

Sandra Johannessen Hordvik

«Jeg har en verdi»

En kvalitativ studie om erfaringskonsulenters opplevelser av arbeidsrollens betydning for deres tilfriskning



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Sandra Johannessen Hordvik

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: “Jeg har en verdi” – En kvalitativ studie om erfaringskonsulenters opplevelser av arbeidsrollens betydning for deres tilfriskning

Formål: Hensikten med foreliggende studie er å få et innblikk i hvordan rollen som erfaringskonsulent påvirker deres tilfriskningsprosess, og gjennom dette bidra til å utdype forskningsfeltets viten.

Problemstilling: Hvilken betydning kan det å jobbe som erfaringskonsulent i rusomsorgen ha for den enkelte erfaringskonsulents egen tilfriskningsprosess?

Metode: Studien bygger på et fenomenologisk utgangspunkt. Datainnsamlingsmetoden var kvalitative semistrukturerte dybdeintervjuer. Utvalget består av syv erfaringskonsulenter som var aktiv i rollen under intervjuet. Det innsamlede datamaterialet var først transkribert og deretter analysert med tematisk analyse som utgangspunkt. Deretter er forskningsetiske betraktninger relatert til forskningsprosessen belyst.

Resultater: Resultatene i studien kan oppsummeres i fire hovedkategorier; styrker i rollen som erfaringskonsulent, sentrale problemstillinger, forståelsen av recovery og arbeidet og arbeidsplassens betydning på individnivå. Resultatene i sammenheng med foreliggende forskning tyder på en positiv påvirkning for den enkeltes tilfriskningsprosess, gjennom økt tilhørighet, identitetsfølelse og empowerment. Funn om stigmatiserende ordbruk og undertrykkelse av erfaringskunnskapen kan påvirke tilfriskningsprosessen negativt.

Konklusjon: Erfaringskonsulentene forteller stort sett om positiv innflytelse på deres tilfriskningsprosess. Gjennom denne studien kan arbeidet som erfaringskonsulent tyde på å bidra til økt fellesskapsfølelse, mestringsfølelse og økt selvtillit, som igjen bidrar til en bedre identitetsfølelse, økt identitetsutvikling og empowerment.

Nøkkelord: Erfaringskonsulent, rusbehandling, recovery, tilfriskningsprosesser, empowerment, identitet, tilhørighet.

Abstract

Title: “I have value” – a qualitative study of peer support workers’ experiences concerning their role’s importance for their recovery.

The aim of this study: The purpose of the present study is to gain insight into how peer support workers’ (PSWs) roles affect their recovery process, and through this contribute to deepening the research field’s knowledge.

Research question: What significance can the role of peer support workers in substance abuse care have, concerning their own recovery process?

Methods: This study is based on a phenomenological starting point. The data collection method is qualitative semi-structured in-depth interviews. This study’s sample consists of seven people, who were all active as PSWs during the interviews. The collected material was first transcribed and then analysed using thematic analysis. Thereafter, ethical considerations related to this research are presented.

Results: The results in this study can be summarized in four main categories; strengths in the roles as PSWs, key issues, the understanding of recovery, and the importance of the workplace at individual levels. In connection with previous research and literature, the results of this study indicate positive impact on the individual’s recovery process, through increased feeling of belonging, sense of identity and empowerment. Findings about stigmatizing vocabulary and suppression of their experiential knowledge suggest negative impact on the recovery process.

Conclusions: The PSW’s descriptions mostly refer to positive influence on their recovery process. This study indicates that working as a PSW contributes to increased sense of connectedness, mastering one’s obstacles and increased self-confidence, which in turn contributes to a better sense and development of identity, and empowerment.

Key words: Peer support workers, substance abuse treatment, recovery, empowerment, identity, connectedness.

Forord

Da var jeg her, helt i slutten av masterutdannelsen. De siste to årene, men spesielt det siste halvåret, har ikke bare vært preget av min bratteste læringskurve noen gang, men også en berg- og dalbane av tanker, interesser og følelser. Gjennom fordypning i et felt jeg brenner sterkt for, og en målgruppe jeg har dyp respekt for, har jeg også fått muligheten til å vokse og utvikle meg som både student og person.

Jeg ønsker å takke alle de menneskene jeg har møtt gjennom prosessen. Tusen takk til Erfaringsentrum som har bidratt i både bakgrunnen for masterprosjektet, og gjennom bistand i rekruttering av informanter. En stor takk til alle informantene som har sagt ja til å delta i denne studien, og som har gitt meg muligheten til å fullføre dette masterprosjektet. Det hadde ikke vært mulig uten dere!

Tusen takk til min veileder, Jeppe Oute Hansen. Jeg setter utrolig stor pris på alle de gangene du fortsatte å utfordre meg, selv når jeg personlig opplevde arbeidet som godt nok. Du har vært en enorm støtte og hjelp til motivasjon, også i situasjoner hvor prosjektet har opplevdes som både tungt, stressende og til tider uoverkommelig.

Takk til min fantastiske kjæreste, mine venner og familie, som har måttet håndtere alle mine opp- og nedturer gjennom prosessen. Takk for all god støtte og gode ord.

Nå er dette kapittelet over, og jeg gleder meg til å kunne ta med all ny lærdom og gode minner inn i det neste.

Bergen, 10.05.22

Sandra Johannessen Hordvik

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	5
1. Innledning	9
1.2 <i>Hva er en erfaringskonsulent?</i>	9
1.3 <i>Formålene med erfaringsansettelser</i>	11
1.4 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	12
1.5 <i>Relevans for Samfunn og helse: psykisk helse- og rusarbeid</i>	13
1.6 <i>Oppgavens oppbygging og organisering</i>	14
2. Teoretisk grunnlag	16
2.1 <i>Erfaringskompetansens historiske inntreden i psykisk helse- og rusfeltet</i>	16
2.2 <i>Roller og rollekonflikt: Fra tjenestemottaker til medarbeider</i>	18
2.3 <i>Recovery</i>	19
2.3.1 Recovery som en personlig prosess	21
2.3.2 Recovery som en sosial prosess	22
2.3.3 Klinisk recovery	24
2.3.4 Recovery i en arbeidskontekst	25
2.3.5 Kritikk rettet mot recovery	26
2.4 <i>Empowerment</i>	26
2.5 <i>Identitet og stigma</i>	27
2.6 <i>Kunnskapsstatus og tidligere forskning</i>	29
2.7 <i>Studiens formål og forskningsspørsmål</i>	31
3. Metode	33
3.1 <i>Vitenskapsteoretisk ståsted</i>	33
3.1.1 Fenomenologi	33
3.2 <i>Forskerens posisjon og forståelse</i>	34
3.3 <i>Kvalitativ metode</i>	35
3.4 <i>Datainnsamling</i>	35

3.4.1	Rekruttering av utvalg.....	35
3.4.2	Intervju og intervjuguide.....	37
3.5	<i>Analyseprosessen</i>	39
3.5.1	Dokumentering og transkribering.....	39
3.5.2	Tematisk analyse: Koding og kategorisering.....	40
3.6	<i>Forskningsetiske betraktninger</i>	41
4.	Resultater	43
4.1	<i>Styrker i rollen som erfaringskonsulent</i>	43
4.1.1	Et eget språk: « <i>Man forstår</i> »	43
4.1.2	Håpsbærere: « <i>Jeg har vært der du har vært, men jeg er ikke der lenger</i> »	45
4.1.3	Erfaringsarbeid og tjenesteutvikling	47
4.2	<i>Sentrale problemstillinger</i>	49
4.2.1	Når egen overbevisning skiller seg fra fag-gruppens	49
4.2.2	Erfaringskonsulentenes egen sårbarhet	50
4.3	<i>Forståelsen av recovery</i>	52
4.3.1	En evigvarende prosess.....	53
4.3.2	Et meningsfullt liv.....	54
4.3.3	Personlig recovery er avgjørende i rollen som erfaringskonsulent.....	55
4.4	<i>Arbeidet og arbeidsplassens betydning på individnivå</i>	56
4.4.1	«Jeg kan bruke min egen erfaring til noe positivt».....	56
4.4.2	Kollegial tilhørighet og positiv identitetsutvikling.....	57
4.4.3	Oppfølging og ivaretagelse	59
5.	Diskusjon	61
5.1	<i>Styrker og utfordringer i rollen</i>	61
5.1.1	Rollen som brobygger; gjennom erfaring, språk og tilstedeværelse	61
5.1.2	Å være et levende bevis på et bedre liv	63
5.2	<i>Den unike recoveryprosessen og erfaringsarbeidets bidrag</i>	64
5.2.1	Tilfriskning - en reise for livet?.....	65
5.2.2	En «ny» versjon av seg selv.....	66
5.3	<i>Studiens troverdighet; styrker og svakheter</i>	68
5.3.1	Overførbarhet.....	68
5.3.2	Validitet og reliabilitet	69
5.4	<i>Implikasjoner for videre forskning</i>	71

6.	Konklusjon	72
7.	Referanser/litteraturliste	74
8.	Vedlegg	82
8.1	<i>Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring</i>	82
8.2	<i>Vedlegg 2: Intervjuguide</i>	88
8.3	<i>Vedlegg 3: Vurdering av NSD</i>	91

1. Innledning

I regjeringens *Nasjonale strategiplan for arbeid og psykisk helse* (2007) ble det informert om at det skulle iverksettes kurs for opplæring av *medarbeidere med brukererfaring*. Dette skulle iverksettes for å klargjøre personene og gjøre dem kvalifisert for en ansettelse i virksomheter hvor de skulle yte tjenester for mennesker med psykiske helseproblemer. Noen år senere, i *Sammen om mestring* av Helsedirektoratet (2014), ble det videre informert om at det er et mål for norske helsemyndigheter å integrere erfaringskompetanse i helsetjenestene. Dette skulle være med til å utvikle og forbedre brukerperspektivet i psykisk helse- og rustjenestene, hvor man skal kunne se et samarbeid mellom fag- og erfaringskunnskap som sammen fører til forbedring av kvalitetene (Helsedirektoratet, 2014).

Interessen for å ansette mennesker med erfaringsbakgrunn har økt betraktelig de siste tiårene, spesielt i psykisk helse- og rustjenestene (Weber & Jensen, 2016; Åkerblom & Hammer, 2021). Mennesker med egenerfaring innehar en viktig ressurs i deres erfaringskompetanse, som gjerne brukes som en inngangs- og hovedkilde til den kunnskapen og kompetansen som de bidrar med i sitt arbeid (Klevan, Sjøfjell, Borg, & Karlsson, 2018; Weber & Jensen, 2016). Denne typen erfaringskompetanse er viktig å implementere i tjenestene, både for å kunne styrke brukermedvirkning og -perspektivet i individuelle virksomheter, men det er også viktig i forskning, undervisning og tjenesteutvikling (Jensen & Weber, 2015; Odden, Kogstad, Brodahl, & Landheim, 2015; Weber & Jensen, 2016).

Denne oppgaven vil sette søkelys på erfaringskonsulentenes rolle, og hvordan det å inneha denne rollen kan påvirke den enkelte. Før vi ser nærmere på det teoretiske grunnlaget for studien vil det redegjøres for hva en erfaringskonsulent er, hvilke formål det er ved erfaringsansettelser, studiens problemstilling, samt bakgrunn for valg av tema og relevans for mastergraden i Samfunn og helse: psykisk helse- og rusarbeid.

1.2 Hva er en erfaringskonsulent?

I dag ansettes gjerne erfaringskonsulenter med flere ulike stillingstitler, som eksempelvis medarbeidere med erfaringskompetanse, medarbeidere med brukererfaring,

erfaringskonsulenter, erfaringsformidlere, ansatte likemenn eller lignende (Brodahl, 2016), men i denne masteroppgaven vil de omtales med begrepet *erfaringskonsulenter*.

Det eksisterer flere forsøk på definisjoner av hva en erfaringskonsulent er. Ifølge Helsedirektoratet (2014) er erfaringskonsulenter «*ansatte med brukererfaring, enten egenerfaring eller som pårørende til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer*» (s. 21). Åkerblom, Agdal og Haakseth (2020) definerer videre at «*Erfaringskonsulenter på rus- og psykisk helsefeltet er personer som er ansatt på bakgrunn av erfaringene med egen rusavhengighet/psykisk uhelse og som tjenestebrukere*» (s. 10).

Til tross for disse definisjonene er ikke erfaringsbakgrunnen nok for en ansettelse i seg selv, da ulike krav til nødvendige erfaringer stilles for oppgavene og formålet ved den aktuelle stillingen (Helsedirektoratet, 2012). Brukererfaringer som disse tilegnes gjennom «*lidelse, bedringsprosess, og møte med helse- og sosialtjeneste*» (Weber & Jensen, 2016, p. 10), som videre er bearbeidet og reflektert om av den enkelte. Slik kan kompetansen brukes konstruktivt i stillingen som erfaringskonsulent, både på individ- og systemnivå (Weber & Jensen, 2016).

Watson (2017b) påpeker at det hovedsakelig finnes to underliggende identiteter til en persons erfaringskompetanse. Den første identiteten som nevnes omhandler den enkeltes egenerfaring med kunnskap og mestring som er utviklet i rollen som erfaringskonsulent. Den andre identiteten omhandler erfaringskonsulentens tidligere bakgrunn og erfaringer med psykisk uhelse- og/eller rusproblematikk. Det påpekes at når en jobber som erfaringskonsulent, så er det nødvendig å ta begge disse identitetene i bruk. De er begge av høy betydning, spesielt når en som erfaringskonsulent er i møte med både tjenestebrukere og fagfolk.

Erfaringskonsulentene er dermed i en posisjon hvor de skal fremstå som levende eksempler og bevis på recovery, inkludert alle de utfordringer og suksesser som dette måtte innebære for den enkelte (Watson, 2017b).

Ved å ta utgangspunkt i utviklingen og betydningene av disse gjensidige identitetene som beskrevet av Watson (2017b), vil dette masterprosjektet undersøke nærmere betydningen rollen som erfaringskonsulent har for den enkeltes tilfriskningsprosess. Med dette utgangspunktet vil studien prøve å nærmere undersøke og besvare følgende problemstilling, som først ble presentert i prosjektbeskrivelsen levert høstsemesteret 2021 (Hordvik, 2021):

Hvilken betydning kan det å jobbe som erfaringskonsulent i rusomsorgen ha for den enkelte erfaringskonsulents egen tilfriskningsprosess? (s. 4)

I denne masteroppgaven vil det fokuseres på erfaringskonsulenter som har erfaring fra rusproblematikk og jobber i rusfeltet. Mye av litteraturen om erfaringskonsulenter skiller ikke mellom rus- og psykisk helsefeltet, og studien vil derfor ved flere anledninger referere til og nyansere litteratur og eksempler som har vært publisert i psykisk helsearbeid.

1.3 Formålene med erfaringsansettelser

Formålet med erfaringsansettelser er flertydige, og er ifølge Weber og Jensen (2016) med til «... å styrke brukerperspektivet, bidra til økt brukermedvirkning, recovery-tenkning og medbestemmelse i behandling, planlegging og forskning, samt å styrke pasientens autonomi, personlig integritet og menneskerettigheter, i tillegg til å være håpsbærere» (s. 14).

Ansettelser av erfaringskonsulenter vil kunne bidra til å løfte frem stemmer fra pasientene som tidligere ikke har vært hørt eller anerkjent, og erfaringskonsulenter vil dermed kunne fungere som et mellomledd, eller en brobygger, mellom bruker- og fagkunnskap (Weber & Jensen, 2016).

Ifølge SAMHSA (2015) reflekterer kjernekompetansen til erfaringskonsulenter visse grunnleggende prinsipper, som er identifisert av recovery-samfunn innen psykisk helse- og rusproblematikk. Disse innebærer at erfaringskonsulentene skal være recoveryorientert, personsentrert, frivillig, relasjonsfokusert og traumeinformert. Å være *recoveryorientert* vil si at erfaringskonsulentene gir håp til tjenestebrukerne, og samarbeider med dem for at de skal kunne oppnå et målrettet og meningsfullt liv. Erfaringskonsulentene hjelper dem å identifisere og bygge på den enkeltes styrker og muligheter, samt erkjenner at det finnes mange veier til bedring (SAMHSA, 2015). Å være *personsentrert* vil si at erfaringskonsulentenes arbeid alltid skal ledes av den enkelte de hjelper. Hjelpen de tilbyr er personlig tilpasset den enkeltes spesifikke håp, mål og preferanser (SAMHSA, 2015). Med *frivillighet* mener SAMHSA (2015) at erfaringskonsulentene ikke dikterer hvilke typer tjenester som tilbys, eller elementene i recoveryplanene som veileder deres arbeid med tjenestebrukerne. Deltakelse i recoverytjenester er alltid avhengig av de valgene som brukeren tar. Videre mener SAMHSA (2015) at erfaringskonsulenter skal være *relasjonsfokusert*. Relasjonen mellom

erfaringskonsulenten og brukeren er fundamentet for hvordan erfaringsbaserte recoverytjenester er gitt. Relasjonen er respektfull, tillitsfull, empatisk, samarbeidsbasert og gjensidig (SAMHSA, 2015). Den siste kjernekompetansen som blir nevnt, er det å være *traumeinformert*. Erfaringskonsulenter bruker et styrkebasert rammeverk som legger vekt på fysisk-, psykisk- og emosjonell trygghet, og skaper muligheter for at tjenestebrukeren skal kunne gjenoppbygge en følelse av kontroll og empowerment.

Flere av disse kjernekompetansene støttes også av annen litteratur (Davidson, 2021; Weber & Jensen, 2016), som påpeker at erfaringskonsulenter på individnivå kan tilby brukere, pasienter og pårørende kunnskap i den form at de møter en som har vært i «samme båt», og som ansatt også nå kjenner systemet. De skal fremstå som rollemodeller som er med til å skape tillit og håp, samt bidra med gjenkjennelse av livssituasjoner som gjør at den enkelte gjerne opplever å bli forstått på en annen måte enn i møte med fagpersonell. Erfaringsbasert kunnskap er med til å gi erfaringskonsulenter muligheten til å møte den enkelte med et litt annet type blikk, som igjen kan skape en følelse av sammenheng, og det å kunne se sin livssituasjon som håndterbar og overkommelig (Weber & Jensen, 2016).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, men fungerer også som et virkemiddel hvor brukerne selv er med til å forme de ulike tjenestetilbudene (Helsedirektoratet, 2021). Klevan et al. (2018) viser især til to ulike måter erfaringskonsulentene kan være brobyggere på; gjennom språk og kultur. Ved å gå inn i en oversetterrolle kan erfaringskonsulentene skape klarere nyanser og bedre forståelse mellom språket brukt av fagpersonell og brukeren. Videre kan erfaringskonsulentene bidra til å være brobyggere i den forstand at de har en «fot i hver kultur», og dermed kan bidra til å bringe bruker- og fagkulturen nærmere hverandre (Klevan et al., 2018). I tillegg påpeker Weber og Jensen (2016) at erfaringskonsulenter også kan være med til å bygge tillit til tjenesten fra tjenestebrukerens perspektiv.

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har ved siden av studiene jobbet noen år i rusomsorgen, i en enhet som er del av den kommunale tverrfaglige spesialiserte behandling av ruslidelser (TSB). Virksomheten jeg jobbet i hadde et sporadisk samarbeid med flere erfaringskonsulenter, som førte til at jeg kom i kontakt med noen av dem og fikk et lite innsyn i deres arbeidsmetoder og arbeidshverdag.

Slik jeg opplevde erfaringskonsulentene i deres rolle, så delte de og brukte mye av deres egne erfaringer i det miljøterapeutiske arbeidet i møte med tjenestebrukerne. Historiene som ble delt fra egne erfaringer var ofte positive, hvor mye av innholdet omhandlet oppløftende erfaringer med det å bli og være rusfri, som eksempelvis egen bedringsprosess, bedre relasjoner til venner og familie, arbeid, bedre økonomi og lignende. Historiene kunne også omhandle negative erfaringer fra deres liv i aktiv rus, som eksempelvis overdosetilfeller, møter med politiet, psykisk og fysisk vold i rusmiljøet, tid som innsatt i fengsel og lignende. Hvordan erfaringskonsulentene gjennomførte miljøterapeutisk arbeid, utviklet en interesse hos meg for erfaringskonsulenters formål og arbeidsmetoder. Dette ligger dermed til grunn for hvorfor jeg, i starten av tankeprosessen om mitt masterprosjekt, begynte å undersøke litt nærmere om temaer rundt erfaringskonsulenter.

Jeg kom i kontakt med Den nasjonale interesseorganisasjonen for erfaringskonsulenter «Erfaringsssentrum» sommeren 2021. Erfaringsssentrum jobber hovedsakelig med kompetanseheving og rådgivning for erfaringskonsulenter, men bidrar også med støtte til både nasjonale og internasjonale prosjekter som kan øke antall erfaringskonsulenter, samt fremme betydningen og viktigheten av deres erfaringskompetanse i tjenestene (Erfaringsssentrum, 2021). Gjennom medlemsundersøkelser (Holst & Mohn-Haugen, 2021; Holst & Mydland-Aas, 2021) kunne Erfaringsssentrum meddele noen rapporterte negative erfaringer i jobben som erfaringskonsulenter, samt noen opplevelser av dårlig oppfølging på arbeidsplassen. Dette førte til at jeg begynte å tenke på om rollen som erfaringskonsulent utelukkende var positiv for den enkeltes tilfriskningsprosess, eller om den faktisk også kunne påvirke dem negativt.

At flere erfaringskonsulenter opplever både positive og/eller negative sider til sin stilling, og at erfaringene som de gjør i jobben kan ha en betydning for deres egen tilfriskningsprosess, er på ingen måte utenkelig. Kontakten med Erfaringsssentrum bidro til å øke min interesse, og jeg ønsket dermed å nærmere undersøke dette fenomenet.

1.5 Relevans for Samfunn og helse: psykisk helse- og rusarbeid

Innenfor politiske områder, især helse-, sosial- og velferdsfeltet er det viktig å fremme de kvalitetene ved vårt samfunn som kan være med til å styrke helsen i befolkningen. Psykisk

helse- og rusarbeid jobber for brukernes og pårørendes aktive deltakelse i tjenesteutvikling og forskning i feltet, og vektlegger dets samfunnsmessige, kulturelle og politiske kontekst.

Mennesker med brukererfaring kan spille en nøkkelrolle i å hjelpe andre i flere varierte settinger (Jordan et al., 2021). Behandling og intervensjoner levert av erfaringskonsulenter har vist seg å være likeså effektiv som det levert av fagpersoner, med noe bevis på at erfaringskonsulenter kan bedre støtte i utfall som recovery, håp og empowerment (Lloyd-Evans et al., 2014). Dette tyder på at i psykisk helse- og rusfeltet, spiller erfaringskonsulenter en aktiv rolle både på individ- og tjenestenivå. Med en slik relevant og viktig rolle er erfaringskonsulentene absolutt med til å styrke det helhetlige helsenivået i befolkningen. Det er dog viktig at deres egen helse ikke blir tatt for gitt, men at det blir satt søkelys på den enkeltes fortsettende tilfriskningsprosess og at denne ivaretas.

1.6 Oppgavens oppbygging og organisering

Kapittel 1 tar utgangspunkt i en introduksjon til feltet og redegjør for hva en erfaringskonsulent er, formålet med erfaringsansettelser, bakgrunn for valg av tema, samt hvorfor jeg har valgt å undersøke det aktuelle fenomenet nærmere. Jeg har valgt å skille introduksjonen og teoretisk grunnlag for studien i to ulike kapitler, dette for å gjøre oppgavens oppbygging mer oversiktlig og tydelig.

Kapittel 2 vil redegjøre for teoretisk grunnlag og tilnærming, og tar opp følgende begreper og teorier: erfaringskunnskapens inntreden i feltet, roller og rollekonflikt, recovery, empowerment, identitet og stigma. I kapitlet vil det også redegjøres for hvorfor jeg anser disse teoriene og begrepene som relevante for studien, samt presentasjon, gjennomgang og avdekking av kunnskapshull i allerede eksisterende litteratur. Til slutt vil forskningsspørsmålene presenteres, samt hvordan eksisterende forskning har bidratt til utformingen av disse.

I kapittel 3 vil metodologien gjennomgås. Til å begynne med vil vitenskapsteoretisk ståsted og begrunnelse for valg av metode presenteres. Deretter vil kapitlet belyse gjennomgangen av studiens metodeprosess fra utvikling av intervjuguide, rekruttering av utvalg, til

datainnsamling og tematisk analyse av materialet. Til slutt vil det redegjøres for hvilke forskningsetiske betraktninger som er gjort.

I kapittel 4 og 5 vil studiens resultater presenteres og drøftes. Her vil resultatene bli sett i relasjon til studiens forskningsspørsmål og knyttes opp mot eksisterende forskning, teorier og annen litteratur. Som en avslutning vil det redegjøres for studiens styrker og svakheter, og det vil pekes på muligheter for videre forskning som kan være interessant og aktuelt å undersøke nærmere.

2. Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet vil det først redegjøres kort for erfaringskunnskapens historiske inntreden i feltet, samt sentrale begreper og tilnærminger i studien. Deretter vil det presenteres funn fra tidligere relevant forskning, og utforming av studiens forskningsspørsmål.

2.1 Erfaringskompetansens historiske inntreden i psykisk helse- og rusfeltet

Å gjøre rede for erfaringskompetansens historiske utvikling er viktig nettopp fordi det er med til å gi en dypere forståelse av fenomenet, og forståelsen rundt bakgrunnen til det som i dag er en legitimert praksis. Videre vil det også senere kunne bidra til å kontekstualisere analyser og drøftelser i studien. Denne studien har fokus på rusfeltet, men ettersom psykisk helsearbeid har en lengre historie med behandlingsmetoder og som behandlingsinstitusjon, og feltene henger godt sammen, vil denne delen av kapittelet med utgangspunkt i nasjonal og internasjonal utvikling se nærmere på historien til både psykisk helse- og rusfeltet.

Behandling av sinnslidelser kan spores helt tilbake til Midtøsten på 800-tallet, da legen Rhazes åpnet en psykiatrisk avdeling i Bagdad (Yilanli, 2018; Zarrintan, Shahnaee, & Aslanabadi, 2017). Det var dog først på slutten av 1700-tallet at de første erfaringsansettelsene tok sted (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012). I et brev skrev Guvernør ved Bicêtre hospital i Paris, Jean Baptiste Pussin, til legen Philippe Pinel følgende:

«As much as possible, all servants are chosen from the category of mental patients. They are at any rate better suited to this demanding work because they are usually more gentle, honest and humane» (Davidson et al., 2012, p. 123).

Pussin hadde selv vært pasient ved hospitalet, og en av hans sentrale ledelsesstrategier var å ansette så mange som mulig av tidligere innlagte pasienter (Davidson et al., 2012). Det var i betydelig grad gjennom disse ansettelsene at Pinel og Pussin var i stand til å kunne fjerne bruk av lenker og misbruk, og innføre det som senere ville bli omtalt som æraen for moralsk behandling (Davidson, Rakfeldt, & Strauss, 2010; Kringlen, 2007; Porter, 2013).

Videre på 1700-tallet ble sinnslidelser introdusert som en medisinsk vitenskap, og dermed utviklet det seg et nytt syn på dem som tidligere hadde vært omtalt som «gale» (Kringlen, 2007). I 1848 ble den første sinnssykeloven i Norge vedtatt, og den første norske behandlingsinstitusjonen for psykisk syke, Gaustad asyl, ble offisielt åpnet i 1855 (Austad & Ødegård, 1956; Kringlen, 2007). På slutten av 1800-tallet ble også de første anstalter rettet mot å hjelpe alkoholmisbrukere opprettet i Norge, hvor noen av anstaltene også var rettet mot å hjelpe «morfinister», eller mennesker avhengig av morfin (Oslo-Universitetssykehus, 2021).

På starten av 1900-tallet fikk flere nye behandlingsmetoder for psykisk syke sitt fremspring, bl.a. malariaterapi, langbad, sjokk-terapier, sovekurer, kastrering og lobotomi (Haave, 2015), men disse ble senere avvirket etter studier som viste både kliniske skadevirkninger og i mange tilfeller dødelighet (Kringlen, 2007). Loven fra 1848 ble omgjort til «Lov om helsevern» i 1961. I tillegg ble den første moderne behandlingsinstitusjonen for mennesker med alkoholproblemer i Norge opprettet i 1909, og i 1932 ble lov om edruskapsvern vedtatt og ga muligheter for frivillig innleggelse og behandling på «kursted» (Oslo-Universitetssykehus, 2021). I 1935 ble Anonyme alkoholikere opprettet, og i 1947 startet de sin første selvhjelpsgruppe i Oslo (Anonyme Alkoholikere, 2022; Oslo-Universitetssykehus, 2021).

På 1960-tallet foreslo Cowen, Gardner og Zax (1967) en modell for kommunal psykisk helsebehandling i USA, hvor det var krevd ansettelse av ikke-profesjonelle «likemenn». Dette var i kontrast til helsetjenestene som var tilbudt i store statlige sykehus, og i modellen var ansettelse av «indigenous nonprofessionals» understreket i utviklingen, implementeringen og evalueringen av intervensjonsprogrammer (Cowen et al., 1967).

På 1970-tallet oppstod konseptet og begrepet om «Peer-support», som fikk fart under fremveksten av selvhjelpsgrupper, 12-steg programmer og påvirkningsorganisasjoner (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006; N. Rose, 2019; Solomon, 2004). Tidligere pasienter som hadde erfart de radikale og skadelige behandlingsmetodene i psykiatrien samlet seg for å støtte hverandre på en måte som kun dem klarte å forstå (Riemer, 2021). Etter stilte spørsmål ved de rådende behandlingstradisjonene kom Deegan (1988) med en beskrivelse av recovery som en personlig og individuell prosess.

Siden fremveksten på 1970-tallet har erfaringskonsulenter utviklet seg til en legitimert praksis med etiske standard, samt finansierte og lønnede stillinger (Rogers, 2017).

I 2006 kom det en egen MB-utdannelse (Medarbeider med brukererfaring) i Bergen, og for første gang var det ansatt en person med egenerfaring fra pasientrollen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Jensen & Weber, 2015). I 2019 hadde 112 norske kommuner ansatt erfaringskonsulenter, noe som utgjør 27% av landets kommuner (Skjeldal & Arneberg, 2019).

Det er flere århundre siden de første legene foreslo at egenerfaring med sykdom kunne være et godt redskap i møte med andre syke (Davidson et al., 2012). Så selv om erfaringskunnskap og -kompetanse kan virke som nyskapende, så har det en lang historie.

2.2 Roller og rollekonflikt: Fra tjenestemottaker til medarbeider

Selv om erfaringskunnskap har en lang historie, er fortsatt rollen som erfaringskonsulent ganske ny i psykisk helse- og rusfeltet. Å se på betydningen av det å inneha en rolle, og eventuelle konflikter erfaringskonsulenter kan stå overfor i denne rollen, er interessant i møte med denne studiens problemstilling. Grunnlaget for dette ligger i at det er nødvendig å redegjøre for hva en rolle er, og hva rollen som erfaringskonsulent innebærer, før man eventuelt ser nærmere på hvordan denne er med til å påvirke den enkelte.

Repstad (2007) definerer roller som:

«et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre, og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt sosial posisjon. Slike normer og forventninger kan uttrykkes av andre individer, men de vil etter hvert ofte også bli internalisert av individet selv, det vil si gjort til en del av individets normer og virkelighetsforståelse» (s. 49-50).

I hver enkelt persons liv går man inn i forskjellige posisjoner og ulike sammenhenger hvor ens oppgaver er mangfoldig. Innenfor de ulike posisjonene vil rolleatferdens forventninger og krav variere (Helgesen, Grasaas, & Sjursen, 2016). Hvilke forventninger man har i møte med tjenestebrukere og ansatte vil for mange trolig variere, på samme måte som tjenestebrukeres og ansattes forventninger til seg selv varierer.

Å finne innpass for erfaringskonsulenters rolle, som befinner seg både mellom og sammen med fagfolk og tjenestebrukere, byr på flere utfordringer (Jensen & Weber, 2015). I alle yrkesroller eksisterer det i større eller mindre grad ulike forventninger til rolleinnhaveren, og dersom en person skal fylle to eller flere ulike roller på arbeidsplassen, kan det oppstå en rollekonflikt (Røkenes & Hanssen, 2019). En rollekonflikt kan omhandle en person som sliter med å beherske to roller samtidig, men det kan også handle om at en rolle innehar to eller flere motstridende forventninger (Repstad, 2007). Når erfaringskonsulenter skal kombinere deres erfaringer som tidligere «consumers» eller «tjenestebrukere» med det å tilby hjelp som «providers» eller «tjenesteytere», samt være personer som er plassert mellom brukerkulturen og fagkulturen, kan en slik rollekonflikt muligens oppstå (Davidson, Weingarten, Steiner, Stayner, & Hoge, 1997; Gates & Akabas, 2007; Klevan et al., 2018).

I følge en studie av Davidson et al. (1997) opplevde «prosumers» å bli behandlet annerledes enn fagpersonellet, da de ble ansett som skjøre og sannsynlig at får tilbakefall, samt at kollegene stilte spørsmål til og var usikre på deres kompetanse og dømmekraft. Noen av deltakerne i studien identifiserte seg også så sterkt med tjenestebrukerne, at det forhindret dem i å akseptere deres nye roller i systemet.

En studie av Gates og Akabas (2007) identifiserte videre at det var især to typer situasjoner som skapte rollekonflikt. Den første situasjonen viste seg i form av at fagpersonell anså mer eller mindre erfaringskonsulentene som brukere og ønsket å «hjelp» dem med terapi og medisiner. Den andre situasjonen oppstod da erfaringskonsulentenes relasjoner til brukerne ble for vennskapelig, men de fortsatt skulle opptre som tjenesteytere, noe som opplevdes som uprofesjonelt av det fagutdannede personalet.

Mange erfaringskonsulenter møtes med et inkluderende arbeidsmiljø, men det er fortsatt et stykke vei før deres rolle blir fullt ut verdsatt og respektert, og deres erfaring og kunnskap blir akseptert på lik linje med forankret teoretisk fagkunnskap (Jensen & Weber, 2015).

2.3 Recovery

I møte med begrepet *tilfriskning* i problemstillingen, er det naturlig å vende oppmerksomheten mot recovery. Deegan (1988) presenterte tidlig begrepet recovery som en personlig og individuell prosess, men tradisjonelt sett har begrepet vært brukt om prosessen

av å bli «frisk» og symptomfrihet (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013; NAPHA, 2012). Dette har vekket reaksjoner, da ikke alle ser på opplevelser under lidelse som noe man ønsker å fjerne eller dekke over, eller vil tilbake til slik livet var før lidelsen inntrådte (Hummelvold, 2012). Dette kan være fordi det innebærer benektelse over det å ha vunnet og kommet seg ut av, eller lært å leve med, lidelsen (Hummelvold, 2012). Dermed har det i senere år blitt etablert en ny forståelse av begrepet recovery. Det dreier seg om å få tilbake et liv som den enkelte anser som verdt å leve, hvor man kan delta i samfunnet og være en likeverdig borger, til tross for mulige begrensninger som lidelsen eller problemet kan forårsake (Karlsson & Borg, 2013; NAPHA, 2012; Aarre, 2018).

Recovery brukes gjerne i dag som en betegnelse på flere ulike prosesser, som det å komme seg og gjenvinne noe, akseptere de utfordringer man har og det å lære seg å leve med disse (Hummelvold, 2012). Recovery er å se hele mennesket i sin livssituasjon, men også deres livshistorie (Karlsson & Borg, 2017). Den mest kjente definisjonen er utviklet av Anthony (1993), som skrev at recovery er:

«... a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness» (s. 13).

Siden denne definisjonen kom i 1993 har psykisk helsearbeid utviklet seg verden over, og definisjonene som brukes om recovery i dag kan være noe annerledes. Hvor Anthony (1993) sin definisjon fokuserer hovedsakelig på den enkeltes personlige prosess, prøver senere definisjoner gjerne å også inkludere en sosial prosess. Karlsson og Borg (2017) sitt forslag til en definisjon er:

«Recovery er det arbeidet personen gjør alene eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i eget liv. Et liv der han eller hun erfarer å bli elsket av noen og elsker andre. Et liv der han eller hun opplever å høre til og være til nytte. Et liv med muligheter til glede og moro» (s. 11).

Fokus på det enkelte menneskets interesser, ressurser og tilfriskningsmål innebærer et menneskesyn som grunner i at man utvikler seg i egne personlige prosesser, i sosiale

relasjoner, i den enkeltes lokalmiljø og i samfunnet generelt. Dermed kan recovery finne sted i tjenestene, men også uavhengig av disse i lys av samfunnsmessige betingelser (Karlsson & Borg, 2017).

Recovery er ikke et nytt begrep, men forskningslitteraturen peker på at utviklingen av begrepet har to ulike opphav (Slade, 2009). Den ene kilden bygger på den kliniske fremgangsmåte, altså de psykiske helsetjenestene som fokuserer på effekt av behandling og resultater (Borg et al., 2013; Slade, 2009). Den andre kilden peker på fremveksten av et levd erfaringsperspektiv, samt peer support bevegelsers engasjement for å bli trodd, lyttet til og anerkjent på lik linje med sine medborgere (Borg et al., 2013). I den anledning vil det i denne oppgaven presenteres tre definisjoner på recovery; recovery som en personlig prosess, recovery som en sosial prosess og klinisk recovery. Etersom studien undersøker erfaringer i rollen som erfaringskonsulent, vil det til slutt også gjøres rede for recovery i en arbeidskontekst, samt kritikk rettet mot recovery i forskningslitteraturen.

2.3.1 Recovery som en personlig prosess

Når man tenker på recovery i form av en personlig prosess, er målet og omsorgsretningen definert på et personlig nivå og den sentrale aktøren i recoveryprosessen er den aktuelle personen selv (Karlsson & Borg, 2013). Slik begrepet fremstår gjennom historier, definisjoner og erfaringsbasert kunnskap, får personlig recovery frem de konkrete og unike opplevelsene av det levde livet gjennom tilfriskningsprosesser (Karlsson & Borg, 2013). I brukermiljøer er recovery som en personlig prosess spesielt vektlagt, da det har vært ønsket om å formidle all den kraften, innsatsen og tålmodigheten som kreves gjennom denne prosessen (Borg et al., 2013).

I engelskspråklige land er ulike karakteristika som kjennetegner den personlige prosessen godt dokumentert (Slade et al., 2012), og et av de mest aksepterte teoretiske rammeverkene er presentert i en litteraturstudie av Leamy, Bird, Boutillier, Williams og Slade (2011). Dette rammeverket er gitt akronymet CHIME som står for de engelske ordene connectedness (tilhørighet), hope (håp), identity (identitet), meaning (mening i livet) og empowerment. Videre påpeker en litteraturstudie av Stickley og Wright (2011) karakteristikaene optimisme, håp og mening i livet, i tillegg til aktiviteter som fremmer recovery som utdanning, jobb og fysisk aktivitet, som sentrale funn.

Det er forslått i en studie av Young og Ensing (1999) at det eksisterer tre stadier i en persons recoveryprosess. Det første stadiet omhandler det å overkomme «fastlåsthet», og inkluderer faktorer som det å akseptere sine problemer, oppnå motivasjon til endring, samt håp og inspirasjon til å fortsette med tilfriskningsprosessen. Det andre stadiet omhandler det å gjenvinne det som er tapt, og komme seg videre i livet. Dette stadiet inkluderer faktorer som økt ansvarsfølelse, empowerment, det å få nye perspektiver på seg selv og sin problematikk, og forsøk på å gjenerobre og videre opprettholde et grunnleggende funksjonsnivå i hverdagslivet (Young & Ensing, 1999). Det tredje stadiet omhandler å forbedre livskvalitet, og inkluderer faktorer som streben etter å opprettholde velvære, oppnå nye potensialer, et høyere funksjonsnivå, og generelt ha et liv hvor man trives med seg selv (Young & Ensing, 1999).

Med bakgrunn i dette kan det å definere recovery være vanskelig, for som Meehan, King, Beavis, and Robinson (2008) påpeker, så avhenger recovery av meningen som den enkelte tillegger begrepet. Personlige recoveryprosesser er i største grad individuelle og avhengig av kontekst, hvor nye erfaringer fortløpende bidrar til økt kunnskap og bedre forståelser av begrepet, noe som gjør at konseptet om recovery er i stadig utvikling (Chester et al., 2016). Det er tydelig at recovery som en personlig prosess inneholder flere ulike dimensjoner, som gjentatte karakteristika om håp, identitet, opplevelse av mening i livet og empowerment. Andre dimensjoner som nevnes er tilhørighet, læring, fysisk aktivitet og yrkesmessig engasjement. I tillegg er et vesentlig trekk ved personlig recovery at det også kan foregå både med og uten hjelp av profesjonelle helsearbeidere (Borg et al., 2013).

2.3.2 Recovery som en sosial prosess

Forståelsen av begrepet recovery har utviklet seg fra å ha et fokus på individorientering, til i større grad å også inkludere sosiale prosesser (Borg et al., 2013). I *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) påpekes økt risiko for å utvikle psykisk helse- og rusproblematikk ved lav sosioøkonomisk status, noe som også har bred støtte i forskningslitteratur (Gauffin, Vinnerljung, Fridell, Hesse, & Hjern, 2013; Kraus, Piff, Mendoza-Denton, Rheinschmidt, & Keltner, 2012; Monnat, 2019; Quon & McGrath, 2014; WHO, 2014). Videre pekes det også på risikofaktorer som bomiljø, arbeidsledighet, ensomhet, sosial isolasjon og lav eller ingen sosial støtte (Helsedirektoratet, 2014).

Som en sentral beskyttelsesfaktor nevner Helsedirektoratet (2014) *sosial støtte*, som videre også støttes av Andvig, Gullstett og Edwards (2018). Begrepet omfatter først og fremst følelsesmessig støtte og empati fra mennesker rundt en, men også faktorer som sosial kontroll og praktisk hjelp. En studie av Dalgard, Bjørk og Tambs (1995) peker videre på at sosial støtte er i større grad hensiktsmessig når personen er utsatt for ulike negative hendelser eller påkjenninger i livet, og at det kan fungere som en buffer til personens mestringsevner. En litteraturstudie av Bjørlykhaug, Karlsson, Hesook og Kleppe (2021) foreslår at assosiasjonene mellom psykisk helse og sosial støtte er mangfoldig, og at sosial støtte er avgjørende i både forebyggingen av psykiske helseproblemer og opprettholdelsen av god psykisk helse. Generelt i forskning er det også vesentlige bevis rundt andre sentrale sosiale faktorer som empowerment, utvikling av positive sosiale identiteter, støttende personlige relasjoner og sosial inkludering, og hvordan disse kan fremme (eller hemme) recovery (Allen, Balfour, Bell, & Marmot, 2014; Leigh-Hunt et al., 2017; Tew, Ramon, & Slade, 2012).

Som tidligere nevnt er *tilhørighet* et annet begrep som ofte går igjen i møte med recovery. Det å oppleve tilhørighet er avhengig av den enkelte, men også personens nettverk, lokalmiljø og tilbud om støtte og hjelp (Karlsson & Borg, 2017). Tilhørighet anses som en grunnleggende erfaring hos mennesket, hvor Semb, Borg og Ness (2016) skiller mellom subjektiv og sosial tilhørighet. Subjektiv tilhørighet handler om den enkeltes opplevelser av å være til nytte, være verdsatt, være viktig for andre mennesker og i samfunnet generelt (Semb et al., 2016). Det handler om at den enkelte har opplevelser av å passe inn i ulike grupper og miljøer basert på felles interesser (Semb et al., 2016). Sosial tilhørighet har sammenheng med den enkeltes opplevelser av å være anerkjent og bli møtt av andre. Ved å kjenne tilhørighet til ens lokalmiljø og samfunn vil det å møte signifikante og ikke-signifikante andre samt kulturelle forventninger være av stor betydning i ulike sammenhenger (Semb et al., 2016). Ifølge Karlsson og Borg (2017) opplever mange mennesker med psykisk helse- og rusproblematikk å være utenfor viktige arenaer i samfunnet som arbeid, skole og andre sosiale miljøer. I flere tilfeller føler man da gjerne i tillegg at en har lav status i samfunnet og innehar lite verdsatte roller. Selv om norsk helse- sosial- og velferdspolitik har fokus på og formål om full deltakelse og inkludering for alle innbyggere, så er dette fortsatt aktuelle erfaringer som gjøres i dagens samfunn (Karlsson & Borg, 2017).

Sosiale strukturer og inkluderende lokalmiljøer er vesentlig for å utvikle muligheter til å oppnå kontroll over eget liv og positiv identitet (Borg et al., 2013; Davidson, 2021). Dette utgangspunktet forutsetter at man har levekår som er med til å skape et verdig liv, samt fravær av stigma og diskriminering (Davidson, 2021). Like så viktig er det at fagmiljøer vektlegger samarbeid med personen, og viser respekt og anerkjennelse for vedkommendes erfaringer og preferanser (Borg et al., 2013).

2.3.3 Klinisk recovery

Begrepet *klinisk recovery* brukes gjerne i forbindelse med de sammenhenger hvor det fokuseres på effekt og behandlingsresultater. Denne definisjonen reflekterer resultatorientering og fokuserer dermed på objektive mål og effekten av behandlingen (Borg et al., 2013; Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016). Ifølge Rossi et al. (2017) er klinisk recovery et objektivt element som bidrar til returnering til en tidligere tilstand av helse. Dermed vil det å definere recovery som en unik personlig og/eller sosial prosess, som varierer mellom mennesker og tilpasses den enkelte, her trolig representere noen utfordringer for tjenester som bruker standardiserte mål.

Som nevnt tidligere har recovery tradisjonelt sett hatt mye fokus på å oppnå symptomfrihet og det å bli «frisk» (Borg et al., 2013; Harper & Speed, 2012; Landheim et al., 2016; NAPHA, 2012). I den anledning peker Slade (2009) på fire sentrale faktorer innenfor klinisk recovery; at det er observerbart, det er en tilstand eller resultat, en fagperson har gjort vurderingene og prosessen varierer ikke blant mennesker. I denne forståelsen er det fokus på å operasjonalisere recovery og gjøre bedringsmålinger, og i disse brukes flere sosiale funksjonskriterier; symptomfrihet, deltar full- eller deltid i jobb eller studie, er i en selvstendig bosituasjon uten tilsyn av familie eller helsearbeidere, ikke avhengig av økonomisk støtte, deltar i aktiviteter med venner på jevnlig basis, og at disse kriteriene har hatt en varighet på minst to år (Lieberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002).

Det kan trekkes flere fellestrekk mellom effektmålinger, behandlingsforskning og klinisk recovery (Borg et al., 2013). Innenfor disse har det tradisjonelt sett vært lite fokus på individets unike situasjon og erfaringskunnskap, og forskere har lenge vært opptatt av å utvikle resultatmål relevant for den enkeltes recovery (Borg et al., 2013).

2.3.4 Recovery i en arbeidskontekst

Studier har generelt en tendens til å peke på at det å ha en jobb, eller et yrkesengasjement, kan bidra til å fremme livskvalitet, sosial velvære, sosial inkludering og recovery hos den enkelte (Hansen & Bjerger, 2017). En studie av Doroud, Fossey og Fortune (2015) indikerer blant annet at yrkesmessig engasjement bidrar til økt personlig recovery. Videre indikerer en studie av Borg og Kristiansen (2008) at det å lære om ens potensiale og begrensninger gjennom jobb, er viktig for den enkeltes personlige utvikling og følelse av kontroll. Det å være ansatt i en stilling, og ha en arbeidsplass å gå til, er ofte høyt verdsatt hos den enkelte, og kan videre ha en svært positiv påvirkning på deres egenverdi, kompetanse og det sosiale samvær med andre (Karlsson & Borg, 2017). Som ansatt opplever man gjerne å ha en plass i samfunnet med både forpliktelser og rettigheter, og erfaringskunnskap har vist at det å ha en jobb gir opplevelser av egenutvikling, samfunnsdeltakelse og det å kunne være del av og bidra til et fellesskap (Karlsson & Borg, 2017).

Det å kunne tilhøre «folk flest», kjenne at det er bruk for en og være i en økonomisk stabil situasjon kan trolig være med til å skape håp om et bedre liv i fremtiden. I studien av Borg og Kristiansen (2008) vises det at å være sammen med «normale» mennesker gjennom arbeid også hjalp flere av deres informanter å innse at et liv med opp- og nedturer ikke er unormalt. Videre viser studien at det å bli konfrontert med forventninger av andre erfares som et tegn på respekt og håp.

Det finnes mange ulike arbeidskontekster, men det de har til felles er at de åpner muligheter for å være aktør i eget liv (Karlsson & Borg, 2017). Arbeidsplassen kan være en arena for å utvikle sosial kontakt og nye vennskap, noe som kan være svært viktig for mennesker som har opplevd å bli holdt utenfor over tid. Men arbeidslivet har også sine skyggesider; man kan oppleve for krevende arbeidsoppgaver, press, stress, opplevelse av å ikke være god nok eller å bli mobbet (Karlsson & Borg, 2017). Både de positive og negative faktorene ved arbeidslivet kan også trolig prege jobben som erfaringskonsulent, noe som igjen kan påvirke den enkeltes recoveryprosess.

2.3.5 Kritikk rettet mot recovery

Gjennom tidene har recovery tankegangen og praksisen også vært preget av mistillit og kritikk. Denne kritikken har kommet fra både fagfolk og brukergrupper, og en av de ledende brukerstyrte organisasjonene innenfor det kritiske blikket på recovery er Recovery in the Bin (2016). De mener at grunnprinsippene som recovery er bygget på, som autonomi og selvbestemmelse, er verdt å ivareta. De skriver dog videre at det som undergraver disse verdiene, er koloniseringen av recovery i helsetjenestene og politikken. Dette er også en gjennomgående kritikk i forskningslitteraturen (Harper & Speed, 2012; Oute & Jørgensen, 2021). Kritikken innebærer videre at verdiene som ligger til grunn for recovery hverken kan måles eller samles i en pakkeløsning, og at mange mennesker derfor stiller seg kritiske til at recovery kan bli realisert innenfor klinisk recovery, hvor det blant annet benyttes måleinstrumenter for symptomfrihet og bedring (Recovery in the Bin, 2016).

Det påpekes av Oute og Jørgensen (2021) at annen vesentlig kritikk i forskningslitteraturen innebærer en new-public-management tankegang om recovery, hvor politisk satsning skildrer en ideologisk fortolkning av det frie brukerperspektivet som befinner seg i begrepet. Annen kritikk innebærer også at recovery fører til økt individualisering av det ansvaret den enkelte person har for å håndtere sin egen tilfriskningsprosess (Harper & Speed, 2012; Oute & Jørgensen, 2021), som videre har økt oppmerksomhet rundt risikoen for å overskygge viktige sosiale utfordringer og de stressende sosiale forholdene som kan utvikles gjennom høye forventninger om selvkontroll (D. Rose, 2014; Vera San Juan et al., 2021).

2.4 Empowerment

I studier hvor mennesker med egenerfaring har svart på hva de mener er av størst betydning i deres recoveryprosess, er empowerment en av de faktorene som gjentar seg (Leamy et al., 2011). Foreslåtte oversettelser av begrepet er myndiggjøring, maktmobilisering og selvoppreisning, men også i norsk forskning og litteratur brukes begrepet oftest i sin engelske form (Thomassen, 2006). Empowerment er ment som et redskap for å styrke makten over eget liv hos de maktesløse, hvor arbeidsmåten har fokus på å utvikle strategier som kan styrke den enkeltes maktfølelse, kompetanse og innflytelse i egen livssituasjon (Thomassen, 2006). I *Sammen om mestring* defineres empowerment som

«... en prosess som gjør mennesker i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Prosessen tar utgangspunkt i menneskers egne ressurser og evne til å kontrollere eget liv, gitt at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg (Helsedirektoratet, 2014, p. 30).

Askheim (2003) skiller mellom to dimensjoner rundt begrepet empowerment; en individuell og en strukturell dimensjon. Den individuelle dimensjonen kan trekke flere linjer til Helsedirektoratet (2014) sin definisjon av begrepet. Den er rettet mot ulike prosesser og aktiviteter som har hensikt til og kan være med til å øke den enkeltes kontroll over eget liv, selvtillit, selvbylde, ferdigheter og kunnskaper. På denne måten kan det også identifiseres barrierer som hindrer selvrealisering og begrenser egenkontroll (Askheim, 2003). Den strukturelle dimensjonen er rettet mot de barrierene, maktforholdene og samfunnsstrukturene som er med til å opprettholde ulikheter, urettferdighet og fraværende muligheter til å ta kontroll over eget liv (Askheim, 2003). I empowerment står dermed sammenhengene mellom den enkeltes livssituasjon sentralt med vedkommende sine problemer på den ene siden, og på den andre siden de samfunnsmessige eller strukturelle forholdene (Askheim, 2003).

For erfaringskonsulenter finnes det trolig mange muligheter til å opparbeide seg styrket og økt empowerment, f.eks. gjennom rollen i jobben og gjennom sin egen recoveryprosess. Ved å være i rollen som en ansatt er erfaringskonsulentene kommet til et sted i sin recoveryprosess, hvor de i betydelig grad har tatt tak i og hatt en positiv utvikling i sin egen livssituasjon. De har dermed muligheten til å bevege seg mellom fellesskap og bygge opp nye nettverk.

2.5 Identitet og stigma

I ordbøkene er begrepet «identitet» forstått som «fullstendig likhet», «overensstemmelse» og/eller «å være det som det er ment å være» (Hummelvold, 2012). Dermed kan man forstå begrepet «personlig identitet» som å være identisk med seg selv. Identiteten innehar ingen fast størrelse, men kan variere i større og mindre grad gjennom livet (Semb et al., 2016). I atferdsvitenskapene er identitet ofte brukt synonymt med selvbylde og refererer til hvordan mennesker ser seg selv. Fra et samfunnsperspektiv er konstruksjonen av identitet en pågående prosess som er påvirket av mangfoldige faktorer (von Greiff & Skogens, 2021).

Identitetsendringer er påvirket både av personens intensjoner, tolkninger og kontekst (von Greiff & Skogens, 2021). Med andre ord kan en person ha forskjellige identiteter i forskjellige kontekster, og identitet er noe man gjør og ikke noe man har (Goffmann, 1963). I sin studie beskriver Howard (2006) to motstridende orienteringer av et menneskes identitet; en midlertidig ventende orientering og en permanent aksepterende orientering. Hvor den midlertidige ventende orienteringen omhandler en fremad tenkende og foranderlig identitet, omhandler den permanent aksepterende orienteringen en identitet som er stabil og karakterisert av aksept (Howard, 2006). Howard (2006) påpeker at det kan være nødvendig for mennesker å legge merke til de problemene man har i de innledende fasene av deres recovery, og Dekkers, De Ruyscher og Vanderplasschen (2020) viser videre til hvordan det å bli kjent med og redefinere seg selv er en sentral del av den enkeltes recoveryprosess. Her kan stigmatisering trolig spille en betydelig rolle, da stigmaet kan bli internalisert hos den enkelte og bli en del av personens identitet.

I antikkens Hellas var det tradisjon å påføre tydelige brennmerker i huden på mennesker som kanskje stod for eller representerte noe unormalt. Begrepet «stigma» ble brukt om disse kroppslige tegnene, og sa noe om den enkeltes dårlige og/eller unormale status (Goffmann, 2009). I dag blir de stigmatiserte på mange måter fortsatt gjenstander for ulike stereotypiske karakteristikk (Repstad, 2007). Det er utfordrende for dem å vise seg som individuelle mennesker som innehar både positive og negative særtrekk (Repstad, 2007), og kan kanskje oppleve at mennesker kun ser deres usynlige brennmerker. Ifølge stempelingsteorien kan dette medføre to typer konsekvenser for den enkelte; en endret sosial situasjon og en endret forståelse av selvet (Repstad, 2007). Hvis stigmatisering, eller stempeling, fører til en endret sosial situasjon kan dette føre til atferdsendringer som sosial isolasjon, problemer med å få og beholde arbeid samt å bli møtt med diskriminering av andre (Repstad, 2007).

Slike utfordringer som Repstad (2007) beskriver kan trolig bli hengende ved den enkelte, til tross for at han eller hun kanskje ikke selv identifiserer seg med de holdningene andre har om dem. Det usynlige brennmerket som stigmatiserende holdninger utvikler kan være vanskelig å få helt bort, og kan nok påvirke opplevelser i møte med både venner, kolleger og samfunnet generelt. Som erfaringskonsulenter er det ikke usannsynlig at noen fortsatt opplever å bli møtt med stigmatiserende holdninger, både på jobb og i samfunnet generelt, som igjen kan påvirke deres identitetsfølelse og dermed deres recoveryprosess.

Når en person søker recovery gjennom en personlig prosess er det tydelig at mange faktorer spiller inn. Dette gjelder både faktorer i personens indre forhold, og faktorer som er av ytre forholds natur. Å styrke ens identitetsfølelse og empowerment krever gjerne hardt arbeid fra den enkelte, og ytre faktorer kan gjøre det vanskelig for dem. En positiv utvikling vil dog kunne resultere i både økt følelse av mening i eget liv og innflytelse i denne, samt en økt følelse av kontroll, en bedre selvfølelse og troen på at en kan mestre livets utfordringer.

2.6 Kunnskapsstatus og tidligere forskning

I Davidson et al. (1997) sin studie blir begrepet «prosumers» brukt med betydningen «consumers as providers», som representerer bruken av mennesker med sykdomserfaring som helsearbeidere. Studien presenterer utfordringer i at rollekonflikter kan oppstå når en tidligere bruker skal endre sin posisjon i yrkeslivet og samfunnet generelt til å være medarbeider. Rollekonflikter som denne går igjen og kan ses i mye av forskningslitteraturen. Yrkesrollen til erfaringskonsulenter er ofte utydelige, forventningene til forståelsene av rollene varierer i stor grad blant fagarbeidere, men også innad blant erfaringskonsulentene selv (Berry, Hayward, & Chandler, 2011; Faulkner & Basset, 2012; Gates & Akabas, 2007; Gillard, Edwards, Gibson, Owen, & Wright, 2013; Kilpatrick, Keeney, & McCauley, 2017).

I dag foreligger det etter hvert en stor del godt dokumentert internasjonal forskning som viser at erfaringskonsulenter på flere områder gagnar dem som mottar hjelp. Noen studier viser at når erfaringskonsulenter er ansatt som en supplerende del av den tjenesten som tilbys, kan det redusere tjenestebrukernes ensomhet (Fortuna et al., 2019), samt ha en positiv påvirkning på deres personlige recovery, håpsfølelse og livskvalitet (Borg, Sjøfjell, Ogundipe, & Bjørlykhaug, 2017; Chinman et al., 2014; Davidson et al., 2006; Lloyd-Evans et al., 2014; Miyamoto & Sono, 2012; Solomon, 2004; Wright-Berryman, McGuire, & Salyers, 2011). Andre studier viser at erfaringskonsulentenes positive påvirkning på tjenestebrukerne resulterer i like eller bedre utfall enn påvirkning gitt av tradisjonelle behandlingsmodeller (Bassuk, Hanson, Greene, Richard, & Laudet, 2016; Davidson, White, et al., 2010; Lloyd-Evans et al., 2014; Reif et al., 2014). I en norsk rapport av Høiseth, Bjørgen og Kvisle (2016) er det fremhevet opplevelser av at erfaringskonsulenter forstod brukere på en annerledes måte enn fagpersonell, og brukere hadde lettere for å snakke med og være åpen med

erfaringskonsulentene. Videre viser også en studie av Bellamy et al. (2019) at bruken av erfaringskonsulenter i betydelig grad reduserte raten for gjenfengsling blant innsatte med ulike psykiske lidelser.

En kvalitativ studie av Austin, Ramakrishnan og Hopper (2014) viser hvordan erfaringskonsulenter kan bidra til å avdekke mangler som brukere gjerne opplever i møte med tjenestene. Dette støttes av Klevan et al. (2018) som påpeker at erfaringskonsulenter kan være med å forme tjenester ut fra brukernes behov og bidra til økt brukermedvirkning. I en studie av Mowbray, Moxley og Collins (1998) ble det også vist at erfaringskonsulenter opplevde å bidra til endringer i holdninger samt reduisering av stigma rundt psykisk sykdom.

Vandewalle et al. (2016) viser i sin litteraturstudie at noen erfaringskonsulenter kan oppleve ubehag i situasjoner hvor de deler for mye av sin egen erfaringsbakgrunn. Videre viser andre studier at det å inneha en rolle som erfaringskonsulent kan negativt påvirke, og i noen situasjoner skade, den enkeltes recoveryprosess (Dyble, Tickle, & Collinson, 2014; Kilpatrick et al., 2017). Watson (2017a) skriver blant annet også at noen syntes det har vært så vanskelig å utøve ærlighet i rollen som erfaringskonsulent, at de har trukket seg fra stillingen. En studie av Firmin, Mao, Bellamy og Davidson (2018) viser også at opplevelser med mikroagresjon har ført til at noen har forlatt rollen som erfaringskonsulent. Fjalestad (2008) skriver videre at enkelte deltakere i deres prosjekt syntes at jobben som erfaringskonsulent ble veldig krevende og utfordrende for egen helse.

I motsetning til disse studiene viser Straughan og Buckenham (2006) i sin studie at det å jobbe som erfaringskonsulent bidrar til høyere selvtillit, et bedre og mer stabilt humør, økt empowerment og bedre livskvalitet hos den enkelte. Andre studier viser også til en rekke fordeler ved det å inneha en rolle som erfaringskonsulent, på både personlige, sosiale, yrkesmessige og velværedomener (Colson & Francis, 2009; Johnson et al., 2014; Moran, Russinova, Gidugu, Yim, & Sprague, 2012).

I studier som i større grad er direkte rettet mot rusfeltet, vises det at det å inkludere erfaringskonsulenter i tjenesten hadde helsefremmende effekt for brukerne og bidro til økt reduisering av deres rusmiddelbruk (Bassuk et al., 2016; Gagne, Finch, Myrick, & Davis, 2018). Det eksisterer mye forskning på fordelene med erfaringskonsulenter for brukerne som

mottar hjelp, men det er ikke like klart hvordan det å gi slike tjenester kan påvirke erfaringskonsulentenes egen recovery (Bassuk et al., 2016; Reif et al., 2014). Bailie og Tickle (2015) gjennomgikk 11 kvalitative studier og identifiserte behovet for flere slike kvalitative studier for å forstå hvordan erfaringskonsulentenes egen recovery kan påvirkes av rollen. Videre mener Chinman et al. (2017) at det er behov for flere langtidsstudier som undersøker innvirkningen rollen som erfaringskonsulent har på den enkeltes personlige recovery, da utfallet kan ta lengre tid å manifestere.

du Plessis, Whitaker og Hurley (2020) sin litteraturstudie viser at det er mye forstått om erfaringskonsulenters opplevelser i behandlingssettinger av psykisk helse, men at det er lite forskning som spesifikt har fokusert på erfaringskonsulenters opplevelser i setting av rusbehandling. De konkluderer videre at det i rusbehandlingssettinger er et stort kunnskapshull med hensyn til disse opplevelsene, og om rollen som erfaringskonsulent påvirker deres recovery.

I studier av erfaringskonsulenter med rusbakgrunn kan det ifølge Åkerblom et al. (2020) forventes at de innehar ulike utfordringer i forhold til dem med bakgrunn i psykisk helse. Dette kan f.eks. være erfaringer i form av ulike rusmiljøer, som igjen kan innebære bostedsløshet, vold, prostitusjon og kriminalitet. Disse erfaringene kan være av betydning for både innhold og omfang av deres erfaringskompetanse, samt hvordan de innpasser erfaringsbakgrunnen og bruker denne i sin rolle.

Tjenestene kan med fordel gagnes av mer informasjon om hvordan erfaringskonsulenter opplever deres rolle. Erfaringskonsulentenes arbeid er et viktig tillegg i recovery-repertoaret, så det å forstå fordelene og barrierene ved dette arbeidet gjør at tjenestene kan ta tak i mulige problemer og tilpasse seg slik at tjenestetilbudene blir så effektive og fordelaktige som mulig (Clossey, Gillen, Frankel, & Hernandez, 2016).

2.7 Studiens formål og forskningsspørsmål

Med bakgrunn i kunnskapshullene presentert i eksisterende forskningslitteratur, vil jeg gjennom studien søke å bidra til en større forståelse og innsikt i erfaringskonsulentenes egne oppfattelser og erfaringer av deres verden. Dermed har studien gjennom et fortolkende utgangspunkt som formål å belyse hvilken betydning rollen som erfaringskonsulent har for

den enkeltes tilfriskningsprosess. Dette vil gjøres gjennom følgende problemstilling og forskningsspørsmål.

Problemstilling:

- Hvilken betydning kan det å jobbe som erfaringskonsulent i rusomsorgen ha for den enkelte erfaringskonsulents egen tilfriskningsprosess? (Hordvik, 2021, p. 4)

Forskningsspørsmål:

- Hva opplever erfaringskonsulentene at de bidrar med til tjenestene og brukerne?
- Hvordan oppleves erfaringsbakgrunnen som styrkende i erfaringskonsulentenes rolle?
- Hvordan opplever erfaringskonsulentene utfordringer i sin rolle?
- Hvordan opplever erfaringskonsulentene sin egen recoveryprosess?

3. Metode

I dette kapittelet vil studiens vitenskapsteoretiske ståsted, metode og de ulike prosessene bli presentert. Videre vil det bli redegjort for forskerens posisjon og forståelse samt forskningsetiske betraktninger.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Tidlig i studien må man som forsker bevisst velge og forholde seg til en mer generell tankegang om hva vitenskap er. Det vil i hovedsak være å ta utgangspunkt i filosofiske synspunkter om forholdet mellom en person og personens verden. Når en forsker tar et valg om et slikt utgangspunkt omtales dette gjerne som et vitenskapsteoretisk ståsted.

Å gjøre rede for hvilket vitenskapsteoretisk ståsted som ligger til grunn for studien er viktig fordi det sier noe om hele studiens fremgangsmåte, samt hvordan forskeren har gjort refleksjoner og vedkommendes forståelse av forskningsresultatene.

3.1.1 Fenomenologi

Fenomenologi er en vitenskapsteoretisk tankemåte som ofte brukes i kvalitativ metodisk tilnærming (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Til å begynne med var fenomenologiens gjenstand opplevelse og bevissthet, men denne er blitt videreutviklet og utvidet til å i dag omfatte menneskers livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009).

Som tilnærming i kvalitative studier betyr fenomenologi å utforske og beskrive menneskers forståelse, opplevelser og erfaringer av et fenomen, og individene studeres basert på deres subjektive virkelighetsoppfatning og væremåte (Johannessen et al., 2016). Her søker forskeren å forstå meningen ved fenomenet gjennom den aktuelle populasjonens øyne, og er dermed opptatt av innholdet i det oppsamlede datamaterialet (Johannessen et al., 2016).

Målet med en fenomenologisk tilnærming i kvalitativ forskning er dermed økt innsikt og forståelse av hva som er karakteristisk for menneskers virkelighet (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2009). Etersom denne studiens mål er å undersøke hvordan rollen som erfaringskonsulent er med til å påvirke den enkeltes tilfriskningsprosess, blir det naturlig å sette søkelys på å beskrive informantenes egne opplevelser og erfaringer av fenomenet. Selv

om alle informantene har bakgrunn med rusproblematikk, har gjerne deres tilfriskningsprosess inneholdt ulike verdier og prosesser som gjør at hver enkelt av dem har en unik opplevelse av fenomenet.

3.2 Forskerens posisjon og forståelse

Innenfor flere faglige disipliner er det diskusjoner om hvordan det fenomenet som man studerer kan påvirkes av forskerens nærvær, og hvordan forskeren selv kan bli påvirket av forskningsfokuset (Nilssen, 2014). Som forsker vil man alltid ha med seg sin egen bakgrunn, historie og erfaringer, som gjør at det å være helt objektiv ikke er mulig. Dette baserer seg på den grunnleggende ideen om at forskeren selv på mange måter blir en del av det som forskes på, og dermed kan påvirke situasjonen på ulikt vis, både ubevisst og bevisst (Nilssen, 2014).

Forskeren, eller intervjueren, er den som innehar den vitenskapelige kompetansen, inviterer til og definerer intervjuet, forhåndsvelger tema, utformer og stiller spørsmål, og ikke minst beslutter hvilke ytringer og svar som skal følges opp videre i studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskerens rolle er å stille spørsmål, og informantens rolle er å svare. Ideelt er intervjuet dermed en samtale som kun foregår i én retning, hvor forskeren tar avstand i den form av at det holdes tilbake private og personlige synspunkter (Johannessen et al., 2016). Dette vil dog ikke være helt mulig, da min forforståelse er brukt aktivt under hele intervjuet, i den forstand at det er jeg som har formulert intervju spørsmålene og ytterligere oppfølgingsspørsmål under intervjusamtalen. Videre vil ikke målet bare være en god samtale, men også å få frem beskrivelser, uttalelser og fortellinger fra informanten, som senere kan analyseres, fortolkes og rapporteres av forskeren i samsvar med forskningsinteressen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Her kan det også være viktig å ta stilling til hvordan informanten oppfatter intervjueren. Forskerens samfunnsmessige erfaringer og sosiale bakgrunn kan være med til å påvirke forståelsen og oppfatningen av fenomenet som studeres. Jeg forstår dermed det at jeg har en bachelorgrad i generell psykologi, er kvinne, ung, mangler intervjutrening, og har vært gjennom en synlig behandling, har vært faktorer som har påvirket min fremtreden og hvordan jeg har vært oppfattet av informantene.

Flere av disse faktorene har også vært med til å forme min forståelse av fenomenet som studeres. Blant annet er min bachelorgrad med til å påvirke hvordan jeg i utgangspunktet oppfatter et fenomen, og hvordan jeg velger å gå frem i undersøkelsesprosessen av dette fenomenet. Videre kan det at høyeste gjennomførte utdanning er en bachelorgrad og det at jeg er ung, ha hatt en påvirkning på min forståelse av fenomenet, da jeg i utgangspunktet hadde svært begrensede erfaringer på området.

I denne studien har jeg, som forsker, monopol i fortolkningen av informantenes utsagn, og dermed også det privilegium at jeg kan rapportere den kunnskapen som informantene har servert meg. Denne symmetrien kan kanskje være lett å overse, og igjen vil min forforståelse av fenomenet være påvirket av flere ulike faktorer, som videre kan påvirke hvordan datamaterialet blir analysert.

3.3 Kvalitativ metode

Studiens problemstilling og forskningsspørsmål ligger til grunn for valget om å bruke en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative metoder forklares gjerne som tekstproduserende, hvor kvantitativ metode i større grad produserer tall og statistikk (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien er avhengig av en dypere og mer personlig kunnskap, enn det som tall og lukkede svaralternativer vil kunne produsere. Dermed ble det naturlig for meg å ta i bruk en kvalitativ forskningsmetode i denne studien.

Kvalitative forskningsmetoders søkelys ligger gjerne i et fortolkende paradigme med fokus på informantenes egne opplevelser av deres verden, relasjoner, meninger og konsekvenser som disse meningene kan medføre (Johannessen et al., 2016; Tjora, 2017). Det åpner muligheter for interaksjon mellom informant og forsker, hvor det vektlegges en forståelse og nærhet til de personene man forsker «på» (Tjora, 2017).

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Rekruttering av utvalg

Deltakerne i studien er basert på et strategisk utvalg, som vil si at de er sammensatt med mål om at materialet de bidrar med skal belyse problemstillingen. For å kunne delta i studien måtte informantene oppfylle visse kriterier; de måtte (1) på tidspunktet av intervjuet være

ansatt, eller jobbe frivillig, som erfaringskonsulent, og (2) være ansatt i rusomsorgen eller jobbe direkte med annet rusarbeid i Norge.

Det ble intervjuet et utvalg av denne populasjonen, med 7 informanter (N=7). Ved utarbeidelse av valgt utvalgsstørrelse er det tatt hensyn til masteroppgavens omfang og egen arbeidskapasitet, og målet for antall deltakere var derfor i utgangspunktet 6-8 informanter.

Rekrutteringsarbeidet

I rekrutteringsarbeidet ble det gitt bistand fra Erfaringsssentrum, ved å dele informasjon og forespørsel om deltakelse til studien gjennom deres hjemmeside, facebook-side og via e-post til deres medlemmer. Dette bidro til at 6 informanter tok kontakt, hvor én av dem ikke oppfylte inklusjonskriteriene og én annen ikke svarte ved senere kontakt. Dermed var det kun 4 informanter som beholdt kontakten videre i studien.

På bakgrunn av dette ba jeg også om bistand fra andre organisasjoner og personer som jeg visste jobbet direkte med erfaringskonsulenter. Disse personene var sentrale i feltet og jobbet innenfor nettverket. Forespørsel om deltakelse ble dermed videresendt og delt med enda flere via e-post, men nøyaktig antall på hvor mange som på dette viset mottok denne forespørselen, er for meg uvisst. Dette bidro til at ytterligere 3 informanter ønsket å bidra til studien, og målet for antall deltakere var dermed oppnådd.

Presentasjon av informantene

Ettersom intervjuene skulle gjennomføres digitalt, åpnet dette opp for at informantene ikke måtte avgrenses til noe geografisk område. Det var dog et inklusjonskriterie at informantene skulle jobbe i Norge. Alle informantene hadde egenerfaring med rusproblematikk, som indirekte inngår under inklusjonskriteriene. Deltakerne var alle voksne mennesker, hvor fire var i 30-årene, to i 40-årene og én i 50-årene. Gjennomsnittsalderen var 38 år og median var 34 år. To av deltakerne hadde gjennomført fagskoleutdannelsen for erfaringskonsulenter. Av deltakerne var fem av dem menn, og to av dem kvinner. Videre i oppgaven vil likevel alle informantene omtales med hankjønn, for å bevare den enkeltes anonymitet.

Som del av inklusjonskriteriet var det ønskelig at deltakerne skulle jobbe direkte med rusarbeid. På tidspunktet av intervjuene jobbet fire av deltakerne i offentlig sektor, og tre i privat sektor. For å bevare deltakernes anonymitet, vil ikke deres arbeidsplasser bli navngitt. Tre av deltakerne jobbet kombinert med både psykisk helse- og rusarbeid. To av deltakerne var ansatt i deltidsstilling, og fem av dem var ansatt i fulltidsstilling. Av deltakerne var to av

dem, på sin arbeidsplass, den eneste ansatte med egenerfaring. Antall år med relevant arbeidserfaring svinger seg mellom deltakerne; fra under 1 år til over 10 år. Nedenfor vises en tabell som presenterer denne informasjonen om informantene som nevnt over.

Tabell I, presentasjon av informanter

**Totalt antall
informanter: 7**

<i>Kjønn</i>		Mann:	Kvinne
		5	2
<i>Alder</i>	30-årene:	40-årene:	50-årene:
	4	2	1
<i>Gjennomført fagskoleutdannelse</i>		Ja:	Nei:
		2	5
<i>Sektor</i>		Offentlig:	Privat:
		4	3
<i>Stillingsforhold</i>		Deltid:	Fulltid:
		2	5

3.4.2 Intervju og intervjuguide

Med bakgrunn i problemstillingen og forskningsspørsmålene ble det valgt å gjennomføre én-til-én intervjuer for å innhente datamateriale. Denne metoden kan være gunstig for forskeren når man ønsker fyldige og inngående beskrivelser om informantenes følelser, erfaringer, refleksjoner og holdninger til det fenomenet som undersøkes (Johannessen et al., 2016). Ved å bruke én-til-én intervjuer utforsker man den enkelte informantens subjektivitet, men ved å samle data fra flere subjektive intervjuer kan disse brukes til å forstå og finne sammenhenger som kan bidra til en større forståelse av fenomenet utover det informantene som enkeltindivider forteller (Tjora, 2017).

Utforming av intervjuguiden

Intervjuene i studien var av typen *semi-strukturert*, hvor det på forhånd ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuguiden ble utviklet med utgangspunkt i å sikre inkludering av alle de temaene som studien har fokus på. Med utgangspunkt i bakgrunns litteratur og

forskningsspørsmålene er de nevnte overordnede temaene *egenart i rollen*, *styrker i rollen*, *utfordringer i rollen* og *recovery*. For å dekke disse ble det utarbeidet kategoriserte spørsmål under de ulike temaene. Intervjuguiden fungerte som et utgangspunkt for intervjuene, men dets temaer, underspørsmål og rekkefølgen av disse kunne variere ut fra naturen til det enkelte intervju. Dermed var det også rom for at samtalen kunne bevege seg utover de temaene og spørsmålene som var utarbeidet i intervjuguiden. For studiens resultater anså jeg det som viktig å dekke de ulike temaene under intervjuet, men jeg ønsket ikke å begrense samtalen til at intervjuguiden skulle følges i riktig rekkefølge.

Det digitale intervjuverktøy

I forkant av intervjuene ble alle deltakerne tilsendt informasjon om studien gjennom et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse og en samtykkeerklæring (vedlegg 1). Intervjuene ble gjennomført digitalt, og hovedgrunnen til å bruke dette fremfor fysiske møter, ligger i min egen helsesituasjon etter en omfattende behandling høsten 2021. I forkant av dette valget gjorde jeg overveielser rundt både fordeler og ulemper ved det å gjennomføre intervjuene digitalt.

Den tydeligste fordelen var at det kunne rekrutteres informanter fra hele landet, uavhengig av forskers og informanters bosted og uten å måtte ta hensyn til økonomiske rammevilkår (Tjønndal & Fylling, 2021). Til fordel for denne studien har covid-19 pandemien på ulike måter påtvunget den norske befolkning å lære seg og ta i bruk ulike digitale kommunikasjonsplattformer. Dette opplevdes som svært hjelpsomt da intervjuene skulle gjennomføres, da informantene hadde god kjennskap til plattformene som var brukt. For å tilrettelegge for informantene på best mulig måte, kunne de selv velge hvilken digital plattform de ønsket å bruke, og det har dermed vært brukt to ulike digitale plattformer for å gjennomføre intervjuene; Zoom og Microsoft Teams.

En ulempe som ble reflektert over i forkant av intervjuene, var at det kunne være vanskeligere å ivareta informantenes anonymitet. Intervjuene ble derfor, fra min side, kun gjennomført via et privat nettverk. Det ble også prioritert å bruke en ekstern diktafon for lydopptak av intervjuene, slik at disse ikke ble lagret direkte på privat PC.

3.5 Analyseprosessen

Analysearbeidet startet da alle intervjuene var gjennomført, og tolkningen av disse skulle starte. Når man bruker en kvalitativ metode i sin studie, finnes det flere ulike analysemuligheter (Busch, 2021), og analysemetoden brukt i denne studien vil bli sett nærmere på i dette kapitlet. Det vil også redegjøres for noen analysemetoder som ble utelukket, og begrunnelsen for dette. Deretter vil det bli gjort rede for forskningsetiske betraktninger gjort i forkant av og under studien.

3.5.1 Dokumentering og transkribering

Alle intervjuene ble dokumentert gjennom lydopptak og senere transkribering. Lydopptakene ga en sikkerhet om at alt som ble sagt ble lagret, spesielt i deler av samtalen hvor jeg gjerne har vært mer konsentrert om informanten som snakker heller enn innholdet. Lydopptakene var ikke avhengig av den plattformen som ble brukt, da det heller ble brukt en ekstern diktafon som lå i nærheten av mitt digitale verktøy. Under et enkelt av intervjuene ble lydopptakene tatt opp både gjennom plattformen og av den eksterne diktafonen. Dette gjorde jeg fordi lydforbindelsen var relativt dårlig, og for å forsikre meg om at viktig kunnskap ikke ville gå tapt.

Bruken av videoopptak gir forskeren mulighet til å analysere de menneskelige samspillene som oppstår under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien var det likevel ikke aktuelt å bruke film-/videoopptak for å dokumentere intervjuene, selv om disse var gjennomført digitalt. Til grunn for denne beslutningen var å bevare anonymiteten til informantene, men også da et film- eller videoopptak kan for den enkelte oppleves som truende, og dermed føre til at informanten føler at situasjonen er utrygg (Johannessen et al., 2016).

Lydopptakene var essensielle da intervjuene senere skulle transkriberes, noe som ble gjort fortløpende. Ved å transkribere fra muntlig tale til skriftlig tekst, struktureres intervjusamtalene slik at de er mer egnet for analyse av materialet (Kvale & Brinkmann, 2009). I alt ble den totale lengden på lydopptakene ca. 7,5 time, hvor det lengste opptaket varer i 86 minutter. Dette ble i alt transkribert til ca. 91 dataskrevne sider.

Ettersom deltakerne ikke var begrenset til noe geografisk område innenfor Norge, hadde flere av dem ulike dialekter. For å bevare deres anonymitet valgte jeg å transkribere alle intervjuene til skriftspråket bokmål, i stedet for på den enkeltes dialekt. Ifølge Tjora (2017) skal man være litt mer nøyaktig og detaljert i transkriberingsprosessen enn det man gjerne anser som nødvendig. Jeg valgte dog å utelate enkelte dimensjoner i intervjuene som tegn på stamming, bruken av lyder som «eh» og «hmm» og flere direkte gjentakelser av enkeltord, for å gi teksten en bedre flyt og sammenheng.

3.5.2 Tematisk analyse: Koding og kategorisering

Analyseprosessen startet på mange måter for meg allerede under transkriberingen av lyd materialet. Under transkriberingen opparbeidet jeg meg et helhetsinntrykk over de ulike informantenes uttalelser, samt la merke til spesifikke ytringer av interesse. Gjennom en fenomenologisk tankegang fortsatte analyseprosessen til sortering av materialet.

Da materialet skulle organiseres og systemiseres vurderte jeg å bruke flere ulike kvalitative analysemetoder. Blant annet ble *Diskursanalyse* vurdert, men ettersom dette er en analysemetode med fokus på språk (Kvale & Brinkmann, 2009) opplevde jeg den ikke som ideell i analysen av det innsamlede datamaterialet i denne studien. Derimot ønsket jeg å ta i bruk en analysemetode med søkelys på mening og tema, og endte dermed med *tematisk analyse*. Tematisk analyse er en metode som brukes i prosessene om å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller tema i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006; Johannessen et al., 2016). Den store fordelen med tematisk analyse er dens fleksibilitet i arbeidet, og metoden er ifølge Braun and Clarke (2006) den første kvalitative analysemetoden som forskere burde lære seg. Dette begrunnes med at tematisk analyse videre gir forskeren kjerneferdigheter som vil være nyttige i gjennomføringen i mange andre former for kvalitativ analyse (Braun & Clarke, 2006).

I starten av prosessen skrev jeg ut alt det transkriberte materialet i papirform, og begynte med å lese igjennom disse flere ganger og markerte interessante tekstelementer som ga kunnskap og informasjon om temaene i forskningsspørsmålene. Deretter ble hver av disse markerte tekstelementene gitt beskrivende ord, eller koder, som var beskrivende for innholdet. Eksempler på disse kodene er: stigma, kollegiale forhold, medforståelse og oppfølging på arbeidsplassen. I slutten av kodingsarbeidet satt jeg igjen med 44 ulike koder. Jeg hadde også

registrert flere tekstelementer med lik informasjon under samme kodenavn, som ga meg en oversikt over hvilke felles fenomener som oppstod under intervjuene mellom informantene. Videre bestod analyseprosessen av å finne sammenhenger mellom de ulike kodene som oppstod. Her opplevde jeg at mye av informasjonen kunne «skli» over i hverandre. Jeg undersøkte dermed nærmere hvilke kodenavn som kunne inngå under et felles kategorinavn. I alt ga kodingsarbeidet meg fire hovedkategorier, og under disse ble det identifisert til sammen 11 basistemaer for videre arbeid i analysen. Begrepet *basistema* brukes her om de kodene som skildrer eller omhandler samme sak, samt andre temaer av betydning med like perspektiver eller som kan stå i kontrast til hverandre.

3.6 Forskningsetiske betraktninger

I forberedelse til gjennomføring av denne studien gjorde jeg meg en rekke etiske refleksjoner. Det ble sendt søknad til og mottatt godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), hvor jeg tok stilling til hvordan jeg skulle oppbevare det innsamlede datamaterialet, når det skulle destrueres og hvordan anonymiteten til deltakerne skulle ivaretas. Søknad til NSD ble sendt 21.01.2022, og godkjenning ble mottatt 23.02.2022.

Utover dette har det hovedsakelig vært tatt hensyn til tre etiske prinsipper, hvor De Nasjonale forskningsetiske komiteers (2019) «Generelle forskningsetiske retningslinjer» ligger til grunn. Det første prinsippet som har vært viktig i denne studien er *frivillig informert samtykke*. Dette prinsippet omhandler det at alle personene som deltok i studien skulle få et skriftlig samtykkeskriv, hvor det ble informert om studiens overordnede formål, hovedtrekkene i studiedesignet, frivillig deltakelse, deltakernes rettigheter og informasjon om personvern (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2019). I dette samtykket inngikk informantenes rettigheter til autonomi og selvbestemmelse. Informantene ble informert om at de kunne trekke seg og sitt bidrag fra studien uansett tidspunkt, uten at dette ville føre til noen form for ubehag eller negative konsekvenser for den enkelte. Videre ble det også informert om at hvis det kun var deler av bidragene de ønsket slettet i etterkant av intervjuet, så kunne de også ta kontakt om dette og få det gjennomført til et hvert tidspunkt. I henhold til gjeldende regelverk mottok jeg skriftlig samtykke fra 6 informanter, hvor siste informant ble tilsendt samme informasjon med samtykkeskjema, men ga i stedet muntlig samtykke som er lagret i lydopptak.

Det neste prinsippet er *konfidensialitet*. Alle informanter har krav om at personopplysninger om dem behandles på en konfidensiell måte (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2019). Gjennom studien har jeg, som forsker, plikt om å respektere informantenes private liv, slik at ingen av informantene som har deltatt i denne studien skal kunne identifiseres. Lydopptakene har vært lagret på en kryptert minnepenn, som igjen har vært oppbevart i en safe. Jeg har ikke sett behovet for å ha et ark med koblingsnøkkel mellom navn og lydopptak, da studien inneholder relativt få informanter, og jeg opplevde ingen oversiktsproblemer med de ulike informantenes bidrag.

Videre har det vært stort fokus på å sikre konfidensialitet og anonymitet gjennom analysen, ved at informasjon som navn, arbeidsplasser, bosted og annen personidentifiserende informasjon ikke har vært inkludert i det transkriberte materialet. I stedet har det vært brukt parenteser i de aktuelle setningene for å beskrive disse, som f.eks. *Jeg heter (navn), og jeg jobber hos (arbeidsplass) hvor jeg har jobbet i 4 år.*

Det tredje prinsippet er *Samfunnsansvar*. Jeg har, som forsker, et ansvar om at gjennomførelsen av studien skal kunne være til gode for både informantene som har deltatt, populasjonen som de representerer og samfunnet som en helhet. Dermed har det vært viktig at studien ikke har ført til eller gjort noen form for skade hos informantene eller populasjonen. Jeg har blant annet vært veldig tydelig med informantene om at hvis det kommer noen spørsmål som de føler vil være ubehagelig å svare på, eller av andre grunner ikke ønsker å svare på, så er det på et hvert tidspunkt lov å gi beskjed om dette. Det ble videre poengtert at dette ville bli forstått og akseptert.

4. Resultater

I dette kapittelet vil funn fra analysen bli presentert, og funnene er delt inn i følgende fire tema; styrker i rollen som erfaringskonsulent, sentrale problemstillinger, forståelsen av recovery og arbeidsplassens betydning på individnivå.

Temaene er ordnet i denne spesifikke rekkefølgen med utgangspunkt i å besvare forskningsspørsmålene.

4.1 Styrker i rollen som erfaringskonsulent

Tidligere forskning viser at ansettelser av erfaringskonsulenter kan være med til å positivt påvirke brukernes håpsfølelse, recoveryprosess og livskvalitet (Chinman et al., 2014; Lloyd-Evans et al., 2014; Wright-Berryman et al., 2011). Annen forskning viser videre at erfaringskonsulenter kan bidra til tjenesteutvikling, gjennom avdekking av mangler i tjenestene fra brukerperspektivet (Austin et al., 2014) og bidrag til økt brukermedvirkning (Klevan et al., 2018; Åkerblom et al., 2020) på et tjenestenivå.

I dette første hovedtemaet vil det redegjøres for funn i forbindelse med styrker i rollen som erfaringskonsulent. Det vil skrives om hvordan erfaringskonsulentene opplever å ha og bruke et eget språk med brukerne, samt hvordan de kan formidle håp og bidra til utvikling på tjenestenivå.

4.1.1 Et eget språk: «*Man forstår*»

Informantene jobber både innenfor privat og offentlig sektor, på flere ulike arbeidsplasser. Likevel beskriver de flere like elementer om deres opplevelser i jobben, i møte med tjenestebrukerne og hvilken betydning deres erfaring har i en jobbsammenheng. Det ble beskrevet mange ulike elementer som kan være med å styrke deres rolle, men et av de elementene som ble nevnt av største delen av informantene, var hvordan de opplevde å ha og bruke et «eget språk» med brukerne. Dette beskrev de som et språk deres egenerfaring hadde vært med til å utvikle, og som et språk som på ulikt vis var utenfor kunnskapen til dem uten egenerfaring.

En av informantene kom med følgende beskrivelse:

«Altså mange føler det nok enklere å komme til meg. Jeg er mer åpen. Mye fordi at vi snakker mye av det samme språket. Man forstår. Vi kan sette oss inn i situasjoner som andre kanskje ikke har opplevd før».

Informanten beskriver her opplevelsen av at brukere gjerne har enklere for å ta kontakt med ham, fordi han har lettere for å forstå og sette seg inn i personens bakgrunn og problemene som kanskje har utviklet seg av denne. Dette støttes i rapporten av Høiseth et al. (2016) hvor det ble påpekt at erfaringskonsulenter gjerne hadde en bedre forståelse for den enkelte og den enkeltes livssituasjon, samt at brukerne hadde lettere for å ta kontakt og være ærlige med erfaringskonsulenter. Gjenkjennelse kan nemlig fungere som et utgangspunkt for relasjon og nærhet (Klevan et al., 2018). En av deltakerne beskrev at erfaringskunnskapen gir en form for utgangspunkt for relasjonsbyggingen, da den kan være med til å gi en opplevelse av umiddelbar tillit:

«Jeg føler jeg allerede har en liten sånn tillit hos dem som sitter der, som aldri har sett meg. Bare for at de ganske fort skjønner at «han her er ærlig og sier at han har egenerfaring». Akkurat som at de kan snakke litt friere, et litt annet type språk med meg, enn de ellers ville gjort med en som ikke har den erfaringen [...] Jeg ser gjerne hva som kan være vanskelig for et menneske før de trenger å si det».

Selv om informanten her ikke sier direkte at brukerne har lettere for å ta kontakt med han, så har han grunnnet egenerfaringen gjerne oppbygget en tillit før han i det hele tatt har møtt personen. Informanten forteller videre at han opplever det å kunne vite hva en person sliter med uten at personen nødvendigvis trenger å si det. At det å lese mellom linjene, forstå ting som er usagt, er en styrke han kan oppleve å ha. Det som er interessant med dette er at han ikke var alene om denne opplevelsen. En annen informant underbygger denne i sin beskrivelse av at

«Jeg tenker jo at noe av det erfaringskonsulenter har unikt da, er jo å forstå ulike behov man kan ha, uten at det nødvendigvis sies».

Videre var det flere av informantene som beskrev lignende elementer av det usnakkede språket. Det at de kunne sette seg inn i situasjonen til brukerne og faktisk forstå store deler av det de sliter med, er med til å underbygge denne opplevelsen. Videre beskriver Klevan et al.

(2018) hvordan erfaringskonsulenter kan påta seg en oversetterrolle, for å skape tydeligere nyanser og økt forståelse i samtaler mellom fagpersonell og tjenestebrukere. En av informantene forklarer hvordan ting gjerne forstås annerledes av brukeren når han sier det, fremfor fagpersonell:

«Rollen min som erfaringskonsulent, det blir liksom å være litt han mellommannen som kan oversette hva som egentlig blir sagt ... jeg har for eksempel ... hvor en som er veldig opprørsk, spesielt mot autoritetspersoner som leger og sånt som det. Så selv om legen satt og snakket, så måtte jeg sitte og oversette, for at det ikke skulle klikke der da.»

Ved å være den mellommannen, eller oversetteren, kan man gjerne være med til å øke forståelse begge veier i en dialog. At erfaringskonsulentene opplever å ha et eget språk de bruker i sin kommunikasjon med brukerne, er svært interessant på flere områder; både at de kan sette seg inn i den enkeltes situasjon, vise gjenkjennelse og ha ekte forståelse av hva de sliter med, være en oversetter mellom språkene brukt av fagpersonell og brukere, men også det at dette egne språket også inneholder ikke-verbal kommunikasjon.

4.1.2 Håpsbærere: *«Jeg har vært der du har vært, men jeg er ikke der lenger»*

Ut fra informantenes beskrivelser var det flere elementer innenfor styrker i rollen som kom til syne. Over er det vist til ulike opplevde beskrivelser av det å ha et eget språk med brukerne. Videre var det flere av informantene som beskrev en styrke i det at de har vært rusavhengig, senere blitt rusfrie og i dag jobber som erfaringskonsulenter. At hele denne prosessen kan bidra til å skape håp hos andre som prøver å bli rusfrie. At de som levende bevis på at man kan bli rusfrie, kan formidle håp allerede ved å bare være til stede.

En av informantene beskrev det at

“Det er spesielt det her med at hvis jeg på en måte kan stå der og ta imot en person som nylig er kommet ut av behandling, og jeg kan være med på å formidle håp sånn at de ser at det går an å komme ut av det.»

Her beskriver informanten hvordan han selv, med sin egenerfaring, kan være med til å formidle håp om å bli rusfri til andre. Erfaringskonsulenter kan fungere som håpsbærere i møte med brukerne (Weber & Jensen, 2016). En av deltakerne beskrev ikke bare hvordan han selv kunne være en håpsbærer, men også hvordan han hadde opplevd økt håpsfølelse i møte med erfaringskonsulenter i sin behandling:

«Men samtidig er vi jo et bevis på at det går an å bli rusfri da, og det er jo veldig fint hvis det kan hjelpe til recovery hos andre. Det betydde i hvert fall veldig mye for meg, uten tvil. På grunn av erfaringskonsulenten som jeg møtte i min rusbehandling, som kunne fortelle meg at vi er ikke noe annerledes enn vanlige mennesker.»

Her forteller en av informantene også hvordan han selv hadde opplevd den håpløsheten som man kan kjenne på når man er i aktiv rus, og hvordan en erfaringskonsulent også bidro for at han kunne lette på denne følelsen. Denne beskrivelsen støttes av Davidson et al. (2012) som påpeker i sin studie at brukere får økt opplevelse av håp i samarbeid med erfaringskonsulenter. En tredje informant beskrev at denne styrkede opplevelsen av håp kunne komme av erfaringskonsulenters formidling av at det faktisk er mulig å komme ut av livet i aktiv rus:

«Jeg husker det når jeg selv var aktiv og vi satt i de her ghetto-crack leilighetene og ruset oss, og folk kom fra behandling og endte opp med å sitte sammen med oss og liksom drikke da. Jeg husker det at der og da så tenkte jeg at «det er ikke noe håp for meg i behandling, for det at de sitter jo her, de som har vært i behandling». Så jeg tror det å møte erfaringskonsulenter, for folk i aktiv rus da, som kan si det at «jeg har vært der du har vært, men jeg er ikke der lenger». Det er veldig sterkt da, og potent i forhold til å skape håp.»

Interessant er det her at flere beskrev hvordan de som erfaringskonsulenter kunne bidra til å øke en følelse av håp blant brukerne, men det var også beskrivelser av hvordan de selv hadde opplevd at erfaringskonsulenter i deres behandling bidro til håp hos dem. Det å formidle håp er dermed ikke bare noe de tenker og selv opplever at de kan bidra med til andre, men noen av dem har selv også kjent på dette i møte med andre erfaringskonsulenter.

Erfaringskonsulentene viser tydelig at de er bevisste på at de kan være rollemodeller. Med sin tilstedeværelse kan de vise at veien ut av et aktivt liv i rus er mulig, og at fremtidige håp og drømmer kan være oppnåelige.

4.1.3 Erfaringsarbeid og tjenesteutvikling

Flere av informantene beskrev opplevelser av å bidra til utvikling av tjenestene, både ved sin tilnærming av arbeidsoppgaver, hvordan deres tilstedeværelse utfordrer eldre tankemåter og hvordan de kan komme med andre perspektiver enn fagpersonellet som igjen kan føre til konkrete endringer. En av informantene beskrev at hans ansettelse førte til utfordringer hos noen av dem i fagpersonellet som hadde vært ansatt i lang tid:

«Jeg tror nok at før jeg kom, eller det vet jeg jo nå i etterkant, da var det en del motsigelser ... som endret seg underveis da når de på en måte fikk bli kjent med meg og jeg kom i dialog. Så kjenner jeg fortsatt at noen av dem som har vært her i veldig lang tid, og for dem så var det veldig nytt å tenke på, først og fremst det her med brukervedvirkning og samhold. At det skal være så mye, på en måte, at pasienten skal ha mye påvirkning. Så når det på en måte kommer noen som har den bakgrunnen, så tror jeg det er litt mer utfordrende, fordi de har vært vant til et helt annet syn i så lang tid da».

Denne skepsisen i forbindelse med tilvenningen i at en tidligere tjenestebruker skal jobbe på lik linje med andre fagansatte opplevdes av flere informanter. En annen informant forklarte sitt møte med denne skepsisen på følgende måte:

«Når du kommer inn et sted og sånt som det der, så er jo gjerne folk litt skeptisk sant, når det kommer en rusavhengig og liksom skal jobbe på lik linje med sykepleiere sant. Men du kan ikke gjøre mer enn å vise hvem du er, og viktigheten ved at du er der».

Flere av informantene beskrev også opplevelser av stigmatiserende ordbruk, hvor noen opplevde dette i møte med fagpersonell på sin arbeidsplass, og andre fra et helhetlig tjenesteperspektiv. Et element som ble gjentatt mellom flere av informantene, var hvordan ordet «brukere» opplevdes som stigmatiserende. Flere av informantene beskrev det at de forbandt ordet «bruker» med å være «rusmisbruker», at man «bruker» rusmidler. I den anledning forklarte flere av informantene at de i stedet foretrakk ordet «deltaker». Dette ordet kom frem ved flere anledninger, til tross for at informantene hadde ulike arbeidsplasser, og dermed trolig hadde ulike arbeidspraksiser. Blant annet beskrev en av informantene det at

«Altså for meg er det i hvert fall sånn (at) jeg var en «bruker» når jeg brukte noe, og så er det jo sånn at vi alle er brukere av en tjeneste, på sett og vis, uansett hvor det måtte være. Men jeg tror «deltakere» er bedre, fordi det er deltakelse vi driver med da».

Her forklarer informanten at han godt er klar over at ordet «bruker» er brukt fordi at når man er i behandling, så er man en «bruker» av en tjeneste. Han forklarer videre at ordet «deltakere» kan være mer aktuelt, fordi den aktuelle personen deltar i sin egen behandling og tilfriskningsprosess. Videre forteller en annen informant at

«Det er akkurat det samme om det er kandidater eller deltakere, men jeg vil helst ikke bruke det ordet «bruker» for det er litt stigmatiserende ... også det her med «rusmisbruker», som er veldig sånn nedlatende».

Her forklarer informanten tydelig at ordet «bruker» kan oppleves som stigmatiserende, da det gjerne forbindes med ordet «rusmisbruker». Stigmatiserende ordbruk er et av mange elementer som erfaringskonsulenter kan være med å utfordre i dagens tjenester. Det ble beskrevet av flere av informantene at deres arbeidsplass allerede hadde, nettopp på grunn av denne opplevde underliggende negative ordlyden i begrepet «brukere», endret ordbruken til begrepet «deltakere» i stedet.

«Man går jo litt vekk fra ordet «brukere», altså det er jo «deltakere» her. Altså når du blir omtalt som en bruker så er jo det litt negativt, men en deltaker er jo mye mer positivt. Er du en deltaker så deltar du på ting, du er her og du lærer. Altså hvis du skal hjelpe en person med å se lyst på ting, lyst på livet eller lyst på recovery, så må du også motivere. Det er da disse ordene blir så feil.»

Her foreslår informanten at det å bruke andre begreper for å omtale de personene som er i tjenestene, ikke bare kan forebygge stigma, men også bidra til økt motivasjon hos den enkelte. Utfordring av godt etablerte tjenestesyn, ordbruk og hvordan deres tilstedeværelse bidro til økt brukermedvirkning var de elementene som gjentok seg hos flere av deltakerne i forbindelse med deres bidrag til tjenesteutvikling.

4.2 Sentrale problemstillinger

Under dette hovedtemaet vil det redegjøres for sentrale problemstillinger som ble beskrevet hos flere av informantene. Noen studier viser at rollen som erfaringskonsulent i ulike situasjoner kan negativt påvirke og skade recoveryprosessen til den enkelte (Dyble et al., 2014; Kilpatrick et al., 2017). Med bakgrunn i dette er det absolutt betydningsfullt å rapportere om erfaringskonsulenters egne erfaringer med problematiske situasjoner i sin rolle. Gjennom analysen ble flere særegne former for problemstillinger tydeliggjort. Det vil gjøres rede for opplevelser av å stå alene med erfaringskompetansen og hvordan det å jobbe som erfaringskonsulent kan bidra til økt sårbarhet hos den enkelte.

4.2.1 Når egen overbevisning skiller seg fra fag-gruppens

Erfaringsbasert kunnskap er et viktig bidrag for å nyansere og utfordre kunnskapssynet som er dominerende i møte med psykisk helse- og rusproblemer (Klevan et al., 2018), og blant informantene i denne studien var det både erfaringer med å være alene ansatt som erfaringskonsulent, og erfaringer med å være flere på arbeidsplassen. Gjennom analysen ble det beskrevet av flere at det å stå opp for seg selv, sine erfaringer og det man tror på kunne være vanskelig i møte med fagansatte i jobben. Dette gjaldt særlig dersom informanten var eneste ansatte med erfaringsbakgrunn på arbeidsplassen. En av deltakerne beskrev det at

«Det er en litt sånn skummel arena. Man blir fort spist opp av fagkompetansen. Kanskje litt sånn følelsen av å bli sett ned på».

I Davidson et al. (1997) sin studie opplevde «prosumers» at fagansatte på deres arbeidsplass var usikre på deres dømmekraft og kompetanse i jobbsammenheng. Denne usikkerheten viser seg igjen i informantenes beskrivelser, hvor for eksempel en av informantene beskrev en utfordrende situasjon med en fagansatt på følgende måte:

«Jeg tenkte «det her stemmer ikke», men hun var så fastbestemt. Hun her er faktisk en som jobber da, på arbeidsplassen min, som ikke har vært i aktiv rus men kun har jobbet litt der. [...] Sånne ting har gjort at jeg føler meg litt sånn ubekvem. Rett før jeg tok det opp så tenkte jeg sånn «skal jeg la være å si det?», men jeg måtte manne meg opp og si det. Det her med på

en måte urettferdigheter, hvis det er feil informasjon og sånne ting. Man må kjempe for seg selv og at erfaringskompetansen ikke blir undertrykt».

Her beskriver informanten tydelig at det å ikke bli trodd kan føre til usikkerhet rundt viktigheten av sin egen kompetanse. Blant annet sier han her at han vurderte å ikke stå opp som en motpol til den andre ansatte, noe som kanskje kan være enda vanskeligere hvis man er alene ansatt som erfaringskonsulent på arbeidsplassen. Det å føle at man står alene om det man tror på kjenner vi igjen fra tidligere internasjonal forskning. Et eksempel er hvordan Watson (2017b) beskriver at erfaringskonsulenter kan oppleve å måtte velge mellom det å stå noe utenfor sin arbeidsplass for å kunne stå for det de tror på, eller å bli akseptert gjennom kompromiss med egen overbevisning. En annen informant beskriver denne konflikten tydelig under følgende uttalelse:

«Ja, det er jo den der følelsen av å skille seg ut. Det er jo noe som gjelder ellers og. Man vil jo ikke være den som fraviker fra resten av gruppen. Så hvis det blir tatt opp en ting og folk nikker og er enig, og så kjenner jeg på at dette ikke er greit. Det har vært noen ganger jeg har hatt vondt i magen fordi jeg virkelig ikke vil ta den kampen nå, men så må man det da».

Det er menneskelig å ikke ønske å være annerledes fra gruppen, men i et fagdominerende yrke kan det gjerne oppleves som utfordrende å være i en minoritetsgruppe som inkluderer ansatte med erfaringsbakgrunn. Dem med fagbakgrunn og dem med erfaringsbakgrunn har gjerne forskjellige meninger om et fenomen, som kanskje kan være med til å skape uenigheter og konflikter. I slike situasjoner er det gjerne ekstra utfordrende å ikke gå på kompromiss med det man egentlig ønsker å stå for.

4.2.2 Erfaringskonsulentenes egen sårbarhet

Det siste elementet som vil redegjøres for under dette hovedtemaet, er hvordan det å jobbe som erfaringskonsulent kan bidra til at den enkelte føler økt sårbarhet. Sårbarhet kan komme i flere ulike former, og i mange ulike settinger, og opplevelsen kan variere mellom mennesker (Zubin & Spring, 1977). I rollen som erfaringskonsulenter informerte flere av informantene om hvordan rollen kunne bidra til å øke denne sårbarheten. En av informantene beskrev at sin opplevelse av sårbarhet hadde sammenheng med den kredibiliteten han hadde opparbeidet seg som erfaringskonsulent og rollemodell:

«Du setter deg i en vanvittig sårbar posisjon når du påtar deg denne rollen her. Hvis du sprekker da, for eksempel, så tror jeg dette her er en ganske stor fallhøyde [...] Jeg håper jo at det ikke skjer, men jeg har satt meg i en posisjon hvor jeg ikke vet om jeg hadde taklet nederlaget av å sprekke igjen».

Her forklarer informanten at han opplever sårbarhet i forbindelse med egen rusavhengighet. Han forklarer at den opparbeidede kredibiliteten som erfaringskonsulent gjerne forverrer situasjonen, og at «fallhøyden» blir enda lenger nå når han jobber som erfaringskonsulent. Samme informant beskrev videre at:

«For det er jo sånn jeg ser det sant. For jeg skal gå litt og bære fanen for de som er der inne da. For da blir jo egentlig alt jeg har sagt til dem, hvis jeg sprekker, helt meningsløst».

Det er tydelig at informanten her opplever at kredibiliteten til hans arbeid som erfaringskonsulent også har en sammenheng med det å ha et avklart forhold til sin rusbruk. En annen av informantene snakket også om sårbarhetsfølelse i jobben som erfaringskonsulent, men at for han kom denne følelsen heller i en annen setting:

“Det er utfordrende å finne en balanse mellom når det passer og ikke passer å bruke egenerfaring ordrett i samtalen med klienten. For det kan jeg oppleve. Det er både det at man gjør seg selv sårbar, men også det at det kan bli brukt imot deg [...] om man prøver å komme med ting som er sårt da, for å møte deres sårhet, og så kanskje oppleve å bli avvist eller at det blir brukt videre i samtalen på feil måte, sånn som jeg opplevde ... så det er veldig uheldig da».

Her snakker informanten om sårbarhet i den forstand at det han snakker om i møte med brukeren, kan senere brukes imot han. Dette underbygger bare den påstand om at sårbarhet kan oppstå og utvikles i ulike settinger og situasjoner. Fascinerende var det da en tredje av informantene også snakket om sårbarhet i rollen, men at denne sårbarheten også kunne brukes til noe positivt. Han forklarte at

«Det tror jeg også er en styrke, med det da, at vi med erfaringsbakgrunn også kan vise at vi er sårbare etter mange år vi og. At vi har våre kamper, og vi har våre demoner som vi inne imellom må kjempe imot».

Her argumenterer informanten at hans sårbarhet ikke nødvendigvis kun er et negativt element, men at det kan brukes som en styrke i jobben som erfaringskonsulent. Sårbarheten er gjerne med til å vise at selv om man har klart å bli rusfri, og har vært rusfri i mange år, så er man fortsatt menneskelig og livet vil ikke alltid være en dans på roser.

Det er flere av informantene som snakker om følelsen av sårbarhet i jobben, men denne følelsen varierer likevel mellom informantene. Det har vært ulike beskrivelser av hvordan sårbarheten kommer frem, og hvordan jobben påvirker denne følelsen.

4.3 Forståelsen av recovery

Det finnes flere ulike forsøk på å definere begrepet recovery (Anthony, 1993; Karlsson & Borg, 2017). Dette har vært utfordrende, nettopp fordi recovery omhandler prosessen om å jobbe for et liv som er godt og meningsfullt for den enkelte (Karlsson & Borg, 2017). Dette viste seg igjen hos informantenes forståelse av begrepet, da denne forståelsen varierte i tydelig grad. Som en av dem så fint uttalte:

«For min del finnes det syv milliarder recoverydefinisjoner, og syv milliarder måter å tolke recovery på. For det er syv milliarder mennesker i verden».

Tanken om at en recoveryprosess er unik for den enkelte person, var noe som gjentok seg hos flere. En annen informant underbygget denne forståelsen ved følgende uttalelse:

«Det er jo klart det at hvis du samler hundre mennesker som er nynøktern, så har du hundre forskjellige varianter av recoveryretninger».

Her er det tydelig at recovery forstås som en prosess som varierer, gjerne i stor grad, mellom individer. Likevel var det noen fellestrekk utover disse beskrivelsene som gjentok seg ved flere anledninger. Disse fellestrekkene vil bli presentert nærmere i underkategorier. Å vise til informantenes forståelser av begrepet og prosessen «recovery», anses som viktig da det er

med til å legge grunnlaget for forståelsen av hvordan de oppfatter sin egen recoveryprosess, samt hvordan recoveryprosessen deres gjerne påvirkes av ulike faktorer.

4.3.1 En evigvarende prosess

Til tross for at det var en felles enighet mellom informantene om at recoveryprosessen var unik for den enkelte person, var det også en enighet om at denne prosessen ikke nødvendigvis noensinne vil ta slutt. Selv om man er kommet ut av et liv i aktiv rus, så vil flere av informantene fortsatt beskrive seg selv som en rusavhengig, og at denne avhengigheten er noe som de må jobbe med resten av livet. Hvis rusavhengigheten vil vedvare livet ut, er det ikke unaturlig å tenke at deres recoveryprosess også vil gjøre det. En av informantene forklarte dette på følgende måte:

“Jeg har forsonet meg med at jeg er nok av den typen som vil definere at jeg har en rusavhengighet som jeg skal bære med meg resten av livet, i ulik grad. Så for meg er jo recovery på en måte noe som jeg i mer eller mindre grad står i hele tiden. Jeg har stadig noen utfordringer og ting som jeg må jobbe med.”

Gjennom slike beskrivelser om at rusavhengighet er noe man må bære med seg hele livet, forstår man gjerne at rusfrihet ikke nødvendigvis forhindrer alle de problemene som følger med denne avhengigheten. En annen informant forklarte at

«Rusen er bare en liten del av problemet. Det er ikke sånn at bare fordi rusmidlene går ut av kroppen din, så er det bra. Da skal jo kroppen lære seg å leve uten rusmidler. Du skal lære deg å takle alle de tingene som du har rust vekk i alle år.»

Informanten beskriver her hvordan rusen i seg selv bare er en liten del av de problemene man gjerne sliter med. Han argumenterer for at avhengigheten ikke blir problemfri bare fordi man klarer å leve uten rusmidler. Denne tankegangen ble også underbygget av en tredje informant, som sa det at

«Det er lett å bli clean, men jobben begynner når du skal forholde deg clean ... jeg mener at man aldri er ferdig med recovery, for du må likevel jobbe hver dag med å forholde deg rusfri og være rusfri».

Med utgangspunkt i informantenes beskrivelser er det interessant at selv om man har klart å bli rusfri, så menes det likevel at man fortsatt er i tilfriskning. Det hintes også til at man kanskje må jobbe med sin recoveryprosess hele livet. Dette er videre med til å forme et utgangspunkt for forståelsen i hvorvidt deres tilfriskningsprosess påvirkes i rollen som erfaringskonsulent.

4.3.2 Et meningsfullt liv

I spørsmålet om hvordan informantene tenker om recovery, og hva det er for dem, så var det tydelig enighet om at målet på mange måter var å leve et meningsfullt liv. Beskrivelsene som eventuelt bidro til dette varierte mellom informantene, men en av informantene beskrev recovery som en bedringsprosess:

«Recovery for meg er jo på en måte en bedringsprosess. En prosess hvor man får det bedre, et liv med mer livskvalitet, med mer innhold og mening rett og slett. Det kan godt hende at man har symptomer, det har jeg og, symptomer i perioder eller visse situasjoner.»

At recovery er en bedringsprosess, møter mye støtte i nåværende litteratur (Anthony, 1993; Borg et al., 2013; Hummelvold, 2012; Karlsson & Borg, 2013), og beskrives av en annen informant som det å komme til et nytt sted i livet med ny opparbeidet styrke og nye behov:

«Recovery er jo å komme til et nytt sted hvor du ikke trenger rusmidler lenger. Recovery er jo å klare å møte hverdagen selv når den dytter imot. Recovery er å jobbe aktivt mot noe som du gjerne ikke ser godene av før langt ... det går så gradvis at du ikke merker det engang. Recovery for meg er å føle seg som et medmenneske. Recovery er å kunne sove og våkne opp uten angst. Ha et sted å bo. Ha et forutsigbart liv. Å ha noe meningsfullt i livet.»

Det som er interessant her, er at selv om alle snakker annerledes om hva recovery er for dem, så er det fortsatt tydelige felles tanker om prosessen i seg selv og prosessens mål. Recovery er veldig individuelt (Leamy et al., 2011; Stickley & Wright, 2011), men innehar likevel noen felles faktorer.

4.3.3 Personlig recovery er avgjørende i rollen som erfaringskonsulent

Under intervjuene ble det også snakket om hvilken betydning informantenes recoveryprosess hadde hatt i deres rolle. Her var det stor enighet blant informantene; personlig recovery er avgjørende for å kunne jobbe som erfaringskonsulent. Dette fortalte en av informantene veldig tydelig med følgende utsagn

«Altså min personlige recovery, som jeg fremdeles er i, er jo kjempeviktig. Det er jo veldig avgjørende vil jeg påstå».

Informanten er tydelig i sin sak om at hans personlige recovery er av veldig stor betydning i rollen som erfaringskonsulent. Informanten forklarer også videre at recovery er en prosess som han fortsatt er i, og her kommer man dermed gjerne tilbake til det at recovery er en evigvarende prosess. Med utgangspunkt i dette, så forstår man at *personlig recovery* gjerne ikke er noe som er ferdig oppnådd hos erfaringskonsulentene. Derimot kan det kanskje være avgjørende i den forstand at man har et avklart forhold til sin rusbruk, men at man fortsatt er i recovery. En av informantene beskrev dette som følgende

«Jeg mener det (personlig recovery) er veldig avgjørende for jobben, for jeg tror ikke du kan jobbe med dette hvis du sliter med deg selv».

Her forklarer informanten at personlig recovery ikke bare er viktig for en selv, men også fordi man skal fungere som et forbilde i jobben. En tredje informant forklarte videre at

«Hvis ikke du er i recovery, så er jo du på vei tilbake til det gamle livet, og da har du ingenting å gjøre som erfaringskonsulent».

Her underbygger informanten den tanken om at personlig recovery er nødvendig i jobben som erfaringskonsulent. Ikke bare mener han at det å være i recovery selv er nødvendig, men også at hvis man begynner å tenke at man ikke lenger er i recovery, så begynner man å miste det festet man har til det rusfrie livet.

4.4 Arbeidet og arbeidsplassens betydning på individnivå

Som et siste hovedtema, vil det redegjøres for hvilken betydning arbeidsplassen kan ha for den enkelte erfaringskonsulent. Ifølge Karlsson and Borg (2017) kan det å være en ansatt bidra til flere ulike fordeler i en persons recoveryprosess. Flere slike fordeler viste seg i informantenes bidrag, og vil gjøres nærmere rede for i underkategorier.

4.4.1 «Jeg kan bruke min egenerfaring til noe positivt»

I den innledende delen av intervjuet var det av interesse å stille spørsmål om hvorfor informantene i utgangspunktet ønsket å jobbe som erfaringskonsulenter. Dette var et spørsmål som var ment for å bli kjent med informantene før vi gikk videre til hovedspørsmålene. Likevel bidro dette spørsmålet til unike og felles beskrivelser fra informantene. Da spørsmålet ble stilt var det en av informantene som svarte følgende:

«Grunnen til at jeg ønsker det er jo fordi at det å kunne hjelpe andre ... altså at jeg kan bruke min egenerfaring til noe positivt da»

Ifølge Åkerblom et al. (2020) omhandler empowerment blant annet det å bruke egne ressurser og ta eierskap over sitt eget liv. Det å kunne omstille sin historie med rusproblematikk, og kunne bruke denne til noe positivt i å hjelpe andre mennesker var noe som gjentok seg også hos andre informanter:

«Å prøve å synes at det er greit at jeg har levd det livet jeg har gjort, i stedet for å sitte og hate meg selv for alle valgene jeg har gjort, så føler jeg nå at jeg bruker det til noe positivt. Ikke det, jeg skulle gjerne vært foruten altså, men ... jeg synes med alt som har skjedd, så er jeg veldig glad for å kunne bruke dette her til noe bra».

Informanten er tydelig på at hans historikk med rusproblematikk har vært vanskelig å akseptere, med alt dette måtte inneholde. Det å kunne ta eierskap over egen historie, selv med alt det som er negativt, og kunne bruke denne ressursen i sitt arbeid som erfaringskonsulent opplevde flere av informantene som givende:

«Altså de gangene jeg opplever å få brukt erfaringskompetansen min og faktisk hjelpe noen ... så er det jo den her følelsen av virtualisering, og man opplever at den erfaringen jeg har ikke er bortkastet uansett hvor traurig den har vært».

De beskrivelsene som informantene bidrar med her er tydelig reflekterte tanker, som bidrar til å snu om det som gjerne har vært negativt før til noe positivt i dag. Det er gode beskrivelser av å ta kontroll over egen historie, og kunne bruke de ressursene som man har opparbeidet seg, selv i en utfordrende fortid. Dette er svært interessant å se nærmere på, da det muligens både bidrar den enkeltes selvfølelse, motivasjon og mestringsfølelse.

4.4.2 Kollegial tilhørighet og positiv identitetsutvikling

Arbeidsplassen kan være en arena som bidrar til utvikling av sosial kontakt og nye vennskap (Karlsson & Borg, 2017), og det finnes vesentlige bevis på hvordan ulike sosiale faktorer kan påvirke den enkeltes recoveryprosess både positivt og negativt (Allen et al., 2014; Bjørlykhaug et al., 2021; Leigh-Hunt et al., 2017; Tew et al., 2012). For mange av informantene var den nåværende stillingen deres første arbeidsforhold etter å ha vært utenfor arbeidslivet i en lang periode. I intervjuene ble det stilt spørsmål om informantenes opplevelser av tilhørighet på arbeidsplassen, og når det kom til den kollegiale tilhørigheten var opplevelsene nesten utelukkende positive. Denne tilhørigheten inkluderte gjerne forskjellige elementer for den enkelte, men at det hadde en positiv innvirkning var det ingen tvil om. En av informantene uttalte følgende:

«Jeg opplever absolutt tilhørighet, og har en kjempefin arbeidsplass. Jeg har jobbet mange andre plasser der det har vært dårlig arbeidsmiljø, og jeg har ikke klart å være i en sånn jobb lenge da. Så her er det et veldig fint miljø da, og jeg opplever respekt».

Informantene snakker her om hvordan et godt arbeidsmiljø kan være viktig for den tilhørighetsfølelse man har i jobben, samt følelsen av respekt blant sine medarbeidere. Hvordan respekt fra medarbeidere bidrar til følelsen av tilhørighet ble også underbygget av en annen informant.

“

«Jeg føler meg veldig inkludert og veldig sett, hørt og respektert. Både for den jeg er som veileder og med mine erfaringer da ... altså her kan jeg si det jeg kjenner på og føler på, og så blir jeg møtt på det»

Utover det informantene har fortalt i disse sitatene var det også andre opplevelser av tilhørighet, som gjerne ble forklart på litt andre måter og hvor andre elementer spilte en rolle. Flere av informantene forklarte også hvordan tilhørighet på arbeidsplassen kunne føre til positiv utvikling av deres identitetsfølelse. En av informantene beskrev sin opplevelse slik:

«Kollegene mine er helt fantastisk. Jeg føler meg likeverdig. Jeg føler meg likt. De hjelper meg til å føle meg verdig, til å føle meg glad [...] Sant, for jeg har jo en annen rolle inne på vaktrommet enn jeg har ute blant pasientene sant. Så inne på vaktrommet så er jeg jo bare han nye versjonen av meg selv, og det føles utrolig godt».

Her forklarer informanten at den tilhørigheten han har sammen med sine kolleger bidrar til følelsen av likeverdighet, og følelsen av å være en ny versjon av seg selv. Samme informant forteller videre at:

«Jeg føler at jeg gir noe til dem, ikke at de bare er snill med meg fordi jeg er rusavhengig og de da gir meg noe å gjøre på. At jeg har en verdi, og det føles utrolig bra!».

I tillegg til følelsen av å være en ny versjon av seg selv, så beskriver informanten opplevelser av at tilhørigheten på arbeidsplassen også bidrar til følelse av egen nytte og verdi.

Hvordan følelsen av å være en ny versjon av seg selv gjerne oppstod i møte med gode kolleger og en god arbeidsplass var det også en annen av informantene som påpekte:

«Jeg bruker alltid det eksemplet at inne da var jeg «innsatt», og i behandling så var jeg «den som var i behandling». Her er jeg (navnet), og folk er interessert i å høre om min historie, folk er interessert i å bli kjent med meg [...] jeg har aldri blitt så godt tatt imot noen gang på noen plass. Dette er en arbeidsplass jeg gleder meg hver dag til å komme til».

Stemplingsteorien viser til hvordan mennesker gjerne blir gjenstander for stereotypiske karakteristikker (Repstad, 2007). Her forklarer informanten at han tidligere alltid har vært «merket» med ulike beskrivende navn, både når han har vært i fengsel og når han har vært i

behandling. Han forteller at det var først da han fikk stillingen som erfaringskonsulent, i jobben som han hadde under intervjuet, at han følte han kunne være seg selv. At dem rundt ham aksepterte han for den han er, og at han er en likeverdig del av gruppen på arbeidsplassen. Følelsen av likeverdighet i forbindelse med følelsen av tilhørighet ble også underbygget av en annen informant:

«Jeg opplever jo at jeg har fått blitt en viktig del av teamet, at jeg på en måte er en like stor brikke som alle andre, og at jeg har mine egne områder da som er utfyllende og som er viktige for leder. Det er en sånn tillit til at jeg hører til den plassen her da, og at jeg blir satt pris på da, og at det blir satt pris på jobben min».

Her er det mange interessante elementer som kommer frem i informantenes beskrivelser av kollegial tilhørighet i jobben, samt viktigheten av denne for deres personlige selvfølelse og identitetsutvikling. Interessant er det også hvordan disse uttalelsene kan stille seg i forhold til funnene om følelsen av å noen ganger stå alene med sin overbevisning på arbeidsplassen, under sentrale problemstillinger.

4.4.3 Oppfølging og ivaretagelse

Sosial støtte anses som en sentral faktor i den sosiale recoveryprosessen (Bjørlykhaug et al., 2021; Helsedirektoratet, 2014), og den er gjerne i større grad nyttig i møte med negative hendelser og vanskelige situasjoner (Dalgard et al., 1995). Med bakgrunn i dette er det interessant å se nærmere på hvordan informantene i denne studien opplevde sosial støtte i form av ivaretagelse og oppfølging på sin arbeidsplass. I møte med disse spørsmålene var det en av informantene som kom med følgende beskrivelse:

«Vi har alltid samtaler etter vanskelige situasjoner. Det blir jo papirarbeid og sånn som det der, men vi har alltid oppfølging. Så blir det sånn at de som er sjefene våre, de driver jo og følger med når de er hjemme også, så da får du gjerne en telefon opp sant med «Hvordan går det med dere?». Så det synes jeg er kjempebra på jobben».

Her beskriver informanten opplevelser av oppfølging i etterkant av vanskelige situasjoner, og følelser av oppfølging fra ledere, selv når de ikke er på jobb. Opplevelser av å ha god oppfølging på arbeidsplassen, men også på systemnivå bekreftes av en annen informant:

«Det er jo veldig bra sånn kartlegging og måling og planlegging her. Så jeg får ofte sånn her fast oppfølging, både fra systemnivå og inne på (arbeidsplass). Jeg har en sånn forløpskoordinator som kommer og har ukentlige møter om hvordan det går [...] jeg har veldig bra oppfølging»

En annen informant beskriver opplevelser av ivaretagelse i møte med vanskelige situasjoner, som også inkluderer mer personlige utfordringer:

«Altså her så har jeg så mange jeg kan prate med at jeg kan ringe hvem som helst av de som er på jobb her hvis jeg har et problem eller en utfordring innen angst, nerver, russug ... så jeg har i hvert fall ingen problemer med det å ha noen personer rundt som jeg kan ringe og kontakte».

Utover de beskrivelsene som påpekte oppfølging og ivaretagelse i møte med hendelser på arbeidsplassen, så gir denne informanten også beskrivelser av ivaretagelse i møte med egne utfordringer. Han viser til trygge omgivelser på arbeidsplassen, med støttende ledere og medarbeidere.

Med utgangspunkt i informantenes uttalelser, er det svært interessant å se på viktigheten av oppfølging og ivaretagelse på arbeidsplassen. Arbeidsplassen er en arena som absolutt kan bidra til å fremme både sosialt velvære og sosial inkludering (Hansen & Bjerge, 2017), men dette avhenger trolig også av den sosiale støtten man opplever i jobben, både i møte med positive og negative situasjoner.

5. Diskusjon

I dette kapittelet skal studiens funn diskuteres opp mot det teoretiske grunnlaget, tidligere forskning og litteratur. Dette kan bidra med økt innsikt og ny kunnskap om de erfaringene som erfaringskonsulenter har gjort i sin rolle, samt rollens påvirkning på erfaringskonsulenters recoveryprosess.

5.1 Styrker og utfordringer i rollen

Erfaringskunnskap har i de siste tiårene vært fremmet gjennom forskjellige faglige- og politiske planer og strategier. Erfaringskunnskap har vært holdt frem som et virkemiddel i utviklingen av tjenester i psykisk helse- og rusfeltet som er mer tilpasset og lydhøre for den enkelte brukers behov. Dette virkemiddelet har som formål å kunne øke humanisering i tjenestene, samt tilrettelegge for ansettelse av erfaringskonsulenter i tjenestene (Klevan et al., 2018). I denne studien har det vært sett på hvilke muligheter og utfordringer som erfaringskonsulenter selv opplever i sin rolle.

5.1.1 Rollen som brobygger; gjennom erfaring, språk og tilstedeværelse

Inspirasjonen som er gitt av erfaringskonsulenter som suksessfulle rollemodeller er vanskelig å overdrive, da det i dag foreligger så mye godt dokumentert forskning som viser hvordan og hvor mye erfaringskonsulenter gagnar tjenestebrukere (Chinman et al., 2014; Fortuna et al., 2019; Lloyd-Evans et al., 2014; Wright-Berryman et al., 2011). Informantene i denne studien beskrev opplevelser av at de hadde et «eget språk» med brukerne, som kunne fungere på flere ulike nivåer. Beskrivelsene viser til hvordan tjenestebrukerne hadde lettere for å ta kontakt med dem som erfaringsansatte, fremfor fagansatte, da de opplevde at erfaringskonsulentene faktisk kunne forstå og sette seg inn i deres utfordringer og vanskeligheter. Slike opplevelser av gjenkjennelse støttes av Klevan et al. (2018) som i sin studie også opplevde at dette kan ligge til grunn for utvikling av nærhet og relasjon mellom erfaringskonsulenter og brukere. I sin rapport støtter Borg et al. (2017) dette videre, da flere beskrivelser i deres studie viser til hvordan denne typen gjenkjennelse bidro til at brukerne hadde lettere for å senke skuldrene, være seg selv og oppleve tillit.

Informantene bidro videre med beskrivelser av at deres bakgrunn med rusproblematikk bidro til en mer automatisk og direkte tillitsoppbygging mellom dem og tjenestebrukerne, som gjerne ellers ville kunnet ta lenger tid med fagpersonalet. En norsk rapport av Høiseith et al. (2016) støtter disse beskrivelsene og viser til at brukere har lettere for å ta kontakt med erfaringskonsulenter, samt være mer åpen og ærlig i møte med dem fremfor fagpersonell. I sin studie viser også Borg et al. (2017) til beskrivelser om at brukerne ikke kunne «lure» erfaringskonsulentene, da de «vet hvor skoen trykker» som igjen bidrar til et mer åpent, ærlig og tillitsfullt samarbeid.

I denne studien kom det også frem at informantene kunne oppleve å være en form for oversetter mellom fagspråket brukt av fagansatte i møte med brukere. Forskning viser at språket brukt av erfaringskonsulenter gjerne oppleves som mer forståelig og hverdagslig fra et brukerperspektiv, i motsetning til språket brukt av fagansatte (Borg et al., 2017). Ved at erfaringskonsulenter kan fungere som mellommenn, eller oversettere, kan de være med til å skape tydeligere og nye nyanser, samt skape bedre forståelse mellom fagpersonell og brukerne (Klevan et al., 2018). På denne måten kan erfaringskonsulentene med en fot i «hver kultur» videre fungere som brobyggere, som igjen bidrar til et nærmere samarbeid mellom bruker- og fagkulturen på individ- og tjenestenivå (Klevan et al., 2018).

Å være brobygger kan ha effekt på flere ulike områder. Et annet område som kom frem i denne studien var hvordan erfaringskonsulenter kan bidra til å redusere stigmatiserende holdninger i tjenesten, noe som støttes i nasjonal og internasjonal forskning (Borg et al., 2017; Kowalski, 2019; Mowbray et al., 1998; Repper & Carter, 2011) Det elementet som hovedsakelig gjentok seg i informantenes beskrivelser var hvordan begrepet «bruker» kunne oppleves som stigmatiserende. Begrepet «bruker» er mye brukt i både psykisk helse- og rusomsorgen i Norge, men denne studien viser at erfaringskonsulenter med rusbakgrunn gjerne forbinder dette begrepet med å være «rusmisbruker» og opplever bruken av begrepet som negativt ladet. I stedet foreslås begrepet «deltakere», som beskrives som mer positivt ladet, da tjenestebrukeren «deltar» i sin egen tilfriskningsprosess. Deltakelse er også inkorporert i begrepet «brukermedvirkning», som da igjen vil være automatisk inkludert i begrepet «deltakere». Det kommer også frem at flere av informantenes arbeidsplasser har tatt i bruk begrepet «deltaker» i stedet for «bruker». Interessant er det at inkludering og involvering av brukerne i deres behandling, ikke bare er lovfestet, men også noe som trekkes frem som et hovedfokus i dagens rusomsorg (Helsedirektoratet, 2014). Likevel kommer det

frem opplevelser av at det brukes et ikke-inkluderende begrep for å omtale de menneskene som er i behandling, eller på andre måter søker hjelp i tjenestene som tilbys.

I denne studien kan resultatene videre tyde på at det å være mellommann også kan by på noen utfordringer. En av fordelene av å være en mellommann, en brobygger, er at man har «en fot i hver kultur» (Klevan et al., 2018), men det kan tyde på at denne fordelene også kan føre til opplevelser av å noen ganger stå utenfor gruppen med fagansatte. For å tydeliggjøre; i denne studien viser det seg at erfaringskonsulente kanskje har noen overbevisninger som skiller seg fra faggruppen, og kan dermed oppleve å måtte kjempe for at deres erfaringskompetanse ikke skal trekkes i tvil. I Klevan et al. (2018) sin studie kom det også fram at flere av deres deltakere brukte en god del krefter på det å finne plass til sin erfaringskunnskap på arbeidsplassen. Funn om tilsidesettelse av erfaringskunnskapen i møte med den dominerende psykiatriske fagkunnskapen støttes også av internasjonal forskning (Davidson et al., 2012; Moran, Russinova, Gidugu, & Gagne, 2012; Vandewalle et al., 2016). Erfaringskunnskapens egenart er så viktig å ivareta, nettopp fordi den gjerne fungerer som en motsetning til og kan utfordre fagkunnskapen (Vandewalle et al., 2016).

5.1.2 Å være et levende bevis på et bedre liv

Watson (2017b) påpeker at en av de store mulighetene en erfaringskonsulent har er å kunne være, til både tjenesteytere og tjenestebrukere, et levende eksempel på recovery og at oppnåelsen av et bedre og meningsfullt liv er mulig. På denne måten kan erfaringskonsulenter bidra til håp hos tjenestebrukerne, som dannes på grunnlaget om troen på en bedre fremtid, og er skapt gjennom møter med andre mennesker som er i recovery og som har funnet sin vei gjennom deres utfordringer og vanskeligheter (Davidson et al., 2006).

I denne studien opplevde flere av informantene at deres tilstedeværelser, historier og arbeidsmåter bidro til å skape håp hos brukerne. Informantene beskrev egne opplevelser med hvordan de selv kunne bidra til å skape håp, hvordan andre erfaringskonsulenter hadde bidratt til å skape håp hos dem, og hvordan de selv skulle ønske de hadde møtt en erfaringskonsulent da de var i aktiv rus, som kunne vist at det er mulig å komme ut av det. Sammenlignet med annen eksisterende forskning, er det mye støtte hva angår håp og hvordan denne faktoren er en essensiell fordel i erfaringsansettelser (Davidson et al., 2006; Leamy et al., 2011; Schrank, Stanghellini, & Slade, 2008).

Det å være håpsbærere anses som et sentralt formål med erfaringsansettelser (SAMHSA, 2015; Weber & Jensen, 2016), og den positive effekten erfaringskonsulenter har på håpsfølelse hos dem som mottar hjelp har stor støtte i forskning (Chinman et al., 2014; Miyamoto & Sono, 2012; Solomon, 2004). Erfaringskonsulenter bidrar til håp og inspirasjon hos brukeren til å arbeide videre med sin livssituasjon. Gjennom møter med mennesker som har fått et bedre liv, kan dette være med til å bidra til økt tro på egne muligheter (Borg et al., 2017). Til tross for at studiene er gjennomført i forskjellige kontekster, kan beskrivelsene gitt i denne studien bidra til å støtte og bekrefte forankrede forskningen om effekten av erfaringskonsulenters tilstedeværelse og dens potens i utvikling av håp hos brukerne.

Det befinner seg mye styrke i det å være et levende bevis på et bedre liv, men gjennom denne studien kan det tyde på at denne styrken også er sårbar. Gjennom analysen kommer det frem at informantene opplever sårbarhet i deres kredibilitet som erfaringskonsulenter og at deling av egenerfaringen kan brukes imot dem. utfordringer knyttet til deling av egenerfaring (eng. self-disclosure), og det å vite hvilken informasjon man skal dele, hvor mye av denne man skal dele og når det er passende å dele dette i møte med tjenestemottakeren, støttes også av studien til Kemp og Henderson (2012). Likevel kommer det også frem i denne studiens resultater at det å vise sårbarhet i møte med tjenestemottakerne, kan oppleves som en personlig styrke. Dette kan muligens være med til å vise den enkelte at et liv med opp- og nedturer ikke er unormalt, selv når man er rusfri, også som vist i en studie av Borg og Kristiansen (2008).

5.2 Den unike recoveryprosessen og erfaringsarbeidets bidrag

Det er en generell enighet blant informantene i denne studien, at recovery er en unik og personlig prosess som varierer mellom mennesker. Dette står i kontrast til en av de sentrale faktorene i klinisk recovery som påpekes av Slade (2009); at recovery ikke varierer mellom mennesker. I denne studien kommer det tydelig frem at recovery forstås som å ikke inneholde en fasit, da bedringsprosessen tilpasses den enkeltes behov og ønsker. Denne tankegangen har også god støtte i nasjonal og internasjonal litteratur (Anthony, 1993; Karlsson & Borg, 2017; Leamy et al., 2011; Slade et al., 2012; Aarre, 2018).

5.2.1 Tilfriskning - en reise for livet?

I studien kommer det frem at recovery er en unik personlig prosess, og inneholder dermed ingen fasit. Dette støttes av Meehan et al. (2008) som påpeker at meningen med recovery er avhengig av hva den aktuelle personen tillegger begrepet. Likevel er det noen punkter og begreper som gjentar seg i informantenes beskrivelser, og et av disse er *mening* og det å ha *et meningsfullt liv*. At dette kommer frem som et gjentakende moment er gjerne ikke helt overraskende, da det alt er godt forankret i eksisterende nasjonal og internasjonal litteratur som et sentralt aspekt og mål i den enkeltes recoveryprosess (Anthony, 1993; Karlsson & Borg, 2013, 2017; Leamy et al., 2011). Når informantene i denne studien beskriver recovery, så nevner de videre ulike faktorer som er med til å skape mening i deres liv, og som er med til å fremme deres egen recovery. Faktorer som blir nevnt er blant annet *bedring, innhold, livskvalitet, å være et medmenneske* og det å *ha et forutsigbart liv*. Felles for disse ulike faktorene er at det gjerne kreves dedikasjon og arbeid over lengre tid, og i denne studien antydes det at nettopp dette er et viktig moment.

Videre i studien kommer det frem opplevelser av at personlig recovery er avgjørende i rollen som erfaringskonsulent. Det kommer også tydelig frem i informantenes beskrivelser at recovery forstås som en evigvarende prosess, og at det dermed ikke er noe som kan bli «ferdig oppnådd». Med bakgrunn i at informantene opplever å selv være i recovery, så er det likevel sannsynlig at de er kommet såpass langt i sin recoveryprosess at de i betydelig grad har tatt tak i sine personlige utfordringer, fått et avklart forhold til sin rusbruk og ikke minst hatt en positiv utvikling i sin egen livssituasjon. Det er en klar enighet mellom informantene at de fortsatt opplever å være i recovery, og at det er mange ulike faktorer som spiller inn i denne prosessen. Dette kan ses i sammenheng med det tredje recovery-stadiet i Young og Ensing (1999) sin foreslåtte teori, som inkluderer arbeid med opprettholdelse av velvære, høyt funksjonsnivå og det å trives i eget liv. Det kommer også frem flere beskrivelser om informantenes tro på at de for alltid vil være i recovery, og at denne prosessen dermed aldri vil ferdigstilles.

Hvordan informantene i denne studien beskriver recovery, og selv oppfatter sin recoveryprosess, anses som nødvendige innblikk i en dypere forståelse av hvordan deres jobb kan være med til å videre påvirke deres tilfriskningsprosess. Med utgangspunkt i at de anser

seg selv som å fortsatt være i recovery, legges grunnlaget for de ulike faktorene som diskuteres videre i neste avsnitt.

5.2.2 En «ny» versjon av seg selv

Forestillingen om overganger er nært knyttet til redefinering av selvfølelse og rekonstruering av ens identitet (Clarke, Martin, de Visser, & Sadlo, 2015), og dermed er dette trolig også gjeldene i overgangen fra å være tjenestemottaker til å være tjenesteyter. Dekkers et al. (2020) påpeker at en sentral del av en persons recoveryprosess skjer gjennom det å bli kjent med og redefinere seg selv. I møte med informantenes opplevelser av å kunne bruke sin historie til noe positivt i jobben, gis det inntrykk av hvordan de har valgt å redefinere sin egen fortid, med alt denne måtte innebære.

Med utgangspunkt i denne studiens resultater kan man, som foreslått i litteraturen, tenke på en permanent aksepterende identitet, som karakteriseres av personens aksept om seg selv (Howard, 2006). Det kan virke som at identitetsfølelsen har vært under en foranderlig prosess gjennom deres tilfriskning, og har resultert i en redefinering som styrker selvbilde, samt aksept om egen fortid og den reisen som vedkommende har vært igjennom for å bli den man er i dag.

Ved å se på nevnte resultater kan man videre begynne å tenke på begrepet empowerment, som omhandler at vedkommende søker å styrke egen maktfølelse, kontroll og innflytelse i sin livssituasjon (Thomassen, 2006), noe som kan være med til å forklare viktigheten av å redefinere egne erfaringer fra et liv i aktiv rus.

Empowerment anses som et sentralt aspekt i en persons recovery (Leamy et al., 2011), og kan derfor være med til å spille en betydelig rolle i den enkeltes tilfriskningsprosess. I norsk litteratur er et forslag på oversettelse av empowerment-begrepet «selvoppreisning» (Thomassen, 2006), som kan være med til å forklare denne overgangen som informantene beskriver. Det å redefinere og ta kontroll over egen historie, ta lærdom av egne erfaringer og deretter bruke disse til noe positivt i møte med tjenestemottakere, kan trolig fremme både den enkeltes makt- og identitetsfølelse.

Noen av informantene beskriver også opplevelser av å være en fornyet versjon av seg selv på arbeidsplassen. Arbeidslivet er en sentral kilde til utviklingen av våre personlige og sosiale identiteter (Andvig et al., 2018), og det å tre inn i arbeidslivet, kanskje etter flere år med

arbeidsløshet, inkluderer gjerne også å finne sin plass i samfunnet. Å oppleve en «ny» versjon av seg selv i samhandling og tilhøring med «folk flest», kan gjerne assosieres med en positiv identitetsfølelse i møte med et «A4-liv» som også foreslått i Andvig et al. (2018).

I litteraturen forslås det at inkluderende miljøer og sosiale strukturer er essensielle for å kunne utvikle muligheter for kontroll i eget liv og en positiv identitet (Borg et al., 2013). I denne studien beskriver informantene ikke bare opplevelser av tilhørighet i møte med sine kolleger, men også god ivaretagelse og oppfølging av sine ledere og på systemnivå, noe som står i kontrast til største delen av besvarelsene i erfaringskonsulentundersøkelsen fra 2021 (Holst & Mohn-Haugen, 2022). Det å oppleve sosial støtte anses i litteratur og forskning som en sentral del av den sosiale prosessen som inngår i en persons recovery (Allen et al., 2014; Bjørlykhaug et al., 2021; Dalgard et al., 1995; Helsedirektoratet, 2014; Leigh-Hunt et al., 2017), da den på mangfoldig vis kan være avgjørende for forebyggingen og opprettholdelsen av god psykisk helse hos den enkelte (Bjørlykhaug et al., 2021). Denne studien kan bidra til en dypere forståelse i at dette også gjelder erfaringskonsulenter med bakgrunn i rusproblematikk, da flere av informantenes beskrivelser viser til opplevelser av å være verdsatt av sine kolleger og ledere, samt følelsen av å være til nytte, og ikke minst være en verdifull og likeverdig person med viktige oppgaver på arbeidsplassen. Disse opplevelsene som informantene her beskriver kan trekke linjer til det Semb et al. (2016) omtaler som subjektiv tilhørighet. Opplevelsene står videre i kontrast til funnene i Gates og Akabas (2007) sin studie, hvor erfaringskonsulentene i større eller mindre grad ble ansett av fagpersonell som tjenestebrukere som hadde behov for hjelp.

Gjennom resultatene i denne studien, og som foreslått i litteratur og forskning, er det også tydelig at opplevelser av sosial tilhørighet har en sammenheng med utviklingen av en mer positiv identitetsfølelse (Bjørlykhaug et al., 2021; Karlsson & Borg, 2017; Semb et al., 2016). I flere av denne studiens resultater er det ofte en sammenheng mellom beskrivelsene av følelser rundt kollegial tilhørighet og følelser rundt egen identitet. Det vises til opplevelser av anerkjennelse fra medarbeidere og ledere, samt følelser av å være del av et fellesskap på arbeidsplassen, som deretter fører til beskrivelser av ulike aspekter ved informantenes identitetsfølelse. Som foreslått i tidligere forskning (Andvig et al., 2018) opplever også informantene i denne studien økte følelser av respekt og verdi i møte med anerkjennelse i jobben.

Som en avsluttende refleksjon i dette kapittelet vil jeg rette oppmerksomheten til en studie av Borg og Kristiansen (2008), som påpeker at betydningen av jobb for mennesker med bakgrunn i psykisk uhelse kan virke til å ikke være noe særlig ulik betydningen av jobb for mennesker generelt i samfunnet. I sin studie kommer de frem til følgende konkluderende spørsmål; «*hvorfor skal vi være overrasket over å oppdage at jobb for mennesker med psykisk helseproblematikk assosieres med en bedre følelse om seg selv, inkludert det å få en mer verdsatt identitet, sosial status og en følelse av å høre til?*» (egen oversettelse, Borg & Kristiansen, 2008, s. 521).

Betydningen av arbeid, som forklart i det teoretiske grunnlaget i denne studien, viser seg i annen forskning og litteratur å også korrelere med mennesker generelt i samfunnet (Ross & Mirowsky, 1995; Singh-Manoux, Adler, & Marmot, 2003; Wadel, 1984). Som Åkerblom et al. (2020) påpeker, så forventes det gjerne at erfaringskonsulenter med bakgrunn i rusproblematikk innehar ulike og andre utfordringer enn dem med bakgrunn i psykisk helse. Likevel burde det kanskje ikke være så overraskende å oppdage at jobb for erfaringskonsulenter med rusbakgrunn også assosieres med bedre selvfølelse, en mer positiv personlig- og sosial identitetsfølelse og økt følelse av tilhørighet.

5.3 Studiens troverdighet; styrker og svakheter

I dette avsnittet vil det gjøres rede for studiens styrker og svakheter, som er viktige momenter i forståelsen av studiens kvalitet og troverdighet. Det vil gjøres rede for begreper som overførbarhet, validitet og reliabilitet, som vil drøftes og diskuteres opp mot gjennomførelsen av prosjektet.

5.3.1 Overførbarhet

Med det teoretiske grunnlaget som utgangspunkt bør det overveies i hvilken grad denne studiens funn kan generaliseres eller være overførbar (Dalland, 2015), og dermed være gjeldende utover denne studiens informanter.

I denne studien har syv informanter deltatt. I motsetning til mye annen forskningslitteratur, er dette en relativt liten gruppe med informanter, og kan derfor anses som en svakhet i studien. Likevel kommer det frem temaer i studiens resultater, som viser at uttalelsene til denne gruppen også kan ha verdi for feltet, eksempelvis gjennom styrker og utfordringer i rollen,

samt tilhørighet og identitetsutvikling gjennom arbeid. I sammenligning med eksisterende forskningslitteratur, er overførbarheten til denne studien på flere områder allerede gjort rede for. Dette har vært med til å øke sannsynligheten for at flere av funnene i denne studien trolig kan være gjeldende for erfaringskonsulenters almene erfaringer med arbeidets betydning for egen tilfriskning. Ettersom informantene ikke var begrenset til et geografisk område innenfor landets grenser, kan studiens funn også bidra til å gi implikasjoner for erfaringskonsulenter på en landsdekkende basis.

Når det kommer til utvalg har det i denne studien kun vært intervjuet erfaringskonsulenter som på tidspunktet av intervjuet var aktive i tjenestene, og det kan derfor ikke sies noe om negative problemstillinger som kan ha ført til at enkelte eventuelt trekker seg fra sin rolle, som funnet i en amerikansk studie (Firmin et al., 2018). Videre er det muligheter for at utvalget er skjevt fordelt, da dem som har meldt seg for deltakelse i studien kanskje kan være mer interessert og engasjert i konseptet rundt recovery og feltet som en helhet, enn det generelle gjennomsnittet.

5.3.2 Validitet og reliabilitet

To begreper som tas i bruk for å undersøke en studies troverdighet, er *validitet* og *reliabilitet* (Johannessen et al., 2016). I samfunnsvitenskapene dreier validitet seg om hvorvidt metoden brukt er egnet til å kunne undersøke det den er ment til å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Validitetsbegrepet kan derfor anses som lite presist, som gjør det vanskelig for forskeren å sette og definere spesifikke mål og punkter for å kunne oppnå god validitet i studien. Det er derfor i kvalitativ forskning et ambivalent forhold til dette begrepet, ettersom det på mange måter er formet av det kvantitative forskningsparadigmet (Nyeng, 2012).

Metoden for denne studien var semistrukturerte dybdeintervjuer. Med utgangspunkt i at jeg ikke har noen tidligere erfaringer med kvalitativ forskning og intervjutrening, kan dette anses som en begrensning i denne studien. Under og i etterkant av analyseprosessen, og i utforming av resultatkapitlet, har jeg vært i en bratt læringsprosess som har gjort at jeg i etterkant også har reflektert over andre områder og fenomener som jeg gjerne skulle ha utforsket dypere under intervjuene. Blant annet ville jeg under en eventuell senere studie også ha undersøkt nærmere om informantene får veiledning på arbeidsplassen, og hvordan informantene

opplever denne veiledningen, for å se om dette eventuelt har en sammenheng med oppfølging og ivaretagelse på arbeidsplassen.

Sitatene presentert i resultatdelen gir et inntrykk av kjernetema og essensen i samtalene. Store deler av intervjuene har på mange måter vært som forventet, men jeg har også vært overrasket over enkelte uttalelser som jeg gjerne ikke forventet, især i møte med informantenes opplevelser av ordet «bruker». En potensiell svakhet, om jeg ikke har forholdt meg helt nøytral og refleksiv ved å sette min forforståelse i parentes, er at jeg i studien har hatt monopol i både transkriberingen, tolkningen, og rapporteringen av datamaterialet. Ved å være alene om dette kan det være muligheter for at jeg har oversett enkelte viktige elementer i datamaterialet, og ved å være flere øyne kunne dette bidratt til en sterkere reliabilitet i studien. Jeg har prøvd å motvirke dette ved å nøye lese gjennom det transkriberte materiale ved flere anledninger, samt vært åpen for ny forståelse av beskrivelsene gjennom utforming av diskusjonskapittelet.

Ettersom metoden for denne studien kun var intervjuer, så har jeg også kun fått taledata. I den anledning kan man stille seg spørsmålet om mennesker alltid gjør det de sier? Andre typer studier som eksempelvis observasjonsstudier kunne da ha vært med til å skape nyanser for forskningsresultatene.

Reliabilitet har med konsistensen og troverdighetene til forskningsresultatene å gjøre, og dermed hvor nøyaktig undersøkelsen av datamaterialet er, hvilke data som er blitt brukt, innsamlings- og analysemetoden (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2009). Reliabilitet kommer ofte opp i sammenheng med spørsmål om hvorvidt resultatene til en studie kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009). Ettersom forsker og informant var de eneste til stede under intervjuene i denne studien, er disse ikke etterprøvbare. Intervjusituasjonen er unik, og med en annen forsker, som dermed ville hatt en egen unik posisjon og forståelse som utgangspunkt, ville også settingen ha endret seg. Som pekepinn på de temaene som det har vært fokus på under intervjuene, er intervjuguiden vedlagt. Intervjuguiden sier også noe om forløpet til intervjusamtalene, og hvilke forberedelser jeg som forsker har gjort i forkant av innsamlingen av datamaterialet.

5.4 Implikasjoner for videre forskning

I kapittelet som omhandler teoretisk grunnlag vises det til en litteraturstudie av du Plessis et al. (2020), som påpeker at selv om det er mye forskning om erfaringskonsulenter som jobber i psykisk helse settinger, og deres opplevelser, så er det lite forskning som fokuserer på dem som jobber i rusbehandlingssettinger. Denne masterstudien har som formål å kunne bidra til å utdype kunnskap i feltet, men kunnskapshullet som du Plessis et al. (2020) viser til er fortsatt stort, og trenger mer forskning som er spesifikt fokusert på disse erfaringskonsulentenes opplevelser, og om rollen som erfaringskonsulent påvirker den enkeltes recovery. Feltet kan trolig gagnes av at videre forskning gjør lignende studier med større informant-grupper, andre deltakere og kanskje på flere avgrensede geografiske områder.

Videre mener Chinman et al. (2017) at det er nødvendig med flere langtidsstudier som undersøker om rollen som erfaringskonsulent påvirker den enkeltes recovery. Dette forslaget synes jeg er interessant, da recovery for den enkelte også kan endre seg over tid. Påvirkningen etter 1 år og etter 10 år oppleves gjerne helt annerledes for den enkelte erfaringskonsulent. Videre kan feltet trolig også gagnes av andre typer studier, som eksempelvis observasjons- og komparative studier av psykisk helse- og rusfeltet, som igjen med andre og ulike utgangspunkter kan bidra til å redusere det aktuelle kunnskapshullet i feltet.

6. Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan rollen som erfaringskonsulent påvirker den enkeltes recoveryprosess. I det teoretiske grunnlaget har jeg i stor grad benyttet meg av ulike begreper og teorier fra feltet for å belyse og drøfte for recovery og erfaringskonsulenter, samt gjort rede for eksisterende forskningslitteratur og feltets kunnskapsgrunnlag.

Intervjuene har vært drøftet opp mot den eksisterende forskningslitteraturen, og denne studien tyder på at rollen som erfaringskonsulent har en positiv påvirkning for den enkeltes tilfriskningsprosess. Dette ser man spesielt gjennom faktorer som økt subjektiv- og sosial tilhørighet, identitetsfølelse og empowerment. Rollen som erfaringskonsulent, gjennom et godt fellesskap på arbeidsplassen, bidrar til økt mestringsfølelse og økt selvtillit, som igjen bidrar til en bedre identitetsfølelse, økt identitetsutvikling og empowerment.

Det som kan begrense deres recovery, er i denne studien opplevelser av stigmatiserende ordbruk og undertrykkelse av erfaringskunnskapen fra en større gruppe med fagarbeidere. Det vises likevel at det å positivt overkomme disse utfordringene igjen kan bidra til tjenesteutvikling.

Til tross for studiens begrensninger, tror jeg den representerer et skritt i retning av å bedre forstå hvordan det å inneha rollen som erfaringskonsulent i en rusbehandlingssetting, kan påvirke den enkeltes tilfriskningsprosess. Mange av studiens funn korrelerer godt med eksisterende forskningslitteratur, og flere av funnene var som forventet. Der hvor denne studien adskiller seg mest, er hvordan informantene i denne studien er erfaringskonsulenter som jobber i en rusbehandlingssetting, og ikke i en psykisk helsesetting. Informantene har dermed bakgrunn i rusproblematikk, og har dermed gjerne også andre forutsetninger.

7. Referanser/litteraturliste

References

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26(4), 392-407. doi:10.3109/09540261.2014.928270
- Andvig, E., Gullslett, M. K., & Edwards, V. (2018). Drømmen om A4. Kjerring og unger, hus og bil - hva skal til? In B. Karlsson & M. Borg (Eds.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid: recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskaputvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anonyme Alkoholikere. (2022). AAs opprinnelse og utvikling. Retrieved from <https://www.anonymealkoholikere.no/2/aas-opprinnelse-og-utvikling/>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet, & Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse [Press release]
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Austad, A.-K., & Ødegård, Ø. (1956). *Gaustad sykehus gjennom 100 år*. Oslo: Gundersen.
- Austin, E., Ramakrishnan, A., & Hopper, K. (2014). Embodying Recovery: A Qualitative Study of Peer Work in a Consumer-Run Service Setting. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 879-885. doi:10.1007/s10597-014-9693-z
- Bailie, H. A., & Tickle, A. (2015). Effects of employment as a peer support worker on personal recovery: a review of qualitative evidence. *Mental health review journal*, 20(1), 48-64. doi:10.1108/MHRJ-04-2014-0014
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9. doi:10.1016/j.jsat.2016.01.003
- Bellamy, C., Kimmel, J., Costa, M. N., Tsai, J., Nulton, L., Nulton, E., . . . O'Connell, M. (2019). Peer support on the «inside and outside»: building lives and reducing recidivism for people with mental illness returning from jail. *Journal of public mental health*, 18(3), 188-198. doi:10.1108/JPMH-02-2019-0028
- 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*, 10(4), 238-249. doi:10.1108/17465721111188269
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K., & Kleppe, L. C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic social work research*, 1-32. doi:10.1080/2156857X.2020.1868553
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling* (4/2013). Retrieved from
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & society*, 23(5), 511-523. doi:10.1080/09687590802177072
- Borg, M., Sjøfjell, T. L., Ogundipe, E., & Bjørlykhaug, K. I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus* (2017:2). Retrieved from Drammen:

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brodahl, M. (2016). Hvilken kompetanse er vesentlig å ha for erfaringskonsulenter innen psykisk helse og rus? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(4), 374-379.
- Busch, T. (2021). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter* (2nd ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). "What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review". *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 270-285. doi:10.1111/inm.12241
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.
- Chinman, M., McInnes, K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., & Resnick, S. G. (2017). Establishing a Research Agenda for Understanding the Role and Impact of Mental Health Peer Specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955-957.
- Clarke, C., Martin, M., de Visser, R., & Sadlo, G. (2015). Sustaining professional identity in practice following role-emerging placements: Opportunities and challenges for occupational therapists. *The British journal of occupational therapy*, 78(1), 42-50. doi:10.1177/0308022614561238
- Clossey, L., Gillen, J., Frankel, H., & Hernandez, J. (2016). The experience of certified peer specialists in mental health. *Social work in mental health*, 14(4), 408-427. doi:10.1080/15332985.2015.1038412
- Colson, P. W., & Francis, L. E. (2009). Consumer Staff and the Role of Personal Experience in Mental Health Services. *Social work in mental health*, 7(4), 385-401. doi:10.1080/15332980802237735
- Cowen, E. L., Gardner, E. A., & Zax, M. (1967). *Emergent approaches to mental health problems*. New York, US: Appleton Century Crofts.
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social Support, Negative Life Events and Mental Health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29-34. doi:10.1192/bjp.166.1.29
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5th ed.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Davidson, L. (2021). Recovery-bevægelsens historiske og konseptuelle rødder. In J. Oute & K. Jørgensen (Eds.), *Recovery-orienterede praksiser - i velfærdsinstitutioner og civilsamfund: Samfundslitteratur*.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.009
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450. doi:10.1093/schbul/sbj043
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Davidson, L., Weingarten, R., Steiner, J., Stayner, D., & Hoge, M. A. (1997). Integrating Prosumers into Clinical settings. In *Consumers as Providers in Psychiatric Rehabilitation* (pp. 437-455). USA: International Association of Psychological Rehabilitation Services.
- Davidson, L., White, W., Sells, D., Schmutte, T., O'Connell, M., Bellamy, C., & Rowe, M. (2010). Enabling or Engaging? The Role of Recovery Support Services in Addiction

- Recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 11(3).
doi:10.1080/07347324.2010.511057
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2019). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11-19.
- Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction research & theory*, 28(6), 526-536. doi:10.1080/16066359.2020.1714037
- Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2015). Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 378-392. doi:10.1111/1440-1630.12238
- du Plessis, C., Whitaker, L., & Hurley, J. (2020). Peer support workers in substance abuse treatment services: A systematic review of the literature. *Journal of substance use*, 25(3), 225-230. doi:10.1080/14659891.2019.1677794
- Dyble, G., Tickle, A., & Collinson, C. (2014). From end user to provider: making sense of becoming a peer support worker using interpretative phenomenological analysis. *Journal of public mental health*, 13(2), 83-92. doi:10.1108/JPMH-03-2013-0016
- Erfaringsentrum. (2021). Om oss. Retrieved from <https://www.erfaringsentrum.no/om-oss/>
- Faulkner, A., & Basset, T. (2012). A helping hand: taking peer support into the 21st century. *Mental health and social inclusion*, 16(1), 41-47. doi:10.1108/20428301211205892
- Firmin, R. L., Mao, S., Bellamy, C., & Davidson, L. (2018). Peer Support Specialists' Experiences of Microaggressions. *Psychological Services*, 16(3), 456-462. doi:10.1037/ser0000297
- Fjalestad, E. (2008). Å tenke nye tanker: Erfaringer fra et bofellesskap med brukeransatte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 321-327.
- Fortuna, K. L., Ferron, J., Pratt, S. I., Muralidharan, A., Aschbrenner, K. A., Williams, A. M., . . . Salzer, M. (2019). Unmet Needs of People with Serious Mental Illness: Perspectives from Certified Peer Specialists. *Psychiatr Quarterly*, 90(3), 579-586. doi:10.1007/s11126-019-09647-y
- Gagne, C. A., Finch, W. L., Myrick, K. J., & Davis, L. M. (2018). Peer Workers in the Behavioral and Integrated Health Workforce: Opportunities and Future Directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), 258-266. doi:10.1016/j.amepre.2018.03.010
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing Strategies to Integrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 34(3), 293-306. doi:10.1007/s10488-006-0109-4
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M., & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, 108(8), 1441-1449. doi:10.1111/add.12169
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13(1), 188-188. doi:10.1186/1472-6963-13-188
- Goffmann, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey, USA: Penguin Books.
- Goffmann, E. (2009). *Stigma: om afvigerens sociale identitet* (B. Gooseman, Trans. 2nd ed.). Frederiksberg, DK: Samfundslitteratur.

- Hansen, J. O., & Bjerger, B. (2017). What role does employment play in dual recovery? A qualitative meta-synthesis of cross-cutting studies treating substance use treatment, psychiatry and unemployment services. *Advances in dual diagnosis*, 10(3), 105-119. doi:10.1108/ADD-11-2016-0019
- Harper, D., & Speed, E. (2012). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. *Studies in social justice*, 6(1), 9-26. doi:10.26522/ssj.v6i1.1066
- Helgesen, L. A., Grasaas, K. K., & Sjørnsen, M. (2016). *Psykologi og sosiologi: for fagskoleutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *Medarbeider med brukererfaring - en ressurs. IS-1927*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Rapport IS-2076)*. Oslo, NO: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021). Brukermidvirkning. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermidvirkning>
- Holst, A., & Mohn-Haugen, T. (2021). *Erfaringskonsulentundersøkelsen 2020 (Rapport 1/2021)*. Retrieved from Erfaringsssentrum: <https://www.erfaringsssentrum.no/wp-content/uploads/2021/02/Erfaringskonsulentundersokelsen2020.pdf>
- Holst, A., & Mohn-Haugen, T. (2022). *Erfaringskonsulentundersøkelsen 2021 (1/2022)*. Retrieved from
- Holst, A., & Mydland-Aas, K. (2021). *Trivselsundersøkelse for erfaringskonsulenter (Rapport 2/2021)*. Erfaringsssentrum. Retrieved from Ikke publisert.
- Hordvik, S. J. (2021). *Fra bruker til erfaringskonsulent - betydningen for egen tilfriskningsprosess*. (Prosjektbeskrivelse). Universitetet i Sørøst-Norge,
- Howard, J. (2006). Expecting and Accepting: The Temporal Ambiguity of Recovery Identities. *Social Psychology Quarterly*, 69(4), 307-324. doi:10.1177/019027250606900402
- Hummelvold, J. K. (2012). *Helt - Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7th ed.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høiseith, J. R., Bjørgen, D., & Kvisle, I. M. (2016). *Evaluering av prosjektet «Praksis- og holdningsutvikling gjennom erfaringskonsulent i ambulante team» (2/2016)*. Retrieved from
- Haave, P. (2015, 27. Oktober 2020). Psykiatrisk behandling fra langbad til lobotomi. Retrieved from <https://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1634-psykiatrisk-behandling-langbad-til-lobotomi.html>
- Jensen, M. J. F., & Weber, A. (2015). Mellom barken og verden. Stilling: Erfaringskonsulent. In D. Ulland, A. B. Thorød, & E. Ulland (Eds.), *Psykisk helse: Nye arenaer, aktører og tilnærminger* (pp. 231-239). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5 utg. ed.)*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnson, G., Magee, C., Maru, M., Furlong-Norman, K., Rogers, E. S., & Thompson, K. (2014). Personal and Societal Benefits of Providing Peer Support: A Survey of Peer Support Specialists. *Psychiatric Services*, 65(5), 678-680. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300113>
- Jordan, G., Grazioplene, R., Florence, A., Hammer, P., Funaro, M. C., Davidson, L., & Bellamy, C. D. (2021). Generativity Among Persons Providing or Receiving Peer or Mutual Support: A Scoping Review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. doi:<https://doi.org/10.1037/prj0000498>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kemp, V., & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 337-340.
- Kilpatrick, E., Keeney, S., & McCauley, C. O. (2017). Tokenistic or genuinely effective? Exploring the views of voluntary sector staff regarding the emerging peer support worker role in mental health. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(7), 503-512. doi:10.1111/jpm.12391
- Klevan, T., Sjøfjell, T. L., Borg, M., & Karlsson, B. (2018). «Det er litt som et eget språk»: Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester. Retrieved from Erfaringskompetanse.no: <https://erfaringskompetanse.no/nettbutikken/det-er-litt-som-et-eget-sprak/>
- Kowalski, M. A. (2019). Mental Health Recovery: The Effectiveness of Peer Services in the Community. *Community Mental Health Journal*, 56(3), 568-580. doi:10.1007/s10597-019-00514-5
- Kraus, M. W., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M. L., & Keltner, D. (2012). Social class, solipsism, and contextualism: How the rich are different from the poor. *Psychological Review*, 119(3), 546-572.
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*: N. W. DAMM & SØN AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans. 2nd ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, S. (2016). *Et bedre liv: historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. doi:10.1016/j.puhe.2017.07.035
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International review of psychiatry*, 14(4), 256-272. doi:10.1080/0954026021000016905
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., . . . Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(1), 39-39. doi:10.1186/1471-244X-14-39
- Meehan, T. J., King, R. J., Beavis, P. H., & Robinson, J. D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 177-182. doi:10.1080/00048670701827234
- Miyamoto, Y., & Sono, T. (2012). Lessons from Peer Support Among Individuals with Mental Health Difficulties: A Review of the Literature. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 22-29.
- Monnat, S. M. (2019). The contributions of socioeconomic and opioid supply factors to U.S. drug mortality rates: Urban-rural and within-rural differences. *Journal of rural studies*, 68, 319-335. doi:10.1016/j.jrurstud.2018.12.004

- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2012). Challenges Experienced by Paid Peer Providers in Mental Health Recovery: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281-291. doi:10.1007/s10597-012-9541-y
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and Mechanisms of Recovery Among Peer Providers With Psychiatric Illnesses. *Qualitative Health Research*, 22(3), 304-319. doi:10.1177/1049732311420578
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumer as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The journal of behavioral health services & research*, 25(4), 397.
- NAPHA. (2012). *Ni suksesshistorier: samhandling om psykisk helse*. Retrieved from <https://www.napha.no/multimedia/3071/NAPHA-Samhandling-WEB.pdf>
- Nilssen, V. (2014). *Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren* (2nd ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Odden, S., Kogstad, R., Brodahl, M., & Landheim, A. (2015). *Opplærings- og veiledningsbehov hos erfaringskonsulenter*. Retrieved from Erfaringskompetanse.no: <https://erfaringskompetanse.no/nettbutikken/opplaering-og-veiledningbehov-hos-erfaringskonsulenter/>
- Oslo-Universitetssykehus. (2021, 21. Juni 2021). Rusbehandlingens historie og fremveksten av TSB. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vareprosjekter/nasjonalt-ledernetttverk-i-tsb/rusbehandlingens-historie-og-fremveksten-av-tsb>
- Oute, J., & Jørgensen, K. (2021). *Recovery-orienterede praksisser - i velfærdsinstitutioner og civilsamfund*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Porter, R. (2013). *Madness: a brief history*: Oxford University Press.
- Quon, E. C., & McGrath, J. J. (2014). Subjective Socioeconomic Status and Adolescent Health: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 33(5), 433-447.
- Recovery in the Bin. (2016). Home: About. Retrieved from <https://recoveryinthebin.org/>
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., . . . Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 853-861. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. doi:10.3109/09638237.2011.583947
- Repstad, P. (2007). *Hva er sosiologi?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Riemer, H. (2021). The History of the Peer Support Movement: An explanation of what it means to be a peer from a PEERS coordinator. Retrieved from <https://peersnet.org/2021/07/23/the-history-of-the-peer-support-movement/>
- Rogers, E. S. (2017). Peer support services: state of the workforce-state of the field in the USA. *Mental health and social inclusion*, 21(3), 168-175. doi:10.1108/MHSI-03-2017-0015
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23(5), 217-218.
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future*. UK: Polity Press.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does Employment Affect Health? *Journals of Health and Social Behaviour*, 36(3), 230-243. doi:10.2307/2137340
- Rossi, A., Amore, M., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., . . . Maj, M. (2017). The complex relationship between self-reported «personal recovery» and clinical

- recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192, 108-112.
doi:10.1016/j.schres.2017.04.040
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2019). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3 ed.). Bergen, NO: Fagbokforlaget.
- SAMHSA. (2015). Core Competencies for Peer Workers in Behavioral Health Services. Retrieved from https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tac/core-competencies_508_12_13_18.pdf
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421-433. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x
- Semb, R., Borg, M., & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhøringsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 204-220. doi:10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01
- Singh-Manoux, A., Adler, N. E., & Marmot, M. G. (2003). Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Science and Medicine*, 56(6), 1321-1333. doi:10.1016/S0277-9536(02)00131-4
- Skjeldal, E., & Arneberg, L. B. (2019). Her er nye tall på brukersettelser i kommune-Norge. Retrieved from <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/her-er-nye-tall-pa-brukersettelser-i-kommune-norge/>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: a Guide for Mental Health Professionals*. UK: Cambridge University Press.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364. doi:10.1017/S2045796012000133
- Solomon, P. (2004). Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401. doi:10.2975/27.2004.392.401
- Stickley, T., & Wright, N. (2011). The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part One: a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 247-256. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01662.x
- Straughan, H., & Buckenham, M. (2006). In-Sight: an evaluation of user-led, recovery-based, holistic group training for bipolar disorder. *Journal of public mental health*, 5(3), 29-43. doi:10.1108/17465729200600024
- Tew, J., Ramon, S., & Slade, M. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi:10.1093/bjsw/bcr076
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis; Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3rd ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjønndal, A., & Fylling, I. (2021). *Digitale forskningsmetoder*. OSLO: Cappelen Damm AS.
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234-250. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018

- Vera San Juan, N., Gronholm, P. C., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A., & Evans-Lacko, S. (2021). Recovery From Severe Mental Health Problems: A Systematic Review of Service User and Informal Caregiver Perspectives. *Frontiers in psychiatry*, 12, 1-15. doi:10.3389/fpsyt.2021.712026
- von Greiff, N., & Skogens, L. (2021). Recovery and identity: a five-year follow-up of persons treated in 12-step-related programs. *Drugs*, 28(5), 465-474. doi:10.1080/09687637.2021.1909535
- Wadel, C. (1984). *Det skjulte arbeid: En argumentasjon for et utvidet arbeidsbegrep*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Watson, E. (2017a). The growing pains of peer support. *Mental health and social inclusion*, 21(3), 129-132. doi:10.1108/MHSI-03-2017-0017
- Watson, E. (2017b). The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6), 677-688. doi:10.1080/09638237.2017.1417559
- Weber, A. K., & Jensen, M. J. F. (2016). *Brukeransettelser: håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet*. Retrieved from Erfaringskompetanse.no: <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2018/10/H%C3%A5ndbok-for-brukeransettelser.pdf>
- WHO. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Wright-Berryman, J. L., McGuire, A. B., & Salyers, M. P. (2011). A Review of Consumer-Provided Services on Assertive Community Treatment and Intensive Case Management Teams: Implications for Future Research and Practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 37-44. doi:10.1177/1078390310393283
- Yilanli, M. (2018). Muhammad ibn Zakariya al-Razi and the First Psychiatric Ward. *The American Journal of Psychiatry*, 13(9), 11-11. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2018.130905>
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231. doi:10.1037/h0095240
- Zarrintan, S., Shahnaee, A., & Aslanabadi, S. (2017). Rhazes (AD 865-925) and his early contributions to the field of pediatrics. *Child's Nervous System*, 34(8), 1435-1438. doi:10.1007/s00381-017-3493-z
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 103-126.
- Åkerblom, K. B., Agdal, R., & Haakseth, Ø. (2020). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon*. Retrieved from Erfaringskompetanse.no: https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/06/Integrering_av_erfaringskompetanse.pdf
- Åkerblom, K. B., & Hammer, A. E. (2021). Integrering av erfaringskonsulenter: Hvilken vei vil vi gå? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(1), 91-95. doi:10.18261/issn.1504-3010-2021-01-10
- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet «Recovery i jobben som erfaringskonsulent»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilken betydning rollen som erfaringskonsulent har for egen tilfriskningsprosess. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Problemstilling:

- Hvilken betydning kan det å jobbe som erfaringskonsulent i rusomsorgen ha for den enkelte erfaringskonsulents egen tilfriskningsprosess?

Forskningsspørsmål:

- Hva opplever erfaringskonsulentene at de gir til tjenesten(e) og brukerne?
- Hvordan opplever erfaringskonsulentene at deres erfaringsbakgrunn styrker deres rolle?
- Hvilke utfordringer har erfaringskonsulentene opplevd i sin rolle?
- Hvordan opplever erfaringskonsulentene sin egen recoveryprosess?

Prosjektet kan publiseres etter at masteroppgaven er vurdert.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har valgt å rekruttere deltakere ved hjelp av Erfaringsentrum. De har sendt invitasjon til alle sine medlemmer (via e-post og Facebook) for å delta i denne studien. Videre har også flere kontaktpersoner på fagfeltet videresendt invitasjonen til relevante deltakere. Jeg har

valgt å rekruttere deltakere ved hjelp av et strategisk utvalg, som vil si at alle deltakere er sammensatt med mål om at materialet skal belyse problemstillingen på best mulig måte. Jeg ønsker å rekruttere ca. 6-8 deltakere til dette prosjektet. For å delta i prosjektet ønsker jeg at du skal;

- Være ansatt i stilling, eller jobbe frivillig, som erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring
- Jobbe innenfor fagfeltet rusomsorg, eller direkte med annet rusarbeid

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer dette at du møter til et intervju via en digital plattform, som vil ta ca. 1 time. Vi gjør sammen avtale om når intervjuet skal være, og hvilken digital plattform som vil brukes for dette. Det vil bli brukt lydopptak under intervjuet, for at jeg skal kunne bruke informasjonen best mulig. Jeg vil transkribere lydopptaket selv og anonymisere materialet slik at ditt navn ikke kan knyttes opp mot lydopptaket.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er ingen andre enn meg som vil ha tilgang til ditt navn. Veileder vil ha tilgang til ferdig transkribert tekst, for å kunne bidra i analysen.
- Ved hjelp av en kryptert minnepenn vil datamaterialet fra intervjuet oppbevares sikkert, og denne vil være innelåst i en safe. Listen med navn og kontaktopplysninger vil oppbevares innelåst og adskilt fra datamaterialet.
- Det vil ikke bli publisert direkte personidentifiserende opplysninger om deg i den ferdige oppgaven. Det vil dog være mulig at du selv kjenner igjen det du har bidratt med.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Etter planen skal prosjektet avsluttes i juni 2022. Opptakene og dine personopplysninger vil slettes og/eller makuleres når oppgaven er godkjent.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, ønsker å delta eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved Sandra Johannessen Hordvik (+47 98072436/ 236967@student.usn.no) eller Jeppe Oute Hansen (+47 31008613/ jeppe.o.hansen@usn.no).
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg (+47 35575053/ personvernombud@usn.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Masterstudent Sandra Johannessen Hordvik (+47 98072436/ 236967@student.usn.no).

Prosjektansvarlig/Veileder Jeppe Oute Hansen (+47 31008613/ jeppe.o.hansen@usn.no).

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Recovery i jobben som erfaringskonsulent*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg selv kan gjenkjenne materialet jeg har bidratt med

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledende spørsmål:

1. Alder, kjønn, utdanninge...
2. Hvilken form for rusarbeid jobber du med nå?
 - Frivillig, døgnbehandling, overdoseteam etc.?
3. Hvorfor ønsket du å jobbe som erfaringskonsulent?
 - Hvor lenge har du arbeidet i stillingen du er i nå?
 - Er du den eneste erfaringskonsulenten på din arbeidsplass?
4. Hadde du noen forventninger til stillingen før du begynte?
 - Kan du fortelle litt om dem?
5. Hva gjorde du før denne stillingen?
 - Jobb, hobby, behandling osv.?

Hovedspørsmål:

Forskningsspørsmål: Hva opplever erfaringskonsulentene at de gir til tjenesten(e) og brukerne?

1. Hva innebærer rollen som erfaringskonsulent?
 - Må man ha utdanning? Hvorfor/hvorfor ikke?
2. Hvordan opplever du at din erfaringskompetanse blir mottatt?
 - Av brukere?
 - Av kolleger?
3. Hva kan du som erfaringskonsulent bidra med som de uten brukerkompetanse ikke kan?
 - Til brukerne?
 - Til tjenestene?
 - Hva føler du er ditt viktigste bidrag?

Forskningsspørsmål: Hvordan opplever erfaringskonsulentene at deres erfaringsbakgrunn styrker deres rolle?

1. Hvilke fordeler (i jobben) opplever du knyttet til å ha egne erfaringer?
 - I møte med brukere?

- I møte med tjenestene?
- 2. Hva tenker du at stillinger som erfaringskonsulenter skal fokusere på?
 - F.eks. Rådgivning, miljøterapi, tjenesteutvikling, utdanning etc?
 - Hvorfor?

Forskningsspørsmål: Hvilke utfordringer har erfaringskonsulentene opplevd i sin rolle?

1. Hvilke problemstillinger og utfordringer er sentrale for erfaringskonsulenter i rusarbeid?
 - Hvordan/hvorfor oppstår disse?
2. Hvordan opplever du oppfølgingen du får?
 - Generelt på arbeidsplassen?
 - I etterkant av eventuelle utfordringer?
3. Hvordan har det vært for deg å snakke om egne erfaringer i møte med
 - Brukere?
 - Kolleger?
4. Hvordan skiller du mellom hvilke erfaringer du ønsker å dele og ikke dele? (privat/personlig)
 - Opplever du noen utfordringer i forbindelse med dette skillet? Hvilke?

Forskningsspørsmål: Hvordan opplever erfaringskonsulentene sin egen recoveryprosess?

1. Hva er recovery for deg?
2. Er personlig recovery avgjørende for å ha suksess i rollen som erfaringskonsulent?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Har man oppnådd personlig recovery ved rusfrihet? Hvorfor/hvorfor ikke?
3. Har du opplevd at stillingen som erfaringskonsulent har hjulpet på din egen recoveryprosess? Hvordan?
 - Har du opplevd at rollen som erfaringskonsulent har gjort din recoveryprosess vanskelig? Hvordan?
4. Hvordan opplever du tilhørighet i stillingen som erfaringskonsulent?
 - Med brukere?
 - Med kolleger?
 - Med arbeidsgiver?

Tilleggsspørsmål:

1. Noen omtaler erfaringskonsulenter som et levende bevis på recovery, hva tenker du om det?
2. Har du opplevd noen endringer i din egen recoveryprosess pga. covid-19 pandemien?

Avsluttende spørsmål:

1. Har du noe å tilføye/kommentere?
2. Har du noen spørsmål?

8.3 Vedlegg 3: Vurdering av NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

135426

Prosjekttittel

Erfaringskonsulenters egen tilfriskningsprosess

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jeppe Oute Hansen, Jeppe.O.Hansen@usn.no, tlf: +4527139837

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Sandra Johannessen Hordvik, 236967@student.usn.no, tlf: 98072436

Prosjektperiode

24.01.2022 - 15.06.2022

Vurdering (1)

23.02.2022 - Vurdert

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helse til 15.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

TSD er databehandler i prosjektet. Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Marianne Høgetveit Myhren Lykke til med prosjektet!