ut korleis ein skal bruke den brukartilsette praktisk.
 - *Alle er jo einige om at dette sikkert er smart. Så det gjeld å finne måtane som kvar enkelt kan bruke meg på då.*
 - *Ingen stillingar er lik. Alle har forskjellige krav og mål og nokon har fått heilt fri tøyler slik som eg fekk. Medan nokre har fått klare instruksar og får ikkje gå utanfor dei.*

Det er kanskje det økonomiske perspektivet som ofte er avgjerande ved å tilsetje frivillige. Furuholmen (2007) peikar på at feltet må vere vår for å tilsetje ukritisk. Det kan vere uansvarleg å tilsetje tidlegare brukarar utan å forsikre seg om at dei har gode føresetnadar for å meistre både jobben og privat livet. Dette ikkje berre for å gjere ein god jobb, men også for å ta vare på seg sjølv. Han seier vidare at dersom den brukartilsette har problematikk som ligg tett opp til brukaren, så kan ein vere sårbar.

Bukartilsettingane i dette studiet er ulikt organisert og stillingane har ulikt innhald. Fleire respondentar etterlyser meir samstemte retningslinjer for stillingane på generell basis.

EKarane og MBarane som har blitt intervjuet peiker på at det må jobbast for å få ei felles forståing for kva oppgåvene, rolla og funksjonen deira faktisk er. Ein respondent fortel at han fekk EK-tittelen på papiret av lønsmessige årsaker. Hadde han vore ført opp som MBar så hadde han gått ned i lønn.

Formelt så har det altså mykje å sei kva du er tilsett som. Både lønsmessig og i form av rettigheter. Likevel synes oppgåvene å gli over i kvarandre. Eg har ikkje lukkast i å finne like mykje informasjon og forskning om MBarar som det som fins om EKarar. Til dømes kor mange er tilsett som MBarar i Noreg? Det kan jo vere fordi at MB-stillingar verkar å vere av nyare dato.

Det er uklarheit kring desse to stillingane. Det synes å vere noko utydelig kva rolla og funksjonen faktisk inneber. Dette kan kanskje gjere det vanskelig å få nye arbeidsgivarar til å opprette stillingar for brukartilsette, då det kanskje synes vagt. Retningslinjene for desse stillingane oppleves uklare. Målfrid Fram Jensen seier også at dette må klargjerast. Dette fordi det no, når dei prøver å selje seg inn til nye arbeidsgivarar, så kan det vere forvirrande at omgrepa er noko uklare.

Andre studie syner også til liknande funn. Den brukartilsette er ikkje likestilt med fagkompetansen lønsmessig. Samt at rolleavklaring har vore ei utfordring. Sjølv om leiinga har verdsett den brukartilsette si kompetanse, så har det vore vanskelig å gi rettleiing og evaluering av deira funksjon, då forventningane til arbeidet deira har vore ulike (Faulkner & Basset, 2012, Cabral et al., 2013)

6. Avsluttande kommentarar

Føremålet med dette studiet var finne ut korleis dei brukartilsette opplever si eiga rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet. Studiet seier i utgangspunktet ikkje noko meir enn om mine respondentar si oppleving. Likevel vil eg påstå at funna er gjenkjennbare. Eg har bygd opp under funna med forskning som viser til liknande resultat. Og blant den forskinga som eg fann, så var ikkje det vanskelig å finne liknande funn.

Eg har forsøkt å gjere greie for mitt bruk av valt metode, min analyseprosess og min førehandsforståing. Dette for å peike på ymse forhold som i ulik grad kan ha påverka studiet frå byrjing til slutt.

Respondentane i dette studie har vist stort engasjement. Det er tydelig at dette tema er noko som dei brenner for. Alle einast dei om at denne typen tilsetjingar er viktig. Dei har eit ønskje om å få auka kapasitet og fleire tilsette. Dei oppgir å vere svært glad i arbeidet sitt og opplever kompetansen sin som eit viktig bidrag.

Mitt hovudinstrykk er at dei opplever seg godt mottatt av fagfeltet. At dei er ønskja. Det har imidlertid ikkje alltid blitt opplevd slik. Pionerane synes å ha gjort eit godt stykke arbeid for å få tilgang til det psykiske helsefeltet. Dei beskrive det som ein kamp. Der dei har blitt møtt med haldningar om at deira kunnskap ikkje er relevant nok. Men no har dei vunne meir tillit og respekt. Etersom fagpersonell ser nytten og verdien av deira arbeid. Dei oppgir sjølv å sjå på fagkunnskap som relevant i det psykiske helsefeltet. Og er klare på at fag og erfaring er det som gir best resultat for pasienten.

I sitt arbeid kan dei vere med på å auke forståing for pasienten si ståstad og perspektiv ovanfor anna helsepersonell. Dei ønskjer å drive haldningsskapande arbeid. Dei opplever stor nytte av sitt arbeid i direkte kontakt med pasienten. Dei synes å vinne lettare innpass og tillit hjå pasienten. Får ein djupare relasjon med dei, då dei kan dele erfaringar og veit meir ”kva det går i”.

Dette byr imidlertid også på utfordringar. Dei etterspør rettleiing for å få hjelp til å handtere desse utfordringane som omhandlar at kontakten med pasienten kan bli for nær. Det er og behov for rettleiing i høve til korleis bruke seg og sin historie i sitt arbeid. Dei er stort sett tilsett som den einaste på arbeidsplassen. Og synes ikkje å ha nokon som kan ”lære dei opp”.

Trass i framgang sidan pionerane si første tid, så seier dei at det kan herske stigmatisering på arbeidsplassen sin. Det er ikkje alle som vert opplevd som like opne til å ta deira kunnskap i bruk. Faktisk så synes dette å setje store stengsel for fleire. Dei lurar av og til på om det er verdt å ta kampane. For det kostar så mykje. Og dei føler at dei av og til står i det aleine. Dei beskriv og at dei kan måtte stå i interessekonflikt mellom pasienten og fagpersonalet.

Dei ser på det som ei av sine oppgåver å bevisstgjere fagpersonell på haldningar som kan opplevast ugreie ovanfor pasienten. Kanskje er dette noko av årsaka til at dei framleis opplever å bli møtt med motstand. At dei må utfordre fagpersonalet til å tenkje anleis.

Det kan kanskje også bli sett i samanheng med at deira rolle og funksjon synes uklare. Det vert etterspurt klarare retningslinjer. Dei synes å stå for ein del av stillingsinstruksjonen sin sjølv. Og då kan det kanskje vere vanskelig å få klargjort, både for seg sjølv, og for anna helsepersonell, kva rolle og funksjon dei har. Korleis det er meint at ein skal nytte seg av dei. Samt er det behov for fleire brukartilsette, slik at dei kan ha eit samarbeid og dele på oppgåver. Det er førebels prosjektstillingar som er rådande innanfor brukartilsettingar. Det verkar å stå att eit godt stykke arbeid for å få deira rolle, funksjon og erfaringskunnskap skikkelig implementert i det psykiske helsefeltet.

I lys av dette studiets teoretiske perspektiv så kan ein spørje seg kor vidt tilsetjing av brukartilsette pr. i dag er ei reel maktforskyving frå fagkompetanse til erfaringskompetanse. Er brukartilsettingar eit steg i retning til reel brukarmedverknad for pasientane? Det kan synast at det er slik. Men det seier dette studiet for lite om.

Litteraturliste

Aarre, T.F. (2010) Manifest for psykisk helsevern. Universitetsforlaget: Oslo

Ashcraft, L. & Anthony, W.A. (2005) A story of Transformation: An Agency Fully Embraces. Tilgjengelig frå:

<http://www.recoveryinnovations.org/pdf/BHcare%20Apr%202005.pdf>

Alm Andreassen, T. (2006) Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. Gyldendal Akademiske: Oslo

Askheim, O.P. (2012) Empowerment I helse- og sosialfaglig arbeid. Floksel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi? Gyldendal Akademiske: Oslo

Askheim, O.P. (2010) Empowerment – ulike tilnærminger. I Askheim, O.P. & Starrin, B. Empowerment I teori og praksis. Gyldendal Akademiske: Oslo

Askheim, O.P. & Starrin (2010) Utfordringer innenfor det sosialfaglige arbeidet. I Askheim, O.P. & Starrin, B. Empowerment I teori og praksis. Gyldendal Akademiske: Oslo

Berry, C.Hayward, M.I. & Chandler, R. (2011) Another rather than other: experiences of peer support specialist workers and their managers working in mental health services. Journal of public mental health. Vol. 10 no 4

Borg, M. & Karlsson, B. E. (2011) Vi må våge å bryte stillheten. I Andersen, A. J. W. & Karlsson, B. E. Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid. Universitetsforlaget: Oslo

Bjørkman, I. & Pettersen, K. (2012) De har erfaring med kva som hjelper. En kvalitativ undersøkelse om medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid. Masteroppgave i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Oslo og Akershus

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

Blickfeldt Juliussen, F. (2008) En anderledes brik? Medarbejdere med brugererfaring – enaktiv brik i rehabiliteringsarbejdet. Videnscenter for socialpsykiatri: København

Brørs, D. (2012) En evaluering av utdanninga ”Medarbeidere med brukererfaring” i NedreBuskerud. Tilgjengelig frå: http://psykiskhelsearbeid.no/buskerud_brukererfaring

Cabral, L. (2013) Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health and social care in the Community* 22 (1)

Clandinin, J.D. (1994) Personal experience methods. I Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. *The sage handbook of qualitative research*. Sage: California

Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., (2005) *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dowling, M. (2005) Hermeneutics: an exploration. Tilgjengeleg frå: *Nurse Researcher* volume 11 number 4

Danielsen, M. (2010) En av oss? En studie av muligheter og utfordringer ved ansettelse av personer med erfaringskompetanse i psykisk helsevern. Masteroppgåve. Universitet i Agder

Datatilsynet (2011) Tilgjengeleg frå <http://www.datatilsynet.no/Sektor/Forskning/Meldeplikt-for-forsningsprosjekter/>

Ekeland, T.J. (2011) Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Tilgjengeleg frå: <http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/ny-kunnskap-ny-praksis.-et-nytt-psykisk-helsevern/%28part%29/1>

Ekeland, T.J. & Heggen, K. (2007) *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Gyldendal akademiske: Oslo

Erfaringskompetanse.no (2013) Henta 20.05.14 Tilgjengeleg frå: <http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/emneord/erfaringskonsulenter>

Ekeland, T.J. (2011) Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Tilgjengelig frå: <http://www.erfaringskompetanse.no/erfaringsbase/publikasjoner/ny-kunnskap-ny-praksis.-et-nytt-psykisk-helsevern>

Elvemoe, O. & Bøe, T.D. (2008) *Psykisk lidelse – En kvalifikasjon*. Tidsskrift for psykiskhelsearbeid Nr. 04

Erfaringskompetanse.no (2013) Erfaringskonsulenter. Tilgjengelig frå:
<http://www.erfaringskompetanse.no/erfaringsbase/emneord/erfaringskonsulenter>

Evensen, G.H. (2012) Kollega med brukererfaring – en ressurs for psykisk helsearbeideren. Tilgjengelig frå: <http://psykiskhelsearbeid.no/content/4807/Kollega-med-brukererfaring%20-%20en%20ressurs%20for%20psykisk%20helsearbeideren>

Faulkner, A. & Basset, T. (2012) A helping hand: taking peer support into the 21st century. Mental health and social inclusion. Vol. 16

Furuholmen, D. (2007) Miljøterapi. Roller og forutsetninger for deltakere og ansatte. I Furuholmen, D. & Schanche Andresen, A. Fellesskapet som metode. Om miljøterapi og rus. Cappelen: Oslo

Forvaltningsloven Lov-2009-06-19-90 Lov om behandling I forvaltningssaker

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003) Qualetative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. Nurse Education Today (2004) 24, 105-112

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. (2010) Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle. Gyldendal Akademiske: Oslo

Helsedirektoratet (2014) Saman om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for vaksne. Tilgjengelig frå: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2006) Brukermedvirkning – Psykisk helsefeltet. Mål, anbefalingar og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse. Tilgjengelig frå:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf>

Helsedirektoratet & NAV (2011) Medarbeider med brukererfaring –en ressurs. Tilgjengelig frå: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/medarbeider-med-brukererfaring-en-ressurs/Sider/default.aspx>

Henderson, A. R. (2012) Challenges faced by mental health peer support workers: Peer support from the pees supporters point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Volume 35, No 4

Holloway, W. & Jefferson, T. (2005) At forske I forsvarende subjekter. I Andersen, A.S., Dausien, B. & Larsen, K. *Livshistorisk fortælling og fortolkede socialvidenskab*. Roskilde universitetsforlag: Fredriksberg

Holme, I. M & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano Aschoug

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. Abstrakt forlag: Oslo

Karlsson, B.E. (2011) *Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv*. I Andersen, A.J.W. & Karlsson, B.E. (2011) *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget: Oslo

Karlsson, B. (2013) *Erfaring, kunnskapsmakt og disiplinering i psykisk helse-feltet*. I Alvsvåg, H., Bergeland, Å. & Førland, O. (2013) *Nødvendige Omveier*. Cappelen Damm: Oslo

Karlsson, B. & Borg, M. (2013) *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademiske: Oslo

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

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009) *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage: California

Løken, K.H. (2010) *Hvordan lykkes med reel brukervedvirkning på psykisk helse-feltet*. I Askheim, O.P. & Starrin, B. *Empowerment I teori og praksis*. Gyldendal Akademiske: Oslo

Løken, K.H. (2007) *Å lykkes med brukervedvirkning*. I Almvik, A. & Borge, L. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget: Bergen

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Universitetsforlaget: Oslo

McLean, J. Biggs, H. Whitehead, I. (2009) Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot. Tilgjengeleg frå:

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/291864/0089933.pdf>

Napha.no (2013) Recoveryorienterte praksiser en systematisk kunnskapssammenstilling.

Tilgjengelig frå: <http://www.napha.no/content/6124/Faghefter>

Napha. No (2012) Ni suksesshistorier. Samhandling om psykisk helse. Tilgjengelig frå:

<http://www.napha.no/content/6124/Faghefter>

Norvoll, R. (2009) Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver – en introduksjon. Gyldendal Akademiske: Oslo

Nyttingnes, O. & Skjerve (2007) Viss brukerne fikk bestemme. I Almvik, A. & Borge, L. Psykisk helsearbeid i nye sko. Fagbokforlaget: Bergen

Nyttingnes, O. (2008) Er brukeransettelser mulig og ønskelig? –Internasjonale erfaringar med brukeransettelser i psykisk helsetjenester. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Nr. 04

Personopplysningsloven Lov-2012-04-20-18 Lov om behandling av personopplysninger

Polit, D.F. & Beck, C.F (2006) Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Lippincott Williams&Williams: Philadelphia

Regjeringen (2013) Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse. Tilgjengelig frå:

http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OppfPlanArbogPsykHelse.pdf#search=erfaringskompetanse®j_oss=1

Repper (2012) Tilgjengeleg frå:

http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/ImROC_peer_support_workers_theory_practice.pdf

Repper, J. & Carter, T. (2011) A review of the literature on peer support in mental health services. Journal of mental health. Aug.: 20 (4)

Rinaldi, M., Perkins, R., Hardisty, J., Harding, E. Angie, T. & Brown, S. (2004)

Implementing a user employment programme in a mental health trust – lessons learned. A Life in the Day; Nov. 2004; 8

Rønning, R. (2010) Brukermedvirkning og empowerment –Gammel vin på nye flasker? I Askheim, O.P. & Starrin, B. Empowerment I teori og praksis. Gyldendal Akademiske: Oslo

Rådet for psykisk helse (2008) Med livet som kompetanse. Brukeransettelser i psykisk helsetenester. Tilgjengelig frå: <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27793>

Salzer, M.S. & Shear, L.S. (2002) Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. Psychiatric rehabilitation journal 2002 Volum 25 Number 3

Sheperd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2007) Recovery – fra begerb til virkelighed. Tilgjengelig frå: <http://www.erfaringskompetanse.no/erfaringer/brukererfaringer/servicestyrelsen/recovery-fra-begreb-til-virkelighed-af-geoff-shepherd-jed-boardman-mike-slade>

Skibrekke, G. & Gilje, N. (2000) Filosofihistorie. Universitetsforlaget: Oslo

Slade, M. (2009) 100 idéer til recovery-orienteret arbejde Tilgjengelig frå: <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/100-ideer-til-recovery-orienteret-arbejde-inspirationshaefte-til-medarbejdere-i-psykiatrien-og-socialpsykiatrien>

Storm, M. (2009) Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Gyldendal Akademiske: Oslo

Sundfør, K.O., (2012) Fra bruker til erfaringskonsulent. Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 04

Svenaas, F. (2005) Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket. Gyldendal Akademiske: Oslo

Tengquist, A. (2010) Å begrense eller skape muligheter – om sentrale holdninger i empowermentsamarbeidet. I Askheim, O.P. & Starrin, B. Empowerment I teori og praksis. Gyldendal Akademiske: Oslo

Taxis, C.J. (2002) Etics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. Issues in Mental Health Nursing, 23:157-170

Thagaar, T. (2010) Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget: Bergen

Vik, L.J. (2007) Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I Ekeland, T.J. & Heggen, K. (2007) Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk? Gyldendal akademiske: Oslo

Volden, O. (2011) Vi sier farvel til ”den psykiatriske pasienten” – et brukerperspektiv på psykisk helsefeltet. I Andersen, A.J.W. & Karlsson, B.E. (2011) Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid. Universitetsforlaget: Oslo

Volden, O. (2010) Mellom fag og erfaring. Tilgjengelig frå:
<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/mellom-fag-og-erfaring/%28part%29/1>

Waksvik, G. (2013) Brukere deltar ved ansettelsar. Tilgjengelig frå:
<http://napha.no/content/6284/Brukere-deltar-ved-ansettelsar>

Øverlid, B. (2010) Empowerment er svaret, men kva var spørsmålet? I Askheim, O.P. & Starrin, B. Empowerment I teori og praksis. Gyldendal Akademiske: Oslo

Vedlegg 1

Intervjuguide

Stillinga - utforminga av rolla og samarbeid

Kor lenge har du jobba som erfaringskonsulent, og kor stor er stillingsprosenten din

Har du anna relevant fagutdanning

Korleis lyder stillingsinstruksen din

Korleis vil du beskrive ein vanleg dag i jobben for deg

Har noko forandra seg i rolla sidan du begynte

Kva er fordeler og utfordringar med utforminga av rolla slik den er utforma pr. i dag

Korleis er samarbeidet med leiinga og anna helsepersonell organisert og strukturert

Nytte

Korleis opplever du deg mottatt og verdsett i ditt samarbeid med helsevesenet/dei med fagkompetanse.

Fungerer rolla di slik du tenkjer at den er tiltenkt å vere

Kva tilbakemeldingar får du av helsepersonell og brukarar av tenestene dine

Korleis blir ditt tilbod distribuert/gjort kjent og anvendt

Kvifor treng me brukartilsetjingar

Meiningsfullhet og verdsetting

Kva oppmuntrar deg/gir deg tilfredsstillelse i jobben din

Korleis opplever du at din kunnskap blir mottatt av helsevesenet og av brukarar

Kva holdningar/instillingar møter du

Kva utfordringar står helsevesenet ovanfor for at denne rolla skal bli betre for deg og for dei som mottek tenestene

- Har du eller noko du ønskjer å få sagt

Vedlegg 2

Forespørsel om deltaking i forskingsprosjektet ”Erfaringskonsulentens oppleving av eiga rolle og funksjon ”

Informasjon om forskningsprosjektet

Eg heiter Tone Astrid Skahjem og er student ved universitet i Stavanger. Eg skal skrive masteroppgåve i psykisk helsearbeid. Der skal eg ta føre meg erfaringskonsulentens/medarbeidarar med brukarerfaring si oppleving av eiga rolle og funksjon. Studien blir gjennomført under veiledning av førstelektor Anne Marie Rovik. Studien er meldt til Personverombodet for forskning.

Formålet med studien

Formålet med studiet er å fremme kompetansen til erfaringskonsulentar i arbeidet for at deira kunnskap skal bli likestilt med/bli komplementær kunnskap på linje med fagkunnskap. Eg søker å finne svar på korleis denne rolla er utforma pr. i dag og korleis deira kunnskap vert utnytta av helsevesenet. Altså ein evaluering av rolla slik den er utforma pr. i dag slik erfaringskonsulenten ser det.

Kvifor blir du spurt om å delta i studien?

Du er tilsett i lønna stilling som erfaringskonsulent/medarbeidar med brukarerfaring, og eg ønskjer å høyre om dine erfaringar og tankar kring denne rolla.

Kva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta i studien vil det innebære eit individuelt intervju som vil vare frå ca 30 minutt til en time. Eg ønskjer å ta opp intervjuet med deg på band. Dersom du ikkje ønskjer at det blir tatt opp på band vil det bli tatt notatar i staden for.

Me blir saman einig om tid og stad for intervjuet. Alle opplysningar som vert samla inn vil bli behandla konfidensielt, det vil sei utan namn eller andre direkte gjenkjennande opplysningar, og i samsvar med regler for dataoppbevaring frå NSD. Ingen enkeltpersonar vil kunne identifiseras i den ferdige oppgåva. Resultatet vil bli publisert i mi masteroppgåve. Opplysningane blir sletta når forskningsprosjektet er ferdigstilt, innan 1. juni 2014.

Dine rettigheter

Det er heilt frivillig å medverke i forskningsprosjektet. Eg gjer deg også merksam på at du kan trekke deg frå prosjektet når som helst, utan å måtte begrunne dette nærare. Dersom du har lyst til å være med på intervju, vil eg be deg om å underskrive den vedlagte samtykkeerklæringa før me startar intervjuet.

Dersom det er noko du lurar på i forbindelse med denne henvendinga kan du nå meg på

Telefon: 98 49 93 58 eller e-post; toneskahjem@gmail.com. Du kan også kontakte min rettleiar

Anne Marie Rovik, institutt for helsefag, telefon; 45183270 eller e-post; anne.m.rovik@uis.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Mvh

Tone Astrid Skahjem

Samtykke til deltaking i studiet

Stryk over det som ikkje høver:

Eg godtek at intervjuet blir tatt opp på band

Eg ønskjer ikkje at intervjuet blir tatt opp på band

Eg har motteke informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Anne Marie Rovik Duås
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 20.12.2013 Vår ref: 36534 / 2 / LMR Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.12.2013. Meldingen gjelder

prosjektet:

36534 Erfaringskonsulentens opplevning av eiga rolle og funksjon
Behandlingsansvarlig Universitetet i Stavanger, ved institusjonens
øverste leder
Daglig ansvarlig Anne Marie Rovik Duås
Student Tone Astrid Skahjem

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Tone Astrid Skahjem toneskahjem@gmail.com

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36534

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

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Det legges til grunn at dersom informantene kan være identifiserbare i den ferdige rapporten, baseres dette på særskilt samtykke fra informanten.

Prosjektet skal avsluttes 01.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. sted, yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.