

Var det ikkje du?

Var det ikkje du som kom dansande i solskinnet
Millom selje og hatlerunnar?
Låtten din steig ei glitrande drive
Og klukka so djupt, so djupt
Og var det ikkje kastet av lokkane dine?
Jau, det var du

Og var det ikkje du som stod att uppi haugane
Og stakk solvinden med kvasse nåler
So tårone rann?
Jau, det var du.

Olav H. Hauge

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for problemstillingen

Det er allment akseptert at arbeid spiller en viktig rolle i de fleste menneskers liv. Gjennom arbeidet skapes sosiale relasjoner, man får status og selvrespekt, struktur på dagen og en lønn til å leve av. Mange med psykiske problemer sliter med å komme inn på arbeidsmarkedet, og trenger spesiell oppfølging for ikke å gå på et nytt nederlag (Kalbakk 2001).

Brukermedvirkning er et tema som er viktig og utfordrende. Brukernes rett til medvirkning i behandling og utforming av tjenestetilbudene er nedfelt i de nye helselovene. Ønsket er en vridning fra passive over til aktive, deltagende brukere. Dette innebærer at brukeren går fra å være i de profesjonelles hender, til å få mer medbestemmelse, makt og kontroll både i utforming av tjenestetilbud og relasjon til behandlerne (Stortingsmelding 25). Hva betyr det for oss når vi skal være aktive pådrivere i forhold til brukermedvirkning? Hvordan ser vi egentlig på brukernes muligheter og ressurser?

I Bærum kommune er det ansatt flere konsulenter med brukererfaring inn i administrasjonen i koordinatoreneheten for psykisk helse. Dette er enestående i Norge, og har gitt positive erfaringer og større åpenhet. For ytterligere å gjøre bruk av de ressurser og den erfaring brukere sitter med, er det foreslått å etablere et prosjekt hvor personer som har eller har hatt psykiske lidelser ansettes for å hjelpe andre personer med psykiske lidelser. Dette er en ny måte å jobbe på, som etter hvert er etablert bl.a. i USA og England. Forslaget er også inspirert av et prosjekt i Århus, kalt "Prosjekt medarbeidere med brukererfaring".

Jeg har i forbindelse med min fordypningsoppgave på videreutdanning i psykisk helsearbeid blitt spurt om å bidra til å vurdere om dette kan og bør gjennomføres i Bærum Kommune.

1.2 Problemstilling

Bør kommunen ansette personer som har eller har hatt en psykisk lidelse som hjelpere for personer med psykiske lidelser?

Tanken bak det planlagte prosjekt er tredelt. Det ene er at brukererfaringer vil utgjøre et supplement til kommunens faglige og administrative kunnskap, og dermed gi bedre tjenester for brukerne. Det andre er å tilby folk en vei tilbake i jobb, der deres sykdomserfaring blir sett som en ressurs, noe som gir dem en særskilt kompetanse. Det tredje er å utfordre hjelpeapparatet og de profesjonelle hjelpernes måte å tenke på, i retning av økt brukermedvirkning.

Problemstillingen reiser mange spørsmål både av faglig, etisk, juridisk og medmenneskelig karakter, som er viktig å få avklart. Et spørsmål er om brukerne ønsker dette? Hva med faglig forsvarlighet, taushetsplikt, eller nærhet /avstand i helperrollen? Hva med personlig egnethet/krav til evt helper? Profesjonalisering av rollen som psykiatrisk sykepleier har vært et viktig virkemiddel i kamp om status, makt og bedre lønn. Hvordan vil dette påvirke rekruttering og arbeidsmiljø? Dette kan utfordre den vanlige helperrollen i psykisk helsearbeid, og kan også oppleves truende og skape mye motstand, ikke minst hvis det fører til kutt i ordinære stillinger.

1.3 Avgrensinger

I denne oppgaven vil jeg ha fokus på effekt for brukere, effekt for medarbeidere med brukererfaring, hvordan det kan utfordre den profesjonelle fagutøver, samt utfordringer for fagmiljø og kommunen. Jeg tar utgangspunkt i arbeid i kommunehelsetjenesten, og målgruppen er brukere med en alvorlig psykisk lidelse. For å belyse dette brukes erfaringer fra ulike prosjekt/undersøkelser. Jeg velger å gå i bredden ved å ta med mange områder i vurderingen, fremfor å gå i dybden på et enkelttema. Dette fordi tema er lite beskrevet. Tema reiser en rekke interessante spørsmål og mange forhold må avklares før en kommune kan iverksette et slikt prosjekt.

Av plasshensyn går jeg ikke inn på hvordan et slikt prosjekt kan organiseres, heller ikke finansiering og økonomiske forhold. I et slikt prosjekt bør man vurdere om det er gunstig å involvere andre kommuner, evt helseforetak og evt samarbeide med A-etat, dette og

informasjonsstrategi og innføring på aktuelle arbeidsplasser, kan jeg dessverre heller ikke gå inn på.

1.4 Aktuell bakgrunnsinformasjon

I en oppgave hvor tema ikke er beskrevet i norsk litteratur, er det vanskelig å orientere seg når man søker aktuell litteratur. Bredere søk kunne gitt økt forståelse. Noe v sykepleielitteraturen har etter mitt syn mer fokus o på institusjonspsykiatri, mens jeg forholder meg til psykisk helsearbeid i kommunen.. Dette preger nok forståelse og tolkning av materialet. Mye av litteraturen i oppgaven er skrevet på engelsk. Her har overføring av begrep og tolking av disse til norske forhold vært en utfordring.

I tillegg til litteratursøk har jeg gjennomført et studiebesøk i Århus, sammen med koordinator for Psykisk helse i Bærum kommune, en konsulent med brukerbakgrunn ansatt i koordinatorenheten, samt representant for Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien. Vi møtte prosjektleder for prosjekt ”Medarbejdere med Brugererfaring”(MB’ere), samt 2 personer som arbeider som MB’ere og undervisningsansvarlige for prosjektet. Til studiebesøket utarbeidet jeg en ”intervjuguide” med konkrete spørsmål om ulike sider ved prosjektet og de erfaringer de har gjort seg(vedlegg 1). Denne ble oversendt prosjektleder i forkant. Spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av evalueringsrapport, beskrivelser av prosjektet på nettsidene(www.mb-projektet.dk), og gjennomgang av internasjonal litteratur om tema. Rapport fra studiebesøket er en oppsummering av de innspill som kom i møtet(vedlegg 2).

2.0 MEDARBEIDERE MED BRUKERERFARING - PRESENTASJON AV PROSJEKT-IDEER

Tanken bak prosjektet er at medarbeidere som selv har vært brukere, har en erfaringskompetanse som kan gjøre dem til verdifulle medarbeidere i psykisk helsearbeid. De kan lettere sette seg inn i brukernes sted, og kan bidra til å gi brukerne håp ved å fungere som positive rollemodeller. De kan snakke med brukerne om deres situasjon på en annen måte enn øvrige personale. Dette er en viktig kompetanse for kommunene for å hele

tiden utvikle og forbedre tjenestetilbudet. Personer med psykiske lidelser har vansker med å komme tilbake i arbeidsmarkedet, dette kan være med å gi flere veier inn i jobb.

Et viktig skille fra andre arbeidsmarkedsprosjekt, er at man fokuserer på den enkeltes sykdomserfaring som ressurs, i stedet for å fokusere "restarbeidsevne" etter en psykisk lidelse. En viktig del av prosjektet er utdanning av medarbeidere med brukererfaring. De skoleres i lovverk, ny viten om psykiatri, kommunikasjon og egen rolle og hvordan egne erfaringer kan brukes konstruktivt og etisk i møtet med brukere.

Prosjektet er tenkt gjennomført i perioden 2005 til 2008, og målet er bla. å gi støtte til ansettelse av personer som har en bakgrunn som brukere i psykiatrien, og gjennom dette styrke psykisk helsearbeid med brukererfaringer, videre finne ut hva som skal til for å sikre at medarbeidere med brukerbakgrunn kan holde på et fast arbeid, og å skaffe erfaringer som kan formidles videre til andre.

2.1 Erfaringer fra liknende prosjekt

Prosjektet er inspirert av liknende prosjekt først og fremst i Århus, men også England og USA, der man har positive erfaringer etter flere års drift. I USA har man i en årrekke ansatt personer med psykiske lidelser som medarbeidere innen psykiatriske tilbud. Dette inspirerte igjen til et større prosjekt i London, der stillinger innen psykisk helsearbeid har blitt lyst ut med "personlig erfaring med psykisk lidelse" som ønsket kvalifikasjon. De ansatte må fylle vanlige krav til stillingen (fra assistent til sykepleier etc), men får opplæring, støtte og nødvendig oppfølging i ansettelsesprosessen og arbeidssituasjonen. Prosjektet møtte motstand blant helsepersonell i starten, men skepsis er snudd etter hvert som man har sett at dette har fungert bra. 98 personer er pr juli 2003 støttet inn i jobb. De har vært stabile medarbeidere med mindre sykefravær enn øvrig personale, og har skapt endrede holdninger i personalgruppen. De som selv har levd med psykisk lidelse har et vell av erfaring og ekspertise på å leve med og møte problemer lidelsen medfører, som andre ansatte mangler (Perkins 2003). Det er ikke et krav at den enkelte skal stå åpent frem med sin lidelse på arbeidsplassen, men det anbefales, da åpenhet har en positiv effekt for den enkelte og gir større trygghet for hele arbeidsmiljøet.

Århus startet sitt prosjekt i 2001, og prosjektet ble evaluert etter at første kull med medarbeidere med brukererfaring (MB'ere) hadde gjennomført sin utdanning (Center for Evaluering 2003). Rapporten viser at det er enighet blant brukere, ansatte og MB'ere om at

MB'erne har fungert som rollemodeller, og har medvirket til at brukerne ser at det er mulig å komme videre i livet tross sykdom. De er også enige om at MB'erne har en egen måte å snakke med brukerne på, og at brukerne snakker med dem om andre ting enn med de faste medarbeiderne. Samtidig sier de at MB'erne ikke viser et særlig brukerperspektiv.

Brukerne selv i evalueringen opplever MB'erne positivt, som noen de kan snakke med om andre ting og som har bedre tid.

Utdannelsen er omfattende, men opplevd den som dekkende. Nettverk mellom MB'erne som er en del av studieopplegget har fungert variabelt. Organisering av utdannelsen i bolker har vært et problem, da mange har vært mye borte fra arbeidsplassen og slik mistet kontinuitet, som igjen har vanskeliggjort integrering. Dette er forsterket der MB'eren har lavt timetall pr uke.

Totalt sett er det enighet om at utdannelsen har vært positiv og at de problemer man har erfart har vært startproblemer. Innkjøringen på de ulike arbeidsplasser har variert. Der det har vært problemer har dette gått på manglende aksept fra kolleger, eller pågående endringsprosesser på arbeidsstedet. Brukernes reaksjon har også vært nevnt, fra positive til at noen blir skremt over at de skal passes av en person med en sinnslidelse. MB'erne forhold til kollegene har variert fra opplevelse av overomsorg til direkte motstand, de har også opplevd å stå i lojalitetskonflikt mellom brukere og øvrig personale.

I Århus er medarbeidere med brukererfaring blitt rekruttert gjennom annonser, intervjuet ut fra gitte kriterier og inkludert i prosjektet. Alle passer ikke til denne type arbeid, mange av de som er blitt ansatt har en helsefaglig bakgrunn. Arbeidsplassene har fått informasjon via linjen, slik at det er sikret forankring i toppledelsen av ansettelse av MB'ere. Alt i alt er prosjektet ansett som vellykket, og det jobbes med forbedringer ut fra de innspill evalueringsrapporten har gitt. Prosjektet i Århus er nå vedtatt utvidet til å omfatte 7 amt(vedlegg 3).

Studiebesøket gav utfyllende opplysninger og innblikk i erfaringer utover det som var omfattet av evalueringsrapporten(vedlegg 3), og belyste mange av de forhold som ble omtalt i evalueringen på en god måte.

3.0 BRUKERMEDVIRKNING, HJELPERROLLEN OG MEDARBEIDERE MED BRUKERERFARING

For å kunne gå inn og vurdere hvorvidt kommunen bør ansette medarbeidere med brukererfaring er det viktig å stille spørsmål om hva det innebærer å ha brukererfaring, og hvilke utfordring brukermedvirkning og ny kunnskap om bedringsprosesser gir både hjelpere og brukere. Relasjon, empati og empowerment blir trukket frem som sentralt for hjelpere.

3.1 ”Medarbeider med brukererfaring” – hva innebærer dette?

En ”medarbeider med brukererfaring”(MB’er) slik begrepet brukes i denne oppgaven, er en som blir ansatt i en jobb i det psykiske helsevern, der han er åpen om sin sykdomserfaring, og hvor dette blir sett som en ressurs.

Psykiske lidelser er en av de vanligste sykdommene. Sett slik er det mange i befolkningen som har en ”brukererfaring” i forhold til psykiske lidelser. Dette gjelder også for vanlige ansatte innen psykisk helsearbeid. Så langt har man av ulike årsaker vært tilbakeholdne med å si noe om dette, både i jobbfellesskapet og til pasientene. Det oppleves som for privat, og svekker grensen mellom den man skal hjelpe og en selv. En av MB’erne fra Århus uttalte at det med å ikke være personlig eller privat var som ”sement i hodet på sykepleierne”. Med dette mente hun at de ikke turte bruke seg selv og egne erfaringer i møte med den de skulle hjelpe(vedlegg 3)(jfr.kap.4.4). Medarbeidere med brukererfaring er et brudd med denne holdningen. MB’erne ansettes nettopp for å bruke sin erfaring i møte med den de skal hjelpe, fordi man mener den erfaringen de besitter er en spesiell kompetanse som vil styrke arbeidet for andre med psykiske lidelser(Center for evaluering 2003, Gammonley&Luken 2001, Peters 2003, mfl.). Primært dreier det seg om at de viser en åpenhet om at de har hatt en psykisk lidelse. Dette kan bidra til at de fungerer som gode rollemodeller, fremme håp og ønske om endring i egen situasjon for andre med psykiske lidelser. Samtidig ser man at de lettere kan få kontakt med andre brukere ved at de med sin erfaring kan være mer vår for og lettere sette seg inn i brukerens situasjon og vise at de har vært der, og at det er en vei ut(Center for evaluering 2003).

3.1.1 Hva kreves av en medarbeider med brukererfaring?

Det å bli ansatt som medarbeider med brukererfaring er ikke en rett, men en mulighet, slik det er gjennomført bla. i Århus og i flere amerikanske prosjekt(vedlegg 3). Det kreves at vedkommende har et ”avklart forhold” til egen situasjon og lidelse, at man ikke er i en akuttsituasjon, men har vært i /er i behandling og har innsikt i egen sykdom og

bedringsprosess. Det kreves videre at en som skal ansettes på et arbeidssted i tillegg til sin brukererfaring må passe inn i et arbeidsmiljø. Dersom vedkommende har et sterkt ønske om å revolusjonere psykiatrien innenfra og har klare antipsykiatriske standpunkter kan dette være vanskelig (vedlegg 3). Vedkommende må også ha evne til å samarbeide med andre, og kunne gå inni det tverrfaglige team på det aktuelle sted. Fra London legges det stor vekt på at den som ansettes skal fylle vanlige krav til stillingen, men at brukererfaringen er en ønsket kvalifikasjon i tillegg (Perkins 2000).

En som blir ansatt som MB'er går inn i et opplegg med utdanning, støtte og veiledning, både i skolesituasjonen og i arbeidssituasjonen. Inngangsbilletten for øvrig er personlig egnethet, og en motivasjon til å gå inn i rollen.

3.1.2 Arbeidets betydning for psykisk helse

Psykiske lidelser utgjør en stor del av sykemelding, attføring og uføre. Arbeid er viktig for de fleste. Psykiske lidelser kan medføre at man aldri kommer seg inn i arbeidslivet, at man faller ut av arbeidslivet, eller også oppstå som følge av arbeidsledighet. En konsulent med brukerbakgrunn i Bærum kommune, fortalte at som følge av sin psykiske lidelse, bodde han i en alder av 30 år hjemme hos mor og far, var uten jobb, brukte masse medisiner, var i dårlig fysisk form og hadde ingen selvtillit. Det å få arbeidet endret på hele hans tilværelse (Aamodt 2003). En utfordring når man skal jobbe med aktiv deltakelse innen psykisk helsearbeid, er at mange psykiske lidelser kjennetegnes av tilbaketrekking, isolasjon og angst, noe som kan gjøre aktiv deltakelse vanskeligere. Det kan være problemer med utholdenhet, vanskelig å komme i gang eller fullføre oppgaver, problemer med å holde fokus i lange perioder, eller tidspress og krav til fleksibilitet. Det kan også være vanskelig å komme inn i det sosiale miljøet. Mange personer med psykiske lidelser har mange ressurser og kompetanse og spille på, men vil ha behov for tilpasninger og bistand, og kanskje et lengre perspektiv på tilbakeføring i jobb (Kalbakk, 2001).

Stigmatiserende holdninger, som også den syke identifiserer seg med hemmer bedring og deltakelse i samfunnet (Perkins 2000, Shiff 2004). Ifølge Perkins handler vanskene med å få personer med psykiske lidelser inn i jobb like mye om at arbeidsgiverne ikke tør slippe dem til. Dette stemmer med det en MB'er fra Århus fortalte. Til tross for 10 års erfaring som sykepleier fikk hun ikke jobb pga sin psykiske lidelse, og de hensyn hun måtte ta til dette. Som MB'er var hun nå i ordinær jobb, på redusert tid, og slapp nattevakter. Hun fungerte i jobben som sykepleier, brukte sin brukererfaring aktivt i møte med andre

brukere og hadde en struktur på livet som minsket faren for tilbakefall(vedlegg 4). En konsulent med brukererfaring og høyere utdanning, som ble ansatt i koordinatoreneheten for psykiske helse, etter mange år på uføretrygd, uttalte at ”Det har blitt et nytt liv for meg. Sjøtilliten var på nullpunktet. Gjennom tillitsverv og dette arbeidet har det meste snudd seg. Nå har jeg både arbeid og kolleger igjen(Det Nytter Magasinet 2003). Dette viser at personer med psykiske lidelser både er en ressurs og ønsker å være aktive bidragsyttere i samfunnet.

3.2 Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid

Brukermedvirkning slik det er nedfelt i Stortingsmelding 25 og i de nye helselovene, forutsetter tosidige endringer i det tradisjonelle forholdet mellom bruker og hjelper, og forutsetter deltakelse, delaktighet og involvering fra brukers side. Dette utfordrer tjenestene og den enkelte ansatte til å fokusere sterkere på hvordan hjelperrollen må være for å bidra til styrket brukermedvirkning. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte sammensatte behov på tvers av etat og nivå, noe som stiller krav til helhet og samordning. I rapporten ”Stykkevis og delt”(Rådet for psykisk helse, 2003) hvor kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid drøftes, er tilgjengelighet og innhold sentrale elementer. Det vektlegges at bruker blir tatt på alvor, respektert, at brukers og pårørendes opplevelse og oppfatning gis betydning, og at det er mulighet til påvirkning og medvirkning. Sosial og helsedirektoratets sier bl.a. at det er god kvalitet når beslutning om behandling, forebygging, pleie og omsorg baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak, brukerens erfaring og kompetanse legges til grunn for tjenestene og ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst(Sosial-og helsedirektoratet 2003, s31). Her kan prosjektet bidra til at brukererfaring blir integrert i tverrfaglig kompetanse, og derved gi bedre tjenester for brukerne.

I følge rehabiliteringsmeldingen skal hjelperen være aktører i brukerens egen prosess(Stotingsmelding 21). Dette utfordrer oss til å se tverrfaglighet bredere enn det tradisjonelt har vært, også brukernes kompetanse i kraft av sin erfaring hører etter mitt syn inn under en definisjon av tverrfaglighet.

I planen for brukermedvirkning for psykisk helse som er utarbeidet for Bærum kommune, slås det fast at det bl.a. er aktuelt å legge vekt på kompetanse og holdningsarbeid. Det er et mål i plan for psykisk helse at ”brukererfaring blir akseptert som gyldig kunnskap både på

individ og systemnivå”(vedlegg 3). Dette krever endringer både i organisasjonskultur og profesjonskultur ut fra hva som har vært tradisjonelle holdninger, uten at jeg har grunnlag for komme med påstander til hvordan dette ser ut i Bærum kommune i dag. Kommunen har imidlertid etter mitt skjønn forpliktet seg til å jobbe med holdningsendring slik at brukererfaring blir akseptert som gyldig kunnskap. Det foreslåtte prosjektet om å ansette medarbeidere med brukererfaring vil være i tråd med dette.

3.3 Endrede krav - Nye roller?

Åpenhet betyr ikke at tabu om psykiske lidelser nødvendigvis blir borte. Det er vanlig også blant psykiske helsearbeidere å tenke at vi selv ikke blir rammet. Dette bidrar til å opprettholde et skille mellom ”dem og oss”. Dersom man tenker at det kan skje meg, vil det kanskje påvirke innlevelse, medfølelse og økt brukermedvirkning(Rådet for Psykisk Helse, 2003, s12). Brukerne er gjerne opptatt av alminnelige livsfunksjoner som bolig, arbeid, penger, kjæreste, i mindre grad enn symptomer(Borg&Topor 2003). Dette er vanligvis forhold som er forankret i og bør fokuseres i kommunale tjenester og tilbud(Rådet for Psykisk Helse, 2003, s21).

3.3.1 Hva er en god hjelper?

Arbeid med psykisk helse i kommunen er en tverrfaglig arena. I denne oppgaven vil jeg likevel ta utgangspunkt i hjelperrollen slik den kan forstås og utøves av sykepleiere, som utgjør størstedelen av personell i møte med folk med alvorlige psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten. Jeg mener dette har overføringsverdi til andre yrkesgrupper.

Travelbee definerer sykepleie som:

”en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med

sykdom og lidelse og, hvis nødvendig, finne mening i disse erfaringene”

(Travelbee i Kirkevold 1992,s100)

Ut fra dette vil sykepleierens oppgave i forhold til ”medarbeidere med brukererfaring”, handle både om å hjelpe individet til rette for å kunne være i jobb til tross for sin lidelse, og å ta del i den enkeltes erfaringsbaserte kunnskap om å leve med og mestre sin lidelse. Dette vil være en støtte for sykepleieren i sin oppgave med å hjelpe andre brukere.

Som sykepleier må man slik Travelbee ser det komme bort fra begrepene sykepleier-pasient, da dette både medfører generalisering og er stigmatiserende. Relasjonen til bruker bør i stedet preges av et ”menneske til menneske-forhold”. Enhver sykdomserfaring er unik for det enkelte individ, og for å kunne hjelpe må vi ha tak i den enkeltes opplevelse(Travelbee, 1996, s33). Sykepleier må tre frem som menneske i møtet med den hun skal hjelpe. Dette er i tråd med Lindstrøm som sier at på alle nivå kreves det at sykepleieren bruker sin personlighet på en profesjonell måte, som en integrert del av sin yrkeskompetanse(2003, s26). Lindstrøm sier at

”psykiatrisk sykepleie tar utgangspunkt i et perspektiv på mennesket, helse, verden og omsorg, der psykiske og åndelige funksjoner, velvære-, helse- og sunnhetsprosesser er vesentlige, og der møtet i verden og pleie, lek og læring er sentralt. Sykepleiens innerste kjerne er uttrykk for sykepleiens grunnmotiv, caritas. Kjærlighet, ansvar, barmhjertighet skal hele tiden gjennomsyre sykepleien og gjenskapes på alle nivå av sykepleien”(2003,s 26).

Både Lindstrøm og Travelbee gir uttrykk for et eksistensialistisk menneskesyn, der individets mulighet til vekst og utvikling er sentralt. Lindstrøm sier videre at en overordnet dimensjon er at sykepleieren har en vitenskaplig holdning, noe som innebærer en ydmykhet overfor kunnskap og en naturlig kritisk holdning til ens egen virksomhet. Dette bør understøtte en stadig streben etter utvikling, og forutsetter at man er åpen overfor seg selv om omverdenen(Lindstrøm, 2003 s39). Her er det viktig at sykepleieren har kunnskap om bedringsprosesser, og ser etter ressurser hos den enkelte. Dette er sentrale holdninger i psykiatrisk sykepleie og avgjørende når man skal jobbe med et prosjekt som ”Medarbeidere med brukererfaring”.

3.3.2 Brukerrollen

Kravene til brukermedvirkning stiller også nye forventninger til brukerne om aktiv deltakelse i eget liv og de valg dette medfører. Patricia Deegan, en amerikansk psykolog med lang brukererfaring sier at bedring er en prosess, en måte å leve på og en måte å møte hverdagens utfordring på. Hun legger vekt på å selv ha styringen i sitt liv, og ha en aktiv rolle i mestring av de utfordringer hennes lidelse har gitt henne (Borg&Topor, 2003 s18). ”Å bli frisk er ikke noe man blir, men noe man gjør” sier en av konsulentene med brukererfaring i Bærum kommune. Dette er det samme som Borg og Topor har funnet i sin

undersøkelse av 15 personer med alvorlig psykisk lidelse som beskriver hva som har hjulpet dem i sin bedringsprosess. Dette er viktig kunnskap for hjelpere i sitt syn på brukerrollen.

Nilsson viser i sin studie(2004, s234) at hjemmeboende schizofrene er i kontakt med egne følelser når de snakker om ensomhet og savn, og mangelen på å bli av betydning i andres liv, å kunne ”spille en rolle”. Kan følelsesavflating som beskrives i litteraturen(Kringlen 1997, s265) være forsterket av hjelpere som ikke når inn, eller ikke tør møte den andres opplevelse? Nilsson beskriver savnet hos brukeren også som et savn etter den gode relasjon, etter anerkjennelse og bekreftelse av anderledeshet. Lindstrøm bruker begrepet vårdlidande, om det å bli krenket av hjelpere som overser de eller ikke evner sette seg inn i pasientens situasjon. Hjelperen blir en som øker belastningen i stedet for å lindre smerten (Hummelvold&Lindstrøm, 1997 s86). Dette viser også Nilsson i sin doktoravhandling om ensomhet og savn. Pasienten opplever en ny krenkelse ved en nedlatende og fjern sykepleier. De opplever et savn etter den gode vårdaren eller hjelperen. Nilsson mener at utfordringen for sykepleieren for å kunne møte pasienten i hans ensomhet er å gjenkjenne ensomheten i sin egen eksistens(Nilsson 2004,s236). Som hjelper må man legge vekt på å møte den enkelte i en menneske -til- menneske relasjon slik Travelbee sier(kap.4.3.1) for å se den enkeltes ønsker og behov uten å krenke den enkeltes integritet.

En ny brukerrolle krever kunnskap både hos hjelper og bruker om hva som hjelper. Dette er i tråd med det som beskrive i Rehabiliteringsmeldingen(Stortingsmelding 21). Dette fordrer at brukeren får opplæring eller undervisning, for å kunne være en likeverdig aktør. Her har Bærum kommune gjennomført undervisning for brukere og pårørende de siste årene.

3.4 Bedringsprosesser – hva hjelper?

Alvorlige psykiske lidelser som oppfattes som kroniske, eks schizofreni, skaper gjerne en pessimistisk holdning hos hjelperne(Borg&Topor 2003 s41). Diagnosen kan fungere stigmatiserende. De fleste ser den som er syk i dårlige perioder og kan ha vanskelig med å formidle tro på at brukeren blir bedre på en troverdig måte. Dette kan være medvirkede til at brukerne i Nilssons undersøkelse savnet deltakende sykepleiere. Flere omfattende oppfølgingsstudier viser imidlertid at mellom 50–70% personer med diagnosen schizofreni

kommer seg(Borg&Topor 2003, s19). Det viser seg at de som har et nettverk de klarer å opprettholde og som støtter opp om dem, har større sjanser for å oppnå betydelig bedring i sin sykdom. Majoriteten av de som har alvorlig psykisk lidelse kommer seg eller blir helt bra. Dette utfordrer oss. Vi må se den enkelte som en som har mulighet og evne til å bestemme over livet sitt, som med stor sannsynlighet vil komme til å få et godt liv, og anerkjenne den enkeltes aktive innsats i bedringsprosessen. Vi må se individets liv ut fra individets perspektiv, ikke ut fra diagnosen. Dette handler om evnen til å skape en god relasjon, evne til empati og å jobbe med å styrke brukerne innflytelse.

3.4.1 Den gode relasjonen

En god relasjon er en sentral del av behandlingen. I dette ligger forestillingen om at det kan gå bra for pasienten, å formidle håp, og holde på dette selv når det ser svart ut. I psykisk helsearbeid kan man si at relasjonen til brukeren danner arbeidsarenaen, og at dette er hjelperens ansvar. Det er hjelperens eller terapeutens ansvar å være trygg og samlet og møte den andre med ubetinget positiv holdning. Terapeuten må oppleve en empatisk forståelse av klienten og formidle dette til han slik at klienten føler seg likt av terapeuten. I hvilken grad terapeuten evner dette avhenger av hans psykologiske modenhet(Rogers i Larsen, 2002 s29). I følge Borg og Topor var informantenes oppfatning at de profesjonelle som bidro til bedring, gjorde det fordi de viste samme kvaliteter som vanlige folk. Dette kan være uttrykk for at de opplevde respekt og likeverd i relasjonen, at de viste empati og innlevelse i brukerens situasjon. Dette er i tråd med et humanistisk syn på relasjonen.

Å analysere eget bidrag inn i en relasjon er viktig. Man er ikke automatisk en god relasjonsbygger fordi om man er hjelper. I en diagnostisk fortolkning av brukernes utsagn, vil brukerens erfaring bli tolket slik at atferd og ytringer føres tilbake til personlige forhold og karakteristika ved individet, og dermed kan diagnosen bli et middel til å skjerme seg mot innholdet i pasientens krav(Andreassen&Grut 2001 s64, Shiff 2004). For å se og forstå den andre må vi ha evne og vilje til å se oss selv, kunne reflektere over hvordan eget bidrag påvirker relasjonen, og hvordan vi reagerer på brukernes følelser, ”motoverføringsreaksjoner”. Dette krever en faglig kompetanse i tillegg, som handler om å forstå hva som

skjer i en slik situasjon, en psykodynamisk forståelse(Aalen 2004 s9). Dette vil være en utfordring for mange, også for medarbeidere med brukererfaring.

Å tåle motsetningsfylte og vanskelige følelser hos brukeren er en utfordring for hjelperen. Å kunne romme disse følelsene på en bearbeidende måte, ”containing”, er helt avgjørende (Aalen 2004 s10). Zakkrison sier at en terapeutisk holdning forutsetter at en hjelper holder seg i posisjon til å hjelpe, at han beskytter relasjonen (bl.a. ved taushetsplikt og uten innblanding av egne behov). For å være en god hjelper må man videre kunne vise empati med det utålelige og motsetningsfylte hos klienten og være pålitelige. Ved at vi møter en bruker som er vant til å bli møtt med mistillit med tillit, og viser at vi er til å stole på, gir vi brukeren en korrigerende emosjonell erfaring(Aalen 2004 s24). Dette er også basis for det Lindstrøm sier ”Helsehindre har ofte vokst frem i relasjoner, gjennom å tilby nye positive erfaringer i en ekte relasjon kan sykepleiere bidra til en gunstig helseprosess”(Lindstrøm 2003 s107). I møte med brukere i kommunehelsetjenesten bør relasjonen derfor være i forgrunnen, mens fagligheten er tilstede, men i bakgrunnen(Larsen 2002 s13).

I undersøkelsen til Borg og Topor vektlegges hva som har vært det ”virksomme” i relasjon til de profesjonelle hjelperne. Det kan være hverdagslige handlinger, som uttrykk for interesse og empati, at den profesjonelle tar initiativ eller kontakt med brukeren uten at rutiner eller uønsket atferd ”tvinger” han til det. I noen tilfeller pekes det på at den ansatte har brutt ”reglene” til fordel for brukeren, noe som gir følelse av å bli sett og hørt. Det å føle seg prioritert av pleieren var viktig. Opplevelse av gjensidighet, at pleieren også setter pris på relasjonen, beskrives av mange som en viktig faktor i deres bedringsprosess (Borg&Topor 2003 s60).

En annen måte å skape en opplevelse av gjensidighet er når hjelperen likestiller seg med brukeren, og betoner likhet i erfaringer og deler ting fra eget liv. Det er med å skape et fellesskap, en bro mellom det avvikende og det normale, og at hjelperen ser noe mer enn bare det syke. Et annet forhold er at brukere ofte ser hjelperen som normal, fremgangsrisk og lykkelig, i motsetning til sin egen ”mislykkethet”. At hjelperen viser sin egen tilkortkommenhet, at brukeren kan oppleve å kunne noe hjelperen ikke kan eller tør, kan bidra i personenes gjenerobring av egen verdi(Borg&Topor 2003 s64). Her vil medarbeidere som viser sin brukererfaring være gode rollemodeller.

3.4.2 Empati – en forutsetning

Flere undersøkelser viser at opplevelsen av empati er sentralt for å skape en terapeutisk relasjon, og at dette er viktigere for resultatet av terapien enn hvilke retning terapeuten bekjenner seg til (Nerdrum i Rønnestad & von der Lippe 2002, s93). Nerdrum sier også at empati til dels er medfødt, men kan trenes opp. Empati kan være å vise et stort engasjement, å se seg selv i den andre og den andre i seg selv, og bruke egne livserfaringer. Travelbee mener det ikke er mulig å ha empati om man ikke har en liknende bakgrunn eller situasjon å bygge på, det er dermed urealistisk at en sykepleier kan ha empati med alle syke (Travelbee 1996 s138). Hun mener at man også må ha sympati med den man skal hjelpe, som et uttrykk for en positiv holdning til og ønske om å hjelpe (Travelbee 1996 s142).

I en undersøkelse viser Lindstrøm at pasienten lengter etter at sykepleieren skal bekrefte hans lidelse, og at sykepleierne skal ha evne til å kunne lide med. Dette forutsetter en empatisk evne, som jfr Stierlin handler om ”en evne til midlertidig å dele og oppleve pasientens følelser for derved å utvikle en dypere forståelse”. Jo flere indre referanser en empatisk reaksjon har (teoretisk kunnskap, egne erfaringer, fantasert innlevelse og evne til å ta inn i seg andres følelser), jo mer sannsynlig er det at den tilsvarer viktige psykiske tilstander og forløp i den andre. Her kan medarbeidere med brukererfaring ha et viktig bidrag for brukeren og kolleger. Identifikasjon og nærhet er viktig, men for å kunne oppnå nærhet kreves evne til distanse, for å kunne bruke dette på en meningsfull måte (Lindstrøm 2003 s45). Dette støtter Borg og Topor som sier at den profesjonelle hjelpen bør kunne ytes på flere måter, både som nøytralt og distansert og som nærhet og engasjement, alt etter hva situasjonen tilsier, faglige vurderinger og hva den enkelte bruker mener har hjulpet vedkommende før (2003 s67).

Evne til å sette seg inn i den andres situasjon handler om å se problemene men også kompetansen, de hverdagslige hendelsene og situasjonen fra brukers ståsted (s68). Å fjerne hindringen for den annens livsutfoldelse er ifølge Løgstrup et hovedmål i arbeid med mennesker. Vi må hjelpe brukeren til å identifisere hindringene, og hjelpe til å lete etter åpninger som gir mulighet til utfoldelse, vekst og ”frisk luft”. Ved å styrke det som gir åpning vil motstanden gradvis bli mindre. Som hjelpere må vi bidra til å holde håpet oppe, det innebærer en forestilling om fremtid, et ønske om at noe skal skje, noe som i seg selv er en helsebringende kraft ifølge Lindstrøm (2003 s79).

3.4.3 Empowerment – å flytte maktstrukturer

Empowerment innen psykisk helse innebærer et paradigmeskifte fra den medisinske modellen til fokus på helse, velbefinnende og ressurser. Felles for mange definisjonene av empowerment er ”Deltakelse som øker kontroll ved kritisk tenking, handling og maktdeling, og å sikre verdighet og likhet gjennom sosial endring og mobilisering av ressurser(Clark&Krupta 2002, s342). Når en gruppe i USA kaller seg ”Survivors” – de har overlevd på tross av ikke på grunn av psykiatrien, så er dette et sterkt uttrykk for en opplevelse av maktovergrep fra fagmiljøenes side. Empowerment handler om å gi mer makt og autoritet til brukeren. Ved at hjelperen får mer fokus på løsninger, flyttes fokus fra svikt til brukerens evner, styrke og rettigheter(Vatne 1998). Brukermedvirkning innebærer på mange måter å jobbe med empowerment, som en følge av menneske-rettighetstenking og også et svar på ulike innspill om overgrep og overkjøring. Fremvekst og innflytelse av bruker- og pårørendeorganisasjoner henger nært sammen med dette. Undersøkelser viser ifølge Norvoll at maktforhold og sosial kontroll er mindre i den desentraliserte psykiatrien. Relasjonen mellom hjelper og bruker er mer jevnbyrdig, i større grad bygd på frivillighet og at pasienten i større grad kan legge premissene for samhandling(Norvoll 2002 s141). Det kan tyde på at empowerment har fått fotfeste i kommunehelsetjenestene. Noen av nøkkelordene når man jobber med empowerment i kommunen er bolig, arbeid, inntekt og sosial støtte(Clark&Krupta 2002). En politikk som svekker sosial sikkerhet for svake grupper, vil dermed redusere mulighet for empowerment.

Brukermedvirkning kan ses på som et balansert samspill mellom pasient, pårørende og hjelper(Vatne 1998 s83). Hjelper skal både spille på lag, og være en motvekt som kan vise alternative oppfatninger. Slik Vatne ser det handler brukermedvirkning også om å snakke et språk som alle forstår(1998, s85). Når ord som beskriver brukerens følelser, behov og oppfatning blir gyldiggjort vil det bidra til å redusere avstand mellom det friske og det syke. Da kommer vi over på et mer eksistensielt syn på mennesket, der syk og frisk blir et kontinuum hvor vi beveger oss, og har mulighet til å påvirke. Dette krever at fagfolk tør å ta sjansen på å la brukeren få mer styring med eget liv, og resultat av empowerment er økt følelse av egenverd, opplevelse av makt og å kunne bruke sine egne muligheter(Clark&Krupta 2002).

Tradisjonelt har helsevesenet blitt kritisert for sterk styring av pasientene. Makten har ligget på fagfolkens side. Kunnskap og roller gir makt, og et sykepleier-pasientforhold er en asymmetrisk maktrelasjon. Lindstrøm bruker begrepet integrerende makt(2003, s104) for å beskrive hvordan sykepleier kan bruke sin makt i pasientrelasjonen for å styrke brukerens makt. For å kunne være en aktiv deltaker i egen prosess, er opplæring både om lidelse, bedringsprosesser og maktstrukturer et viktig virkemiddel. Bærum kommune har gjennomført flere runder med undervisning for brukere og pårørende nettopp med tanke på dette. Det at brukernes erfaringer blir vektlagt og verdsatt er et viktig signal om man ønsker å jobbe med empowerment.

4.0 BØR KOMMUNEN ANSETTE MEDARBEIDERE MED BRUKEBAKGRUNN SOM HJELPERE TIL PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER?

Å ansette medarbeidere med brukererfaring er nytt i Norge, men det er etter hvert mye litteratur internasjonalt som anerkjenner dette. Moxley and Mowbray sier at den erfaring medarbeidere med brukererfaring har, er komplementær til den profesjonelle kompetansen; ”Former patients offer a special kind of expertise”, og mener de er positive rollemodeller (Meehan et al 2002).

I dette kapitlet vil jeg først drøfte hva dette kan bety for brukerne, deretter konsekvenser for MB’erne og spørsmål dette reiser i relasjon til deres rolle, før jeg ser på konsekvenser for andre fagpersoner og fagmiljøet som sådan.

4.1 Hva kan dette bety for brukere?

”Sykepleierne de henger 4 meter opp på veggen, de har liv som er helt utenfor rekkevidde for meg. Men MB’erne de henger 2 meter oppe på veggen. Hvis jeg strekker meg kan jeg nå dem. De er innenfor rekkevidde, jeg kan forestille meg at kanskje jeg engang kan få et liv som de har...” Historien ble fortalt på studiebesøket i Århus(vedlegg 2). En av brukerne på et dagsenter brukte dette som en illustrasjon på hvordan han opplevde MB’erne. MB’eren var en rollemodell, noe som gav han et håp om et annet liv. Dette er i tråd med det evalueringsrapporten viser. Brukerne ser på MB’erne som rollemodeller og opplever at det gir dem håp. De opplever også at MB’erne snakker med dem på en annen måte enn de

profesjonelle hjelperne, er mer direkte i tale. MB'erne kan sette seg inn i brukerens opplevelse på enn annen måte, fordi han/hun har opplevd psykisk lidelse selv og er åpen om sine erfaringer(Center for evaluering 2003). Dette er i tråd med det Travelbee sier, om at dekan vise en sterk empati nettopp fordi de har en lignende bakgrunn eller situasjon å bygge på(kap. 4.3.2). Prosjektleder i Århus sier for øvrig at 50% av brukerne er likeglade med hvem som hjelper dem, bare de får hjelp. De er innadvendte, syke, og har først og fremst behov for mye omsorg.

Da brukernes oppfatninger ble diskutert på studiebesøk, ble det nevnt at en bruker i Bærum hadde sagt at hun ikke ville ha en tidligere bruker som sin hjelper, hun ville ha en profesjonell hjelper. I Århus har man tatt hensyn til dette, og sagt at det skal være frivillig om man ønsker bistand av en MB'er. Så langt ble det ikke referert at noen hadde reservert seg. Sett fra prosjektet i London skulle det bare mangle. De vektlegger at den som ansettes skal fylle alle krav til stillingen, og at personlig erfaring med psykisk lidelse er en tilleggskvalifikasjon(Perkins 2000).

Mye av det som refereres i litteraturen er praksiserfaringer, det er få vitenskapelige kontrollerte studier om resultat hos bruker ved bruk av MB'ere(Solmon&Drain 2001, s 20). En studie av Davidsson, kalt "Partnership project", vurderte effekt hos bruker med fokus på sosialisering i lokalmiljøet av støttekontakt med eller uten brukerbakgrunn. Studien viste at førstnevnte gruppe gjennomgående opplevde at de raskere fikk kontakt med sin støtteperson, grøften opplevdes ikke så stor, og for noen gav det næring til håp om egen fremtid å se andre med psykiske lidelser som fungerte bra i hverdagen. Ut over dette var det flere likheter i gruppene, og det interessante var at begge grupper mente at den de hadde fått tildelt var best(Davidsson et al, 2001,s290). Dette kan tyde på at relasjonen som et menneske til menneskeforhold(Travelbee, kap 4.3.2.) og mulighet til vennskap og sosial kontakt var viktigere enn hvorvidt støttekontakten hadde brukerbakgrunn, selv om det lettet kontakten i starten. Solmon&Drain s studie viste også at case-managers personlighet var viktigere enn om vedkommende hadde brukererfaring for resultat hos bruker(2001, s24). Mens team med MB'ere hadde høyere ansikt til ansikt tid enn andre fagteam. De konkluderte med at brukerdrevne tjenester var like bra som tjenester drevet utelukkende av fagfolk.

Peters har sett ulike internasjonale studier på ansettelse av MB'ere opp mot hverandre, for å se om dette gir bedre resultat for pasienter med psykiske lidelser. Hennes funn støtter erfaringene fra Århus, hun konkluderer med at det gir positive resultat, og at det bla. skyldes at MB'ere er mer sensitive for kompleksitet i brukerens situasjon og mindre dømmende enn profesjonelle hjelpere. De forstår og ser lettere uttalte bekymringer hos brukerne, og kan dermed lettere finne adekvate tiltak. Hun avslutter med at MB'ere som er åpne om sin egen situasjon er positive rollemodeller(Peters 2003 s90). Dette kan skyldes det Perkins sier om at de som selv har levd med psykisk lidelse har et vell av erfaring og ekspertise på å leve med og møte problemer lidelsen medfører, som andre ansatte mangler.

Recovery handler om at bruker tar tilbake styringen med eget liv, noe som fremmer håp og empowerment. Clement(1997 s235) mener hjelper og bruker må utvikle gjensidig tillit, hjelper må stole på brukerens kunnskap om hva som virker for han/henne, så må man sammen fungere som partere i prosessen. Verken fagkunnskap eller brukererfaring alene løser problemene, men ved å anerkjenne og bruke hverandres erfaring og kunnskap vil bruker kunne oppleve kontroll og styring med eget liv i en trygg ramme. Dette er i tråd med intensjonen i Rehabiliteringsmeldingen(Stortingsmelding 21), og i tråd med det Travelbee sier om å møte hverandre med likeverd og respekt som ”menneske til menneske”. Dette er samtidig det Travelbee mener er god sykepleie, og i tråd med det Lindstrøm sier slik jeg ser det, at sykepleier må ha et vitenskapssyn som preges av åpenhet overfor annen kunnskap(Lindstrøm 2003 s39). Clement sier videre at flere av de brukere som tidligere har mottatt tjenester av MB'ere nå arbeider som MB'ere selv(Clement, 1998 s234). Dette er etter mitt syn et klart tegn på effekten av rollemodellarbeid som fremmer håp og engasjement hos bruker, og viser en vei videre.

4.2 Effekter for medarbeidere med brukererfaring

For begge de MB'erne vi møtte på studiebesøk i Århus var prosjektet en vei tilbake i en meningsfylt jobb. De viste en stolthet over jobben de utførte, og følte at de hadde lært mye gjennom utdannelsesforløpet. Den ene MB'eren var sykepleier, og sa hennes jobb som MB'er gav henne mulighet til å vise at hun dugde som sykepleier og at hun kunne gå inn i de samme oppgaver som øvrig personale. Samtidig var hun klar på at det var hennes egen erfaring som bruker hun opplevde som det viktigste hjelpemiddel i møtet med andre brukere. Hun opplevde dette viktigere enn sin sykepleierutdanning(vedlegg 3).

Flere andre studier viser positive resultat for MB'ere; gleden av å ha en jobb, å opparbeide seg ferdigheter som kunne brukes i mange andre jobbsettinger, det å komme inn i en jobbrutine/rytme igjen, og det å ha litt mer penger å rutte med. Det å oppøve sosial kompetanse som trengs for å få og holde på en jobb, herunder å kontrollere følelser og frustrasjoner, og det å veilede andre ble sett som en styrke. Å være i en trygg og positiv arbeidssituasjon uten stigmatiserende holdninger til deres psykiske lidelse, der de oppdaget ferdigheter og kunnskap de ikke trodde de hadde, gav styrket selvtillit og selvfølelse (Mowbray&Moxley 1998, Perkins 2000). MB'erne opplevde å kunne gi noe til andre, og opplevde personlig vekst, økt kunnskap om seg selv og bedre selvtillit. Mange utviklet vennskap med andre MB'ere. Dette er det samme som konsulentene med brukerbakgrunn i Bærum sier. Det å ha et arbeid gir stor effekt på livskvalitet og selvtillit. Når vi ser hvor mange positive effekter det å ha en jobb gir, burde det være en mulighet til alle å få støtte inn i jobb(jfr. kap 4.3.2).

I Nilssons avhandling sier en hjemmeboende bruker at han ønsker å søke arbeid ut fra utdanning, ikke som arbeidstrening, dette handler om verdighet(2004 s120). Mange av MB'erne har en fagutdanning fra helse-/sosialsektoren, og opplever nok verdighet i sin nye jobbsituasjon. Dette handler også om identitet og ønske om anerkjennelse. MB'prosjektet gir en del tidligere brukere denne muligheten på en annen måte enn ordinær arbeidstrening, nettopp ved å si at deres sykdomserfaring er en viktig ressurs, ikke noe de skal late som ikke har skjedd. Dette er etter mitt syn med på å gi verdighet til MB'ern, som kommer i tillegg til verdien av å være i jobb. Her tror jeg også at den åpenhet de viser om at de har en psykisk lidelse, reduserer presset en fortid gir, og gir positiv effekt også for andre i arbeidsmiljøet(jfr Perkins 2000).

4.2.1 Kan en medarbeider med brukererfaring være en god hjelper?

Vil de være til å stole på? Vil de klare å takle stress? De kommer til å være mye borte fra arbeid! Hva med motoverføringsreaksjoner – vil de klare å takle det objektivt? Dette er spørsmål og påstander som er referert både fra Perkins(2000) og Århusprosjektet.

Når medarbeidere med brukererfaring ansettes i psykisk helse går de inn i hjelperrollen på samme måte og med same forpliktelser som andre i personalgruppen. Deres spesielle brukerkompetanse har verdi inn i det tverrfaglige team. Ikke i stedet for men i tillegg til den kompetansen som allerede finnes. Ut fra Travelbees syn på empati, at det forutsettes

at man har en liknende erfaring for å kunne sette seg inn i den andres sted (kap 4.2), burde MB'ere være godt i stand til møte den andre på en empatisk måte. Dette gir et godt utgangspunkt for å skape kontakt og etablere en god relasjon. Det forutsettes at MB'eren har en veileder på arbeidstedet. Det er jfr litteraturen behov for veiledning på hvordan man forholder seg til brukere og til egne reaksjoner og egen utviklingsprosess. Her vil etter mitt syn en psykiatrisk sykepleier ha en kompetanse som kan være en verdifull støtte for MB'eren. Når det gjelder motiverføringsreaksjoner er dette noe som er vanskelig for de fleste ansatte, og som krever veiledning og oppfølging. Her er støtte og oppfølging vesentlig for å støtte MB'eren i eventuelle vanskelige situasjoner.

4.2.2 Er et slikt prosjekt faglig forsvarlig?

Faglig forsvarlighet jfr Helsepersonelloven betyr at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Dette skal sikre brukerne og ansvarliggjøre hjelperne. "God praksis" vil være forskjellig innenfor ulike grupper helsepersonell. MB'ere er definert som helsepersonell så lenge de arbeider med helsetjenester selv om de ikke skulle ha en helsefaglig utdanning, og omfattes av det samme reglement. Deres kompetanse vil også utvikles i løpet av utdanningsforløpet, jfr erfaringene fra Århus. I forhold til faglig forsvarlighet slik det er definert i helsepersonelloven, innebærer dette at MB'er ikke skal sette seg ut over sin egen kompetanse. Hun skal være seg bevisst hva hun kan og ikke kan, og ikke gå utover sin kompetanse i møte med den hun skal hjelpe. Hva som er faglig forsvarlig vil dermed variere med hvilken bakgrunnsutdanning MB'eren har i utgangspunktet, og den opplæringen som skjer i prosjektet og på arbeidsplassen

Ifølge § 16 i helsepersonelloven har arbeidsgiver ansvar for organisering og interne systemer, slik at helsepersonell kan overholde/utføre lovpålagte plikter i hht faglig forsvarlighet. På samme måte som en annen person som ansettes, må MB'eren gå igjennom en internopplæring på arbeidstedet. Likeens er det viktig å merke seg at MB'eren går inn i en utdanningssituasjon med teoriundervisning, gruppeoppgaver og veiledning. Dette kan sammenlignes med eks internutdanning av hjelpepleiere eller sykepleiere slik dette har vært gjennomført i Bærum kommune. Arbeidsgivers ansvar her vil være å utarbeide jobb-beskrivelse og avklare hvilke oppgaver og rolle vedkommende

skal ivareta på arbeidsstedet, for å avklare forventinger begge veier, dette vektlegges både fra Århus og fra Perkins prosjekt i London.

I forhold til taushetsplikt har MB'ere det samme ansvar og forpliktelse som annet personell. Erfaring fra andre prosjekter (bla Perkins 2000, Mowbray&Moxley 1998) viser at det kan oppleves problematisk når en MB'er tidligere har vært venn med en bruker og går over i hjelperollen. Dette kan skape usikkerhet både hos MB'eren og kollegaer. Her er det etter mitt syn viktig med åpenhet kombinert med veiledning. Dette var savnet hos mange MB'ere i før nevnte undersøkelser.

4.2.2 Tåler medarbeidere med brukererfaring å stå i jobben?

Prosjektet i Århus viser at av 54 inkluderte MB'ere er kun 11 hoppet av. Sett som arbeidsmarkedtiltak for målgruppen er dette svært vellykket (vedlegg 2). En studie av "Pearl-prosjektet" i USA (Gammonley&Luken 2001), støttet disse funnene. I et prosjekt som liknet mye på Århus-prosjektet hadde de et frafall på ca 25%. Noen MB'ere fikk heltidsjobb og ønsket dette, noen fikk tilbakefall av sykdom, eller syntes det ble en for stor gruppe å forholde seg til. Enkelte MB'ere syntes at manglende oppfølging fra brukernes side, stadig endring i planer og dårlig økonomi ble for vanskelig å håndtere. Dette er det samme som ble rapportert av MB'ere i Mowbray&Moxleys undersøkelse (1998), de følte frustrasjon og sinne når de opplevde at klienten ikke samarbeidet eller var vanskelig, og de kunne føle at de ble skuffet over seg selv og at de ikke visste hvordan de skulle utføre jobben. De opplevde jobbstress og følelse av å ta med seg jobben hjem. Spesielt vanskelig var manglende støtte fra veiledere og ledere knyttet til for eksempel rolleforventinger i fht vennskapsbånd til klienter.

Når MB'erne i Århus kommenterte at det sjelden var problem med brukere, men at det var vanskeligheter knyttet til samarbeid med annet personale, handlet dette ofte om roller, uklare forventninger og manglende jobb-beskrivelse. I Perkins prosjekt i London viste evalueringen at behov for veiledning og støtte fra prosjektmedarbeidere avtok etter som den ansatte med brukerbakgrunn ble integrert i personalgruppen, og etter hvert hentet sitt behov for støtte der (Perkins 2000).

Fra "Pearl-prosjektet" ble det sagt at man utviklet samarbeidet gjennom prøving og feiling, ved å stole på hverandre og tillate feil, som i et annet godt arbeidsmiljø (Gammonley & Luken 2001). Behov for en tydelig jobb-beskrivelse går igjen også fra andre undersøkelser (bla. Meehan et al. 2002, s38). De fremmet også forslag om en "code of conduct", dvs en kodeks for MB'ere hvordan man oppfører seg, og mente dette kunne lette forventningene. Ulike bånd skapte problemer for MB i Århusprosjektet, de var brukere i utgangspunktet og kjente mange og var venn med noen av de andre brukerne. Noen klarte å opprettholde vennene, noen forsøkte å avvike, og for de fleste var dette en vanskelig grense å trekke, samtidig som de så at den vennskapelige relasjonen virket positiv på brukerne. Meed, Hilton & Curtis sier derimot at faren er at MB'ere tar etter fagpersonalets holdninger og er for redde i å opprettholde vennskapsbånd (2001, s 139)

4.2.4 Utdanningens plass

Utdanningen har en sentral plass i Århus-prosjektet. De gjennomførte et modulbasert opplegg, og MB'erne vekslet mellom teori og praksis. Samtidig etablerte de nettverksgrupper, hvor MB'erne kunne dele erfaringer underveis. I Meehans studie fra et prosjekt i Australia (2002 s37), hadde man en 4 ukers utdanningsmodul i starten. De viste at MB'erne opplevde teori som tungt å ta inn, og i stedet ønsket teorien delt opp i en introduksjonsbolk, og en 2 ukers bolk midtveis i praksis.

Fra London legges det imidlertid vekt på at opplæring eller utdanningsbehov i forhold til det å fylle en jobb må tilpasses den enkeltes behov. De betoner at behovet er forskjellig om man har en fagutdanning eller ikke (Perkins 2000).

Her mener jeg at et innføringskurs fulgt av samlinger vil være en god støtte uansett bakgrunn, men at det gjøres erfaringer og tilpassinger etter hvert. Det er viktig for å få aksept at man har oppdatert kunnskap om psykisk helsearbeid, lovverk og ulike forhold knyttet til det å gå inn i en hjelperolle. Dette må tilpasses norske forhold.

4.3 Utfordringer for fagpersonell i psykisk helsearbeid

Hjelpere kommer ofte med negative utsagn som "du har vel tatt pillene dine", "du trenger vel å få tatt oppvasken" etc (Nilsson 2004 s118) ifølge enkelte brukere i undersøkelsen. De mener at "sykepleierne bør vise seg som personen, si hva de egentlig mener, være interessert i en som den personen en egentlig er". Også i Lindstrøms materiale sier brukerne det samme. De "ønskar møta vårdare som tydligare innbjuder til relasjon och

artikulerer sin omsorg, gjennom å aktivt så vel som konkret søke opp pasienten og ikke forsvinna når det er som svårast”(Lindstrøm 1995, s40).

Erfaringer fra Århus viste at når det kom MB'ere inn i et arbeidsmiljø delte personalet seg i to leire, de som ble overbeskyttende på MB'erens vegne, og de som overså(Center for Evaluering 2003). En av MB'erne vi snakket med på studiebesøk, fortalte om en sykepleier der hun jobbet som overså henne i et halvt år, hun ble ikke regnet med og ikke tillagt verdi. Hun tok opp dette tema på personalmøte, hva ville de med henne og hva mente de hun kunne/ikke kunne bidra med. Etter dette følte hun at det løsnet. En sykepleier tok opp en pasientsituasjon hun opplevde vanskelig; hun fikk ikke kontakt, og brukeren var ikke interessert i noe som helst. MB'eren fortalte at hun selv hadde hatt det slik i en periode hun var overmedisinert, men at det bedret seg når dosene ble justert. Dette ble forsøkt med brukeren, og han ”kom frem” igjen. Etter dette opplevde MB'eren å få respekt av før nevnte sykepleier. Det ble synlig at hun hadde en annen type erfaring og kompetanse som var verdifullt for å forstå og hjelpe brukerne(vedlegg 3).

Holdningsendring er lettere i teori enn i praksis. Eksempelet viser at det er vanskelig når vår fagekspertise blir utfordret. Å anerkjenne andres erfaringsbaserte kunnskap kan føles som å degradere sin egen fagkunnskap. Da kan det være lettere å redusere den andre til personlige/private erfaringer som ikke er overførbare i alle situasjoner. Det er det heller ikke. MB'ere må gjennom sin utdanning få opplæring i hvordan deres kompetanse kan brukes inn i et tverrfaglig team. Samtidig må arbeidsstedet anerkjenne at det kreves en endringsprosess på arbeidsstedet for å klare å ta imot det nye, uten å ”privatisere” oppfatningen av dette til den enkelte arbeidstaker. Sykepleiere er en stor gruppe. I tråd med Lindstrøms syn bør psykiatriske sykepleiere ha et vitenskapssyn der man er åpen for ny kunnskap (kap. 4.3.1). Dersom dette er integrert i arbeidsstedet og den enkelte, bør det være lettere å være nysgjerrig på den kunnskap MB'erne bringer inn. Det er også viktig å si at det å anerkjenne brukerkompetanse betyr at annen kompetanse innen psykisk helsearbeid og sykepleie ikke forkastes. Dette vil fortsatt være hovedkompetansen som må til for å kvalifisere for jobben.

4.4 Konsekvenser for fagmiljøet og kommunens ansvar for brukervedvirkning?

MB'erne i Mowbray&Moxley undersøkelse(1998) syntes det var vanskelig å si hva som var positiv effekt på organisasjonen, men nevnte økte ressurser, avlastning av annet

personell, og at det profesjonelle staben fikk endret sitt syn på folk med psykiske lidelser, de klarte langt mer enn de hadde trodd. På denne måten bidro dette til å bryte ned stigmatiserende holdninger. Dette kan igjen bidra til at ansatte i større grad ser ressurser og muligheter hos brukere, når de arbeider sammen med ansatte med brukererfaring. Det kan gjøre personalet mer troverdig i forhold til å bære håp om bedring for brukeren jfr kap. 4.3.1 og 4.3.2.

4.4.1 Innvirkning på brukermedvirkning

Ulike motiver for brukermedvirkning kan bidra til å gjøre brukerperspektivet tvetydig. Medmenneskelige motiver handler om at brukeren selv vet best hvor skoen trykker, og det enkelte menneskets rett til å bestemme over eget liv, mens effektivitetstanken kan sies å ha et økonomisk motiv; den aktive bruker er billigere og gir mer effektiv bruk av midler. Terapeutiske og pedagogiske motiver handler om at aktiv deltakelse har en positiv effekt i behandling og rehabilitering, at mange må lære å delta igjen etter sykehusopphold eller tilbaketrekking. Moralske argumenter er en tanke om at gode mennesker klarer seg selv uten å ligge andre til byrde, noe som kan gi et økt press på den som har en psykisk lidelse. Ørstadvik mener vi må ta tvetydigheten på alvor, og la de konflikter dette innebærer bidra til å skape nødvendige endringer i holdninger, nye roller, ny kultur og ny gjensidig respekt(Ørstadvik 2003 s19). Dette blir etter mitt syn utfordret ved et prosjekt som ”Medarbeidere med brukerbakgrunn”. Jeg tror avstanden mellom bruker og ansatt kan ”krympe” ved at vi tør å se brukererfaring som en viktig kompetanse.

Ser vi rapporten fra Rådet for psykisk helse om kvalitetsutvikling, viser status slik det der blir beskrevet at graden av brukermedvirkning varierer mellom de ulike kommuner. I Bærum kommune kan man si at dette fungerer bra på systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå handler mye om den enkelte medarbeiders holdning og hvordan denne eksponeres i møtet med brukeren. Australia har i likhet med Norge nedfelt brukermedvirkning som rettighet. En undersøkelse av Lammers viser ulike barrierer for dette, i noen tilfeller at brukeren selv ikke ønsket det, men i mange tilfeller lå barrieren i fagspråk eller motvilje hos hjelperen(Lammers, Happell, 2003 s 387). Brukerne opplevde at MB’ere hadde større forståelse for deres psykiske lidelse, kunne gjenkjenne opplevelsen og være med og sette ord på dette, og dermed inviterte brukerne med på en annen måte. Sykepleiere som den største gruppen bør kunne lære av dette og ta en aktiv rolle i å

oppmuntre og legge til rette for at brukere kan være aktive i sin egen recoveryprosess (Lammers&Happell 2003, s389).

4.4.2 Behov for endret organisasjonskultur

Prosjektet skapte nye roller, og nye relasjoner/hjelperroller i tillegg til nye typer resultat. MB'ernes roller gav personlig og profesjonell utvikling og vekst, og forandring i selvbildet som følge av nye roller, og ikke minst det å få mulighet til å stå i jobb(Perkins 2000, Center for evaluering 2003). Mange MB'ere følte seg imidlertid i en gråson mellom ansatte og brukere, og opplevde betydelig stress som følge av dette(Mowbray& Moxley1998). Ser man på litteratur om organisasjonsutvikling og endringprosesser er det imidlertid klart at det MB'erne opplevde i stor grad skyldtes rolleendringer uten forventet sosialisering inn i nye roller for alle involverte; MB'ere, veiledere, ledere og brukere. MB'eres negative opplevelser og erfaringer skyldes i stor grad manglende veiledning, eller at veiledning ble gitt på oppgaver og ikke på opplevelse og prosess(Center for evaluering 2003). Konsekvens av rolleendringer og endringer i organisasjonen ved innføring av nye typer arbeidskraft og kompetanse, ble belastet den enkelte MB'er, noe som kan oppfattes uetisk. For å lykkes på organisatorisk nivå kreves bred systematisk tilnærming i organisasjoner som går inn i slike endringer. Både endringer av verdier, nye holdninger, samarbeidsrelasjoner, definisjonen av hva som er å være profesjonell må innbefattes for å skape en ny organisasjonskultur. Fra London ble det lagt vekt på å starte prosjektet der det var positive holdninger i utgangspunktet. Dette lettet innføringen(Perkins 2000).

Ledelsen må skape konsensus om hvordan man skal skape de nye rollene før de besettes, avklare kriterier for rekruttering, og hvilke karrieremuligheter man tenker seg. Samtidig viser erfaringer fra ulike prosjekt at støtte til både medarbeider med brukererfaring og leder gir avlastning for lederen og sikrer bedre innføring på arbeidsplassen. I London så man at mye av det som ble lagt inn i introduksjon for MB'erne ble felles for alle ansatte(Perkins 2000). Veiledere må skape konsensus om hvordan de bør veilede MB'ere til å mestre den nye rollen, å bli fullt integrert og godtatt i organisasjonen, utvikle seg profesjonelt og å ta opp utviklingstema/behov som støtter eller truer effektiv jobbutførelse. Det er behov for en felles diskusjon med andre i samme rolle for å utveksle erfaringer. Veilederen har også et ansvar for å integrere MB'eren på arbeidsplassen. I London startet man med å gi veileder 100 pund i måneden. Dette skapte problem med resten av personalet og førte til at det ble

et uheldig skille mellom MB'eren og andre nyansatte, og at øvrig personale ikke følte samme ansvar for integrering(Perkins 2000).

Ser man utfordringene med brukermedvirkning og det å ta brukernes erfaringer på alvor, er ”prosjekt medarbeidere med brukererfaring” en måte å trekke denne erfaringen inn som et viktig supplement til eksisterende kompetanse. Det kan bidra til å skape mer positive holdninger til personer med psykiske lidelser, og kanskje føre til et arbeidsmiljø der det er mer åpenhet om psykiske problem. Dette vil komme brukerne til gode, ved at ansatte får større positiv forventning om bedring hos brukerne.

5.0 Oppsummering og anbefalinger

Bør kommunen ansette personer som har eller har hatt psykiske lidelser som hjelpere til personer med psykiske lidelser? I min gjennomgang har jeg søkt litteratur og erfaring fra liknende prosjekt for å vurdere ulike sider ved problemstillingen. Det er etter hvert mye erfaringer internasjonalt som tilsier at personer med psykiske lidelser både kan arbeide som hjelpere for andre og ikke minst har et viktig bidrag til eksisterende fagkompetanse gjennom sin levde erfaring. Forutsetningen er at den enkelte får nok støtte og oppfølging i sitt arbeidsforhold, og at det jobbes aktivt med integrering i arbeidsmiljøet. Erfaring viser at det ofte er skepsis blant fagfolk når man skal ansette en medarbeider med brukererfaring. Denne skepsisen må man ta på alvor. Noe av dette henger sammen med at fagfolk ofte ser brukerne når de er på det dårligste og mest hjelpetrengende, og at det er lett å generalisere ut fra dette. Kunnskap om bedringsprosesser viser at de fleste med psykiske lidelser kommer seg og at mange kan fungere godt i samfunnet. I tråd med Travelbees og Lindstrøms syn på sykepleie som ser den enkeltes ressurser og vekstpotensiale, er denne kunnskapen viktig for psykiatriske sykepleier og andre som jobber innen psykisk helse. Ved å ha et åpent syn på den erfaringskunnskap personer som har gjennomlevd en psykisk

lidelse bringer inn og bruke denne kunnskapen aktivt, vil vi være med på å utvikle og bidra til bedre tjenester for mottakerne av tjenester.

Arbeid har en stor innvirkning på den enkeltes psykiske helse, dette gjelder like mye for folk med psykiske lidelser som andre. I arbeidet med å hjelpe den enkelte tilbake til et ”normalt” liv, har kommunen også inngått avtale om ”et inkluderende arbeidsliv”. I tråd med dette vil kommunen både som arbeidsgiver og tjenesteyter styrke sin troverdighet ved å ansette personer som har eller har hatt psykiske lidelser som hjelpere. Kommunen har allerede positive erfaringer med å ansette konsulenter med brukererfaring på administrativt nivå i koordinatorenheten for psykisk helse. I sin plan for brukermedvirking innen psykisk helse(2003), sier kommunen at man vil legge vekt på kompetanse og holdningsarbeid, og at ”planen skal ha som mål at brukererfaring blir akseptert som gyldig kunnskap ”både på individ og systemnivå”. Ved å ansette medarbeidere med brukererfaring som hjelpere for personer med psykiske lidelser i kommunen, vil man ta et langt skritt i denne retningen.

6.0 Litteraturliste

Andreassen, Tone Alm, Grut, Lisbeth: Brukermedvirking som endringsmekanisme
Arbeidsforskningsinstituttet og SINTEF Unimed, på oppdrag fra Sosial- og
helsedepartementet, mars 2001

Bjøgo, Jorunn: Medarbeidere med reelle brukererfaringer
Det nytter Magasinet 2003

Borg, Marit, Topor, Alain: Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser
ved alvorlige psykiske lidelser Kommuneforlaget, Oslo 2003

Borge, Lisbeth: Veien tilbake – fra institusjonpsykiatri til lokalmiljø
– med fokus på livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos
mennesker med langvarige psykiske lidelser, kap 14 i Almvik og Borge (red):
Tusenkunstnerne – mulighet og mangfold i psykisk helsearbeid
Fagbokforlaget, Bergen 2000

Center for Evaluering: "Medarbeidere med brukererfaring"

Psykiatrien i Århus Amt, oktober 2003

ISBN-NR: 87-91149-34-7 www.mb-projekt.dk

Clarke, Carrie C., Krupta, Terry: Empowerment i Community mental health: Giving shape to an elusive idea Psychiatric Rehabilitation Journal Spring 2002, vol 25 nr 4, s 341

Davidson, Larry, Haglund, Karl E., Stayner, David, Rakfeldt, Jaak, Chinman, Matthew J. & Tebes, Jacob Kraemer: "It was just realizing.... That life isn't one big horror" A Qualitative Study of Supported Socialization, Psychiatric Rehabilitation Journal winter 2001, vol 24 nr 3

Dalland, Olav: Metode og oppgaveskriving for studenter
Universitetsforlaget, Oslo 1993

Eide, Hilde, Eide, Tom: Kommunikasjon i relasjoner
Ad Notam Gyldendal, Oslo 1996

Gammonley, Denise & Luken, Karen: Peer education and Advocacy through Recreation and Leadership Psychiatric Rehabilitation Journal
Fall 2001, vol. 25 nr 2

Hummelvold, Jan Kåre, Lindstrøm, Unni Å.: Nordiska Perspektiv på psykiatrisk omvårdnad Studentlitteratur, Lund, 1997

Kirkevold, Marit: Sykepleieteorier – analyse og evaluering
Ad Notam Gyldendal, Oslo 1992

Larsen, Allan: Den sosialpsykiatriske Relation- et forsøg på en bestemmelse av dens karakteristika og betingelser Kandidatafhandling, Københavns Universitet, Institutt for psykologi, april 2002

Larsen, Henrik Dybvad(red): Når rejsen er målet – Metoder i sosialpsykiatrisk praksis Vitenscenter for sosialpsykiatri,

København 2000

Lindstrøm, Å. Unni: Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2003

Mead, Shery, Hilton, David, Curtis, Laurie: Peer Support: A Theoretical Perspective, Psychiatric Rehabilitation Journal Fall 2001 vol 25, nr 2

Mevik, Kate: ”Hvorfor kan ikke fagfolk bare være alminnelige mennesker?” om samarbeid med pårørende i psykisk helsearbeid – en feltmetodisk tilnærming, kap 16 i Almvik og Borge (red): Tusenkunstnerne – mulighet og mangfold i psykisk helsearbeid Fagbokforlaget, Bergen 2000

Mowbray, Carol T., Moxley, Davis P: Consumers as mental health providers: First person accounts of benefits and limitations Journal of behavioural health Nov. 98 vol 25, side 397

Nilsson, Brita: Savnets tone i ensomhetens melodi Doktorgrad, Åbo Akademis Forlag, Åbo 2004

Norvoll, Reidun (red): Samfunn og psykiske lidelser Gyldendal Akademisk, Oslo 2002

Perkins, Rachel et al: The Pathfinder User Employment Programme South West London and St. George’s Mental Health NHS Trust March 2000

Rønnestad, Michael Helge, von der Lippe, Anna (red): Det kliniske intervjuet Gyldendal Akademisk, Oslo 2002

Rådet for Psykisk Helse: Stykkevis og delt – Forprosjekt om kvalitetsutvikling I psykisk helsearbeid på oppdrag fra Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet, Oslo des. 2003

Shiff, Anna Coodin: Recovery and mental illness: Analysis and personal reflections
Psychiatric rehabilitation Journal winter 2004, vol. 27, nr 3 s 212

Sjøvold, Brith: Prosjekt psykiatrikartlegging
Sluttrapport juni 2001, Bærum kommune

Solomon, Phyllis & Draine, Jeffery: The State of Knowledge of the
Effectiveness of Consumer Provided Services,
Psychiatric Rehabilitation Journal sommer 2001, vol. 25 nr 1,

Sosial- og Helsedirektoratet: Opptappingsplan for Psykisk Helse
Sosial- og Helsedirektoratets forslag til tiltak 2003 – 2006
Oslo, okt. 2003

Sosial- og Helsedirektoratet: Opptappingsplan for Psykisk Helse
Status 2003, Sosial- og Helsedirektoratets vurderinger
Oslo, okt. 2003

Strand, Stein Lage: 8th WAPR World Congress. Psykososial
Rehabilitering - et fagområde I rask utvikling, Dialog nr 2 2003

Sørensen, Øivind Taraldset og Lillevold, Synnøve B.:
Hvem er den gode hjelperen? kap 16 i Almvik og Borge (red):
Tusenkunstnerne – mulighet og mangfold i psykisk helsearbeid
Fagbokforlaget, Bergen 2000

Travelbee, Joyce: Interpersonal Aspects of Nursing
F.A. Davis Company, Pensumtjeneste 1996

Ørstadvik, Sunniva: Det tvetydige brukerperspektivet,
Psykisk Helse 6/2003

Vatne, Solfrid: Brukermedvirkning i praksis og mellom omsorg og medvirkning
Fagbokforlaget, Berge, 1998

Aalen, Marit Sofie: Relasjonskompetanse – biter til et puslespill
Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid SU, HiO, Mars 2004

Foredrag:

Kalbakk, Solveig Langmoen: ”Arbeid på blå resept” Foredrag på
Rehabiliteringskonferanse Folkets hus, Oslo 16.nov.2001

Perkins, Rachel: Erfaringer fra England Foredrag på erfaringskonferanse om prosjekt
”medarbeider med brukerbakgrunn” i Århus, nov 2003.
www.mb-projekt.dk

Aamodt, Christian: User advocates as strategic partners in the municipality
Foredrag på American Psychiatric rehabilitation Conference, august 2003

7.0 Vedlegg

- Vedlegg 1: Plan for brukermedvirkning innen psykisk helse i
Bærum kommune, okt. 2003
- Vedlegg 2: Spørsmål til studiebesøk i Århus
- Vedlegg 3: Rapport fra studiebesøk i Århus
- Vedlegg 4: ”Vejen til livet”, artikkel om sykepleier som har gått inn i MB’jobb i
Århus, juli 2002

