



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

**Ångest som en merit  
- Att använda personliga erfarenheter av  
psykisk ohälsa i vårdarbete**

**Rebecka Johansson**

Psykologexamensuppsats. 2016

Handledare: Mats Fridell  
Examinator: Per Johnsson

## Sammanfattning

Denna studie syftade till att utforska hur personal inom psykiatri och socialpsykiatri upplever (1) att de använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete (2) olika faktorer som påverkar detta användande. Detta undersöktes med hjälp av semistrukturerade intervjuer, vilka analyserades utifrån tematisk analys med utgångspunkt i aletisk hermeneutik. Elva behandlare med varierande yrkestillhörighet deltog. Analysen resulterade i åtta huvudteman och ett antal underteman. Huvudteman var: *En djupare förståelse, Ett bra bemötande, Vikten av att känna sig själv, Att berätta för att hjälpa patienten/brukaren, Valet att inte berätta, Rolltagande och rollkonflikter, Att ta upp patient- och brukarperspektivet* och *Den psykiska ohälsan som en resurs*. Resultaten indikerade att egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan vara en tillgång i psykiatriskt vårdarbete, exempelvis genom att bidra till ökad förståelse och empati, ett bättre bemötande och minskad maktobalans i relationen till patienter. God självinsikt framhölls som viktigt för att kunna använda de egna erfarenheterna konstruktivt. Det framkom att arbetssituationen kan ha tydlig inverkan på hur behandlare använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa och att många använder dessa erfarenheter mindre än vad de hade velat på grund av negativa attityder hos kollegor och en rädsla för att bli ifrågasatta.

*Nyckelord:* Wounded healer, prosumer, consumer-provider, peer-specialist, peer support, psykisk ohälsa, psykiatri, socialpsykiatri, tematisk analys, hermeneutik

## **Abstract**

The purpose of this study was to explore how staff in mental health care experience (1) using personal experiences of mental ill health in their work (2) different factors affecting this usage. This was explored using semi-structured interviews, which were analyzed using thematic analysis based on alethic hermeneutics. Eleven staff members in various professions were included. The analysis resulted in eight main themes and a number of subthemes. The main themes were: *A deeper understanding, A good approach, The importance of knowing oneself, Self-disclosure to help the patient/service-user, Choosing not to disclose, Roles and role conflicts, Bringing up the patient's perspective* and *Mental ill health as a resource*. The results indicated that personal experiences of mental ill health can be an asset in mental health care, for example by contributing to greater understanding and empathy, a better approach and a decreased power imbalance in the patient-provider relationship. Self-awareness was cited as crucial to constructive use of such personal experiences. The work environment was described as having a clear impact on how staff utilize personal experiences of mental ill health and many use their experiences less than they would prefer because of negative attitudes among colleagues and fear of being doubted.

*Keywords:* Wounded healer, prosumer, consumer-provider, peer-specialist, peer support, mental ill health, psychiatry, community mental health care, thematic analysis, hermeneutics

## Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	<b>1</b>
<b>Teori och tidigare forskning</b> .....	<b>2</b>
Psykisk ohälsa.....	2
Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa.....	2
Peer support och peer-specialister.....	2
Consumer-provider/prosumer.....	4
Wounded healer.....	5
Forskning om peer-specialister, consumer-providers/prosumers och wounded healers.....	6
Begrepp och resultat från tidigare forskning.....	7
Empati.....	8
Erfarenhetskunskap.....	8
Self-disclosure.....	9
Att vara en förebild.....	11
Bemötande.....	11
Att bygga broar och underlätta kommunikation.....	12
Praktiskt stöd.....	13
Identifikation.....	13
Överidentifikation.....	14
Motöverföring.....	15
Betydelsen av likhet för identifikation och motöverföring.....	15
Projektion.....	16
Självkänedom.....	16
Stigma och negativa attityder.....	17
Att motverka stigma och negativa attityder.....	19
Roller och professionell identitet.....	20
Dubbla roller/relationer.....	21
Konfidentialitet.....	22
Handledning.....	23
Utmaningar med att vara ensam consumer-provider.....	23
Att göra verksamheten redo.....	24
Sammanfattning.....	24
Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa i Sverige.....	25
Peer-specialister.....	25

Mentorer.....	25
Medarbetare med brukarerfarenhet.....	25
Brukarspecialister.....	26
Brukarinflytandesamordnare.....	26
Brukarcoacher.....	26
Sammanfattning.....	27
Annan personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa.....	27
Syfte och frågeställningar.....	27
<b>Metod.....</b>	<b>27</b>
Hermeneutik.....	28
Aletisk hermeneutik.....	28
Förförståelse.....	29
Deltagare.....	30
Rekrytering.....	30
Urval.....	30
Deltagare.....	31
Datainsamling.....	31
Intervjuguide.....	31
Intervjuer.....	32
Analys.....	32
Transkribering.....	32
Tematisk analys.....	33
Etiska överväganden.....	35
Informerat samtycke.....	35
Konfidentialitet och anonymitet.....	35
Särskilda överväganden avseende intervjufrågor.....	35
Särskilda överväganden vid rekrytering.....	36
<b>Resultat.....</b>	<b>36</b>
En djupare förståelse.....	37
Betydelsen av likhet med patienter/brukare.....	39
Att bygga broar.....	40
Att se sådant som annan personal missar.....	41
Att vara en extra kunskapskälla.....	42
Ett bra bemötande.....	43

Att se individen.....	44
Vikten av att känna sig själv.....	45
Att känna till sina gränser och begränsningar.....	46
Att berätta för att hjälpa patienten/brukaren.....	47
Att avdramatisera och minska maktobalans.....	47
Att vara en förebild och inge hopp.....	48
Att förmedla förståelse och bygga relation.....	48
Att ge inspiration och råd.....	49
Att välja det patienten/brukaren kan gagnas av.....	49
Att berätta när patienten/brukaren frågar.....	49
Valet att inte berätta.....	50
Att ta hand om patienten/brukaren.....	50
Att ta hand om sig själv.....	52
Rolltagande och rollkonflikter.....	54
Särskilda utmaningar i rollen som peer-specialist.....	56
Att ta upp patient- och brukarperspektivet.....	57
Den psykiska ohälsan som en resurs.....	59
<b>Diskussion.....</b>	<b>59</b>
Hur används egna erfarenheter av psykisk ohälsa?.....	60
Förståelse.....	60
Empati.....	60
Erfarenhetskunskap.....	60
Identifikation.....	61
Bemötande.....	61
Self-disclosure – att berätta för att hjälpa.....	62
Att föra fram brukarperspektivet och påverka attityder.....	62
Psykisk ohälsa som en resurs i sig.....	63
Vilka faktorer påverkar detta användande?.....	63
Självinsikt.....	63
Upplevd likhet med patienter/brukare.....	64
Begränsningar i self-disclosure.....	65
Att anpassa sig efter patientens/brukarens behov.....	65
Att hellre berätta för lite.....	65
Att ta hand om sig själv.....	66

Stigma och negativa attityder.....	66
Rolltagande och rollkonflikter.....	66
Särskilda utmaningar som peer-specialist.....	67
Metodologiska styrkor, svagheter och överväganden.....	68
Rekrytering och urval.....	68
Reliabilitet.....	69
Validitet.....	70
Förförståelse.....	70
Etik.....	71
Slutsatser.....	72
Framtida forskning.....	74
<b>Referenser.....</b>	<b>75</b>
<b>Bilaga 1 - Sökning efter internationell litteratur</b>	
<b>Bilaga 2 - Sökning efter litteratur från Sverige</b>	
<b>Bilaga 3 - Information som användes vid rekrytering via Facebook</b>	
<b>Bilaga 4 - Information som användes vid annan rekrytering</b>	
<b>Bilaga 5 - Intervjuguide</b>	
<b>Bilaga 6 - Information till deltagare</b>	
<b>Bilaga 7 - Samtyckesblankett</b>	

## Introduktion

Psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem och en av de vanligaste anledningarna till att människor i Sverige upplever att deras hälsotillstånd är dåligt (Socialstyrelsen, 2009). Socialstyrelsen (2013a) uppger att under ett år lider nästan en miljon svenskar i arbetsför ålder av någon form av psykisk ohälsa. En del behandlas inom specialiserad psykiatrisk vård för sina besvär, men långt ifrån alla.

År 2010 behandlades ungefär 50 000 personer i psykiatrisk slutenvård och ungefär 260 000 personer i psykiatrisk öppenvård i Sverige (Socialstyrelsen, 2012). Dessa siffror inkluderar dock bara patienter som träffat en läkare, varvid de verkliga talen sannolikt är ännu högre (Socialstyrelsen, 2012). Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2016) fanns år 2015 cirka 21 500 anställda inom specialiserad psykiatrisk vård. Detta innefattar bara anställda i landsting och inte personal i kommunala eller privata verksamheter.

Det är inte känt hur många av de som arbetar inom psykiatri och socialpsykiatri som själva har varit drabbade av psykisk ohälsa. Det finns dock studier som visar att vårdpersonal har samma, eller högre, nivåer av psykiska besvär jämfört med befolkningen i allmänhet (Stansfeld, Rasul, Head & Singleton, 2009; Su, Weng, Tsang & Wu, 2009; Wall et al., 1997). Inom litteraturen är det ett återkommande tema att psykoterapeuter kan ha haft egna erfarenheter av psykisk lidande och därför blir terapeuter antingen i ett försök att hjälpa sig själva eller för att, genom sin ökade känslighet för svårigheter, hjälpa andra. Ofta baseras emellertid sådana uttalanden främst på spekulation och det saknas empiriska studier som bekräftar dem (Farber, Manevich, Metzger & Saypol, 2005).

Psykiatripersonal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan bidra till vården på unika sätt genom att dra nytta av sina erfarenheter i sitt arbete (Adame, 2011). I vissa verksamheter betraktas värdet av denna erfarenhetskunskap som så stort att det skapas särskilda tjänster för personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa (Salzer, 2002). Detta har blivit allt vanligare och förekommer nu på ett antal platser runtom i Sverige (Psykiatri Södra Stockholm, 2015; Region Skåne, 2014; Svensson, 2008).

Samtidigt som fler och fler verksamheter börjar uppmärksamma betydelsen av erfarenhetskunskap är fortfarande relativt lite känt om på vilka sätt personal faktiskt kan använda personliga erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete (Davidson, Chinman, Sells & Rowe, 2006). Denna studie syftar därför till att undersöka hur personal inom psykiatri och socialpsykiatri upplever att de använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete. Studien avser också att belysa olika faktorer som kan underlätta eller försvåra detta användande.



## Teori och tidigare forskning

### Psykisk ohälsa

Begreppet ”psykisk ohälsa” användes i Sverige redan på 80-talet (Poppius, 1984) men har framförallt vuxit sig stort de senaste tio åren. En sökning på ”psykisk ohälsa” i Lunds universitets sökverktyg LUBsearch ger totalt 106 träffar för publikationer fram till år 2005 och 158 träffar för publikationer enbart under år 2015, vilket visar på ökningen i användandet.

Psykisk ohälsa är ett svårdefinierat begrepp, vilket används för att beteckna en mängd olika former av psykiska problem (Folkhälsomyndigheten, 2016). Psykisk ohälsa används vanligen som en övergripande beteckning både för mindre allvarliga psykiska besvär och för svårigheter som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Bremberg & Dalman, 2014). Begreppet kan alltså beteckna allt från oro och nedstämdhet till psykossjukdomar och det är i denna vida bemärkelse som det används i denna studie.

I Sverige uppskattas 75 % befolkningen ha erfarenhet av psykisk ohälsa, antingen genom egen ohälsa eller som närstående (Myndigheten för delaktighet, 2014).

### Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa

I internationell forskning finns huvudsakligen tre typer av begrepp som används för att beteckna personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa: (1) peer support workers/peer support specialists, (2) consumer-providers/prosumers och (3) wounded healers. Dessa begrepp har olika ursprung och delvis olika innebörder.

**Peer support och peer-specialister.** Peer support innebär att ge stöd baserat på gemensamma erfarenheter av emotionell och psykologisk smärta (Schön, 2010). Kopplat till psykisk ohälsa innebär det emotionellt och praktiskt stöd som ges antingen ensidigt eller reciprokt av en person med erfarenhet av psykisk ohälsa till en annan person med psykisk ohälsa för att åstadkomma någon form av förändring (Solomon, 2004). Ibland används den svenska översättningen ”kamratstöd” för att beteckna peer support (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa [RSHM], u.å.). Detta är dock ingen vedertagen översättning i psykiatrisammanhang och många använder den engelska termen även i Sverige (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa [NSPH], u.å.). Det saknas även konsensus kring en svensk beteckning för dem som arbetar med peer support (NSPH, u.å.). I denna studie kommer begreppet ”peer support” att användas för att beteckna själva aktiviteten och begreppet ”peer-specialist” användas för dem som arbetar med att ge peer support.

Peer support kan se ut på olika sätt och finns exempelvis i form av stödgrupper och brukarstyrda föreningar. Att anställa personer med egna erfarenheter som peer-specialister

inom psykiatri/socialpsykiatri är en särskild form av peer support som har blivit allt vanligare de senaste åren, bland annat i USA, Australien och Storbritannien (Repper & Carter, 2011). Syftet med att anställa peer-specialister är att dessa ska inge hopp, ge stöd och uppmuntran, skapa mer jämlika relationer, fokusera på återhämtning och kunna förstå och relatera till patienternas svårigheter på ett djupare, mer empatiskt och validerande sätt (Repper & Carter, 2011; Wroblewski, Walker, Jarus-Hakak & Suto, 2015). Davidson et al. (2006) framför att personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa som är anställda i vanliga yrkesroller med traditionella arbetsuppgifter inte bör räknas som peer-specialister i den egentliga betydelsen. Dessa kan utifrån sina personliga erfarenheter ha ökad förståelse om exempelvis stigma, medicinering och hospitalisering, men det ingår inte explicit i deras arbete att använda dessa erfarenheter och de skapar sannolikt inte samma typ av jämlika, återhämtningsfokuserade relationer. Samtidigt är det viktigt att en anställd peer-specialist inte blir en betald vän utan enbart delar med sig av sina egna erfarenheter när detta kan gagna patienten (Davidson et al., 2006).

På olika platser, framförallt i USA, finns särskilda utbildningar och träningsprogram för personer som ska börja arbeta som peer-specialister (Ratzlaff, McDiarmid, Marty & Rapp, 2006; Salzer, 2010). Dessa är dock fortfarande relativt få, dåligt utvärderade (Ratzlaff et al., 2006) och ofta 80 timmar eller kortare (Salzer, 2010). Utbildningarna blir emellertid allt fler och de senaste åren har det även börjat tas fram tydligare riktlinjer för implementering av peer support i vårdverksamheter (Slade et al., 2014). I samband med detta har flera forskare betonat betydelsen av att en peer-specialist inte bara ska ha egen erfarenhet av psykisk ohälsa och vård, utan även god kommunikationsförmåga, kunskap om patienträttigheter, planeringsförmåga och god förmåga till lyssnande (se exempelvis Fox, 2002; Chinman et al., 2006; Jacobson, Trojanowski & Dewa, 2012).

Peer-specialistpositioner implementeras vanligen i verksamheter utifrån en solid teoretisk bas, men utan att vara evidensbaserade (Salzer, 2002). De senaste åren har det dock gjorts ett antal randomiserade kontrollerade studier där man har jämfört utfallet för interventioner med och utan peer-specialister. Insatser som innefattar peer-specialister har då visat sig ge samma, eller något bättre, resultat på utfallsmått såsom psykiskt mående, livskvalitet, inläggningar och sysselsättning (Clarke et al., 2000; Pitt et al., 2013; Repper & Carter, 2011; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007; Schmidt, Gill, Pratt & Solomon, 2008; Wroblewski et al., 2015). I ett antal kvasiexperimentella och longitudinella studier har det visat sig att patienter som vårdas av team med peer-specialister får bättre utfall avseende psykiskt mående, social funktion, livskvalitet, globalt funktionsindex (GAF) samt färre inläggningar

och minskat antal dagar med hemlöshet jämfört med patienter som vårdas av team utan peer-specialist (Resnick & Rosenheck, 2008; Rocco, Cnaan & Whitecraft, 1998; Van Vugt, Kroon, Delespaul & Mulder, 2012).

Davidson et al. (2006) belyser att de flesta studier som undersöker insatser med peer-specialister utgår från konventionella mått såsom inläggningar, symtom och funktionsnivå, men att det kan finnas andra faktorer som är viktiga att ta hänsyn till ur ett återhämtningsperspektiv. Det något blandade empiriska stödet för peer support i form av peer-specialister skulle således kunna hänga samman med att vissa studier missar relevanta utfallsmått (Davidson et al., 2006). Salzer (2002) betonar också att olika former av peer support, såsom de flesta behandlingsstrategier, fungerar bäst när personen som får hjälpen är motiverad och vill ha den typen av hjälp.

Sammantaget är peer support inom psykiatri och socialpsykiatri på framväxt. Det finns viss empirisk evidens för interventioner som innefattar en vårdgivare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa i form av en peer-specialist. I takt med att peer-specialister anställs på allt fler platser kommer sannolikt evidensbasen också att öka.

**Consumer-provider/prosumer.** Begreppen consumer-provider och prosumer har sina ursprung i återhämtningsrörelsen (Frese & Walker-Davies, 1997; Solomon & Draine, 1998). Inom denna rörelse används beteckningarna ”consumer” (konsument) och ”survivor” (överlevare) istället för patient/klient (Schiff, 2004). Salzer (2002) framför att det finns olika definitioner av begreppet consumer, men att det vanligaste är att det betecknar en person som har eller har haft symtom relaterade till ett diagnostiserbart psykiatriskt tillstånd och har fått professionell behandling/stöd för detta.

Inom återhämtningsrörelsen är fokus just på återhämtning. Det finns olika bilder av vad återhämtning från psykisk ohälsa innebär; en del menar att det är en livslång utveckling, medan andra framhåller att det är möjligt att bli fullständigt återhämtad (Schiff, 2004). Det verkar dock råda konsensus om att återhämtning är en process, vilken innefattar en omvärdering av ens mål, värderingar, attityder, känslor och roller (Chinman, Young, Hassel & Davidson, 2006; Schiff, 2004). Hopp, peer support och empowerment är viktiga faktorer som kan bidra till återhämtning (Garrison, Ackerson & Forrest, 2010).

Återhämtningsrörelsen har rötter i 1800-talet, men blev stor först på 1970-talet i USA, då personer som behandlats inom psykiatrisk vård protesterade mot bristande respekt för mänskliga rättigheter, illabehandling och stigmatisering (Frese & Walker-Davies, 1997). Rörelsen kämpar för personer med psykisk ohälsa och deras rättigheter och för att skapa en humanare psykiatri (Schiff, 2004).

Inom återhämtningsrörelsen används begreppen prosumer (professional-consumer) och consumer-provider för att beteckna personer som både är vårdgivare och consumers (Frese & Walker-Davies, 1997; Solomon & Draine, 1998). Det finns inga vedertagna svenska översättningar av uttrycken consumer-provider och prosumer. Ibland används den svenska konstruktionen ”prosumert” som översättning av engelskans prosumer (Hellström, 2015). Ordet prosumert är dock en sammansättning av producent och konsument och betecknar personer som både producerar och konsumerar samma vara eller medieinnehåll (Kjellgren, 2016; Olin-Scheller, 2012). För att undvika sammanblandning med detta produktionsinriktade begrepp kommer denna studie att använda de ursprungliga engelska uttrycken.

Både consumer-provider och prosumer används för att beteckna dels vårdpersonal i traditionella yrkesroller som har egna erfarenheter av psykisk ohälsa, dels personer som är anställda som peer-specialister (Chinman et al., 2006; Frese & Walker-Davies 1997; Grant, 2010; Pitt et al., 2013; Repper & Carter, 2011; Solomon & Draine, 1998). Det är dock något vanligare att ”prosumer” används för att beteckna vårdutbildad personal i traditionella yrkesroller (Frese & Walker-Davies, 1997).

Solomon och Draine (1998) framhåller att man bör skilja mellan designerade och icke-designerade arbetspositioner för consumer-providers. En designerad position innebär att personen arbetar som peer-specialist, där öppenhet om de egna erfarenheterna är en förutsättning för tjänsten. En icke-designerad position innebär att personen fyller en befintlig roll och således förväntas utföra traditionella arbetsuppgifter (Chinman et al., 2006; Solomon & Draine, 1998). Solomon och Draine (1998) beskriver att det kan finnas för- och nackdelar med båda formerna, exempelvis att en peer-specialist kan skapa en annan slags relation till patienterna medan en anställning av en consumer i en icke-designerad position på ett tydligare sätt signalerar att organisationen respekterar och värdesätter de personliga erfarenheterna.

De flesta empiriska studier som gjorts kring consumer-providers/prosumers undersöker personer som arbetar i designerade peer-specialistpositioner, vilket delvis beror på att själva utformningen av sådana positioner gör det lättare för organisationer och forskare att identifiera dessa personer (Grant, 2010). I denna studie används begreppet för att referera till personal både i designerade och icke-designerade positioner.

**Wounded healer.** Föreställningar om ”wounded healers” har funnits i många kulturer och har sitt ursprung i grekisk mytologi, men begreppet populariserades under 1960-talet som en av Jungs arketyper (Hayes, 2002; Conchar & Repper, 2014; Davison, 2013; Gilbert & Stickley, 2012). Det verkar inte finnas någon vedertagen svensk översättning av begreppet. I ett studentarbete från Göteborgs universitet om prästers själavårdande arbete används

benämningen ”sårad hjälpare” (Bengtsson, 2013), men denna tycks inte förekomma i någon annan svensk forskning. Därför används här det engelska uttrycket ”wounded healer”.

I vårdsammanhang används begreppet wounded healer för att beskriva personer som själva har genomgått svårigheter, men som har övervunnit sitt trauma och använder erfarenheterna för att hjälpa andra (Conti-O’Hare, 1998). Grundtanken är att en wounded healer genom sina egna erfarenheter av lidande, exempelvis psykisk ohälsa, kan ge bättre och mer empatisk vård till sina patienter (Conchar & Repper, 2014; Zerubavel & O’Dougherty Wright, 2012). Zerubavel och O’Dougherty Wright (2012) framför dock att det inte är själva sjukdomen som ökar en wounded healers förmåga att hjälpa andra, utan återhämtningen. En behandlare som själv har mått dåligt, men har återhämtat sig, skulle enligt detta tankesätt lättare kunna hjälpa andra i deras återhämtning.

Begreppet wounded healer är inte specifikt för någon enskild yrkeskategori, men används framförallt kopplat till psykoterapi och psykoterapeuter (Gilbert & Stickley, 2012). Det har dock även beskrivits i samband med exempelvis psykiatrijuksköterskor, socionomer och präster (Conti-O’Hare, 1998; Conchar & Repper, 2014; Gilbert & Stickley, 2012).

Det finns väldigt begränsat med empiriska studier kring wounded healers och hur de faktiskt använder sina erfarenheter i kliniskt arbete (Davison, 2013; Hayes, 2002; Zerubavel & O’Dougherty Wright, 2012). Mycket av litteraturen om wounded healers är baserad på ett fåtal kvalitativa studier eller är teoretisk och fokuserar på begreppet i sig (Davison et al., 2013). Hayes (2002) belyser att fastän det ofta betonas hur viktig behandlaren som person är för utfallet i terapi, så är mycket lite känt om hur terapeutens livserfarenheter påverkar behandlingen. Kottsieper (2009) framhåller att det behövs mer forskning kring fördelar och eventuella svårigheter med att som personal ha egna erfarenheter av psykisk ohälsa.

### **Forskning om peer-specialister, consumer-providers/prosumers och wounded healers**

Det finns begränsat med forskning om hur personal inom psykiatri och socialpsykiatri upplever att de använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete (se Bilaga 1 för information om litteratursökning). Många artiklar kring ämnet är huvudsakligen teoretiska och/eller baserade på personliga upplevelser snarare än grundade i empiriska undersökningar (se exempelvis Brandon, 1998; Fisher, 1994; Fox, 2002; Frese & Walker-Davies, 1997; Hayes, 2002; Kern, 2014; Shatell, 2009; Schiff, 2004; Solomon & Draine, 1998). Fler studier har undersökt peer-specialister än personal i icke-designerade positioner (Grant, 2010). Denna studie undersöker dock personal i både designerade och icke-designerade positioner.

Studier om peer-specialister och consumer-providers har ofta fokuserat på faktorer

som påverkar implementeringen av peer-support i verksamheter, såsom attityder, arbetsplatsklimat, rolltydlighet och utbildning (se exempelvis Carlson, Rapp & McDiarmid, 2001; Garrison et al., 2010; Grant, 2010; Kemp & Henderson, 2012; Moll, Holmes, Geronimo & Sherman, 2009; Waynor & Pratt, 2012), undersökt betydelsen av anställningen som peer-specialist för personalens eget mående och återhämtning (se exempelvis Bailie & Tickle, 2015; Johnson et al., 2014; Salzer & Shear, 2002) eller utgått från en experimentell eller kvasiexperimentell design för att undersöka utfallet av interventioner med och utan peer-specialist (se exempelvis Clarke et al., 2000; Pitt et al., 2013; Resnick & Rosenheck, 2008; Rivera et al., 2007; Rocco et al., 1998; Schmidt et al., 2008; Van Vugt et al., 2012; Wroblecki et al., 2015). Det finns således fler studier om faktorer som påverkar peer-specialisters arbetssituation och som undersöker utfallet av deras interventioner, än studier som fokuserar på hur de faktiskt utför sitt arbete. I ett antal studier nämns användandet av egna erfarenheter av psykisk ohälsa kortfattat, dock är detta ibland enbart baserat på teori istället för empiri. Davidson et al. (2006) framhåller att det saknas forskning kring vad peer-specialister faktiskt gör, och att vetskap om att dessa personer har egna erfarenheter av psykisk ohälsa och återhämtning inte automatiskt säger något om vad deras unika bidrag till vården består av.

Studier om wounded healers har fokuserat mycket på behandlarnas upplevelser kring self-disclosure (se exempelvis Davison, 2013; Kottsieper, 2009; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012), motöverföringsreaktioner (se exempelvis Cain, 2000; Conti-O'Hare, 1998; Hayes, 2002) och stigma (se exempelvis Kern, 2014; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). Två empiriska studier som undersöker hur wounded healers upplever att deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa påverkar deras arbete identifierades (se Davison, 2013; Gilbert & Stickley, 2012).

Samtliga studier om peer-specialister, consumer-providers/prosumers och wounded healers som beskrivs här har genomförts i västerländska länder. Majoriteten av studierna har genomförts i USA, ett antal i Storbritannien och ett fåtal i Australien, Holland och Kanada. I de flesta icke-västerländska höginkomstländer så finns ännu inga formella system för utbildning, certifiering och anställning av peer-specialister, vilket också gör att det saknas forskning inom området (Tse, Tsoi, Wong, Kan & Kwok, 2014).

## **Begrepp och resultat från tidigare forskning**

Ett antal områden av relevans för denna studies frågeställning har identifierats i tidigare forskning. Även om många studier lider av de begränsningar som beskrivits ovan så har ett flertal relevanta teman framkommit.

**Empati.** Det finns flera olika definitioner av begreppet empati, men oftast beskrivs det som en process vilken leder till ökad förståelse för en annan människas kognitioner (tankar) och emotioner (känslor) (Georgi, Petermann & Schipper, 2013; Yager, 2015). Det finns också en emotionell komponent som innebär att den som empatiserar upplever ett känslomässigt tillstånd som liknar den andres, men till skillnad från affektsmitta så är empatisören hela tiden medveten om att emotionen har sitt ursprung i den andre (Bird & Viding, 2014). Grundläggande empati är en allmänmänsklig förmåga som utvecklas till följd av gener, hjärnutveckling, anknytning och erfarenheter under särskilda utvecklingsfönster – senare kan dock olika socioemotionella situationer och utmaningar bidra till vidareutveckling av empatin (Georgi et al., 2013).

Eklund (2013) beskriver tre komponenter som ingår i empati: känsla, förståelse och omsorg. Han motiverar förekomsten av dessa komponenter på följande vis: (1) känsla krävs eftersom man måste känna själv för att kunna förstå någon annans känsla, (2) förståelse krävs för att den andres situation och känslor ska bli begripliga (3) omsorg krävs för att man inte ska vara likgiltig inför den andres situation. Av dessa komponenter ingår känsla och förståelse i de flesta definitioner av empati medan omsorg är något mer kontroversiellt (Eklund, 2013).

Det har framkommit i många studier att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa ofta har ökad empati och förståelse för sina patienter/brukare till följd av sina personliga erfarenheter (Cain, 2000; Chinman et al., 2006; Conti-O'Hare, 1998; Davison, 2013; Dyble, Tickle & Collinson, 2014; Gilbert & Stickley, 2012; Jacobson et al., 2012; Kern, 2014; Paulson et al., 1999; Repper & Carter, 2011; Salzer, 2002; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). I många studier saknas dock en tydlig definition av vad forskarna avser med begreppet empati, men ofta beskrivs det som ett komplement till en mer intellektuell och teoretisk form av förståelse. Gilbert och Stickley (2012) beskriver att deltagarna i deras studie upplevde sig ha en ökad förståelse för sina klienter på både en intellektuell och en empatisk nivå. Schmidt et al. (2008) belyser att egen återhämtning från psykisk ohälsa kan ge en ökad insikt och empati för patienter som genomlider psykiska svårigheter. Davison (2013) framhåller att personal som själva har upplevt psykisk ohälsa kan ha bättre förståelse för klientens emotioner och upplevelser genom att använda sina egna erfarenheter som en referenspunkt.

**Erfarenhetskunskap.** Erfarenhetskunskap grundar sig på människors levda erfarenheter och skiljer sig från olika former av professionell kunskap som är baserad på empirisk forskningsmetodik och hypotestestning (Kottsieper, 2009). Erfarenhetskunskap ger en annan typ av förståelse än den som är grundad i forskning (Salzer, 2002; Wintrip, 2012)

och hänger samman med meningsskapande och mänsklighet (Kottsieper, 2009).

Hayes (2002) skiljer mellan operativ kunskap och personlig kunskap, där den senare är baserad både på egna erfarenheter och på erfarenheter från klinisk praktik. Hayes (2002) menar att den personliga kunskapen ofta är mer användbar i psykiatriskt arbete, då den gör det möjligt för vårdgivaren att koppla klientens erfarenheter till något inom hen själv, vilket leder till ökad förståelse. Kottsieper (2009) framhåller att även om egen erfarenhet av psykisk ohälsa inte krävs för att man ska bli en bra yrkesutövare så kan det bidra till ökad förståelse och bättre kontakt med patienter.

Att erfarenhetskunskap hos personal, i form av egna erfarenheter av psykisk ohälsa, kan vara en tillgång och skapa ökad förståelse för patienter/brukare har belysts i flera studier (Adame, 2011; Adame, 2014; Cain, 2000; Gilbert & Stickley, 2012; Jacobson et al., 2012; Kottsieper, 2009; Nestor & Galletly, 2008; Paulson et al., 1999; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). Schmidt et al. (2008) framhåller att erfarenhetskunskap kan bidra till skapandet av goda relationer till klienter. Personal kan använda sin erfarenhetskunskap för att få kontakt med klienter och möjligen även för att minska förekomsten av artificiella ”vi och dem”-gränser (Adame, 2014). Erfarenhetskunskap kan också bredda personalens interventionsrepertoar och leda till användandet av annorlunda strategier och angreppssätt i mötet med klienternas problematik (Salzer, 2002). Jacobson et al. (2012) belyser att personal med erfarenhetskunskap kan dela med sig, både till annan personal och till patienter, av den kunskap och förståelse som de har fått genom sina erfarenheter. Detta kan göras dels så att man hjälper klienten att förstå sig själv (Dyble et al., 2014; Repper & Watson, 2012), dels så att man hjälper annan personal att förstå klienter (Gates & Akabas, 2007).

**Self-disclosure.** Self-disclosure i en psykiatrisk behandling är en intervention som innebär att vårdgivaren berättar något personligt om sig själv för en patient/brukare (Berg, Antonson & Binder, 2016). På svenska används ibland uttrycken ”självutlämnande”, ”självexponering” och ”öppna sig” för att benämna handlingar med self-disclosure (Egidius, u.å.). Då det inte finns en enskild vedertagen översättning kommer dock i första hand det engelska begreppet att användas här.

I psykoterapeutiska sammanhang skiljer man ofta mellan omedelbar self-disclosure och icke-omedelbar. Omedelbar self-disclosure är direkt kopplad till behandlingen och kan exempelvis handla om terapeutens känslor gentemot klienten eller en händelse i terapin. Icke-omedelbar self-disclosure berör information om terapeutens privatliv, såsom livsomständigheter och tidigare erfarenheter (Audet, 2011). Self-disclosure om egna erfarenheter av psykisk ohälsa är alltså en form av icke-omedelbar self-disclosure. Denna



form av self-disclosure är också mer omdiskuterad och mindre accepterad i klinisk praktik än omedelbar self-disclosure (Audet, 2011; Audet & Everall, 2010).

Forskning kring icke-omedelbar self-disclosure har visat att denna ofta uppskattas av klienten (Audet, 2011; Audet & Everall, 2010; Hanson, 2005; Myers & Hayes, 2006). Det finns även visst stöd för att psykoterapier som innehåller self-disclosure får bättre utfall avseende symtomreduktion än terapier utan self-disclosure (Barret & Berman, 2001). Self-disclosure kan minska maktobalans, göra att behandlaren upplevs mer mänsklig, stärka den terapeutiska alliansen samt kommunicera respekt och förståelse för klienten (Audet, 2011; Hanson, 2005). Dessa positiva effekter är dock beroende av att klienten upplever att det som behandlaren berättar är relevant för hens egen situation (Audet, 2011; Audet & Everall, 2010). Self-disclosure som upplevs vara gränslös och irrelevant uppfattas däremot som oprofessionell och kan få klienten att ifrågasätta behandlarens kompetens (Audet, 2011).

För peer-specialister ingår ett visst mått av self-disclosure om egna erfarenheter av psykisk ohälsa i yrkesrollen (Wroblewski et al., 2015). Syftet med denna self-disclosure är att inge hopp, vara en förebild, ge stöd och kommunicera till klienten att hen inte är ensam (Fox, 2002; Repper & Carter, 2011; Repper & Watson, 2012; Solomon & Draine, 1998; Wintrip, 2012). Jacobson et al. (2012) framhåller också att self-disclosure är ett sätt varigenom en behandlare kan dela med sig av sin erfarenhetskunskap.

Det är dock viktigt att peer-specialisten är lagom självutlämnande och sätter gränser för sin self-disclosure (Gillard et al., 2013; Wroblewski et al., 2015). Vid för mycket self-disclosure finns en risk för rollsammanblandning och att klienten upplever att det blir hens uppgift att hjälpa sin behandlare (Wroblewski, 2015). För att self-disclosure ska upplevas relevant och förmedla förståelse kan det vara lämpligt att främst öppna sig kring erfarenheter som liknar klientens (Fox, 2002; Repper & Watson, 2012).

Nestor och Galletly (2008) framhåller vikten av att personer som ska anställas som peer-specialister får utbildning i hur de ska prata om sina egna erfarenheter i arbetet. Ofta brister detta, vilket leder till osäkerhet hos peer-specialisterna om hur mycket, när och vad de ska berätta och för vem (Kemp & Henderson, 2012). Gillard et al. (2013) belyser också att peer-specialister i vissa verksamheter upplever att deras self-disclosure inte är uppskattad av kollegor i organisationen och att de därför använder den betydligt mindre än vad de hade velat. Samtidigt belyser Paulson et al. (1999) att consumer-providers generellt är mer benägna att använda self-disclosure än annan personal. Detta gäller inte bara öppenhet kring egna erfarenheter av psykisk ohälsa utan även self-disclosure om mer generella erfarenheter, vilket används i syfte att skapa ömsesidighet i relationen (Paulson et al., 1999).

Annan vårdpersonal har visat sig använda self-disclosure om egna erfarenheter av psykisk ohälsa med liknande syften som peer-specialister: att inge hopp och visa sig mänsklig, men även för att minska maktobalansen i relationen (Cain, 2000; Davison, 2013; Fisher, 1994; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). Även i dessa sammanhang framhåller många forskare betydelsen av att ha tydliga gränser och att enbart använda self-disclosure när man tror att det kan gagna klienten och inte för sin egen skull (Fisher, 1994; Gilbert & Stickley, 2012; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012).

**Att vara en förebild.** Ordet förebild ("role model" på engelska) populariserades på 1950-talet och har sedan dess börjat användas i en mängd olika kontexter. Det finns idag flera olika definitioner av vad en förebild är. De flesta definitioner innehåller dock en eller fler av följande tre komponenter: (1) förebilden är en beteendemodell – via en förebild kan man lära sig olika beteenden och förmågor (2) förebilden representerar det möjliga – en förebild visar att ett mål går att uppnå och (3) förebilden inspirerar – genom en förebild påverkas ens uppfattning om vilka mål som är eftersträvansvärda (Morgenroth, Ryan & Peters, 2015).

Det har framkommit i många studier att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa, framförallt peer-specialister, kan vara förebilder för sina patienter/brukare (Bailie & Tickle, 2015; Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006; Davidson et al., 2006; Gillard et al., 2013; Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young, 2013; Jacobson et al., 2012; Moll et al., 2009). Salzer (2002) framhåller att människor lättare tar efter beteenden från personer som upplevs lika dem själva, och att det därför är mer sannolikt att patienter anammar beteenden från en peer-specialist än från annan personal. Detta är i linje med tidigare forskning om social inlärning som har visat att man oftare imiterar beteenden hos personer som man identifierar sig med och upplever sig ha en god relation till (Bandura & Huston, 1961).

Repper och Carter (2011) beskriver att peer-specialister kan inspirera sina klienter och fungera som exempel på framgångsrik återhämtning. Att det finns personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa som nu är yrkesverksamma kan inge hopp till klienterna, visa att det går att återhämta sig (Fox, 2002; Frese & Walker-Davies, 1997) och stärka klienternas upplevelse av autonomi (Dyble et al., 2014). Samtidigt framhåller Moll et al. (2009) en utmaning kopplat till detta, nämligen att peer-specialisten kan bli en så stark symbol för återhämtning att hen upplever en press på sig att ständigt må bra. Detta måste naturligtvis hanteras i verksamheterna så att inte peer-specialistens psykiska mående negligeras (Moll et al., 2009).

**Bemötande.** Bemötande är komplext och en del av allt som sker i interaktionen mellan patient och vårdgivare. Olika personer har olika bilder av vad ett gott bemötande är

och ofta känner en person själv om hen har blivit bra bemött eller inte. Ett bra bemötande gör att man känner sig trygg, respekterad och upplever att man får god och rätt vård (Socialstyrelsen, 2015a).

Personalens bemötande är en viktig del i psykiatrisk behandling och påverkar i hög grad hur patienterna upplever sin vård (Björkman, Hansson, Svensson & Berglund, 1995; Johansson & Eklund, 2003). Viktiga aspekter av ett gott bemötande är att visa intresse, förståelse, respekt och att lyssna på patienten (Björkman et al., 1995).

Ett flertal studier har belyst att egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan ha betydelse för behandlarnas bemötande (Cain, 2000; Davison, 2013; Dyble et al., 2014; Fox, 2002; Grant, 2010; Hamilton et al., 2013; Jacobson et al., 2012; Repper & Watson, 2012). Behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan vara bättre på att lyssna in klienten och visa respekt för personens önskemål (Fox, 2002; Hamilton et al., 2013; Jacobson et al., 2012). Dessa behandlare är tydliga med att validera klienternas upplevelser, möta dem med lugn och respektera klienternas gränser (Dyble et al., 2014; Jacobson et al., 2012). Många utgår också från egna vårderfarenheter och försöker bemöta klienter så som de själva hade velat bli bemötta (Cain, 2000; Davison, 2013). Sammantaget kan ett sådant lyssnande, validerande och respektfullt bemötande bidra till skapandet av meningsfulla och genuina relationer mellan behandlare och patienter (Fox, 2002; Jacobson et al., 2012). I en studie av Grant (2010) visade det sig också att consumer-providers kan utgå från sina egna relationella förmågor för att lära annan personal hur de bättre kan bemöta klienter.

**Att bygga broar och underlätta kommunikation.** Tidigare forskning har visat att vårdpersonal tenderar att använda tekniska termer i kommunikationen med patienter utan att förtydliga eller förklara dessa termer, vilket kan leda till missförstånd (Bourquin, Stiefel, Mast, Bonvin & Berney, 2015; Castro, Wilson, Wang & Schillinger, 2007). Ofta beskrivs detta i relation till somatisk sjukvård, men Clarke (2012) framhåller att även inom psykiatri och psykologi så används många tekniska termer, vilka försvårar kommunikation och alierar personer som inte är bekanta med dem. En uppgift för personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa, framförallt peer-specialister, kan därför vara att överbrygga detta gap och facilitera kommunikation mellan patienter och annan vårdpersonal (Chinman et al., 2006; Gates & Akabas, 2007). Chinman et al. (2006) framhåller att peer-specialister kan tala både personalens och patienternas språk, vilket ger dem bra förutsättningar för att kunna medla och tolka mellan de båda grupperna. Repper och Watson (2012) beskriver att peer-specialister även kan fungera som en länk mellan patienter och personal när det finns något som patienten själv inte vill eller vågar framföra till annan personal. Genom att patienten

vågar berätta för peer-specialisten kan denne sedan hjälpa till med att föra ärendet vidare (Repper & Watson, 2012).

Andra brobyggande roller för peer-specialister kan vara att nå personer som inte vill ha kontakt med traditionell psykiatri och ”vanlig” personal (Davidson et al., 2006; Solomon, 2004) samt att bidra till att öka patienters motivation för vård och få dem att stanna i behandling (Chinman et al., 2006).

**Praktiskt stöd.** Psykiatriska vårdssystem upplevs ofta av klienter som komplexa, fragmenterade och förvirrande, vilket gör dem svåra för många klienter att överblicka och navigera i (Scheyett, McCarthy & Rausch, 2006). Peer-specialister har kunskap om hur systemen fungerar, både ur patient- och personalperspektiv, och kan därför ge patienter/brukare stöd och råd kring olika praktiska frågor (Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006; Frese & Walker-Davies, 1997; Repper & Watson, 2012; Solomon, 2004; Waynor & Pratt, 2012). Peer-specialister kan exempelvis hjälpa sina klienter att komma i kontakt med behandlare och stödgrupper som är lämpade för deras problematik (Chinman et al., 2006; Jacobson et al., 2012; Repper & Watson, 2012). Repper och Watson (2012) framhåller att peer-specialister även kan hjälpa sina klienter att hitta och ansöka till olika fonder och bidrag.

Peer-specialister kan också ge andra typer av praktiskt stöd, exempelvis genom att lära klienter tekniker för att hantera problem i vardagen eller hjälpa dem att få kontakt med olika former av grupper, frivilligorganisationer, volontärarbeten och utbildningar (Repper & Watson, 2012).

**Identifikation.** Att identifiera sig med någon används ofta som ett uttryck i vardagligt tal för att beskriva en upplevd likhet med en person (Ashforth, Schinoff & Rogers, 2016). Inom psykologin härstammar begreppet identifikation från Freud, som dock använde samma uttryck för att referera till flera olika koncept (Bronfenbrenner, 1960). Ursprungligen användes begreppet främst för att referera till en process varigenom en person (ofta ett barn) integrerar beteenden och personlighetsdrag hos en modell (ofta en förälder) i sin egen person (Kagan, 1958). Senare har identifikation använts för att referera till en upplevelse av ”oneness” (enhet) med en annan person, vilken innebär att man definierar sig själv i termer av den andre (Ashforth et al., 2016).

Begreppet identifikation används på flera olika sätt i litteraturen kring behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Dock används det främst för att beskriva en process varigenom behandlaren upplever likhet med sin patient/brukare. Identifikation i Kagans (1958) mer inlärningsteoretiska betydelse beskrivs i denna forskning istället i termer av att behandlarna fungerar som förebilder (se rubriken ”Att vara en förebild” ovan).

Cain (2000) beskriver att psykoterapeuter med egna erfarenheter av psykisk ohälsa identifierar sig med sina klienters svårigheter. Terapeuterna i studien kände igen sig i klienterna och i deras upplevelser av bland annat diskriminering, låg självkänsla, relationssvårigheter, ensamhet och stigma. Cain (2000) verkar betrakta sådan identifikation som positiv och skiljer mellan detta och överidentifikation, där det senare är en negativ process som kan leda till att man tappar perspektiv kring den terapeutiska processen. Davison (2013) däremot beskriver identifikation som en process varigenom terapeuten implicit antar att klientens upplevelser är desamma som hans egna, vilket hon ser som ett hinder för en korrekt förståelse av klientens problematik. Mowbray et al. (1996) beskriver att peer-specialister genom identifikation kan få en sympatisk förståelse för sina klienter, vilket bidrar till deras förmåga att ge bra stöd och vård. Rønnestad & Skovholt (2003) verkar se identifikation som en positiv process, men framhåller att för stark identifikation med klienten kan leda till överinvolvering, vilket kan göra att man tappar reflexivitet och utforskande.

Hayes (2002) beskriver ett närliggande fenomen som han kallar för ”empatisk duplikation”. Genom denna process utgår behandlaren från sina egna erfarenheter för att försöka förstå klienten. Hayes (2002) framhåller att en sådan process kan användas fel om inte klientens behov står i centrum. Samtidigt menar Hayes (2002) att det kan vara ett lika stort fel att inte använda sin empatiska duplikation och därmed gå miste om en möjlighet att skapa bättre förståelse för klienten. Martin (2011) framhåller betydelsen av att vara reflexiv i sitt arbete och ha klienten i centrum, men att samtidigt inte glömma att psykologisk behandling utförs av två personer i samspel med varandra.

Sammantaget råder ingen konsensus om vad identifikation i dessa sammanhang faktiskt innebär och huruvida det är positivt eller negativt för behandlingen. Forskare som betraktar identifikation som igenkänning och ett sätt att förstå patienten/brukaren verkar se detta som en huvudsakligen positiv process, medan forskare som ser identifikation som ett likställande av patientens/brukarens erfarenheter med ens egna betraktar detta som negativt.

**Överidentifikation.** Överidentifikation äger rum när behandlaren upplever så stor likhet med patienten att hen gör presumtiva antaganden om patienten baserat på sina egna erfarenheter (Pugh & Ramsay, 1994). Alla behandlare, oavsett om de har egna erfarenheter av psykisk ohälsa eller inte, kan överidentifiera med patienter (Adame, 2011). Zerubavel och O’Dougherty Wright (2012) framför dock att det kan vara extra viktigt för behandlare med sådana erfarenheter att vara på sin vakt mot överidentifikation och ständigt påminna sig om att inga återhämtningsprocesser är identiska. En behandlare som överidentifierar tappar fokus på klienten, vilket kan skada behandlingsrelationen (Adame, 2011; Conti-O’Hare, 1998).

**Motöverföring.** Cain (2000) beskriver motöverföring som en oundviklig process i psykoterapi, vilken grundar sig i terapeutens personliga erfarenheter. Dessa erfarenheter formar behandlingen och påverkar terapeutens reaktioner och responser på klienten. Begreppet har sitt ursprung i Freuds psykoanalytiska teorier men har vidareutvecklats och kan appliceras på många former av psykiatrisk behandling (Cain, 2000). Motöverföringsbegreppet används fortfarande främst kopplat till psykoterapi, men har även uppmärksammats i samband med andra yrkeskategorier och behandlingsformer (Conti-O'Hare, 1998; Paulson et al., 1999).

Behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan använda sina motöverföringsreaktioner för att få en ökad förståelse för sina klienter (Cain, 2000; Conti-O'Hare, 1998; Hayes, 2002). Motöverföringen kan också bidra till ökad empati, tillit och en positiv terapeutisk relation (Cain, 2000). För att motöverföringsreaktioner ska kunna användas konstruktivt krävs dock självmedvetenhet och aktivt arbete från behandlarens sida (Hayes, 2002). Det förekommer också att motöverföring skapar känslor av obehag och ångest hos behandlaren och fungerar som en stark påminnelse om hans egna svårigheter (Cain, 2000).

I en studie av Paulson et al. (1999) framkom att annan personal befarade att peer-specialister inte skulle klara av att hantera motöverföringsreaktioner och kunna sätta gränser gentemot klienter. Peer-specialisterna själva upplevde dock att de hade klara gränser som de förhöll sig till och var tydligt medvetna om vad som härrörde från dem själva och från klienten, vilket gjorde att de både kunde förstå och hantera sina motöverföringsreaktioner (Paulson et al., 1999).

**Betydelsen av likhet för identifikation och motöverföring.** Det framkommer i flera tidigare studier att behandlarens upplevda likhet med sina patienter/brukare har betydelse för de identifikations- och överföringsprocesser som äger rum (Adame, 2011; Cain; 2000; Davison, 2013; Hayes, 2002; Mowbray et al., 1998). Adame (2011) framhåller att risken för överidentifikation är störst när klientens psykiska ohälsa liknar den som behandlaren själv har upplevt. Att behandla klienter vars svårigheter påminner mycket om de egna kan ge upphov till starka känslomässiga reaktioner (Cain, 2000; Hayes, 2002). Hayes (2002) rekommenderar därför att behandlaren medvetet känner av sitt eget stämningsläge och bara aktivt använder sig av sådana egna erfarenheter som inte väcker alltför svåra känslor.

Davison (2013) undersökte tio psykoterapeuter med egna erfarenheter av psykisk ohälsa och fann att en klar majoritet (80 %) upplevde att de kunde arbeta effektivt med patienter vars problem liknade de egna. De övriga två deltagarna kunde uppleva frustration i

arbetet med patienter vars problematik upplevdes lik deras egen och exempelvis bli irriterade på sådant som de uppfattade som gnäll (Davison, 2013). Annan forskning har också visat att peer-specialister som själva kommit långt i sin återhämtning kan ha lägre tolerans för vissa beteenden hos sina klienter, exempelvis när de upplever att klienterna inte anstränger sig tillräckligt med sin återhämtning eller inte uppskattar behandlarnas hjälp (Mowbray et al., 1996; Waynor & Pratt, 2012). Chinman et al. (2006) skriver dock att många peer-specialister upplever sig ha högre tolerans än annan personal för många beteenden hos klienter, oberoende av huruvida klienternas svårigheter upplevs lika de egna eller inte.

**Projektion.** Projektion är en omedveten process varigenom en människa förlägger oönskade impulser och tankar hos en annan människa och därmed tillskriver denna andra dessa tankar och egenskaper (Sigrell, 2000). Ett antal studier belyser att det finns en risk att behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan projicera sina egna brister på klienten för att behålla den egna självkänslan intakt (Davison, 2013; Hayes, 2002; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). En behandlare som inte accepterar sin egen sårbarhet skulle istället kunna projicera denna på klienten, som då får bära all sårbarhet medan behandlaren har rollen som helare (Hayes, 2002; Zerubavel & O'Dougherty Wright). Chinman et al. (2006) beskriver att viss annan personal uppfattar att det finns en risk att peer-specialister ska projicera sin egen sjukdom på patienten.

Dessa studier behandlar dock projektion framförallt på ett teoretiskt plan och det framkommer inte hur ofta svårigheter kopplade till projektioner faktiskt uppstår i praktiken. Hayes (2002) framhåller att en viktig faktor för att undvika projektiva reaktioner är att som behandlare acceptera sina egna svårigheter och brister. Projektioner kan annars vara ett hot mot behandlaren självkänedom och förhindra ett positivt användande av de egna erfarenheterna (Hayes, 2002).

**Självkänedom.** Självinsikt och självkänedom (engelska: self-awareness) är viktigt för all personal i psykisk vård och innebär att ha kunskap om sina styrkor och begränsningar samt att förstå sina känslor och hur ens beteende påverkar andra (Jack & Miller, 2008). Kern (2014) belyser att självkänedom kan bli extra viktigt för behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa.

Betydelsen av att behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa har god självkänedom och självinsikt framhålls i ett flertal studier (Conti-O'Hare, 1998; Fox, 2002; Gillard et al., 2013; Hayes, 2002; Kern, 2014; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). En framgångsrik behandlare har god förmåga till självreflexivitet, är autentisk mot sig själv och arbetar kontinuerligt för att öka sin självinsikt (Hayes, 2002; Kern, 2014). Genom att bearbeta

sina upplevelser av psykisk ohälsa kan behandlaren uppnå acceptans och se mening i sina erfarenheter (Davison, 2013). Gillard et al. (2013) beskriver att det är viktigt att ha bearbetat sina egna svårigheter och att känna sig tillräckligt redo innan man påbörjar ett arbete som peer-specialist. Det är också viktigt att behandlaren är medveten om sina egna gränser och inte försöker hjälpa andra innan hen är redo för det (Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012).

Hayes (2002) framhåller dock att det sannolikt vare sig är möjligt eller nödvändigt för behandlaren att ha löst alla sina egna problem, men att hen borde ligga åtminstone ett steg före klienten i sin återhämtning. Zerubavel och O'Dougherty Wright (2012) skiljer mellan "wounded healers" och "impaired professionals". En impaired professional har svårigheter av en sådan grad att det har en tydlig negativ påverkan på hens förmåga att utföra sitt arbete, medan en wounded healer kan vara en mycket bra behandlare. Skillnaden mellan de två hänger dels ihop med svårigheternas art och grad, dels med behandlarens självinsikt (Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012).

**Stigma och negativa attityder.** Goffman (1963) definierar stigma som "an attribute that is deeply discrediting" (s. 3). Enligt denna definition är stigma personliga attribut som signalerar avvikande och oönskvärdhet när de uppträder hos vissa personer. Goffman (1963) belyser dock att det finns en interaktion mellan person och attribut och att vad som uppfattas som avvikande hos en person kan uppfattas normalt hos en annan. Stigma är beroende av social kontext och stigmatiserande attribut kan vara synliga eller osynliga, kontrollerbara eller okontrollerbara, kopplade till utseende eller beteende eller hänga samman med grupp tillhörighet (Major & O'Brien, 2005).

Stigmatisering av psykisk ohälsa är väldokumenterat (se exempelvis Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003; Day, Edgren & Eshleman, 2007; Lyons & Ziviani, 1995; Penn & Martin, 1998; Svensson & Hansson, 2016). Day et al. (2007) framhåller att stigmatisering av psykisk ohälsa framförallt är kopplat till fyra typer av attribut: (1) farlighet – att personen med psykisk ohälsa upplevs vara en fara för andra människor, (2) förmåga till återhämtning – att personens tillstånd upplevs vara omöjligt att behandla och återhämta sig från, (3) relationer – att personens psykiska ohälsa upplevs ha negativ inverkan på hens pålitlighet och stabilitet i relationer samt (4) personlig hygien – att personen till följd av sin psykiska ohälsa upplevs missköta sin hygien. Corrigan et al. (2003) beskriver också att förekomsten av stigmatisering ökar när det finns en uppfattning om att personen själv är ansvarig för och kan kontrollera sin psykiska ohälsa.

Personer med god kunskap om psykisk ohälsa tenderar att ha färre negativa attityder gentemot de som är drabbade (Hansson & Svensson, 2016). Trots det har det framkommit i



många studier att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa ofta stigmatiseras av, och möter negativa attityder från, sina kollegor (Agrawal & Edwards, 2013; Cain, 2000; Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006; Davison, 2013; Fisher, 1994; Garrison et al., 2010; Gates & Akabas, 2007; Gillard et al., 2013; Grant, 2010; Kemp & Henderson, 2012; Repper & Carter, 2011; Salzer, 2002; Solomon & Draine, 1998; Waynor & Pratt, 2012; Wroblewski et al., 2015; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). Ofta hänger detta samman med kollegornas uppfattningar om förmåga till återhämtning och ett ifrågasättande av huruvida personalen med egna erfarenheter är tillräckligt frisk för att kunna utföra sitt arbete (Agrawal & Edwards, 2013; Chinman et al., 2006; Garrison et al., 2010; Gates & Akabas, 2007; Solomon & Draine, 1998; Waynor & Pratt, 2012; Wroblewski et al., 2015; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). En bidragande faktor till kollegornas bristande tro på återhämtningsförmåga kan vara att deras uppfattning färgas av att de sällan eller aldrig möter personer som har återhämtat sig, utan enbart träffar patienter när de mår som sämst (Agrawal & Edwards, 2013; Chinman et al., 2006).

Kollegors negativa attityder kan yttra sig genom att de ifrågasätter arbetsförmågan hos personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa och är hypersensitiva för tecken på möjliga återfall (Chinman et al., 2006; Solomon & Draine, 1998). Detta gör att normala misstag i arbetet kan uppfattas vara symptom på den psykiska ohälsan (Gates & Akabas, 2007; Waynor & Pratt, 2012) och att personal med egen erfarenhet ständigt tolkas utifrån ett sjukdomsperspektiv (Fisher, 1994; Solomon & Draine, 1998; Waynor & Pratt, 2012).

Det framkommer i flera studier att peer-specialister inte behandlas som jämlikar av kollegor och har lägre status i personalgruppen (Gillard et al., 2013; Grant, 2010; Repper & Carter, 2011; Salzer, 2002). Detta hänger samman med att kollegorna har uppfattningar om att peer-specialister är mindre kunniga, kompetenta, viktiga, professionella, motståndskraftiga och erfarna samt ser dem som bräckliga, omdömeslösa och enbart som ett komplement till den "riktiga" vården (Agrawal & Edwards, 2013; Chinman et al., 2006; Garrison et al., 2010; Gates & Akabas, 2007; Grant, 2010; Waynor & Pratt, 2012; Wroblewski et al., 2015). Carlson et al. (2001) belyser att en bidragande faktor till detta är att det finns stereotypa bilder av skillnader mellan "friska" och "sjuka", där sjuka betraktas som underlägsna. Sådana uppfattningar och negativa attityder kan stärkas av skillnader i arbetsvillkor mellan peer-specialister och annan personal. Peer-specialister har lägre lön än andra och är ofta anställda på deltid i tidsbegränsade projekt (Bailie & Tickle, 2015; Garrison et al., 2010; Gillard et al., 2013; Mowbray et al., 1998). Både peer-specialister och annan personal kan också ha inställningen att peer-specialister bör vara tacksamma för att de överhuvudtaget har fått en

anställning, då arbete inte är en självklarhet för personer med erfarenhet av psykisk ohälsa (Grant, 2010).

Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa som arbetar i icke-designerade positioner är ofta rädda för att de ska uppfattas som mindre kompetenta och kunniga om kollegor får vetskap om deras erfarenheter (Davison, 2013; Fisher, 1994). Många väljer därför att inte berätta något för kollegorna (Cain, 2000; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). Zerubavel och O'Dougherty Wright (2012) belyser att behandlare som redan är etablerade kan ha lättare för att berätta om egna erfarenheter av psykisk ohälsa, då ett gott professionellt rykte minskar risken för ifrågasättande av deras kompetens.

Day et al. (2007) skriver att personer med psykisk ohälsa ibland tror att andra människor har mer stigmatiserande attityder än vad som faktiskt framkommer vid mätningar av dessa attityder. Detta kan förstås också vara en fråga om uttryck för social önskvärdhet vid mätningarna (Day et al., 2007). Samtidigt framhåller Zerubavel och O'Dougherty Wright (2012) att personal inom psykiatrin ofta har inkonsekventa reaktioner gentemot kollegor med egna erfarenheter av psykisk ohälsa och uppfattar psykisk ohälsa hos patienter och hos kollegor på olika sätt. Medan de kan vara mycket accepterande gentemot patienter med psykisk ohälsa har de ofta mer stigmatiserande attityder gentemot kollegor och ifrågasätter om dessa verkligen är tillräckligt återhämtade för att klara av sitt arbete. Detta kan också vara beroende av vilken slags psykisk ohälsa kollegan har varit drabbad av, exempelvis kan behandlare med erfarenhet av schizofreni eller personlighetsstörningar ifrågasättas mer än behandlare som har lidit av depression (Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012).

**Att motverka stigma och negativa attityder.** Samtidigt som de kan vara utsatta för stigmatisering kan personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa också använda sin unika position för att motverka stigma och negativa attityder på sin arbetsplats (Agrawal & Edwards, 2013; Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006; Dyble et al., 2014; Davidson et al., 2006; Gillard et al., 2013; Jacobson et al., 2012 Solomon & Draine, 1998). Behandlare med egna erfarenheter kan fungera som tydliga påminnelser till övrig personal om att återhämtning faktiskt är möjlig (Chinman et al., 2006; Frese & Walker-Davies, 1997; Gates & Akabas, 2007; Grant, 2010; Jacobson et al., 2012; Mowbray et al., 1996). De kan även utbilda kollegor utifrån sin unika kunskap (Jacobson et al., 2012) och få kollegor att reflektera över sitt språkbruk och sätt att uttrycka sig kring patienter (Agrawal & Edwards, 2013). Genom att exempelvis reagera på negativ jargong och uppmärksamma återhämtningsperspektivet kan de bidra till förändring av organisationskulturen (Solomon & Draine, 1998). Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa utmanar också rådande maktstrukturer och kan bidra till att

minska avståndet mellan patienter och personal (Dyble et al., 2014; Jacobson et al., 2012). En del av detta ingår i själva positionen som peer-specialist, då denna i sig innebär ett upplösande av gränser mellan sjuk och frisk, patient och personal (Jacobson et al., 2012). Det krävs emellertid också aktivt arbete med frågor kring stigma och attityder för att uppnå hållbara förändringar på en arbetsplats (Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006; Dyble et al., 2014).

**Roller och professionell identitet.** Professionell identitet handlar om vem man uppfattar sig vara i sin professionella kontext. Det är en slags professionell självbild, vilken grundar sig i motiv, upplevelser, uppfattningar och interaktioner med andra. För personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan det uppstå en diskrepans mellan identiteten som consumer och den professionella rollen (Richards, 2013). Det är också vanligt att dessa personer upplever utmaningar kopplade till roller och till professionell identitet (Bailie & Tickle, 2015; Carlson et al., 2001; Davison, 2013; Gates & Akabas, 2007; Gillard et al., 2013; Kemp & Henderson, 2012; Moll et al., 2009; Mowbray et al., 1996; Mowbray et al., 1998).

Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa som arbetar i icke-designerade positioner kan uppleva att det är svårt att integrera sin personliga sårbarhet i rollen som professionell och stabil yrkesutövare (Kern, 2014). De kan också uppleva att det är viktigt att uppfattas som professionell behandlare i första hand, vilket kan bidra till ett beslut att inte berätta om de egna erfarenheterna på arbetsplatsen (Davison, 2013).

Studier kring peer-specialister har visat att dessa ofta upplever att de befinner sig någonstans mittemellan patienter och annan personal, men utan att riktigt vara hemma i någon av grupperna (Agrawal & Edwards, 2013; Gillard et al., 2013; Moll et al., 2009). Jacobson et al. (2012) beskriver att peer-specialister måste balansera mellan sjukvårdens relativt biomedicinska perspektiv och det egna fokuset på återhämtning och stöd. Moll et al. (2009) belyser att det kan vara en utmaning för peer-specialister att få ihop en önskan om att jobba flexibelt och brukarstyrt med formella, regelstyrda kliniska system som bygger på bokade tider.

Svårigheterna för peer-specialister stärks av att det ofta finns stor otydlighet kring vad deras yrkesroll, arbetsuppgifter och befogenheter faktiskt består av (Bailie & Tickle, 2015; Carlson et al., 2001; Gates & Akabas, 2007; Kemp & Henderson, 2012; Moll et al., 2009; Mowbray et al., 1996; Mowbray et al., 1998). Det finns en mängd olika titlar på personer i peer-specialistpositioner, vilket bidrar till otydligheten (Gates & Akabas, 2007; Repper & Carter, 2011). Gates och Akabas (2007) undersökte 18 arbetsplatser och fann 16 olika beteckningar på personer som arbetade med peer-support. Det är också vanligt att peer-specialister saknar en klar arbetsbeskrivning (Bailie & Tickle, 2015; Gates & Akabas, 2007;

Gillard et al., 2013; Moll et al., 2009), vilket ger dem stort ansvar att skapa sin egen yrkesroll (Gillard et al., 2013; Moll et al., 2009). Peer-specialister kan uppskatta denna initiala flexibilitet (Moll et al., 2009), men det finns också en risk att man går miste om potentiella vinster med peer-specialistrollen när det saknas tydliga förväntningar på deras arbete (Gillard et al., 2013).

I verksamheter där det inte tydligt framgår vad som är peer-specialistens unika bidrag och roll kan det uppstå svårigheter i relation till annan personal. Exempelvis kan skötare uppleva att peer-specialister är ett hot mot deras egen yrkesroll eftersom de båda gruppernas arbetsuppgifter kan överlappa (Nestor & Galletly, 2008; Solomon & Draine, 1998). En särskild utmaning för peer-specialister framförs av Dyble et al (2014) som belyser att sådan anställning kan få en person att fastna i en sjukroll – eftersom erfarenhet av sjukdom är en förutsättning för arbetet.

**Dubbla roller/relationer.** Dual/multiple relationships (dubbla/multipla relationer) definieras som att en behandlare har mer än en typ av relation till en klient, exempelvis både en professionell och en social eller ekonomisk relation. Att ha dubbla relationer till en klient betraktas som oetiskt eftersom det finns en risk att klienten skadas eller exploateras, men det skapar också särskilda utmaningar när man anställer peer-specialister (Carlson et al., 2001; Salzer, 2002). Peer-specialister får ofta en dubbel roll gentemot sina klienter där de ska fungera både som behandlare och "peer" (jämlike). Detta kan skapa svårigheter kring gränser och relationernas utformning (Bailie & Tickle, 2015; Davidson et al., 2006; Gates & Akabas, 2007; Moll et al., 2009; Mowbray et al., 1996; Mowbray et al., 1998; Repper & Carter, 2011; van Erp, Hendriksen-Favier & Boer, 2010; Wintrip, 2012). Dyble et al. (2014) beskriver det som att peer-specialisten i större utsträckning än annan personal ska fungera som en vän, men samtidigt vara en behandlare med professionella gränser. En liknande uppfattning uttrycktes av peer-specialisterna i en studie av Mowbray et al. (1996), vilka beskrev sin roll som "it was like being a friend, but different because you were expected to help, to educate, and to provide leadership" (s. 54).

En annan utmaning är att peer-specialister vid anställningen kan ha befintliga sociala relationer med klienter i verksamheten (Chinman et al., 2006; Garrison et al., 2010; Gates & Akabas, 2007; Salzer, 2002). Chinman et al. (2006) framhåller att det inte är rimligt att kräva av peer-specialister att de ska avsluta vänskapsrelationer som inleddes innan de påbörjade sin anställning, samtidigt som sådana relationer kan bli en utmaning i arbetet. Denna typ av svårigheter uppstår dock främst om någon är eller har varit peer-specialist och patient/brukare

inom samma organisation (Bailie & Tickle, 2015; Garrison et al., 2010). Nestor och Galletly (2008) framför därför att det oftast inte är lämpligt att arbeta och vårdas på samma ställe. I praktiken fungerar det dock inte alltid att ha sådana regler, beroende på sådant som ortens storlek och verksamhetens upptagningsområde (Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006).

Det kan även uppstå svårigheter kring dubbla relationer med kollegor, framförallt om peer-specialisten tidigare har behandlats inom samma organisation (Bailie & Tickle, 2015). Peer-specialisten kan då få rollen som både patient och kollega. Gates och Akabas (2007) beskriver att kollegor kan ha svårt att behålla sin kollegiala roll gentemot peer-specialister och istället gå in i en behandlarroll. Vissa peer-specialister väljer att inte diskutera sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa med kollegor för att de vill upplevas som medbehandlare och inte som patienter (Harrison et al., 2013; Moll et al., 2009). Carlson et al. (2001) framhåller att peer-specialister ofta har lättare för att hantera dubbla relationer och skilja mellan sina olika roller, än vad annan personal har.

**Konfidentialitet.** Konfidentialitet innebär ”egenskapen att information inte tillgängliggörs eller avslöjas till obehöriga individer, enheter, eller processer” (Socialstyrelsen, 2010, s.11). Begreppet används ibland synonymt med ”sekretess” på svenska – dock har sekretess i denna bemärkelse inte samma innebörd som i sekretesslagstiftningen, där det används som ett juridiskt begrepp (Socialstyrelsen, 2010).

Ett antal forskare har beskrivit att det kan uppstå utmaningar kopplade till konfidentialitet när personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa anställs inom vården (Garrison et al., 2010; Gates & Akabas, 2007; Hamilton et al. 2013; Ratzlaff et al., 2006; Salzer, 2002; van Erp et al., 2010). En viktig fråga är respekt för personalens egen konfidentialitet och att information om peer-specialisters sjukdomshistoria hanteras med försiktighet (Garrison et al., 2010; Salzer, 2002). Salzer (2002) framhåller att en peer-specialist aldrig bör tvingas till self-disclosure, samtidigt som ett visst mått av självutlämnande ingår i yrkesrollen. Det är också viktigt att fastställa hur man hanterar åtkomst till en behandlares journal om hen både är eller har varit patient/brukare och personal inom samma verksamhet (Carlson et al., 2001; Garrison et al., 2010).

Andra frågor rör hur behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa hanterar sina patienters rätt till konfidentialitet. Kollegor kan anta att peer-specialister ska ha svårare än andra att hantera konfidentialitetsfrågor (Chinman et al., 2006; Harrison et al., 2013). Det finns dock ingen empirisk evidens som styrker detta (Carlson et al., 2001). Samtidigt skulle svårigheter kunna uppstå om man anställer personer som saknar professionell skolning kring konfidentialitet; det är därför viktigt att tidigt tydliggöra vilket regelverk som gäller (Salzer,

2002). Det är även angeläget att utveckla strategier för att hantera svårigheter som kan uppstå i de fall där peer-specialisten har dubbla relationer till en klient (Carlson et al, 2001).

I vissa organisationer har man försökt lösa konfidentialitetsfrågan genom att inte ge peer-specialister tillgång till patientjournaler (Gates & Akabas, 2007; Nestor & Gelletly, 2008). Detta skapar dock nya problem eftersom peer-specialisterna då går miste om information, vilket kan leda till missförstånd och försvårar för dem att förstå och följa den övergripande behandlingsplanen (Gates & Akabas, 2007).

**Handledning.** Innebörden av begreppet handledning är olika beroende på i vilket sammanhang det används, men det finns alltid några gemensamma drag. Handledning innefattar lärande och kompetensutveckling, sker i skärningspunkten mellan teoretisk och praktisk kunskap och involverar ett litet antal organiserade personer. Handledning i vården kan fokusera på patienten, yrkesutövaren och hens behov, kompetensutveckling och/eller problem/processer som uppstår i arbetet med patienten (Lindén, 2005).

Många studier har visat att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa, framförallt peer-specialister, har ett behov av handledning för att hantera de särskilda utmaningar som de ställs inför (Bailie & Tickle, 2015; Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006; Kemp & Henderson, 2012; Mowbray et al., 1996; Mowbray et al., 1998; Repper & Carter, 2011; Salzer, 2002). Ibland saknas dock handledning helt (Gates & Akabas, 2007) och i andra fall är den handledning som ges otillräcklig, ytlig eller har fel fokus (Bailie & Tickle, 2015; Kemp & Henderson, 2012; Mowbray et al., 1998). Mowbray et al. (1998) framför att handledning av peer-specialister bör (1) innefatta träning och stöd kopplat till arbetsuppgifterna, (2) hjälpa peer-specialister att hantera rollutmaningar samt (3) bidra till personlig och professionell utveckling. Gates och Akabas (2007) påpekar betydelsen av att handledningen ges regelbundet.

Annan personal uppfattar ofta handledning av peer-specialister som väsentligt för att undvika att dessa gör misstag i sitt arbete. Peer-specialister själva och patienter/brukare uppfattar dock handledning framförallt som ett stöd för peer-specialisterna (Chinman et al., 2006). Carlson et al. (2001) framhåller att det även är bra att erbjuda handledning till annan personal i samband med implementeringen av peer-specialister i en verksamhet, då detta kan hjälpa dem att få en mer realistisk bild av sina nya kollegor som inte är baserad på förutfattade meningar.

**Utmaningar med att vara ensam consumer-provider.** Ett flertal studier har belyst särskilda utmaningar som uppstår när en person är ensam i en verksamhet om att vara personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa (Chinman et al., 2006; Fisher, 1994;

Garrison et al., 2010; Grant, 2010; Repper & Carter, 2011; Repper & Watson, 2012; Schmidt et al., 2008; Solomon & Draine, 1998; van Erp et al., 2010). Ett antal forskare framför att det finns en risk att denna behandlare med tiden fastnar i systemet, tappar bort sitt unika perspektiv och börjar bete sig mer som övrig personal (Fisher, 1994; Repper & Carter, 2011; Repper & Watson, 2012; Schmidt et al., 2008; van Erp et al., 2010). Grant (2010) framhåller att risken för detta sannolikt är extra stor för behandlare i icke-designerade positioner, vars arbetsbeskrivning inte innefattar att de ska använda sina egna erfarenheter.

I organisationer som enbart anställer en peer-specialist finns risken att denna position betraktas som ett slags ”tokenism” (Garrison et al., 2010; Nestor & Galletly, 2008). Nestor och Galletly (2008) beskriver tokenism som en symbolisk handling, vilken utförs eftersom den uppfattas vara politiskt korrekt, men utan att det finns ett verkligt engagemang för frågan. Peer-specialister, vilka anställs som ”tokens”, kan få begränsat med inflytande på sina arbetsplatser. Ytterligare en nackdel med att enbart anställa en peer-specialist är att en enda individ får representera alla brukare/patienter (Chinman et al., 2006). Det kan även göra att peer-specialisten upplever att det är svårare både att kunna och att våga framföra sina åsikter (Chinman et al., 2006; van Erp et al., 2010). Genom att anställa fler peer-specialister ökar man chansen för att deras röster ska höras och visar dessutom att man tar peer-support på allvar (Chinman et al., 2006). En annan fördel med att ha flera anställda med egna erfarenheter av psykisk ohälsa är att dessa kan stötta varandra (Solomon & Draine, 1998).

**Att göra verksamheten redo.** Implementeringen av peer-specialistpositioner i en verksamhet påverkas av organisationskultur och attityder (Garrison et al., 2010). Attityder hos annan personal är beroende av deras kunskap om vad peer-specialister är, vad de gör, och vad deras särskilda kompetens består av (Carlson et al., 2001; Harrison et al., 2013). En positiv organisationskultur kan skapas genom träning, utbildning i stigmatisering, sociala aktiviteter och dialog kring rollutmaningar (Carlson et al., 2001). Införandet av peer-specialistpositioner fungerar också bättre när den övriga personalen känner sig delaktig i genomförandet och förändringen är förankrad i personalgruppen (Chinman et al., 2006; Nestor & Galletly, 2008).

**Sammanfattning.** Forskningen kring personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa är relativt spretig, men sammantaget framkommer ett antal tydliga resultat. Behandlare kan använda sina egna erfarenheter på flera olika sätt i arbetet, bland annat genom att vara en förebild, ge ett bättre bemötande, visa ökad empati, ge praktiskt stöd och underlätta kommunikation mellan patienter/brukare och annan personal. Det finns dock flera faktorer som påverkar behandlarnas arbetssituation och möjligheter att använda sina egna erfarenheter konstruktivt, bland annat stigma, handledning, dubbla roller/relationer och självkänedom.

Många forskare framför att det behövs mer forskning kring dessa behandlares roller och unika bidrag till psykiatrisk vård (se exempelvis Cain, 2000; Davison, 2013; Gillard et al., 2013; Kottsieper, 2009; Rivera et al., 2007; van Vugt et al., 2012). Det verkar finnas betydligt fler studier som undersöker peer-specialister än personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa i icke-designerade positioner. Grant (2010) framhåller att detta kan bero på att det är svårare att identifiera och nå ut till personal i icke-designerade positioner.

Brandon (1999) belyser att det verkar vara mindre väsentligt vad behandlarens egna erfarenheter består av och betonar att det centrala är hur erfarenheterna används. Zerubavel och O'Dougherty Wright (2012) framhåller att det är viktigt att inte bara se egna erfarenheter av psykisk ohälsa som en risk utan också som en potentiell fördel och resurs i behandlingsarbete.

### **Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa i Sverige**

Det saknas svensk forskning om personal inom psykiatri och socialpsykiatri med egna erfarenheter av psykisk ohälsa (se Bilaga 2 för information om litteratursökning). Samtidigt finns sådana behandlare, ibland anställda i designerade positioner som peer-specialister.

**Peer-specialister.** De senaste åren har det startats ett antal olika pilotsatsningar och projekt runtom i Sverige där personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa anställs inom psykiatri och socialpsykiatri. Detta verkar bli vanligare och vanligare och ett antal sådana peer-specialistpositioner i Sverige beskrivs nedan.

**Mentorer.** Psykiatri Skåne inledde våren 2014 en satsning på att anställa mentorer i psykiatri och i dagsläget har detta genomförts i Malmö och Trelleborg. Mentorerna är personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa, vilka ska fungera som komplement till övrig vårdpersonal och stötta patienterna i deras återhämtning, inge hopp och verka för ömsesidighet (Region Skåne, 2016). Projektet håller på att utvärderas vid Lunds universitet (Svantesson, 2015).

**Medarbetare med brukarerfarenhet.** Stockholms läns landsting startade i slutet av 2015 projektet "Medarbetare med brukarerfarenhet". Medarbetare med brukarerfarenhet är personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa och återhämtning, vilka anställs som komplement till övrig vårdpersonal på psykiatriska vårdavdelningar. Syftet är dels att dessa personer ska fungera som en extra resurs och skapa möjligheter för fler gemensamma aktiviteter inom heldygnsvården, dels att medarbetarna ska förmedla hopp och bidra till kunskap om återhämtningsstrategier till både patienter och personal. Projektet ska utvärderas efter ett halvår (Psykiatri Södra Stockholm, 2015).



**Brukarspecialister.** Brukarspecialister ingår i programmodellen Assertive Community Treatment (ACT). ACT är en evidensbaserad modell som bygger på insatser från ett multidisciplinärt team i psykiatrisk öppenvård. Ett programtroget ACT-team ska innefatta minst en heltidsanställd brukarspecialist. Denna person ska (1) ha eller ha haft en psykisk sjukdom för vilken hen fått psykiatrisk behandling, (2) själv hålla på att återhämta sig och (3) ha gått minst en kurs om interventioner kopplade till återhämtning, välbefinnande och social anpassning. Brukarspecialisten ska vägleda brukarna i återhämtning, ge färdighetsträning och utbilda övrig personal utifrån sin unika kunskap (Socialstyrelsen, 2013b). ACT har implementerats på flera platser i Sverige, men ofta med bristande programtrogenhet (Socialstyrelsen, 2011). De svenska forskningsstudier som har gjorts på ACT har varit på modifierade modeller som saknat brukarspecialist (Bodén, Sundström, Lindström, Wiselgren & Lindström, 2010; Malm, Ivarsson & Allebeck, 2014).

**Brukarinflytandesamordnare.** Brukarinflytandesamordnare (BISAM) är anställda i offentliga verksamheter för att verka för ökat inflytande för personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2014). År 2011 fanns BISAM i 5 % av Sveriges kommuner och år 2015 hade detta ökat till 11 % (Socialstyrelsen, 2015b). Personer som arbetar som BISAM kan ha olika bakgrund – ofta har de primärt erfarenhet som personal, men flera har främst egen erfarenhet av psykisk ohälsa och vård (Lindqvist, 2007). På vissa platser har egen erfarenhet, antingen själv eller som anhörig, varit ett krav för tjänsten (Svensson, 2008). Lindqvist (2007) utvärderade ett antal pilotförsök med BISAM på nationell nivå och drog slutsatserna (1) att arbete med inflytande var viktigt för kvalitetssäkring av vården, (2) att arbete från ett återhämtningsperspektiv verkade fruktbart, (3) att brukarinflytandefrågor bör drivas i offentlig verksamhet av personer i särskilda anställningar, (4) att ledningen måste samarbeta för att goda resultat avseende inflytande ska uppnås, (5) att arbete med inflytande bör bedrivas i samarbete med intresseorganisationer, (6) att det krävs god utbildning av personer som arbetar som BISAM och (7) att det behövs mer forskning på området. Senare utvärderingar på mer lokal nivå har visat på liknande resultat (Åberg & Nylander, 2012).

**Brukarcoacher.** Under åren 2012-2013 bedrevs ett projekt i Göteborgs stad med brukarcoacher. I detta projekt anställdes personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa för att stötta brukare med psykisk ohälsa till att få en sysselsättning. Utvärdering av projektet visade ingen tydlig ökning i sysselsättningsgrad hos brukarna, däremot upplevde samtliga deltagare att de hade kommit närmare sysselsättning och framhöll att de hade uppskattat brukarcoachernas stöd, fått förbättrat mående och stärkt självkänsla (Ahlberg Gagnér, 2014).

**Sammanfattning.** Peer-specialister i Sverige benämns med ett antal olika begrepp och ofta verkar varje projekt välja en egen term. De få utvärderingar som finns av olika satsningar indikerar att patienter/brukare oftast uppfattar peer support positivt. Många projekt är dock så nystartade att utvärderingen antingen är pågående eller inte har inletts. Det saknas mer strukturerade forskningsstudier och bland annat Åberg och Nylander (2007) framför att det behövs mer forskning på området.

**Annan personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa.** Det finns inget begrepp på svenska för behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa som arbetar i icke-designerade positioner. Det tycks inte finnas några vedertagna översättningar av wounded healer, prosumer eller consumer-provider (se ”Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa” ovan). Det har inte heller gått att identifiera någon form av studie, utvärdering eller rapport genomförd i Sverige som berör detta ämne (se Bilaga 2 för information om litteratursökning). Det finns ingen statistik på hur vanligt det är att personal inom psykiatri och socialpsykiatri i Sverige har egna erfarenheter av psykisk ohälsa, men med tanke på att ungefär 75 % av befolkningen i stort har egen erfarenhet antingen själv eller som anhörig (Myndigheten för delaktighet, 2014) bör det förekomma.

## **Syfte och frågeställningar**

Denna studie syftar till att undersöka behandlares upplevelser av att använda egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete. Följande två frågeställningar kommer att undersökas och besvaras:

1. På vilka olika sätt upplever personal inom psykiatri och socialpsykiatri att de använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete?
2. Vilka faktorer upplever personal inom psykiatri och socialpsykiatri kan underlätta och/eller försvåra deras användande av egna erfarenheter av psykisk ohälsa i arbetet?

## **Metod**

Syftet med denna studie var att explorativt undersöka behandlares upplevelser kring användandet av egna erfarenheter av psykisk ohälsa i arbetet. Därför valdes en kvalitativ forskningsansats, vilken syftar till att skapa mening och ökad förståelse för olika fenomen (Willig, 2013). Denna studie utgick från en aletisk hermeneutisk epistemologi med tematisk analys och intervjuer som metodologi.

Eftersom studien syftade till att undersöka hur personal upplever användandet av sina egna erfarenheter lades fokus på deltagarnas beskrivningar av sina upplevelser. Forskaren

gjorde således inte anspråk på att skapa en generaliserbar beskrivning av detta användande eller redogöra för hur det uppfattas av patienter/brukare och kollegor.

## **Hermeneutik**

Hermeneutiken har sina rötter i exegetik, vilket innebär texttolkning (ofta biblisk sådan). Hermeneutiken syftar till att använda tolkning för att skapa ökad förståelse för det undersökta. En av hermeneutikens grundtankar är att helheten endast kan förstås genom delarna och delarna genom helheten. Detta är den så kallade hermeneutiska cirkeln, såsom den framförs inom objektiverande hermeneutik. Genom att betrakta cirkeln som en spiral och börja i en del kan förståelsen för helheten öka, varefter forskaren går tillbaka och betraktar delen. Detta växlande mellan delar och helhet skapar i längden en fördjupad förståelse för både och. Andra hermeneutiska inriktningar förespråkar dock användandet av andra hermeneutiska cirklar (Alvesson & Sköldberg, 2008).

**Aletisk hermeneutik.** Denna studie utgår från den aletiska hermeneutiken, inom vilken en hermeneutisk cirkel mellan förståelse och förförståelse förespråkas. Själva ordet ”aletisk” kommer från det grekiska ”aletheia” – ofördoldhet. Den aletiska hermeneutiken syftar till att avslöja det dolda och avtäcka textens underliggande mening (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Till skillnad från synsättet inom den objektiverande hermeneutiken så finns här ingen polaritet mellan forskaren som subjekt och objektet som ska förstås. Istället betraktas förståelse som något allmänmänskligt som inte är unikt för vetenskapliga aktiviteter. Förståelse är en grundläggande del av människans existens och en process varigenom människan orienterar sig i sin tillvaro. Detta gör att varje person alltid har en förförståelse (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Alvesson och Sköldberg (2008) beskriver området för varje människas förståelse med hjälp av ordet ”horisont”. Varje människas förståelse och livsvärld sträcker sig från hennes utgångspunkt till en yttre horisont och området däremellan kan hon förstå. Horisonten är dock obeständig och befinner sig i oupphörlig förändring. En människa kan närma sig en annans förståelsehorisont och på så vis vidga den egna horisonten. I denna process blir förförståelsen viktig, men den kan bli ett hinder genom att förutfattade meningar skapar svårigheter i att förstå den andre. Forskaren måste därför ständigt alternera mellan att gå in i den andres värld och att koppla tillbaka till sig själv. När detta görs skapas successivt en ökad förståelse för den andre samtidigt som den egna förståelsehorisonten långsamt ändras och vidgas. Således sker en fusion av förståelsehorisonter (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Detta perspektiv betonar betydelsen av människan i forskningen och att man alltid använder oss sig själv i förståelsen av andra. I denna studie innebär det att tolkningen av materialet oundvikligen påverkas av forskarens förförståelse, även om målet är att fånga deltagarnas upplevelser.

### **Förförståelse**

Eftersom den hermeneutiska cirkeln i aletisk hermeneutik bygger på en växelverkan mellan förförståelse och förståelse blir det relevant för läsaren att känna till vad forskarens förförståelse består av, då denna influerar de tolkningar som görs (Alvesson & Sköldberg, 2008).

I denna studie fanns ett antal aspekter av forskarens förförståelse som är relevanta att beskriva. Till att börja med hade forskaren arbetat inom socialpsykiatri och läste vid tidpunkten för studiens genomförande sista terminen på psykologutbildningen. Forskaren hade således erfarenhet av arbete i samma typ av verksamheter som vissa av deltagarna, dels utifrån sitt eget tidigare arbete, dels utifrån sin praktikperiod under utbildningen. Forskaren hade även tillägnat sig teoretiska kunskaper om psykologi genom sin utbildning och hade utöver detta läst forskningslitteratur kring det specifika ämnet för studien. Forskaren hade dessutom själv tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa och därmed även egna upplevelser av att använda dessa erfarenheter i sitt arbete. Forskaren hade också arbetat med patient- och brukarinflytandefrågor och hade bland annat utbildat psykiatripersonal i bemötande och kommunikation. Sammantaget ledde detta till att forskaren hade en bild av hur psykiatriskt vårdarbete kan bedrivas, hur sådana arbetsmiljöer kan upplevas och hur egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan användas i behandlingsarbete.

Denna förförståelse bidrog till forskarens intresse för frågeställningen, men innebar inte att forskaren ville propagera för någon särskild uppfattning i frågan. Forskaren arbetade aktivt med att upptäcka och belysa både för- och nackdelar med att ha egna erfarenheter av psykisk ohälsa och arbeta inom psykiatri/socialpsykiatri och var hela tiden medveten om att deltagarnas upplevelser inte behövde ha någon likhet med de egna. Samtidigt använde forskaren sin förförståelse i förståelsen av deltagarna, i enlighet med tankesättet inom den aletiska hermeneutiken. Forskarens förkunskaper om vårdarbete, inflytandefrågor och psykisk ohälsa gav en bra grund att stå på i förståelsen av deltagarna, men har också oundvikligen påverkat de tolkningar som gjordes.

Forskaren berättade inte om sin förförståelse för deltagarna, förutom i de fall då deltagarna själva frågade kring den och kring forskarens intresse för området. Detta var ett

avvägt beslut som togs dels för att undvika att vetskap om forskarens förförståelse skulle färga deltagarnas svar, dels eftersom fokus för intervjuerna var deltagarnas upplevelser.

## **Deltagare**

**Rekrytering.** Deltagare rekryterades genom sociala medier, brukarföreningen SHEDO och personliga kontakter. Forskaren delade ett inlägg via Facebook med kortfattad information om studien (se Bilaga 3) dels på sin egen Facebooksida, dels i en sluten grupp för psykiatrirelaterade diskussioner. Forskaren kontaktade även föreningen SHEDO, vars vice ordförande skickade ut ett något längre informationsbrev (se Bilaga 4) till alla sina volontärer. Slutligen vände sig forskaren till ett antal personliga kontakter som arbetade inom psykiatrin och bad dessa att dela det längre informationsbrevet bland sina vänner och kollegor. En kortare text användes för rekrytering på sociala medier med syfte att öka chansen att potentiella deltagare skulle läsa informationen. Forskaren utgick här från sin personliga erfarenhet av att ju kortare en text är, desto fler på Facebook läser den.

Eftersom samma mailadress var tillgänglig för alla potentiella deltagare och deltagarna inte tillfrågades hur de hade kommit i kontakt med studien är det inte känt hur många deltagare som rekryterades via de olika kanalerna. Då vissa deltagare kontaktade forskaren direkt via Facebook framgick dock att minst hälften hade fått information den vägen.

**Urval.** Forskaren hade på förhand bestämt sig för att försöka inkludera ungefär tio deltagare med varierad yrkesbakgrund i studien. Att ha stor spridning i yrke syftade till att göra det möjligt att hitta gemensamma faktorer för personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa, oberoende av yrkesroll. Eftersom mycket av den tidigare forskningen på området har undersökt peer-specialister eftersträvades att minst hälften av deltagarna skulle arbeta i icke-designerade positioner. Detta för att nå resultat som även gäller för personal som inte uttryckligen är anställd för att använda sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa i arbetet.

Totalt hörde ett tjugotal personer av sig och anmälde intresse för att delta. Då detta var fler än förväntat valdes metoden att de som hörde av sig först också främst var de som inkluderades. För att öka variationen i yrkestillhörighet inkluderas också personer som hörde av sig senare om de tillhörde en yrkesgrupp som inte tidigare var representerad. Totalt inkluderades elva deltagare i studien.

Inklusionskriterier var att ha egna erfarenheter av psykisk ohälsa, antingen själv eller som nära anhörig, och att ha arbetat i patientnära arbete inom psykiatri eller socialpsykiatri under det senaste året. Psykisk ohälsa definierades som någon form av psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, vilken medfört lidande och/eller nedsatt funktion i vardagen.

Exklusionskriterier var att ha nära privat kontakt med forskaren och att ha nuvarande förekomst av psykisk sjuklighet av sådan grad att det föranledde ett behov av intensiva vårdinsatser, såsom heldygnsvård. Det sista kriteriet användes för att exkludera personer som mätte alltför dåligt, både av etiska skäl och eftersom syftet med studien var att intervjua personer i deras roll som personal. Forskaren valde att inte exkludera på grund av pågående psykisk ohälsa, då vissa diagnoser är mer eller mindre kroniska och kan innefatta symtom som går i skov (exempelvis cykloid psykos, bipolär sjukdom) och/eller är av en sådan art att den drabbade kan lära sig att hantera symtomen (exempelvis ADHD). I praktiken uppstod dock inga problem kopplade till detta och ingen person behövde exkluderas från studien.

**Deltagare.** Totalt inkluderades elva deltagare i studien. Deltagarna tillfrågades inte om demografiska faktorer, men urvalet bestod uppskattningsvis av nio kvinnor och två män i olika åldrar mellan 20 och 60 år. I intervjuerna framkom att deltagarnas arbetslivserfarenhet i människovårdande yrken varierade från några månader till nästan 30 år.

Deltagarna arbetade inom totalt nio olika yrkeskategorier, vilka var: psykolog, mentor, brukarinflytandesamordnare, underläkare, brukarspecialist, skötare, behandlingsassistent, sjuksköterska och boendestödare. Detta bedömdes ge en stor bredd. Tre deltagare hade anställningar där öppenhet om, och användande av, egna erfarenheter av psykisk ohälsa var ett krav. Hädanefter kommer peer-specialist att användas som beteckning för dessa tre.

Deltagarna tillfrågades aldrig om vad de hade för egna erfarenheter av psykisk ohälsa, men under intervjuerna framkom genom deltagarnas spontana beskrivningar att åtta deltagare själva hade varit drabbade, två deltagare både hade varit drabbade själva och som anhöriga samt att en deltagare hade en nära anhörig med psykisk ohälsa.

## **Datainsamling**

**Intervjuguide.** Intervjuguiden utformades med ett antal öppna frågor som berörde olika områden, vilka bedömdes vara relevanta utifrån tidigare forskning och forskarens förståelse kring ämnet (se Bilaga 5). Intervjuguiden användes först vid en pilotintervju med en deltagare, där den bedömdes fungera väl. Inga revideringar gjordes och materialet från provintervjun inkluderades i den färdiga studien.

Varje intervju inleddes med en öppen fråga om deltagarens upplevelser av att ha egna erfarenheter av psykisk ohälsa och arbeta inom psykiatri/socialpsykiatri. Denna breda fråga användes för att kort rama in deltagarens kontext. Många deltagare började direkt även berätta om hur de använde sina egna erfarenheter i arbetet. Om svaret på den inledande frågan inte innefattade något kring hur erfarenheterna användes så ställdes följdfrågor om detta.

Efter den inledande frågan ställdes fler utforskande frågor om olika aspekter kring användande av de egna erfarenheterna och olika faktorer som påverkade detta användande. Eftersom intervjuerna var semistrukturerade ställdes frågor i olika ordning och med olika formuleringar beroende på hur intervjun förlöpte. Forskaren ställde även följdfrågor kring områden som deltagarna berättade om, men som inte fanns med i intervjuguiden. Ibland ställdes också, i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009), medvetet ledande frågor för att verifiera huruvida forskarens tolkning av deltagarens upplevelser stämde överens med deltagarens egen uppfattning. Intervjuguiden användes således främst som ett stöd för intervjuaren och för att säkerställa samma områden skulle täckas in under samtliga intervjuer. Därför var inte heller alla frågor i intervjuguiden formulerade ordagrant, utan utgick i många fall från stödord för att beskriva områden av intresse.

I slutet av varje intervju tillfrågades deltagaren hur hen hade upplevt intervjun och om hen hade några synpunkter kring studien.

**Intervjuer.** Datainsamlingen skedde i form av semistrukturerade intervjuer, vilka tog mellan 45 och 83 minuter att genomföra. Intervjuerna ägde rum från december år 2015 till februari år 2016. Samtliga intervjuer spelades in. För detta ändamål användes en ljudinspelningsfunktion i en bärbar dator. Deltagarna fick själva önska plats för intervjun. Detta ledde till att fem intervjuer ägde rum i universitetets lokaler och de övriga sex på andra platser så som deltagares arbetsplatser eller hem. Dagen innan varje intervju skickades ytterligare information om studien till deltagaren (se Bilaga 6) via mail eller Facebook, beroende på hur deltagaren hade kontaktat forskaren. Detta fungerade också som en påminnelse om intervjutiden. Varje intervju inleddes sedan med att deltagaren på nytt fick samma information och fick möjlighet att ställa frågor om denna och om studien. Därefter fick deltagaren läsa igenom och skriva under en blankett om informerat samtycke (se Bilaga 7), varpå själva intervjun inleddes.

## **Analys**

**Transkribering.** Analysen inleddes med att forskaren transkriberade alla intervjuer ordagrant. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är transkribering, omvandlingen av talat språk till text, alltid en tolkande process. Även i de fall där målet är att göra en ordagrann transkription kommer oundvikligen sådant som tonfall, icke-verbala uttryck och kroppsspråk att gå förlorat i utskrivningsprocessen (Kvale och Brinkmann, 2009). Kvale och Brinkmann (2009) rekommenderar att forskare har tydliga kriterier för hur utskriften ska genomföras för att öka transkriptionernas reliabilitet. I denna studie användes följande riktlinjer:

- Intervjuerna skrevs ut så ordagrant som möjligt, vilket innebar att utfyllnadsord och upprepningar inkluderades.
- Icke-verbala uttryck såsom skratt och suckar noterades inom parantes.
- Pauser under intervjun noterades. Pauser kortare än ca 2 sekunder med ... och längre pauser med ... ..
- Intervjuarens stödord, såsom ”mm” och ”ja”, skrevs ut inom parantes.
- När forskaren hade svårt att höra vad som sades noterades detta inom parentes, antingen med frågetecken om forskaren inte alls kunde höra vad som sades, det vill säga: (??), eller med en möjlig tolkning av vad som sades, om forskaren hade en sådan, exempelvis (i mitt arbete?).
- Om någon avbröt den andra noterades detta med / i slutet på det avbrutna stycket och i början på det följande stycket.

Eftersom denna studie syftade till att undersöka innehållet i deltagarnas utsagor snarare än den språkliga formen noterades inte sådant som uttal eller förlängningar av ljud. Då samma person genomförde och transkriberade samtliga intervjuer i denna studie följdes riktlinjerna på samma sätt vid alla utskrivningar.

Alla intervjuer transkriberades så snart efter intervjutillfället som möjligt och samtliga inom en vecka från att de hade ägt rum. Detta gav forskaren möjlighet att använda sitt minne i de fall där något i ljudinspelningen gjorde det svårt att höra vad deltagaren sade. Transkribering av intervjuer pågick således parallellt med genomförande av intervjuer.

**Tematisk analys.** Transkriptionerna analyserades med hjälp av tematisk analys. Tematisk analys är ett vanligt tillvägagångssätt i kvalitativa forskningsstudier och kan användas i studier med varierade epistemologiska utgångspunkter baserade på olika slags textmaterial (Willig, 2013). Tematisk analys användes i denna studie då det är en vedertagen metod som tillåter forskaren att systematiskt identifiera teman och skapa struktur i sitt material. Forskaren utgick från tematisk analys såsom den beskrivs av Willig (2013). Denna utgår ifrån tre huvudsakliga steg:

- Genomläsning av materialet och kodning av data. Kodning innebär att forskaren identifierar meningsenheter, vilka kan vara rader eller stycken, och namnger dessa med en kod som sammanfattar deras mening/innebörd.
- Formulering av teman. Koder klustras ihop till teman, vilka är beskrivningar av en högre ordning. Teman ska spegla aspekter av data som är relevanta för studiens frågeställningar.



- Genomgång och revision av teman. Efter den initiala tematiseringen går forskaren igenom alla teman för att, vid behov, göra ändringar, sammanfoga teman till enheter av högre ordning, gruppera möjliga underteman och/eller ta bort teman som inte bedöms vara relevanta för frågeställningarna (Willig, 2013).

Analysen i denna studie följde dessa steg. Efter den slutgiltiga tematiseringen lästes samtliga intervjutranskriptioner igenom en gång till för att kontrollera att de teman som hade identifierats speglade materialet och att inga viktiga aspekter hade missats.

Både kodning och tematisering innefattar tolkning och teman är alltid konstruktioner skapade av forskaren, men med grund i data (Willig, 2013). För att öka tydligheten i hur denna process har skett ges nedan två exempel på kodning och tematisering.

## Tabell 1

### *Exempel på stegen i den tematiska analysen*

Exempel 1.	
Citat	Främst är det ju de som har liknande problematik, att jag kan känna igen mig väldigt väl och jag kanske kan få en djupare förståelse än vad många andra som inte har upplevt det själva kanske får, att jag kan känna så pass starkt att ”okej, nu vet jag vad det här handlar om”, jag förstår precis den här frustrationen som man kan känna.
Kodning	En djupare förståelse för patienternas problematik och känslor, framförallt patienter med samma diagnos som en själv
Undertema	Betydelsen av likhet med patienter/brukare för ökad förståelse
Tema	En djupare förståelse
Exempel 2.	
Citat	Jag har nog känt att, att jag försöker se varje patient som en individ, och lyssna mycket på dem istället för att bara dra mina egna slutsatser väldigt fort så, så lyssnar jag på patienten och försöker höra vad de har för idéer och tankar och så där, för att kunna, för då kan ju patienten vägleda mig i mitt arbete.
Kodning	Att försöka se patienten som en individ och skapa ett samarbete
Undertema	Att se individen
Tema	Bemötande

## **Etiska överväganden**

**Informerat samtycke.** Alla deltagare delgavs skriftlig information om studiens syfte och utformning. Deltagarna fick en något mer kortfattad information i samband med rekryteringen (se Bilaga 3 och Bilaga 4) och en mer utförlig information elektroniskt dagen innan intervjun samt i pappersform vid tillfället för intervjun (se Bilaga 6). Efter att ha läst denna information fick deltagarna möjlighet att ställa frågor. Efter detta fick deltagarna skriva under en blankett om informerat samtycke (se Bilaga 7) där det framgick att de hade fått information om studiens syfte och utformning och att de samtyckte till att delta.

**Konfidentialitet och anonymitet.** Enbart forskaren känner till vilka personer som har deltagit i studien och har ensam tillgång till alla ljudfiler och fullständiga transkriptioner. I transkriptionerna har alla personnamn och ortsnamn tagits bort. Samtliga citat som har använts i den färdiga uppsatsen är avidentifierade och alla deltagare är således anonyma i slutresultatet. I enstaka fall, där detta har bedömts vara relevant för förståelsen av innehållet, men utan att göra deltagaren alltför identifierbar för utomstående, har citat där yrkestillhörighet framgår använts.

För att ytterligare förstärka konfidentialiteten valde forskaren att inte ge deltagarna fingerade namn eller någon form av numrering för att visa vilka citat som tillhör vem. Detta gjordes eftersom deltagarna hade blivit mer identifierbara om flera citat hade gått att koppla till samma person. Denna extra hänsyn togs då vissa deltagare berättade öppet i intervjuerna om sina egna diagnoser och upplevelser, men samtidigt inte var öppna om detta på sina arbetsplatser. Därför var forskaren extra noga med att ingen deltagare skulle kunna identifieras i slutresultatet, exempelvis av kollegor med god kännedom om personens yrkesutövande. Denna försiktighetsåtgärd har dock nackdelen att det inte är tydligt i slutprodukten att citat från samtliga deltagare har använts. Forskaren bedömde emellertid att det var viktigare att värna om konfidentialiteten, även om det skedde på bekostnad av tydligheten i att kunna följa deltagarna genom texten.

**Särskilda överväganden avseende intervjufrågor.** Syftet med denna studie är att undersöka hur personal upplever själva användandet av personliga erfarenheter av psykisk ohälsa, oberoende av vad denna ohälsa består av. Därför ställdes inga frågor om deltagarnas eventuella diagnoser, sjukdomsupplevelser och/eller specifika vårderfarenheter. I de fall där sådan information framkom var det deltagarna som spontant valde att delge den. Samtliga frågor som ingick i intervjuguiden utgick från hur deltagarna, i rollen som personal, upplevde att de utförde sitt arbete. Att studien fokuserade på deltagarnas yrkesutövning förmedlades också tydligt i den information om studien som gavs till deltagarna.

I slutet av varje intervju tillfrågades deltagarna hur de hade upplevt intervjun. Detta gjordes för att deltagarna skulle få möjlighet att ta upp eventuella känslor som intervjun hade väckt och ge utrymme för synpunkter på intervjufrågorna. Samtliga deltagare hade upplevt sina intervjuer positivt och upplevde att frågorna var relevanta.

**Särskilda överväganden vid rekrytering.** All rekrytering har skett via kanaler som är baserade på frivillighet (sociala medier, frivilligorganisationer, personliga kontakter). Forskaren valde dessa rekryteringssätt istället för att vända sig direkt till någon arbetsgivare dels för att behandlarna inte skulle kunna känna sig tvingade att delta, dels för att de inte skulle vara tveksamma till att delta av rädsla för att deras chef och/eller kollegor skulle få vetskap om deras deltagande. Samtidigt medför rekrytering via sociala medier vissa andra etiska överväganden. För att tillförsäkra potentiella deltagare konfidentialitet uppmuntrades deltagarna att kontakta forskaren via e-mail eller personliga meddelanden istället för att anmäla sitt deltagande via någon öppen kommentarsfunktion. Inga deltagare som hade nära personlig eller professionell kontakt med forskaren inkluderades.

### **Resultat**

Analysen ledde fram till att åtta huvudteman och ett antal underteman identifierades (se Tabell 2). Deltagarna beskrev att de använde egna erfarenheter av psykisk ohälsa på ett flertal olika sätt i sitt arbete. Samtliga deltagare såg dessa erfarenheter som en tillgång i arbetet, och tio av elva deltagare var tydliga med att de ansåg att fördelarna övervägde nackdelarna. Deltagarna beskrev också ett antal olika faktorer som påverkade deras arbetssituation och hur de använde sina egna erfarenheter, till exempel attityder från kollegor och rollkonflikter.

Av etiska skäl har deltagarna inte getts några fingerade namn eller någon form av numrering som skulle göra att de går att följa genom uppsatsen. Citat från samtliga deltagare har dock använts och forskaren har eftersträvat en relativt jämn balans mellan deltagarna. Eftersom intervjuerna skilde sig åt avseende både längd och innehåll har dock ingen helt jämn fördelning uppnåtts.

För att underlätta läsbarheten har det gjorts små språkliga justeringar i de citat som återges. Detta innebär att visa upprepningar och ord som inte bedömts vara meningsbärande har tagits bort. Dessa ändringar har gjorts utan att förändra innebörden i citaten. I de fall då forskaren bedömde att någon eller några meningar i mitten av ett citat inte tillförde något nytt eller inte var relevanta för temat så har dessa meningar utelämnats. Detta har markerats med /.../.

Tabell 2

*Studiens resultat indelade i teman och underteman*

Teman	Underteman
En djupare förståelse	Betydelsen av likhet med patienter/brukare Att se sådant som annan personal missar Att bygga broar Att vara en extra kunskapskälla
Ett bra bemötande	Att se individen
Vikten av att känna sig själv	Att känna till sina gränser och begränsningar
Att berätta för att hjälpa patienten/brukaren	Att avdramatisera och minska maktobalans Att vara en förebild och inge hopp Att förmedla förståelse och bygga relation Att ge inspiration och råd Att välja det patienten/brukaren kan gagnas av Att berätta när patienten/brukaren frågar
Valet att inte berätta	Att ta hand om patienten/brukaren Att ta hand om sig själv
Rolltagande och rollkonflikter	Särskilda utmaningar i rollen som peer-specialist
Att ta upp patient- och brukarperspektivet	
Den psykiska ohälsan som en resurs	

### **En djupare förståelse**

Samtliga deltagare beskrev att deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa gav dem en djupare förståelse för, och en ökad insikt i, patienters/brukares upplevelser och tillvaro. De upplevde att deras egen levda erfarenhet gav dem ökad kunskap om olika psykiatriska tillstånd och att erfarenheterna bidrog till en ökad förmåga att sätta sig in i och känna in patienternas mående. Den ökade förståelsen kunde grunda sig i diagnosspecifika erfarenheter (exempelvis av att ha varit manisk), mer symtomspecifika erfarenheter (exempelvis ångestupplevelser) och/eller generella upplevelser (exempelvis av att vara hjälpsökande). En deltagare beskrev detta på följande vis:

Man får lite ökad förståelse för andra människor överlag, hur det kan vara och lättare att förstå när det är tungt, att det är jobbigt för någon, att det inte räcker att bara säga ”skärp dig” eller ”gaska upp dig” eller så här. Så att den biten tror jag att jag har liksom större förståelse för patienterna i de situationerna som de har varit. Även om

jag kanske inte direkt kan relatera till just deras situation så kan man liksom ändå tänka sig in i att det inte är så lätt alltid.

Flera deltagare beskrev också att de upplevde sig ha en ökad empati för sina patienter/brukare. Fyra deltagare använde ord som ”empati” och ”empatisera” för att beskriva detta, men fler framhöll att de egna erfarenheterna gav dem inblick i hur olika tillstånd kan kännas och att de därigenom fick en ökad förståelse för patienternas/brukarnas känslor:

Jag upplever ju att jag kan empatisera, alltså med patienterna, där jag tänker att man kanske utan erfarenhet kan sympatisera eller försöka föreställa sig, men att man med erfarenhet faktiskt vet hur olika fenomen känns, alltså hur det känns att ha en enorm ångest, hur det känns att vara jättedepimerad, hur det känns att känna sig stigmatiserad, till exempel, såna här grejer att man, jamen man kan empatisera med patienten och det tror jag ger någonting mer, definitivt.

Flera deltagare upplevde också att de hade en ökad respekt och ödmjukhet inför psykisk ohälsa som följd av sina egna upplevelser. De beskrev en bättre förståelse för kraften hos psykiskt lidande och en ökad insikt i hur svårt det kan vara att ändra och komma ur negativa mönster. Det framkom även en djupare förståelse för att psykiska besvär kan påverka individen på genomgripande sätt, exempelvis genom inverkan på den kognitiva förmågan. En deltagare uttryckte detta på följande vis:

Det fanns en kraft i det, och i ångesten också, fruktansvärd upplevelse, alltså hemsk, så kraften i det – min upplevelse av den kraften har nog skänkt mig en viss respekt för hur mycket man kan rå på dem. /.../ Det kan jag nog identifiera mig rätt mycket med, liksom att det här är inte lätt alltså, så där, det är rätt så jävla krångligt att få bukt med.

Många deltagare beskrev också att deras upplevda erfarenheter var ett viktigt komplement till annan kunskap. Deltagare upplevde att egna erfarenheter i kombination med utbildning och yrkeslivserfarenhet skapade en djupare förståelse grundad i både teori och praktik. Flera deltagare upplevde att de egna erfarenheterna bidrog till en erfarenhetskunskap som inte går att läsa sig till:

För även om vi kan läsa allting i böcker så kan du aldrig veta fullt ut, för det kan vi inte. Vi, vi kan vara jätteduktiga, vi kan ha massa fakta, men gå i mina skor en dag så ska du få se hur det är, för du vet, jag vet. Och det kan ingen ta ifrån en.

**Betydelsen av likhet med patienter/brukare.** Samtliga deltagare beskrev på olika sätt att upplevd likhet med patienter/brukare påverkade i vilken utsträckning de upplevde sig ha en ökad förståelse för dem. Deltagarna beskrev främst likheter avseende psykisk ohälsa, det vill säga huruvida ens patienter/brukare hade samma typ av psykiatrisk problematik som man själv hade erfarenhet av. Några deltagare berörde dock även betydelsen av likhet avseende andra livsomständigheter. Det fanns skillnader mellan deltagarna avseende om de uppfattade att likheter avseende psykisk ohälsa bidrog till eller försvårade förståelsen av patienter/brukare.

Fem deltagare upplevde att de hade störst nytta av sina egna erfarenheter i arbetet med patienter/brukare som hade samma typ av problematik som de själva hade haft. Dessa deltagare upplevde sig ha bäst förutsättningar för ökad förståelse och empati när deras egna erfarenheter hade varit snarlika patienternas/brukarnas. De beskrev en djupare förståelse för hur själva de psykiska tillstånden känns och upplevs och även en ökad insikt i vad som kan kännas hjälpsamt. Dessa deltagare upplevde dock att de även kunde ha viss nytta av de egna erfarenheterna i arbetet med andra patientgrupper genom att de fick en ökad förståelse för mer generella erfarenheter, exempelvis upplevelser av skam, utsatthet, hjälpsökande, ångest och stress. En deltagare beskrev detta på följande vis:

Främst är det ju de som har liknande problematik, att jag kan känna igen mig väldigt väl och jag kanske kan få en djupare förståelse än vad många andra som inte har upplevt det själva kanske får, att jag kan känna så pass starkt att ”okej, nu vet jag vad det här handlar om”, jag förstår precis den här frustrationen som man kan känna. Men även andra, alltså andra patienter, där kanske jag mer känner ”okej, jag kanske inte förstår just dig, men jag förstår att det är jobbigt”.

Tre deltagare upplevde att deras egna erfarenheter bidrog till ökad förståelse för de flesta patienter/brukare och att de oberoende av diagnoser kunde hitta gemensamma nämnare med de flesta. Deltagarna upplevde sig ha en ökad förståelse och respekt för många former av psykisk ohälsa och använde sig i stor utsträckning av egna erfarenheter som inte var diagnosspecifika. En deltagare beskrev detta kopplat till återhämtning:

Det finns något lite magiskt i det där att man faktiskt vet hur det har varit. Även om ohälsan är olika, alltså oavsett om man har psykos eller depression eller vad man har haft, så finns där saker i processen när det vänder och innan det vänder – alltså vi alla

måste någonstans ner i avgrunden och alla måste vi någonstans kapitulera för alla gamla vägar, söka nya vägar.

Tre deltagare upplevde att de lättare fick en god och riktig förståelse för patienter/brukare som inte var alltför lika dem själva. Dessa deltagare fungerade bättre i arbetet med patienter/brukare vars grundproblematik inte påminde för mycket om den egna, men där de kunde känna igen och förstå vissa upplevelser och symtom. Svårigheter kunde uppstå i arbetet med patienter/brukare som väckte känsliga och/eller ofärdiga saker hos deltagarna själva eller när de mötte patienter/brukare med problematik som liknade den egna, men där patienten/brukaren inte kunde hantera sin sjukdom lika väl som deltagaren hade gjort. Arbetet med sådana patienter/brukare kunde väcka starka känslor, ge upphov till irritation/frustration eller bidra till missförstånd. En deltagare beskrev erfarenheter av att inte förstå på följande vis:

Men jag har haft erfarenheter där jag har trott att jag har förstått den andre, och jag förmodar att det handlar om att jag sätter den för mycket i min egna erfarenhet där. Det har nog, det känner jag igen att det har hänt, jag klarar inte komma med exempel men det har hänt när man då får en reaktion som säger att det inte så det är ”nu har du missförstått”. Då har jag kanske tänkt för mycket att den är som jag eller att den upplevelsen är som mina upplevelser.

**Att bygga broar.** Åtta deltagare upplevde att de använde sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa för att bygga broar och främja kommunikation, dels mellan personal och patienter/brukare, dels mellan patienter/brukare och deras anhöriga. Deltagarna beskrev att de kunde använda sin ökade förståelse och dubbla kunskap – att de både var personal och hade erfarenhet av att vara patienter/brukare – för att kunna kommunicera väl med både kollegor och patienter/brukare. Detta gjorde det möjligt för dem att förklara, förtydliga och reda ut missförstånd, och på så vis fungera som en bro:

Om jag pratar med en personal så kan jag prata med en brukare sen och lite säga ”ja, men så här tänkte ju personalen hur skulle du förhålla dig till det?” ”Ja, men så trodde ju inte jag de tänkte”, säger den, så då blir man lite så här mellanled, liksom, för att jag kan prata med båda grupperna.

De deltagare som också hade erfarenheter av att vara anhöriga till någon med psykisk ohälsa upplevde att de kunde använda dessa erfarenheter för att bygga broar mellan

patienter/brukare och deras anhöriga. Dessa deltagare beskrev att de använde sina egna erfarenheter för att beskriva hur upplevelserna hos en anhörig kan se ut, för att på så vis skapa ökad förståelse och bättre kommunikationsmöjligheter. En deltagare gav följande exempel:

Men typ som min mamma får ju passa sina, sitt barnbarn och så, och när någon annan pratar om det, att man kanske inte får, så förstår jag även liksom båda sidorna, men det kan vara svårt att förklara det för personen då, att man förstår att när personen är i dåligt skick så vill man ju inte lämna sina käraste ägodelar, liksom, men det kan också hjälpa, för då kan jag försöka förklara den anhöriges perspektiv, till exempel.

**Att se sådant som annan personal missar.** Sju deltagare beskrev att de kunde fånga upp saker hos patienter som övrig personal missade genom att utgå från sina egna erfarenheter och sin ökade förståelse för, insikt i, och medvetenhet om psykisk ohälsa och dess uttryck. Deltagare beskrev att de kunde lägga märke till sjukdomstecken, uppmärksamma problem och förutsäga beteenden hos patienter/brukare oftare och fortare än många kollegor. En deltagare gav följande exempel:

Men för att ta ett exempel så kan man kanske inom vården se det som väldigt positivt när en patient med en ätstörning går upp i vikt och det går bra och den äter och hej och hå, det hära liksom klassiska, och inte ifrågasätta detta överhuvudtaget. Men jag som då har egen erfarenhet kan se att det definitivt är någonting att problematisera när det går så där fläckfritt för någon med den problematiken, för att det finns ofta, väldigt ofta skulle jag vilja säga, en duktigshetsgrej i det hela, och att det då kan bli direkt farligt att enbart skriva ut på grund av, bara på det skälet att det går framåt eller vad man ska säga. Så där kan jag, där är sånt typiskt exempel på hur jag kan känna att eftersom jag har lite djupare förståelse än andra så kan jag se problem som de inte kan se.

Deltagarna beskrev att de egna erfarenheterna bidrog till att de formulerade hypoteser om patienter/brukare, vilka de sedan prövade och som många gånger visade sig stämna. En deltagare uttryckte detta på följande sätt:

Med ätpatienterna kan jag ju fånga faktiskt rätt så snabbt ”Oops, här har vi nog en oupptäckt ADHD” utifrån hur, man tittar på hur hetsätningarna ser ut och vad det är som driver på. Så där har jag väl fångat någon som faktiskt har fått diagnos efteråt.



Flera deltagare beskrev också erfarenheter av att ha fört fram sina observationer och hypoteser angående patienter/brukare inför kollegor för att på så vis påverka vården. Vissa tog upp sina iakttagelser och frågor genom att öppet dra paralleller till sina egna erfarenheter, medan andra enbart utgick från patienten/brukaren i sina formuleringar. Hur deltagarna valde att framföra sina observationer hängde samman med hur öppna de var om sina egna erfarenheter inför kollegor på arbetsplatsen.

**Att vara en extra kunskapskälla.** Sex deltagare upplevde att deras egna erfarenheter gjorde dem till en extra kunskapskälla på arbetsplatsen, antingen för enskilda kollegor eller för personalgruppen i stort. Flera deltagare beskrev att kollegor som kände till deras erfarenheter använde dem som en resurs och bad om råd och hjälp kring bemötande, behandling och upplevelser av psykisk ohälsa för att få vägledning i sitt arbete med patienter/brukare. En deltagare beskrev följande erfarenhet av detta:

Jag hade en kollega på min förra arbetsplats som jag berättade för och då kunde hon vid vissa tillfällen komma till mig och säga så här ”du, nu gör hon, den här patienten, så här och så där, blir det då rätt om jag går in?” alltså att hon kunde se mig som en extra kunskapskälla.

Flera deltagare beskrev att de ofta bidrog med sin kunskap när de upplevde att annan personal hade bristande insikt i eller förståelse för patienternas/brukarnas upplevelser. De kunde då ta hjälp av sina egna erfarenheter för att exemplifiera och belysa hur personer med psykisk ohälsa kan må och fungera på olika sätt. En deltagare resonerade på följande sätt kring att berätta om egna erfarenheter för annan personal i utbildande syfte:

Om jag berättar mina grejer så kanske de lär sig, eller de säger ”åh, men så trodde inte jag man skulle tänka eller känna”. Om jag satt helt tyst så trodde de typ att då tänker man ju inte alls för då sitter man ju bara där, så sade jag ”det är precis tvärtom för mig”, för då tänkte jag dubbelt så mycket, för jag behövde ju inte slösa energi på att prata, så då kunde jag ju liksom tänka ännu mer. De bara ”jaha, men gud vad hemskt, och vi som tror våra patienter bara sitter där och glör” och jag bara ”oh”, alltså, det gjorde ju nästan så här ont i en.

## Ett bra bemötande

Samtliga deltagare upplevde att deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa påverkade hur de bemötte sina patienter/brukare. Detta kunde yttra sig i ett lugn, en inkännande framtoning och ett genuint intresse för patienten/brukaren och hans situation. Deltagarna beskrev också att de kunde bemöta patienter/brukare med större respekt och mer som jämlikar än viss annan personal. Detta kunde leda till att de ibland var tuffare än sina kollegor och vågade konfrontera patienter/brukare mer – men ofta till att de var mjukare än sina kollegor och försökte förmedla förståelse, omtanke och ödmjukhet inför patienterna/brukarna och deras önskemål. En deltagare gav följande exempel:

Ja, det var till exempel då en patient som, det var ju en slutet avdelning och patienten ville åka hem, hon trivdes inte där, och mina kollegor kunde vara ganska hårda då och säga att ”nämen nu får du bestämma dig, antingen så blir du utskriven och då är du inte välkommen tillbaka, då får du klara dig själv, eller så får du bestämma dig och vara kvar här och göra allting som vi säger” och så där. Och då tyckte jag det var väldigt hårt, och det var jag som skulle skriva ut patienten så i mitt utskrivningssamtal var jag ju mycket mer mild och liksom sade att ”jag förstår att det är jättejobbigt för dig att vara här, jag förstår att du har ju liksom tagit ditt beslut att du vill lämna” och ja, jag var liksom mer förstående mot hennes situation.

Deltagarna upplevde även att de både vågade och tänkte på att ställa fler frågor och andra frågor än vad många kollegor gjorde. Många beskrev att detta hängde samman med att deras egna erfarenheter gjorde det lättare för dem att möta och prata om psykisk ohälsa, framförallt eftersom de inte var rädda för att komma i kontakt med de starka och svåra känslor som kan finnas hos patienter/brukare. Detta ledde till att de vågade fråga djupare om patientens/brukarens upplevelser, mående och existentiella funderingar istället för att fastna på symtomnivå:

Man frågar lite mer om ens existentiella tankar eller liksom djupare tankar om livet snarare än att bara gå in på: hur ser sömnen ut? Hur ser matvanorna ut? Och vad orkar du ta dig an? Utan att man kanske vågar fråga de lite djupare frågorna för att man vet att de har betydelse, i de allra flesta fall, i alla fall, att få lov att prata om det.

Deltagarna upplevde också att genom att bemöta patienter/brukare respektfullt, intonande och genuint så kunde de skapa goda relationer. Flera deltagare betonade betydelsen

av relationen/alliansen i människovårdande yrken och beskrev hur de i sitt arbete kunde utgå från egna vårdupplevelser kopplade till bemötande och relationsskapande:

Jag tänker ju mycket tillbaka: vad var det som räddade mig? Vad var det som hjälpte mig? Vad var viktigt för mig? Vad tycker jag var jobbigt? Vad tyckte jag var lättare? Vilka möten fick mig att haka till och alltså tänka till? Och sånt där och så tar man alla sina erfarenheter med sig: ”Jamen, som hon vill jag vara, som den läkaren, hon bemötte mig bra, men den här läkaren på det här stället, nej, det var inte bra, så vill jag inte jobba” och så, så att man tar det med sig.

Många av deltagarna beskrev att de medvetet och planerat drog nytta av sina egna erfarenheter när de bemötte sina patienter/brukare, exempelvis genom att försöka bemöta patienter/brukare såsom de själva uppskattat att bli bemötta. Majoriteten av deltagarna upplevde dock att de egna erfarenheterna även bidrog till en slags magkänsla, intuition och/eller utstrålning, vilken upplevdes vara mer oplanerad, diffus och svår att sätta ord på. De upplevde dock inte heller att de behövde kunna verbalisera denna magkänsla för att använda den. En deltagare beskrev det på följande sätt:

Jag tror det är mer att man uppträder på ett annat sätt kanske, lugnare. Vad man utstrålar, tror jag, har nog med det att göra, så det är nog inte så mycket hur man tänker på hur man gör utan det bara, man bara är.

**Att se individen.** Samtliga deltagare beskrev att en viktig aspekt av deras bemötande var att möta varje patient/brukare som en unik individ och att vara intresserad av att förstå hur just den person de har framför sig upplever sin verklighet. Deltagarna upplevde att det var viktigt att fråga om, och uppmärksamma, vad den enskilda patienten/brukaren vill och behöver – något som de själva ibland hade saknat i den egna vården. En deltagare beskrev detta på följande sätt:

Men att man ser individen, och det kanske jag tjar om också mycket utifrån min egen erfarenhet liksom, att alla patienter på en psykiavdelning, de är inte likadana bara för att de är psykiskt sjuka utan man måste se individen. Någon kanske vill lyssna på musik, en annan vill spela spel och en annan vill träna, eller vad det nu kan vara.

Deltagarna betonade betydelsen av att försöka förstå den unika individen eftersom ingen människa är den andra lik, även om de kan ha vissa symtom gemensamt. Betydelsen av

att inte ha förutfattade meningar om patienter/brukare och att inte betrakta dem i huvudsak som en diagnos, utan att istället utforska så öppet och fördomsfritt som möjligt lyftes fram. En deltagare beskrev hur de egna erfarenheterna hindrade hen från att fastna i ett kategoriskt och diagnostiskt tänkande på följande vis:

Och likaså, tänker jag att respekten inför de här fenomenen, så att säga, i och med att själv ha upplevt en del av dem, också underlättar litegrann, därför det hindrar mig från att gå direkt in i någon sån här uppfostrande roll då istället, som är ganska vanlig inom psykiatrin så här att ”nämen, då ska du göra ditten och så ska du göra så och sen ska du se att det blir bättre” och så vidare, hit och dit, och det stärker ju sällan relationen liksom, utan det blir liksom mer då öppet på något vis, liksom, jag menar ”hur ser din berättelse ut om det här liksom, vad är dina upplevelser?”. Och sen så att stanna kvar i det snarare än att direkt gå in i liksom en massa aktiviteter.

Majoriteten av deltagarna upplevde att deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa och vård innebar att de hade ett större fokus på att bemöta patienter/brukare som unika individer, eftersom de själva hade personliga upplevelser av hur viktigt det är att behandlas som en unik, intressant person. Flera deltagare belyste betydelsen av att ställa frågor, vara nyfiken och att inte förutsätta att patientens/brukarens upplevelser är desamma som ens egna. En deltagare diskuterade huruvida det fanns en risk att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa skulle kunna blanda in för mycket av de egna erfarenheterna i sin förståelse och därmed ha svårare att se patienter/brukare som unika individer på följande vis:

Möjligheten finns väl alltid, tänker jag. Men samtidigt tycker jag det är ett trist sätt att se på personer med erfarenhet för att man har ju också varit i många vårdsammanhang själv och mött väldigt många olika människor som alla skiljer sig på ett eller annat sätt från en själv och den kunskapen har man ju, att man inte är som någon annan även om man på många sätt kan vara lik, alltså, sjukdomen har ju ändå en likhet oavsett vem den drabbar, men att man som person så klart är olika. Man kan bli lite fundersam över varför man inte skulle förstå det som någon som själv har varit drabbad eller varför man skulle, varför det inte skulle vara en självklar kunskap liksom.

### **Vikten av att känna sig själv**

Samtliga deltagare upplevde att en förutsättning för att personal ska kunna använda egna erfarenheter av psykisk ohälsa på ett bra sätt i sitt arbete är att dessa erfarenheter är

bearbetade, begripliggjorda och under kontroll för en själv. Ingen förespråkade uppfattningen att man bör vara helt fri från psykisk ohälsa för att kunna fungera som personal, däremot berörde flertalet vikten av att inte vara för sjuk samt att ha en god självinsikt och medvetenhet om sitt eget funktionssätt. En deltagare beskrev detta på följande vis:

Men det kräver nog en del att man har kommit en bit i sin utveckling och så där, lärt sig hantera sig själv och sina känslor och så, som om man är deppig en dag så kanske man tänker ”nämen, nu är jag bara, jag är deppig idag, så jag vet att det här färgar hur jag upplever en situation” och då agerar man inte på det. /.../ och då kräver det ju att man uppmärksammar hur mår jag idag? Vad är det som gör att jag upplever det jobbigt? Behöver jag säga ifrån eller inte? Så det kräver en del av en.

Deltagarna beskrev även betydelsen av att kunna ha en lagom distans både till sina erfarenheter av psykisk ohälsa och till sina erfarenheter av vård. Flera deltagare beskrev balansen mellan att vara en professionell yrkesutövare och samtidigt känna empati och använda de egna erfarenheterna som en emotionell resonansbotten:

Jag blir inte illa berörd när jag möter patienter som mår väldigt dåligt, liksom, alltså det triggas inte igång minnen hos mig eller så /.../ Det är klart att jag känner empati och medkänsla och så, men du måste, i empati så måste du ju ha en viss distans också, du kan ju inte bara ta emot allt för då kan du, då tänker du inte klart och då kan du ju inte hjälpa.

**Att känna till sina gränser och begränsningar.** Samtliga deltagare upplevde att det var viktigt för dem att känna sina egna gränser i relation till de egna erfarenheterna, både av hänsyn till patienten/brukaren och som en form av självomhändertagande. Detta innefattade att ha en medvetenhet om vad som var för känsligt att berätta, vilka situationer som kunde vara påfrestande och vilka patienter/brukare som kunde trigga igång svåra känslor i en själv. Flera deltagare beskrev också betydelsen av att vara uppmärksam på sig själv och ta hjälp av kollegor för att snabbt kunna lägga märke till om det uppstod svårigheter eller missförstånd i kontakten med patienter/brukare. En deltagare beskrev detta på följande sätt:

Det är därför man behöver ha sina kollegor runtomkring sig, och därför man också behöver veta: vilka är mina svaga punkter? Vad är det jag inte kan förhålla mig till? Och vad får igång mig? Alltså vad gör mig arg, ledsen, vad går in för mycket på

djupet, så att man vet att okej, här kommer en människa, i det här läget, det här är ingenting jag mäktar med just nu, så då måste någon gå in och ta det.

Ett antal deltagare beskrev att det kunde finnas patienter/brukare som de hade svårt för att arbeta med. Några deltagare berättade att de aktivt hade valt bort att arbeta med vissa patientkategorier, då de var medvetna om att de ibland kunde ha svårt att förhålla sig professionellt och arbeta konstruktivt i relation till dessa. En deltagare gav följande exempel:

Jag har svårast att använda mig av min egen erfarenhet, det är när jag samarbetar med människor med opiatmissbruk. För opioiderna de liksom kidnappar människor på ett sätt som jag finner väldigt svart, och det har orsakat så mycket svår smärta för mig själv i mitt eget liv som jag kanske inte är riktigt färdig med alla delar /.../ Det kommunicerar jag ju i mitt team, brukar säga det alltså ”är det en heroinmissbrukare, snälla inte jag, snälla inte jag som samordnare, jag blir bara förbannad på dem”.

Dessa deltagare var tydligt medvetna om sina egna begränsningar och att de ofta valde bort att arbeta med patienter/brukare som väckte alltför starka känslomässiga reaktioner hos dem själva. Majoriteten av deltagarna upplevde inga sådana begränsningar, men i de fall där det förekom valde deltagarna istället att arbeta med patienter/brukare där de egna erfarenheterna blev en tillgång istället för en försvårande omständighet. En deltagare beskrev sitt val av arbetsområde på följande sätt:

Min erfarenhet hjälper mig just med de patienterna jag träffar, det gör den faktiskt, med psykospatienterna, men det är ju också mer utifrån att kunna identifiera sig om att vara i någon form av sårbar position så att säga, egentligen /.../ men det är precis som att jag har skaffat mig ett litet så här bo inom psykiatrin där jag känner att jamen ”här kan jag jobba”.

### **Att berätta för att hjälpa patienten/brukaren**

Sex deltagare hade någon gång berättat för patienter/brukare om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Av dessa berättade fyra (varav tre var peer-specialister) ofta, en ibland och en sällan om den egna psykiska ohälsan för patienter/brukare. Gemensamt för alla sex var att de berättade om sina egna erfarenheter för att hjälpa, stötta och visa förståelse för patienten/brukaren på olika sätt.

**Att avdramatisera och minska maktobalans.** Samtliga sex deltagare beskrev att de hade berättat om sina egna erfarenheter för patienter/brukare för att minska upplevelsen av

”vi-och-dem”, reducera maktobalansen i relationen och avdramatisera psykisk ohälsa.

Deltagarna upplevde att detta kunde leda till att patienterna/brukarna slappnade av och att mötet blev mer genuint och jämlikt. En deltagare beskrev detta på följande sätt:

Jag blir inte så hotfull och man är inte rädd för att misslyckas eller göra fel om man är mycket mer öppen... Nämen någonstans är man helt plötsligt liksom inte, ja, för vi är ju fortfarande behandlare och patient, men vi är ändå liksom någonstans liksom mer på samma nivå, för jag blir inte speciellt hotfull.

**Att vara en förebild och inge hopp.** Fem av deltagarna beskrev att de berättade om sina egna erfarenheter för att vara en förebild och inge hopp till patienter/brukare genom att visa att psykisk ohälsa kan drabba vem som helst och att det också går att återhämta sig. En deltagare uttryckte detta på följande vis:

Jag försöker använda det genom att vara en förebild och säga att jag har också varit där nere och idag jobbar jag och fungerar, liksom, för när jag pluggade min specialistutbildning så var jag dålig och då var det en av mina lärare som uppmärksammade det och så berättade hon om sitt, sina problem och hon var ju min idol, liksom, jag tyckte hon var så himla bra, så det var så jäkla skönt att se att någon som hon också kunde vara dålig, så därför försöker jag ”give it back” till andra, liksom. Mm. För hoppet är väl det man förlorar ofta när man är dålig och då måste vi, personal, stå för det, då tycker jag att jag kan ställa upp med min egen erfarenhet.

**Att förmedla förståelse och bygga relation.** Fem av deltagarna beskrev att de berättade om sina egna erfarenheter för att förmedla en förståelse för patienten/brukaren och hans upplevelser och för att underlätta i etablerandet av en god relation och allians. Peer-specialisterna upplevde att det kunde räcka att patienten/brukaren visste att personen de mötte hade egna erfarenheter, utan att deltagarna ens behövde berätta särskilt mycket om vad erfarenheterna faktiskt bestod av, för att detta skulle ge god effekt på relationsbyggandet. En peer-specialist beskrev att hen i början av varje kontakt gjorde en bedömning av hur mycket som var lämpligt att berätta för att skapa ett ökat förtroende hos patienten/brukaren:

Jag får väl känna av lite när jag träffar personen, alltså första mötet om, jamen så är det ju, med vissa kan man ju känna en connection direkt, alltså det är väldigt lätt och de pratar. Då behöver jag kanske inte prata så mycket, utan jag lyssnar, men sen med andra om de kanske är lite mer så där avvaktande, då kanske jag får börja med att

berätta hur jag har mått eller när jag har liksom, för att de ska känna att ”okej, jaja, men, du verkar veta vad du pratar om” eller så, för att liksom få en allians om man säger så.

**Att ge inspiration och råd.** Fyra av deltagarna berättade om sina egna erfarenheter kring tillfrisknande och återhämtning för att ge patienter/brukare inspiration, tips och råd kring hur olika svårigheter kan hanteras och lösas. Dessa deltagare upplevde att råd och förslag från någon som själv har varit i en liknande situation kunde tillmätas större tyngd och uppfattas på ett annat sätt än råd från annan personal. En deltagare beskrev detta på följande vis:

Jag kan snabbare, lite ge tips och lösningar kanske på ”okej så här funkade det för mig, tror du det skulle funka för dig?” Men om man inte har egen erfarenhet så har du ju inte, då har du ju inte provat på, du har inte haft problemen eller vad det nu kan vara, då kan man ju inte heller tipsa på lika sätt kanske.

**Att välja det patienten/brukaren kan gagnas av.** Fyra av deltagarna beskrev att de noga valde vilka aspekter av sina erfarenheter som de berättade om för olika patienter/brukare och anpassade innehållet till den person de mötte. Deltagarna betonade att de tydligt tänkte på att patienten/brukaren skulle gagnas av att höra just detta och att de således berättade olika saker för olika patienter/brukare. En deltagare gav följande exempel på detta:

Alltså det är väl mer att jag plockar ut de bitarna som passar i sammanhanget om jag träffar brukare liksom, för jag menar, sitter jag och berättar för dem att ”ja, jag jobbade i IT-branschen, jag höll en utbildning och blablabla” alltså den delen av min historia, och de bara så här, de har aldrig jobbat och inte behövt kanske resa eller kunnat rest omkring och så, då är det ju inte så relevant kanske att berätta de värsta, alltså mina liksom jätteaktiva delar utan jag får ta någon mindre bit som passar i det sammanhanget liksom. Så där tycker jag ändå, försöker man liksom anpassa sig så att de får ut någonting av det.

**Att berätta när patienten/brukaren frågar.** Fyra deltagare beskrev att de ibland fick direkta frågor från patienter/brukare om sina egna erfarenheter och att de ofta såg besvarandet av frågorna som ett sätt att möjliggöra spegling och bidra till skapandet av en god och genuin kontakt. Deltagarna upplevde att frågorna ofta grundade sig i en önskan hos patienter/brukare om att uppleva förståelse och igenkänning. Samtidigt var deltagarna noga med att aldrig



berätta mer än vad som kändes bekvämt för dem själva. En peer-specialist beskrev mötet med en klient som ställde många frågor på följande sätt:

Hon hade riktigt förberett sig för hon ville veta om min psykiska ohälsa hade försvårat det för mig i mina personliga relationer, om min psykiska ohälsa hade förändrat för mig och min självkänsla, om min psykiska ohälsa hade gjort att jag led ekonomiskt och hade fått börja säga nej till saker som jag faktiskt mådde bra av och hon var riktigt bra förberedd och utav frågorna att utläsa så märkte jag, och hörde jag, att det var ju sånt som hon ofta gav uttryck för i sitt lidande, där hon faktiskt på något sätt använde sig utav mig att spegla sig i, alltså, och få någon gemensam nämnare /.../ Jag andades in djupt och svalde hårt kommer jag ihåg, hon överrumplade ju mig lite, men... Jo, och så tog jag till mig det här att blir det känsligt så säger jag till henne att ”det här har jag inte tänkt så mycket själv på, kan jag få tänka på det till nästa gång vi ses?”

### **Valet att inte berätta**

Sju av deltagarna var förhållandevis restriktiva avseende hur mycket de pratade om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa på arbetet. Tre deltagare berättade relativt öppet inför kollegor på arbetsplatsen men sällan eller aldrig för patienter/brukare. Två deltagare berättade aldrig om sina egna erfarenheter för patienter/brukare och mycket sällan för kollegor. Om de berättade för kollegor var det enstaka personer som de stod nära och inget öppet berättande på arbetsplatsen. En deltagare berättade inte om egna erfarenheter vare sig för kollegor eller patienter/brukare, men hade nämnt det för sin chef på anställningsintervjun. Slutligen berättade en deltagare ibland för utvalda patienter/brukare och kollegor.

Fyra deltagare berättade öppet om sina egna erfarenheter för både kollegor och patienter/brukare, men samtliga fyra beskrev att de ändå hade vissa restriktioner kring vad de berättade och för vem.

Anledningarna till varför deltagarna valde att inte berätta om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa kunde sorteras in i två huvudkategorier: *Att ta hand om patienten/brukaren* och *Att ta hand om sig själv*.

**Att ta hand om patienten/brukaren.** Åtta deltagare beskrev att de begränsade hur mycket de berättade om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa på grund av omtanke för patienten/brukaren. Dessa deltagare upplevde att det med hänsyn till patientens/brukarens välmående och behandling inte alltid var lämpligt att berätta.

Fem deltagare upplevde att de ibland eller ofta valde bort att berätta om sina egna erfarenheter för patienter/brukare eftersom de inte ville inkräkta på dennes historia. Dessa deltagare upplevde att det fanns tillfällen då det inte var lämpligt att berätta om sådant man själv varit med om eftersom fokus i kontakten ska vara på patienten/brukaren. Flera deltagare uttryckte också att de inte ville riskera att kränka patienten/brukaren eller få hen att känna sig missförstådd. En deltagare beskrev detta på följande vis:

Jag tänker också att det kan vara kanske, ett sätt, alltså att man kan känna sig kränkt som patient kanske, om jag kommer och säger att jag förstår på grund av min erfarenhet, så kanske man som patient tänker att ”din erfarenhet är din erfarenhet och den är inte min”.

Fem deltagare beskrev att de inte berättade om sina egna erfarenheter för patienter/brukare eftersom detta inte kändes förenligt med deras professionella yrkesroll. Deltagarna var osäkra på huruvida de kunde prata om de egna erfarenheterna på ett professionellt och lämpligt sätt och valde därför att inte försöka av hänsyn till patientens/brukarens välmående. En deltagare som var ny yrkesverksam på området beskrev sina funderingar kring detta på följande sätt:

Ja, ganska mycket att man har ju en professionell roll och som ny läkare är det väldigt svårt att veta vad som är okej, vad som är bra för patienten och så där. Så då är man lite mer försiktig, eller jag är lite mer försiktig.

Fyra deltagare beskrev också att huruvida det kändes professionellt att berätta om sina egna erfarenheter både kunde hänga ihop med ens yrkesroll och med ens arbetssätt. Ett antal deltagare framförde att det kan vara mer lämpligt och professionellt för peer-specialister berätta om sina egna erfarenheter än för annan personal. En deltagare berättade om sina egna erfarenheter i vissa stödsamtal men inte i psykoterapier eftersom det inte passade med den terapeutiska metod hen valt att arbeta utifrån:

Jag skulle akta mig ganska mycket för att göra det i en psykoterapi, egentligen, eller skulle fundera väldigt noga, tror jag, på det i en psykoterapi. Det kan ju hänga ihop med då, naturligtvis, vilken terapeutisk ingång man har, alltså jag jobbar ju rätt sällan med så här kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner även om det händer /.../ men i en dynamisk terapi så tycker jag inte det passar riktigt.

**Att ta hand om sig själv.** Åtta deltagare beskrev att de ibland eller ofta undvek att berätta om sina egna erfarenheter på grund av omtanke om sig själva och sina positioner. Deltagarna upplevde framförallt dessa begränsningar i relation till kollegor, men även i viss mån i förhållande till patienter/brukare.

Sex deltagare angav att arbetsplatsklimatet, negativa attityder från kollegor och jargong i personalgruppen begränsade hur öppna de vågade vara med sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa. De upplevde att bristande trygghet på arbetsplatsen och avsaknad av kollegor som var öppna med egenupplevd psykisk ohälsa bidrog till att de själva inte ville berätta. Detta ledde framförallt till att deltagarna inte berättade för sina kollegor om de egna erfarenheterna, men några ville inte heller vara öppna inför patienter/brukare av rädsla för att informationen skulle sprida sig till personalgruppen. Ett antal deltagare beskrev explicit att detta hindrade dem från att dra nytta av sina erfarenheter i arbetet lika mycket som de hade önskat. En deltagare beskrev sin uppfattning om kollegors attityder och sina farhågor kring att berätta på följande sätt:

Jag försöker ställa mig den frågan ibland, liksom ”är det verkligen, har jag skäl för de här tankarna?” eller är de bara, har de med mig själv att göra, så att säga. Men, nej, som sagt, där finns ju en jargong inom psykiatrin tror jag, kring patienter, och många samtal sker bakom stängda dörrar som gör att man känner en viss bekräftelse på de tankar man har om andras syn. Det är ganska, ja, ganska hånfullt klimat ibland som gör en rätt så... ja, som gör att man verkligen håller sig från att berätta.

Ett antal deltagare lyfte dock den motsatta situationen – att de vågade vara öppna och berätta om sina egna erfarenheter eftersom de kände sig trygga med sina kollegor, upplevde att det fanns en positiv och hjälpsam attityd gentemot personer med psykisk ohälsa på arbetsplatsen och tack vare att de hade kollegor som också var öppna och berättade om sina egna erfarenheter.

Sex deltagare beskrev att de inte berättade om alltför känsliga, obearbetade och/eller negativa erfarenheter för vare sig kollegor eller patienter/brukare. Detta kunde gälla antingen själva faktumet att deltagarna hade egna erfarenheter av psykisk ohälsa eller särskilda aspekter av den egna ohälsan som deltagarna inte kände sig redo för, eller bekväma med, att prata om. Detta hänger samman med temat ”Att känna till sina gränser och begränsningar” som beskrivits ovan. När deltagarna upplevde att berättandet skulle kunna bli för påfrestande för dem själva valde de istället att inte säga något. Flera deltagare uteslöt dock inte att gränserna kring detta kunde ändras med tiden:

Kanske också för att det är så nära, jag tänker för mig själv, det är så nära i tid. Det är inte allt jag är färdig med själv som gör att det vill vara helt fel. Jag är inte färdig med det själv till att kunna använda det, kanske säg om tio år att jag i möte med någon kan säga att ”ja, när jag var 30 så hade jag liknande erfarenheter”.

Fem deltagare beskrev att de inte ville berätta för kollegor om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa på grund av rädsla för att bli ifrågasatta i sina yrkesroller och tolkade utifrån sjukdomen/diagnosen. Oberoende av huruvida de hade ”kroniska” diagnoser eller inte, och oavsett hur lång tid som hade gått sedan de senast hade varit sjuka, så upplevde deltagarna att det fanns en risk att kollegor skulle börja uppfatta deras beteende utifrån den psykiska ohälsan, se sjukdomstecken i normala beteenden och ifrågasätta deras kompetens och lämplighet. Ett antal deltagare hade också upplevt att sådant hade hänt på arbetsplatser där de hade berättat om de egna erfarenheterna. En deltagare gav följande exempel:

Ja, men om man säger någonting eller sånt, men så blir man inte tagen på allvar kanske, för att man inte hittar orden eller att man är för långrandig eller så /.../ eller de frågar ”Har du tagit din medicin idag?”.

Även deltagare som själva aldrig hade upplevt något sådant kunde känna en rädsla för att det skulle kunna hända. En deltagare beskrev sina farhågor på följande vis:

Det jag är rädd för är att det ska vändas mot mig på något sätt. Och att man... Ja... Ja, men att någon brist i jobbet man kanske gör, eller om man har en dålig dag eller någonting att det ska tolkas som om jag vore deprimerad just nu.

Fem deltagare beskrev att upplevelser av skam och stigma, vilka inte var direkt kopplade till arbetsplatsen eller kollegornas attityder och bemötande, utan speglade generella uppfattningar om psykisk ohälsa i samhället, gjorde att de inte alltid vågade berätta om sina egna erfarenheter. Flera deltagare upplevde också att det blev en form av självstigmatisering som egentligen inte stämde överens med hur de ville förhålla sig till psykisk ohälsa:

Jag konfronteras på något sätt med mina egna fördomar, eller det här lite skambelagda, stigma som är vid psykisk ohälsa. Jag vill ju egentligen ha en öppenhet om det och önskar för mina klienter och patienter att det ska vara en öppenhet och så, men när det kommer till eget så är jag rätt så privat med det. Så det är en sån här grej som jag funderar på – att jag liksom önskar ju för alla andra att det ska vara öppet.

Tre deltagare beskrev att de undvek att berätta om sina egna erfarenheter för vissa patienter/brukare när de bedömde att det fanns en tydlig risk att detta skulle kunna skapa problem. Deltagarna beskrev att det exempelvis kunde handla om patienter/brukare med personlighetsstörningar, eller andra svåra störningar, vilka skulle kunna använda informationen om behandlarens erfarenheter på ett negativt sätt. En deltagare som hade arbetat inom flera olika verksamheter inom psykiatri och socialpsykiatri, med flera olika patientgrupper, uttryckte sig på följande sätt:

Ja, men sen beror det också på om man jobbar på, hade jag jobbat på PIVA, så hade man ju inte berättat sånt /.../ I mitt jobb så förstår jag inte varför jag egentligen inte skulle kunna berätta det, till exempel, men på andra jobb så förstår man ju, alltså för då vill man kanske inte. Det var vissa som förföljde folk och alltså så här, man fick ju hålla viss distans på grund av, inte ens egen säkerhet, men jo, lite.

### **Rolltagande och rollkonflikter**

Samtliga deltagare beskrev att kombinationen av att vara personal och samtidigt ha egna erfarenheter av psykisk ohälsa medförde utmaningar kopplade till roller. Bland annat framkom betydelsen av att tydliggöra sin yrkesroll och att hantera möjliga rollkonflikter.

Sex deltagare beskrev vikten av att stanna i den professionella yrkesrollen och att inte blanda in andra möjliga roller såsom patientrollen eller vänskapsrollen i sitt arbete. Detta innebar att de behövde vara extra uppmärksamma på sina gränser och sitt rolltagande. En deltagare beskrev detta utifrån risken att komma för nära patienter/brukare:

Risken är ju att man blir för personlig, eller för inte personlig, men för privat kanske, och att man inte kan skilja på sympati och empati och allt det där, och att man tappar sig själv i det och att man går in i saker som man egentligen inte alls borde göra.

Genom att vara medveten om denna risk upplevde dock deltagaren att hen kunde undvika att svårigheterna realiserades.

Ibland var utmaningarna avseende rolltagande direkt kopplade till deltagarnas olika yrkesroller. En peer-specialist beskrev det speciella med sin yrkesroll på följande sätt:

Spännande och svårt och utmanande, men fantastiskt i verkligheten när man ser vad som händer med människor när man tillåts gå så nära i relationen så att man blir precis som en vän, man är inte vännen, men när man är som en vän, och i ”som” ligger det

något väldigt starkt. För man finns alltid kvar, vännen kan välja att säga att ”nej, nu orkar jag inte mer, nu har du ringt mig 30 gånger idag, nu orkar jag inte med, nu skiter jag i det”, men det kan man inte när man är brukarspecialist.

Denna deltagare beskrev betydelsen av att behålla sin professionalitet och vikten av att tydligt kunna skilja mellan att stundvis vara *som* en vän och att bli en vän till sina patienter/brukare.

Fem deltagare beskrev utmaningar kopplade till att integrera de egna erfarenheterna av psykisk ohälsa i rollen som professionell yrkesutövare. Deltagarna beskrev att de värnade om att uppfattas som kompetenta och professionella och att egna erfarenheter av psykisk ohälsa inte upplevdes ingå i denna bild. Dessa deltagare uttryckte att de ville uppfattas som personal i första hand och flera uttryckte farhågor kring att deras egna erfarenheter kunde få andra att se dem som mindre professionella och kunniga. Rollen som yrkesutövare och rollen som egenerfaren stod för dessa deltagare i viss konflikt med varandra. En deltagare reflekterade kring att egna erfarenheter av psykisk ohälsa inte passar i exempelvis en läkarroll på följande vis:

Men nu när jag tänker på det så är det ju konstigt att jag varit mer öppen på utbildningen än på jobbet, men det är kanske det där att ett jobb är ändå något man får betalt för, man ska vara professionell. Som student där har man alltid den där ”jag är student, jag är bara student” så här, men när man jobbar så ska man vara den där, ja, stabila professionella läkaren.

Fyra deltagare beskrev upplevelser av att annan personal hade ifrågasatt dem i deras yrkesroll. Deltagare berättade bland annat om kollegor och/eller chefer som hade tvivlat på deras lämplighet, kompetens och förmåga att förhålla sig till sina egna erfarenheter samt att kollegor hade ifrågasatt om man verkligen kunde ha en viss diagnos och utföra ett bra jobb. En deltagare beskrev en anställningsintervju där hen hade valt att berätta om sin egen erfarenhet på följande sätt:

Jag upplevde faktiskt redan från första starten in i den arbetsintervjun att jag blev behandlad på ett annat sätt. Det var väldigt mycket frågor kring min egen erfarenhet, snarare än hur jag är när jag jobbar som sjuksköterska, alltså som person utan erfarenhet, utan man fick frågor som ”skulle du då känna att du visste mer än andra?” Alltså att det var ett visst klimat i den här arbetsintervjun som jag upplevde var väldigt

annorlunda från hur jag skulle blivit bemött om jag bara kom in som vem som helst och pratade om min yrkesmässiga erfarenhet eller var jag har jobbat och bara liksom utgick ifrån den erfarenheten och kunskapen /.../ Jag kände mig ifrågasatt på ett annat sätt, lite utfrågad snarare än att någon var nyfiken på hur jag jobbar som sjuksköterska.

Tre deltagare, varav två peer-specialister, beskrev utmaningar kopplade till att ha en fot i varje läger – att stå mellan personal och patienter/brukare och försöka representera båda sidor. Deltagarna beskrev att det kunde vara svårt att kommunicera med, och stötta, såväl kollegor som patienter/brukare utan att bli, eller upplevas vara, partisk. Dessa deltagare upplevde att det kunde uppstå utmaningar när de skulle balansera sin kunskap om, och förståelse för, både patient/brukarperspektivet och personal/vårdperspektivet. En peer-specialist beskrev det på följande sätt:

Det som är jobbigt, det är väl just det här att jag som personal, om någon brukare då misstror, eller vad ska man säga, tycker så här bara ”ja, men nu förstår du inte, nu är du inte på brukarnas sida”, då blir man ju inte glad, för det är ju det som är mitt jobb ju, eller som jag vill att det ska vara. Och så kan jag tycka, kan man tycka själv, ja men jag har ju inte alls blivit liksom partisk eller att man pratar med båda sidor, så man är mer brobyggare liksom.

**Särskilda utmaningar i rollen som peer-specialist.** Samtliga tre peer-specialister beskrev unika utmaningar kopplade till deras speciella roll. Dessa deltagare upplevde att de själva hade stort ansvar för att utforma och värna om sina yrkesroller. Eftersom anställningar som peer-specialist inom psykiatri och socialpsykiatri är relativt nytt i Sverige hade deltagarna till viss del fått skapa sina egna arbetsbeskrivningar och arbetsvillkor, vilket upplevdes vara både utmanande och givande:

Det var jättesvårt i början, för det stod liksom inte konkret utan ja: ”jobba med inflytande blablabla”, det var ju inte så att typ ”du ska sköta bokföringen enligt ...” alltså, det var ju inte så. Men samtidigt är det det som är så bra, för då kan jag själv styra. Men det blir också svårt att veta vad får jag göra och vad ska jag inte göra?

Samtliga tre peer-specialister trivdes med sina arbeten och upplevde att de kunde samarbeta väl med den övriga personalen. Samtidigt beskrev en deltagare att vissa kollegor ifrågasatte peer-specialistrollen och hade svårt att se vari dess unika bidrag låg:

Det har ju utmanat allas roller, men jag tror att det utmanar skötarna mest. Det är faktiskt ifrån skötarna jag har mött mest, lite attityd och ifrågasättande. Ifrågasättande om ”jamen, vad är det du gör som inte jag gör då?”. Och då har jag lite sådär sagt att ”jamen, uppenbarligen är det ju något, annars hade jag ju jobbat som skötare” /.../ alltså jag får ju göra så för att skydda mig liksom.

Deltagarna beskrev också utmaningar kopplade till att vara en del av vårdapparaten, men att samtidigt stå utanför och bidra med andra perspektiv. En deltagare upplevde att det kunde vara svårt att stå utanför ”vårdtänket” när alla ens kollegor är utbildad vårdpersonal och beskrev att hen ibland började använda samma förklaringsmodeller och språkbruk som kollegorna:

Jag får försöka påminna mig ibland om varför jag är där, alltså att inte jag blir för mycket av det här... jamen, jag ska ju inte börja tänka och prata som en kliniker eller det är inte det jag, jag har ju inte den kompetensen och utbildningen heller.

### **Att ta upp patient- och brukarperspektivet**

Nio av deltagarna beskrev att de på olika sätt utgick från sina egna erfarenheter för att föra fram nya perspektiv och förhållningssätt inför sina kollegor. I stor utsträckning handlade det om att deltagarna ville sätta patientperspektivet i fokus, bidra till förståelse för patienter/brukare och deras upplevelser samt få kollegor att reflektera kring sina egna beteenden, uttryck och fördomar. Många deltagare gjorde detta utan att explicit ta upp sina egna erfarenheter, exempelvis genom att uppmärksamma kollegor på hur de pratar om patienter/brukare. En deltagare gav följande exempel:

Vi satt i någon sån teamkonferens, och det var någon som sade ”oh, det är en sån där med bokstavskombination, bara dum i huvudet” och så sade jag ”vaddå, vad snackar ni om, vi kan inte prata om patienter på det viset, vaddå bokstavskombination bara dum i huvudet?”. Och det var en psykolog och så var det en sjuksköterska och en skötare, men skötaren kom till mig sen och bad om ursäkt, sade ”det var bra att du sade till”.



Flera deltagare upplevde att de kunde ta patienters/brukares parti och ibland fungera som ett språkrör gentemot annan vårdpersonal, vilket dels kunde hänga ihop med att de hade egna erfarenheter av psykisk ohälsa, dels med deras yrkesroll. En deltagare uttryckte bland annat att ”som sjuksköterska har man ju fått lära sig att vi ska vara patienternas advokat”. En annan deltagare beskrev att de egna erfarenheterna bidrog till att hen värnade om att personalen inte skulle vara för snabb med att kategorisera och döma patienter/brukare:

Ibland så försöker jag väl öppna upp för och lyfta lite, alltså ta fram undringen i, eller... försöka att få fram flera blickar på hur vi ser på en situation eller klientens situation eller klientens hantering eller klientens beteende, försöka att lyfta in flera möjligheter för varför det blir som det blir, eller försöka att, ja, få in flera perspektiv på det då.

Deltagarna hade olika upplevelser avseende huruvida kollegor uppskattade deras försök att lyfta nya perspektiv och uttryckssätt eller inte. Detta hängde ofta samman med tryggheten på arbetsplatsen – ju tryggare och öppnare klimat desto mer uppskattade var nya perspektiv.

Samtliga peer-specialister upplevde att de var uppskattade på sina arbetsplatser. En av dem uttryckte att det ibland kunde räcka att hen var närvarande på ett möte för att de andra skulle tänka mer på patienter/brukare och respektera dem och deras upplevelser:

Om jag tänker nu det här senaste så har det ju flera gånger kommit upp att ”Gud vad bra att du är med på våra möten eller att du är med i det här rådet” för att bara genom att jag sitter där så tänker de på brukarperspektivet, vilket de kanske inte är lika måna om annars, om man sitter och man pratar med sina kollegor som man har träffat jätteofta så blir det ju samma, alltså man tappar kanske det perspektivet.

Andra deltagare upplevde att det inte riktigt fanns utrymme på deras arbetsplatser för att lyfta brukarperspektivet i den utsträckning de önskade. Dessa deltagare var ofta rädda för att kollegor skulle ta det som personlig kritik och inte vara mottagliga för det och/eller att deltagaren själv skulle uppfattas som bråkig. En deltagare beskrev upplevelsen från en tidigare arbetsplats på följande sätt:

Jag vågade nog inte ifrågasätta så här ”varför gjorde ni så?” eller ”hur tänker ni här?” liksom, rätt ut, för jag vill liksom inte trampa någon på tårna heller, men det kanske jag borde ha pratat lite mer om, försökt att ta reda på lite mer... så här i efterhand.

## **Den psykiska ohälsan som en resurs**

Tre deltagare upplevde att deras psykiska ohälsa var en grundläggande del i hur de fungerade som personer och att de kunde dra nytta av dess yttringar i sitt arbete. Dessa deltagare beskrev således inte bara att de kunde dra nytta av tidigare erfarenheter av psykisk ohälsa, utan även att de kunde gagnas av den psykiska ohälsan här och nu. De beskrev att de, givet självkänedom och att deras problem inte var för allvarliga, kunde använda själva symtomen på den psykiska ohälsan på ett konstruktivt sätt i sina arbeten. Detta gällde vissa aspekter av den egna psykiska ohälsan som deltagarna hade lärt sig att utnyttja. En deltagare beskrev hur hen drog nytta av sina symtom i kontakten med patienter på följande sätt:

Nämen, den typen av patient som jag träffar, så tänker jag att min diagnos är till en stor nytta. För det är ju också så att, jag menar, det där med, jag vet ju att jag är kreativ och har många lösningar ”man kan göra så här” och tänker lite utanför boxen och det gör ju också, kan jag uppleva, att många patienter kan bli lite mer nyfikna.

Deltagarna beskrev också att den egna psykiska ohälsan kunde komma till användning på mer implicita sätt, exempelvis genom att skapa en ökad känslighet för signaler från andra människor. Detta upplevdes vara positivt, givet att deltagaren hela tiden var medveten om vad som härrörde från den själv och vad som kom från patienten/brukaren. En deltagare uttryckte detta på följande vis:

Jag tror kanske att när man är lite känslig eller man har en, ja, vad man ska man kalla det? En skör själ, att man kan bli mottaglig på något sätt för att utveckla de här små, fina sakerna, lyssna in små signaler eller lägga märke till.

Andra deltagare beskrev i kontrast till detta att en pågående psykisk ohälsa kunde vara en belastning för dem i deras arbete, exempelvis genom att göra dem skörare och/eller göra det svårt för dem att orka med att utföra ett lika bra arbete.

## **Diskussion**

Denna studie syftar till att besvara två frågeställningar: (1) På vilka olika sätt upplever personal inom psykiatri och socialpsykiatri att de använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete? (2) Vilka faktorer upplever personal inom psykiatri och socialpsykiatri kan underlätta och/eller försvåra deras användande av egna erfarenheter av psykisk ohälsa i arbetet? Dessa besvaras nedan.

## **Hur används egna erfarenheter av psykisk ohälsa?**

**Förståelse.** Samtliga deltagare i studien beskriver att deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa bidrar till en ökad förståelse för patienter/brukare. Det framkommer att denna förståelse kan användas för att bygga broar mellan patienter och personal och/eller mellan patienter och deras anhöriga. Detta är i linje med Chinman et al. (2006) som framhåller att behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan medla och tolka mellan klienter och annan personal. Den ökade förståelsen används även för att bidra med insikter och fungera som en extra kunskapskälla för kollegor, vilket är ett tema som också har framkommit i tidigare forskning (Jacobson et al., 2012). Egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan även bidra till att behandlare lägger märke till och uppmärksammar sådant som annan personal missar.

**Empati.** Fyra deltagare i studien använder ordet empati när de pratar om sin ökade förståelse, men samtliga beskriver en ökad förståelse för sina patienters/brukares tankar och känslor. Detta beskrivs ofta vara de huvudsakliga beståndsdelarna i empati (Georgi et al., 2013; Yager, 2015). Många tidigare studier har också pekat på att egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan bidra till ökad empati för patienter/brukare (Cain, 2000; Chinman et al., 2006; Conti-O'Hare, 1998; Davison, 2013; Dyble et al., 2014; Gilbert & Stickley, 2012; Jacobson et al., 2012; Kern, 2014; Paulson et al., 1999; Repper & Carter, 2011; Salzer, 2002).

Deltagarna i denna studie belyser att de lättare än vissa kollegor kan förstå och känna igen känslor hos sina patienter/brukare eftersom de har varit med om liknande situationer och känslor själva. Ett antal deltagare exemplifierar detta genom att beskriva ångestupplevelser och framför att om du inte har upplevt stark ångest själv så kan du inte heller sätta dig in i hur det känns. Detta kan kopplas samman med att en aspekt av empati är att empatisören upplever ett emotionellt tillstånd som liknar den andres (Bird & Viding, 2014). Möjligen är det svårare för ett sådant homologt tillstånd att uppstå om behandlaren själv aldrig har haft känslor och upplevelser som liknar patientens/brukarens. Enligt detta resonemang bidrar egna erfarenheter av psykisk ohälsa till ökad empati genom att behandlare med sådana erfarenheter kan förstå känslor kopplade till psykisk ohälsa bättre eftersom de kan använda sina egna emotionella erfarenheter som referenspunkter. Detta är i linje med Hayes (2002) som framhåller att vi alltid förstår andra människor genom att utgå från oss själva.

**Erfarenhetskunskap.** Det framkommer att flera behandlare upplever att egna erfarenheter av psykisk ohälsa ger en slags kunskap och förståelse som inte går att läsa sig till. Detta är vad bland andra Kottsieper (2009) kallar för erfarenhetskunskap; ett slags mänskligt meningsskapande som skapar en annan typ av förståelse än sådan som grundas i forskning. Detta hänger samman med beskrivningen av empati ovan – genom att ha upplevt något själv

kan du ha en ökad förståelse för hur liknande upplevelser känns. Denna förståelse befinner sig på en känslomässig och meningsskapande nivå, och är ett komplement till teoretisk kunskap och arbetslivserfarenhet.

**Identifikation.** Eftersom begreppet identifikation används på varierande sätt i forskningen om behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa blir konceptet något svårfångat. Enstaka deltagare i denna studie uttrycker att de identifierar sig med patienter/brukare och deras upplevelser när de avser att beskriva att de känner igen sig i patientens/brukarens situation. ”Identifiera” används här snarast synonymt med ”igenkänning”. Detta påminner om hur begreppet används av bland annat Cain (2000), som verkar se identifikation som en positiv process, vilken bidrar till ökad förståelse för vad klienten går igenom.

**Bemötande.** Behandlarna i denna studie upplever att de bemöter sina patienter/brukare med större intresse, respekt och lugn samt kan vara mer inkännande än vissa kollegor. Liknande resultat beskrivs bland annat av Dyble et al. (2014) och Jacobson et al. (2012). Björkman et al (1995) framhåller att viktiga komponenter i ett gott bemötande är att visa intresse, förståelse, respekt och att lyssna på patienten. Detta indikerar att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan ha ett bättre bemötande än vissa kollegor. En möjlig orsak till detta är att dessa behandlare kan utgå från vad de själva har upplevt vara bra respektive dåligt bemötande när de har varit hjälpsökande. Detta är i linje med tidigare forskning, där det framkommer att behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan försöka att bemöta klienter så som de själva hade velat bli bemötta (Cain, 2000; Davison, 2013). Vissa deltagare upplever emellertid också att deras egna erfarenheter leder till en slags magkänsla i mötet med patienter/brukare snarare än en medveten bemötandestrategi.

Det framkommer också att deltagarna i studien upplever att de ser och möter sina patienter/brukare som unika, intressanta individer eftersom de förstår hur viktigt detta är. Detta kan kopplas samman med tidigare forskning som visar på att behandlare med egna erfarenheter ofta är bra på att lyssna in klienten och dennes önskemål (Fox, 2002; Jacobson et al., 2012). Detta kan innebära att behandlaren lyssnar mer på vad den individuella patienten/brukaren vill och orkar göra, istället för att använda standardiserade lösningar.

I denna studie framkommer även att behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa upplever att de vågar ställa andra, djupare frågor till sina patienter/brukare och lättare kan vara i, och prata om, svåra känslor och upplevelser. Detta är ett tema som inte tydligt uppträder i tidigare forskning. Möjligen kan det kopplas samman med att dessa behandlare har ett större lugn och upplever attribut kopplade till psykisk ohälsa som mindre farliga än

vad vissa andra människor gör. Upplevd farlighet kan annars leda till rädsla och avståndstagande (Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012).

Sammantaget bör det sägas att egna erfarenheter av psykisk ohälsa naturligtvis inte är det enda som kan skapa ett gott bemötande hos behandlare, men denna studie pekar på att det kan bidra.

**Self-disclosure – att berätta för att hjälpa.** Ett flertal deltagare i studien beskriver att de använder self-disclosure som en metod i sitt arbete. De behandlare som berättar för patienter/brukare om sina egna erfarenheter verkar göra detta på ett medvetet och genomtänkt sätt som är till för att gagna patienten/brukaren. Sådan planerad och relevant self-disclosure upplevs oftast positivt av klienter (Audet, 2011).

Self-disclosure används av deltagarna för att visa förståelse och minska maktobalansen i behandlingsrelationen. Liknande resultat har visats i tidigare forskning (Audet, 2011; Hanson, 2011). Self-disclosure blir i dessa fall ett sätt att minska avståndet mellan parterna och signalera till patienten/brukaren att behandlaren har en viss personlig förståelse för vad hen går igenom. Detta kan också bidra till att stärka relationen mellan behandlare och patient/brukare.

Deltagarna i studien beskriver även att de använder self-disclosure för att kunna fungera som förebilder för sina patienter/brukare. Detta är i linje med Repper och Carter (2011) som framhåller att behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan vara förebilder och inspirera klienter genom att vara exempel på framgångsrik återhämtning. Dessa behandlare kan även inge hopp till klienter om att det är möjligt att bli bättre (Frese & Walker-Davies, 1997).

Behandlarna i denna studie belyser också att de använder self-disclosure för att kunna ge olika former av tips och råd. Att berätta om egna strategier och lösningsförsök kan dels vara inspirerande, dels göra att dessa metoder och förslag uppfattas på ett annat sätt och tillmäts större tyngd än råd från annan personal. Detta kan kopplas samman med dessa behandlares roller som förebilder (Repper & Carter, 2011). Det kan också hänga samman med att behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa har kunskap om hur vårdsystemet fungerar inifrån och kan ge praktiskt stöd i hur man navigerar i systemet som patient (Chinman et al., 2006; Repper & Watson, 2012).

**Att föra fram brukarperspektivet och påverka attityder.** En majoritet av behandlarna i denna studie beskriver att de använder sina egna erfarenheter för att försöka bidra till ökad förståelse för patienter/brukare hos sina kollegor och för att uppmärksamma dem på jargong och negativa beteenden. Agarwal och Edwards (2013) beskriver att personal

med egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan få kollegor att reflektera över sitt språkbruk och sätt att uttrycka sig kring patienter. Solomon och Draine (1998) går steget längre och framhåller att dessa behandlare kan bidra till en förändring av organisationskulturen genom att reagera på negativ jargong och uppmärksamma återhämtningsperspektivet.

Även om behandlare som själva upplevt psykisk ohälsa naturligtvis inte är de enda som kan reagera på negativa attityder och jargong så verkar de göra det i något större utsträckning än övrig personal. Dessa behandlare tycks dels kunna förstå och ta parti för patienter/brukare oftare, dels vara mer benägna att säga ifrån när de upplever att annan personal uttrycker sig opassande. Peer-specialister kan få kollegor att reflektera över sina attityder och sitt språkbruk enbart genom att vara närvarande på möten. Sammantaget skulle detta i längden kunna leda till förändrade attityder och minskat stigma.

**Psykisk ohälsa som en resurs i sig.** Ett något oväntat resultat i denna studie är att symtom på psykisk ohälsa i sig kan upplevas som en resurs i psykiatriskt vårdarbete. En behandlare framhåller bland annat att hens psykiska ohälsa innefattar att vara kreativ och nytänkande, vilket hen drar nytta av i sitt arbete med patienter. En annan beskriver att symtom i form av en ökad känslighet för signaler från andra människor blir en tillgång i hens arbete. Här handlar det alltså inte om att dra nytta av tidigare erfarenheter av psykisk ohälsa, utan att vissa aspekter av själva ohälsan här och nu har positiv inverkan på behandlingsarbetet.

Detta är ett intressant tema som inte har identifierats i någon tidigare forskning kring ämnet. Då temat endast framkommer i tre av elva intervjuer verkar det enbart gälla vissa behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Sannolikt är det till viss del beroende av den psykiska ohälsans art och varaktighet. Allvarliga former av psykisk ohälsa, som påverkar en individs verklighetsuppfattning och förmåga att relatera på genomgripande sätt, är troligen svåra att dra nytta av i behandlingsarbete under den tid som ohälsan/sjukdomen pågår. Detta kan kopplas till skillnaden mellan wounded healers och impaired professionals, vilken framförs av Zerubavel och O'Dougherty Wright (2012). En kronisk ohälsa behöver inte ha negativ inverkan på en behandlares arbete, beroende dels på svårigheternas art och grad, dels på behandlarens självinsikt (Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). Resultaten från denna studie tyder på att en sådan pågående ohälsa till och med kan vara en fördel i vissa fall.

### **Vilka faktorer påverkar detta användande?**

**Självinsikt.** Betydelsen av självinsikt framkommer i samtliga intervjuer. Alla deltagare framhåller på olika sätt att en behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa måste känna sig själv och vara medveten om sina gränser och begränsningar för att kunna

använda sina erfarenheter på ett bra sätt i arbetet. Detta är i linje med flera tidigare studier som belyser vikten av självinsikt (se exempelvis Conti-O'Hare, 1998; Fox, 2002; Gillard et al., 2013; Hayes, 2002; Kern, 2014).

För behandlarna i studien kunde detta exempelvis innebära att ha en medvetenhet om vilka patienter/patientgrupper som kan väcka starka känslor eller vilka typer av klienter de har svårt att arbeta med. Det kan också handla om att veta vilka erfarenheter man är redo att berätta om på arbetet och vad som inte känns tillräckligt bearbetat. Detta kan kopplas samman med Zerubavel och O'Dougherty Wrights (2012) uppmaning att en behandlare måste vara medveten om sina egna gränser och inte försöka hjälpa andra innan hen är redo för det. I linje med Hayes (2002), som säger att det varje sig är möjligt eller nödvändigt för behandlaren att ha löst alla egna problem, så förespråkar inte deltagarna i denna studie att man måste vara helt frisk för att kunna arbeta som personal. En behandlare bör emellertid ha kommit en bit på vägen och ligga steget före sin patient/brukare.

**Upplevd likhet med patienter/brukare.** Samtliga behandlare i denna studie beskriver att upplevd likhet med patienter/brukare, framförallt avseende den psykiska ohälsan, påverkar hur väl de kan arbeta med dem. Majoriteten av deltagarna i studien beskriver att de kan arbeta väl med patienter/brukare vars problematik liknar den de själva har upplevt. Fem deltagare upplever att de har störst nytta av sina egna erfarenheter i arbetet med dessa patienter och tre deltagare upplever att deras erfarenheter är till ungefär lika stor nytta i arbetet med samtliga patientgrupper. Dessa fynd är i linje med Davison (2013) som beskriver att 80 % av behandlarna i hennes studie upplevde att de kunde arbeta väl med klienter vars svårigheter liknade deras egna.

Likhet kan vara en tillgång i de fall då den bidrar till igenkänning och en ökad förståelse för klienten (Cain, 2000). Detta verkar vara dock beroende av att behandlaren har god självinsikt och att patientens problem inte väcker för svåra känslor hos behandlaren. Starka motöverföringsreaktioner, grundade i behandlarens personliga erfarenheter, kan uppträda i vissa fall (Cain, 2000). I denna studie är det dock enbart ett fåtal behandlare som har upplevt stark, svårhanterlig motöverföring kopplad till att patienter/brukare har påmint om deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa och vård. En deltagare beskriver överidentifikation i form av att ha gjort felaktiga antaganden om patienter/brukare när hen har utgått för mycket från sig själv och sina egna upplevelser. Liksom hos Davison (2013) beskriver enstaka deltagare i denna studie upplevelser av frustration i arbetet med patienter som "gnäller" och inte kan hantera sin sjukdom lika bra som deltagaren själv har gjort. Dessa behandlare

hanterar vanligen detta genom att välja att arbeta med andra patientgrupper, där de egna erfarenheterna blir en tillgång och inte ett hinder.

Sammantaget upplever majoriteten av behandlarna i studien att de kan arbeta väl med patienter/brukare vars svårigheter påminner om de egna. Det kan uppkomma problem, men dessa går vanligen att hantera med hjälp av god självinsikt, gränssättande, en viss professionell distans och medvetenhet om ens begränsningar. En deltagare framför att det verkar finnas en överdriven rädsla inom vården för att behandlare med egna erfarenheter ska utgå för mycket från sig själva och blanda samman sig och patienten. Deltagaren menar att även om en sådan risk finns så bör dessa behandlare kunna förstå minst lika bra som annan personal att varje patient/brukare är en unik individ.

**Begränsningar i self-disclosure.** Alla deltagare i denna studie begränsar på olika sätt hur mycket, och vad, de berättar för patienter/brukare och för kollegor om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa.

***Att anpassa sig efter patientens/brukarens behov.*** De behandlare som använder self-disclosure inför patienter/brukare anpassar denna till patientens situation och behov. De egna erfarenheterna används således på olika sätt med olika patienter. Behandlarna beskriver att de berättar om delar av sina egna erfarenheter när de tror att en viss patient kan gagnas av att höra just detta, eller berättar när patienten/brukaren själv frågar. Samtliga behandlare verkar praktisera det som Audet (2011) framhåller som viktigt för self-disclosure, nämligen att denna ska vara relevant, genomtänkt och göras för klientens skull.

***Att hellre berätta för lite.*** Ett antal behandlare berättar sällan eller aldrig om sina egna erfarenheter eftersom de inte vill inkräkta på patientens/brukarens historia. Vissa upplever också att self-disclosure inte uppfattas som professionellt och förenligt med deras yrkesroll. Det finns naturligtvis lägen där det är oprofessionellt och olämpligt att använda self-disclosure (Audet, 2011). Samtidigt finns det stöd för att en lagom mängd relevant self-disclosure ofta uppskattas av klienter (Audet, 2011; Audet & Everall, 2010; Hanson, 2005; Myers & Hayes, 2006) och till och med kan bidra till ett bättre behandlingsutfall (Barret & Berman, 2001). Möjligen hänger deltagarnas uppfattning samman med att self-disclosure – trots sitt stöd – är omdiskuterat och att det saknas acceptans för det i praktiken (Audet, 2011; Audet & Everall, 2010). Detta, i kombination med att vårdutbildningar vanligen innefattar lite eller ingen träning i hur en behandlare ska använda self-disclosure, kan leda till en stor osäkerhet hos behandlare kring hur de ska göra. Detta kan leda till att behandlaren hellre avstår från att berätta för att undvika att göra fel och på så vis också går miste om möjligheter att använda self-disclosure på ett konstruktivt sätt. Nestor och Galletly (2008) framhåller att



peer-specialister bör få utbildning i hur de ska använda self-disclosure i sitt arbete, men sannolikt skulle även andra behandlare gagnas av detta.

**Att ta hand om sig själv.** Majoriteten av behandlarna i denna studie beskriver att de ofta eller ibland undviker self-disclosure av hänsyn till sig själva. Ett antal deltagare framhåller att de inte berättar om sina egna erfarenheter för patienter/brukare med svåra störningar, om de bedömer att det finns en tydlig risk att self-disclosure i dessa fall skulle kunna leda till problem. Detta kan exempelvis vara fall där patienten har en svår personlighetsstörning och skulle kunna använda informationen om behandlarens egna erfarenheter på ett negativt sätt. Deltagarna beskriver att de framförallt gör denna begränsning för sin egen skull, för att undvika att deras self-disclosure ska vändas emot dem. Det innefattar dock även en ett omhändertagande av patienter/brukare, som genom denna begränsning inte ges information som de skulle kunna använda destruktivt.

**Stigma och negativa attityder.** Vissa behandlare väljer att inte berätta för sina kollegor om egna erfarenheter av psykisk ohälsa för att undvika att utsättas för negativa attityder och ifrågasättande. Detta är i linje med tidigare forskning som pekar på att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa ofta stigmatiseras av, och möter negativa attityder från, sina kollegor (Agarwal & Edwards, 2013; Cain, 2000; Carlson et al., 2001; Chinman et al., 2006; Davison, 2013; Fisher, 1994; Garrison et al., 2010; Gates & Akabas, 2007; Gillard et al., 2013; Grant, 2010; Kemp & Henderson, 2012; Repper & Carter, 2011; Salzer, 2002; Solomon & Draine, 1998; Waynor & Pratt, 2012; Wroblewski et al., 2015; Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012). Många av behandlarna framhåller en rädsla för att deras kompetens och lämplighet ska ifrågasättas och att kollegor ska tolka in symtom i deras beteende. Några har också upplevt att detta har hänt när de har berättat om sina egna erfarenheter. Detta tema framkommer även i den tidigare forskningen (Davison, 2013; Fisher, 1994; Solomon & Draine, 1998; Waynor & Pratt, 2012).

Ett antal deltagare framhåller att deras rädsla för stigmatisering inte är direkt kopplad till hur de uppfattar sina kollegor och deras attityder, utan snarare till samhällsklimatet i stort. I vissa fall kan detta innebära att det sker en självstigmatisering på arbetsplatsen, där behandlaren tror att andras attityder är mer negativa än vad de faktiskt är (Day et al., 2007).

Flera behandlare framhåller att deras rädsla för att berätta leder till att de använder sina egna erfarenheter mindre än vad de hade önskat i sitt arbete.

**Rolltagande och rollkonflikter.** Samtliga behandlare i denna studie beskriver att de möter utmaningar kopplade till rolltagande och rollkonflikter i sitt arbete. Många deltagare belyser vikten av att hålla sig professionell och att inte hamna i rollen som vän eller

medpatient i mötet med patienter/brukare. I tidigare forskning har denna risk framförallt behandlats beträffande peer-specialister (se exempelvis Bailie & Tickle, 2015; Davidson et al., 2006; Gates & Akabas, 2007). I denna studie framkommer dock även att behandlare i icke-designerade positioner kan uppleva dessa utmaningar. En särskild utmaning för alla behandlare med egna erfarenheter av psykisk ohälsa blir således att kunna använda dessa erfarenheter i arbetet samtidigt som de behåller en tydlig professionell yrkesroll.

Flera behandlare i studien beskriver även svårigheter kring att integrera egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sin professionella identitet. Kern (2014) framhåller att personal i icke-designerade positioner ofta upplever att det är svårt att integrera personlig sårbarhet i rollen som professionell och stabil yrkesutövare. För vissa deltagare stärks detta av att de har varit med om att annan personal har ifrågasatt deras kompetens på grund av kännedom om deras erfarenheter av psykisk ohälsa. Att få ihop en identitet som både egnerfaren och kompetent yrkesutövare kan således upplevas svårt. Detta kan även bidra till att behandlare väljer att inte berätta om sina egna erfarenheter på arbetsplatsen eftersom de vill uppfattas som professionella av sina kollegor. Detta har också framkommit i tidigare forskning (Davison, 2013).

Tre deltagare i denna studie beskriver särskilda utmaningar kopplade till att de balanserar mellan patienter/brukare och annan personal eftersom de upplever sig ha en fot i varje läger. Detta har tidigare framförallt beskrivits avseende peer-specialister (se exempelvis Agarwal & Edwards, 2013) men framkommer i denna studie även gällande personal i icke-designerade positioner. Svårigheter kan bland annat uppstå kring att integrera personlig kunskap med professionell kunskap och att kunna kommunicera med båda grupper utan att bli partisk.

***Särskilda utmaningar som peer-specialist.*** Peer-specialisterna i denna studie beskriver utmaningar kopplade till att ha en otydlig roll, sakna arbetsbeskrivning och möta okunskap hos kollegor. Dessa teman framkommer också i den tidigare forskningen (se exempelvis Gates & Akabas, 2007; Nestor & Galletly, 2008; Solomon & Draine, 1998). I likhet med Nestor och Galletly (2008) framkommer det i denna studie att kollegor kan vara negativt inställda när de inte förstår peer-specialistens unika roll och bidrag till arbetslaget. Exempelvis skötare kan uppleva peer-specialisten som ett hot mot sin egen yrkesroll då arbetsuppgifterna ofta överlappar.

Alla peer-specialister i den här studien beskriver att de har fått ta stort eget ansvar i utformningen av sina yrkesroller. De upplever, liksom peer-specialisterna i studien av Moll et al. (2009), att detta kan vara givande och ge möjlighet till inflytande. Samtidigt framför

Gillard et al. (2013) att för stor frihet kan leda till att man går miste om vissa positiva aspekter av peer-support, då det finns en risk att peer-specialistrollen i dessa fall blir begränsad och/eller urvattnad.

### **Metodologiska styrkor, svagheter och överväganden**

Denna studie utgår från en kvalitativ forskningsmetodik. Detta eftersom syftet är att explorativt undersöka hur personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa upplever att de använder dessa erfarenheter i sitt arbete. Resultaten i små kvalitativa studier blir aldrig statistiskt generaliserbara, vilket innebär att det inte går att uttala sig om frekvenser eller förekomst av fenomenen i en större population (Willig, 2013). Samtidigt är detta inte heller syftet med de flesta kvalitativa studier. Den kunskap som genereras genom kvalitativ metodik bygger på meningsskapande och förståelse (Willig, 2013). Förståelsen som skapas i denna studie kan också användas för att bidra till en bättre förståelse av andra fall, även om kunskapen inte är statistiskt generaliserbar.

**Rekrytering och urval.** Eftersom målet inte är statistisk generaliserbarhet eftersträvades inget representativt urval i denna studie. Huvudsakligen inkluderades de personer som först anmälde intresse att delta. För att nå kunskap som inte enbart gäller för något specifikt yrke inkluderades dock avsiktligt deltagare från varierande yrkeskategorier. Detta eftersom arbetsuppgifter och form av patientkontakt kan skilja sig mycket mellan olika vårdyrken och denna studie syftar till att identifiera mer allmängiltiga faktorer kring användande av egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Urvalet blev således en kombination av bekvämlighetsurval (att ta de deltagare man får tag på) och ändamålsenligt urval (att välja deltagare som är lämpliga för studiens syfte).

Utöver yrkestillhörighet insamlades ingen ytterligare demografisk information om deltagarna. Detta eftersom sådan information inte bedömdes vara av särskild relevans för frågeställningen. Enligt forskarens bedömning bestod urvalet på elva deltagare av nio kvinnor och två män i varierande åldrar. En övervägande del var kvinnor eftersom en klar majoritet kvinnor anmälde intresse för deltagande i studien. Detta kan hänga samman med att fler kvinnor än män arbetar i människovårdande yrken (Statistiska Centralbyrån, 2014).

Rekrytering av deltagare var lättare än vad som hade förväntats när studien inleddes. Ungefär dubbelt så många personer som efterfrågades anmälde intresse för att delta. Detta indikerar att det finns ett engagemang för den här typen av forskning. Vid rekryteringen användes ingen närmare definition av ”psykisk ohälsa”, varvid potentiella deltagare själva fick ta ställning till om deras erfarenheter rymdes inom detta begrepp. Detta gjordes i linje

med det som Brandon (1999) framhåller, nämligen att det viktiga inte är vad erfarenheterna består av utan hur de används.

**Reliabilitet.** Reliabilitet handlar om resultatens tillförlitlighet. Ibland används andra begrepp för att beskriva tillförlitligheten i kvalitativa studier, men ordet reliabilitet behålls här i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009).

Ett antal strategier har använts för att stärka denna studies reliabilitet. Forskaren har utgått från en intervjuguide för att täcka in samma områden under samtliga intervjuer. Forskaren har också följt tydliga regler för transkribering av intervjumaterial och utgått från en distinkt analysmetod. Både transkriberingsregler och analysmetod har beskrivits noga i metodavsnittet för ökad tydlighet och replikerbarhet.

Under intervjuerna har huvudsakligen öppna frågor använts. Kvale och Brinkmann (2009) framhåller att det råder stor misstänksamhet gentemot ledande frågor i intervjuundersökningar eftersom det är känt att sådana frågor kan forma deltagarnas svar. Samtidigt framhåller de att problemen med ledande frågor ofta överdrivs och att dessa, om de används på ett medvetet sätt, kan användas för att verifiera intervjuarens tolkningar och pröva tillförlitligheten i intervjupersonens svar (Kvale & Brinkmann, 2009). I de fall då ledande frågor använts i denna studie har det framförallt varit i dessa syften. Frågorna har då varit till för att spegla och sammanfatta deltagarnas svar, exempelvis genom att forskaren frågade en deltagare som precis hade beskrivit användandet av sina egna erfarenheter i positiva ordalag: ”Men så i ganska många sammanhang så upplevs det som en fördel att du har dina erfarenheter?”. Kvale och Brinkmann (2009) belyser att denna typ av ledande frågor kan stärka en studies reliabilitet istället för att minska den.

Det finns dock också ett antal faktorer som begränsar studiens reliabilitet. Då studien syftade till ett explorativt utforskande användes semistrukturerade intervjuer. Detta innebär att forskaren utgår från en intervjuguide med ett antal områden som ska täckas in och förslag på frågor (Kvale & Brinkmann, 2009). I en semistrukturerad intervju finns således utrymme för forskaren att ställa följdfrågor och utforska sidospår utifrån intervjupersonens svar. Detta passar väldigt väl för denna studies explorativa ansats, men begränsar samtidigt reliabiliteten då varierande frågor har ställts i intervjuerna baserat på forskarens bedömning av vad som har varit relevant att undersöka vidare. Det är därför möjligt att en annan forskare hade ställt andra följdfrågor och därmed också hade kunnat upptäcka andra teman.

Eftersom studien har genomförts av endast en forskare, som ensam genomfört intervjuer och transkriberingar, är det även möjligt att intervjuguide och transkriberingsriktlinjer hade hanterats annorlunda av någon annan. Genom att själv hantera

intervjuer och transkriberingar på ett enhetligt sätt har forskaren kunnat fastställa en god intrabedömarreliabilitet, det vill säga att samtliga data har hanterats och analyserats på liknande sätt av denna person. Dock är inget känt om interbedömarreliabiliteten, det vill säga om andra forskare hade hanterat och analyserat data på samma sätt.

**Validitet.** Validitet handlar om resultatens giltighet och riktighet. Kvale och Brinkmann (2009) skriver att validitet i kvalitativa intervjustudier ”kommer att vara beroende av den hantverksskicklighet som forskaren visar upp och som yttrar sig i att hon ständigt kontrollerar, ifrågasätter och teoretiskt tolkar sina resultat” (s. 266).

I denna studie är syftet att undersöka hur personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa upplever att de använder dessa erfarenheter i sitt arbete. Forskaren avser således inte beskriva ett objektivi t händelseförlopp, utan målet är att närma sig deltagarnas upplevelser. En viktig fråga blir således hur väl deltagarnas utsagor under intervjuerna speglar deras upplevelser. Ett hinder för detta kan vara att deltagarnas beskrivningar av upplevelser är filtrerade genom deras minne. Upplevelser och aspekter av upplevelser kan således ha glömts bort eller förvrängts med tiden.

Forskaren måste också ta hänsyn till deltagarnas motiv för att delta i studien. Det kan exempelvis vara så att deltagarna vill framhålla några av sina upplevelser mer än andra. Eftersom personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa ofta drabbas av ifrågasättande och stigma är det möjligt att deltagare vill motverka denna bild och framhäva det positiva med sina erfarenheter. Även om forskaren har försökt att ställa frågor om både positiva och negativa aspekter finns ändå en risk deltagare framförallt vill prata om fördelarna.

En annan validitetsfråga rör forskarens tolkning av deltagarnas utsagor. Hur vet man att tolkningarna stämmer överens med det som deltagarna har velat förmedla? För att öka giltigheten i tolkningarna har forskaren eftersträvat att hålla sig nära intervjumaterialet. Av denna anledning valde forskaren att först göra helt ordagranna transkriberingar av intervjuerna och i ett senare skede göra korrigeringar för läsbarhet. Detta för att bättre kunna värdera vilka ord som verkligen var meningsbärande efter genomarbetning av materialet. Forskaren underbygger också sina resultat genom att använda citat från intervjuerna, vilket möjliggör för läsaren att se delar av det material som tolkningarna är baserade på. En begränsande faktor här är att studien genomförts av en ensam forskare som således har tolkat ursprungsmaterialet på egen hand. Resultaten kan därför ha kommit att färgas mer av en persons förförståelse än vad de hade gjort om det hade funnits fler forskare.

**Förförståelse.** Forskaren inledde denna studie med en förförståelse grundad i egna erfarenheter av psykiatriskt vårdarbete, teoretisk kunskap och egna erfarenheter av psykisk

ohälsa. Under studiens gång vidgades denna förförståelse utifrån inläsning av teori och genomförande av intervjuer. Detta innebar också att forskarens förförståelse vid den första intervjun skiljde sig från förförståelsen vid den sista intervjun.

Forskaren var mån om att konstruera en intervjuguide som skulle skapa utrymme för teman som låg utanför den initiala förförståelsen och konsulterade också både sin handledare och forskningslitteraturen för att identifiera olika relevanta aspekter. Samtidigt har studiens genomförande oundvikligen färgats av forskarens förförståelse. Detta kan naturligtvis vara en fördel, då det är möjligt att forskaren har kunnat förstå deltagarna på ett annat sätt, och har tänkt på att ställa andra intervjufrågor, jämfört med en person som saknar egna erfarenheter av psykisk ohälsa och vårdarbete. Emellertid kan det också vara så att forskaren har missat perspektiv och frågor som forskare med en annan förförståelse hade kunnat bidra med.

Studiens resultat har vuxit fram genom ett samspel mellan forskarens förförståelse och förståelse för deltagarna. Forskarens förförståelse har utvecklats och berikats under studiens gång och forskaren har varit mån om att försöka uppmärksamma och inkludera perspektiv som legat utanför den ursprungliga förförståelsen.

**Etik.** Forskaren har följt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för forskning inom humaniora och samhällsvetenskap (Vetenskapsrådet, 2002) och har använt etikprövningsnämndernas vägledning till forskningspersonsinformation (Etikprövningsnämnderna, u.å.) i utformandet av information till deltagare. Deltagarna har tydligt informerats om studiens syfte och utformning samt att deras eget deltagande är konfidentiellt och frivilligt. Transkriberingar och citat har aidentifierats och citat som inte gick att aidentifiera utan att förändra deras innebörd har inte använts i den färdiga uppsatsen. Forskaren har varit mån om att ingen deltagare ska vara identifierbar för utomstående i slutresultatet och valde därför att inte använda fingerade namn eller någon form av numrering som skulle göra det möjligt att följa deltagarna genom texten. Detta eftersom flera av deltagarna inte är öppna om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa på sina arbetsplatser, vilket innebär att det skulle kunna få långtgående konsekvenser för deras arbetssituation om kollegor kan identifiera dem i materialet.

Studiens syfte är att undersöka personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa i deras roll som personal. Forskaren har således medvetet valt att inte ställa några frågor om deltagarnas eventuella diagnoser, sjukdomsupplevelser och/eller specifika vårderfarenheter. I majoriteten av intervjuerna valde dock deltagarna att spontant dela med sig av sådan information. Detta går naturligtvis inte att kontrollera för i förväg, då forskaren enbart styr över vilka frågor som ställs i intervjun och inte över vad deltagaren utöver det anser är

relevant att berätta. I de fall då deltagare berättade om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa valde forskaren att lyssna, då det bedömdes vara etiskt oförsvarbart att avbryta, men att inte ställa vidare följdfrågor.

Även om forskaren inte ställde några frågor om deltagarnas sjukdomshistoria och specifika vårderfarenheter så framkom, som tidigare nämnts, sådan information i de flesta fall ändå. Flera deltagare berättade också om svåra situationer som de hade upplevt i arbetslivet och om negativa attityder hos kollegor. Därför ställdes avslutande frågor om hur intervjun hade upplevts för att säkerställa att deltagarna fick möjlighet att ta upp eventuella negativa känslor. Forskaren var också redo att hänvisa deltagare med stark emotionell påverkan vidare till en vårdkontakt. I praktiken blev detta dock inte aktuellt då samtliga deltagarna uppgav att de hade upplevt intervjun positivt och hade uppskattat möjligheten att få reflektera över sitt arbete. I de fall då negativa känslor hade väckts upplevde deltagaren att dessa var kontrollerbara och tillfälliga.

Samtidigt som denna studie har krävt överväganden för att säkerställa att deltagarna inte far illa – det så kallade individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 2002) – så bör man också väga in det forskningsetiska kravet att det ska bedrivas forskning kring väsentliga frågor – det så kallade forskningskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Enligt Vetenskapsrådet (2002, s. 5) vore det ”närmast oetiskt att avstå från att bedriva forskning kring faktorer som kan komma att t.ex. förbättra människors hälsa och livsvillkor, undanröja fördomar eller höja människors medvetenhet om hur de på ett rikare sätt kan utnyttja sina egna resurser”. Denna studie undersöker ett relativt outforskat ämne och skulle i förlängningen kunna bidra till bättre användande av vårdens mänskliga resurser och minskat stigma kring psykisk ohälsa hos vårdpersonal. Givet de steg som tagits för att säkerställa att ingen deltagare far illa bör således den forskningsetiska nyttan med denna studie vara större än riskerna.

## **Slutsatser**

Personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa använder dessa erfarenheter i sitt arbete:

- för att få en ökad förståelse och empati för sina patienter/brukare genom att utgå från sin erfarenhetskunskap och använda sig själva som en referenspunkt
- för att ge ett bättre bemötande
- genom att berätta om sina egna erfarenheter för patienter/brukare för att minska maktobalans, vara en förebild, inge hopp, inspirera, ge råd, förmedla förståelse och bygga positiva relationer

- genom att framföra patientperspektivet inför kollegor och motverka negativa attityder
- genom att använda själva den psykiska ohälsan som en resurs

Användandet av de egna erfarenheterna påverkas av:

- personalens självinsikt och medvetenhet om sina gränser och begränsningar
- upplevd likhet med patienter/brukare, vilket både kan vara en underlättande och en försvårande faktor
- begränsningar i self-disclosure, vilka görs antingen av hänsyn till patienten/brukaren eller av hänsyn till personalen själv, exempelvis för att undvika negativa attityder från kollegor
- personalens rolltagande och eventuella rollkonflikter som uppstår när egna erfarenheter av psykisk ohälsa ska integreras i den professionella rollen

Sammantaget visar resultaten från denna studie att egna erfarenheter av psykisk ohälsa kan vara en tillgång i psykiatriskt vårdarbete. De egna erfarenheterna används ofta på ett planerat sätt i behandlarnas arbete, men kan också ta sig uttryck genom en slags magkänsla eller intuition. Det är dock viktigt att personalen har en god självinsikt och medvetenhet om sina gränser för att kunna använda sina erfarenheter på ett bra sätt. Behandlarnas arbetsplats och kollegor kan ha en tydlig inverkan på hur de använder sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Många behandlare använder sina erfarenheter mindre än vad de hade velat på grund av negativa attityder hos kollegor och av rädsla för att bli ifrågasatta.

Denna studie är möjligen den första i Sverige, och en av få internationellt, som empiriskt undersöker hur personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa upplever att de använder dessa erfarenheter i sitt arbete. Studien är också en av få som undersöker både peer-specialister och behandlare i icke-designerade positioner.

Med tanke på de negativa attityder som fortfarande finns i samhället (och inom vården) gentemot personer med psykisk ohälsa kan det vara värdefullt med forskning som visar att sådana erfarenheter ofta är en tillgång. Genom större kännedom om hur personal använder sina erfarenheter blir det också lättare att identifiera eventuella svårigheter som kan uppkomma och behov av utbildning och träning.



## Framtida forskning

Det finns mycket begränsat med forskning som empiriskt undersöker behandlare inom psykiatri och socialpsykiatri med egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Det behövs således vidare forskning kring ämnet generellt. Följande är några mer specifika områden som kan vara intressanta att undersöka:

- Finns det något samband mellan att behandlare använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete och behandlingsutfall hos patienter/brukare? Om det finns: samvarierar behandlingsutfall med något särskilt beteende hos behandlarna (exempelvis bemötande eller self-disclosure)?
- Hur upplever patienter/brukare att personal använder sig av egna erfarenheter av psykisk ohälsa i arbetet? Upplevs sådant användande som huvudsakligen positivt eller negativt och vilka faktorer är detta i så fall beroende av?
- Vad finns det för särskilda behov av träning, utbildning och stöd för att personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa på bästa sätt ska kunna använda sina erfarenheter i arbetet, och hur kan detta utformas?
- Hur uppfattar kollegor behandlares användande av egna erfarenheter av psykisk ohälsa? Finns det stor skillnad i uppfattningar om peer-specialister och om personal i icke-designerade positioner och vad består i så fall denna skillnad av?
- Finns det skillnader mellan hur personal från olika yrkesgrupper använder egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete? Skiljer sig användandet åt mellan personal med olika typer av arbetsuppgifter? Är vissa yrkeskategorier mer benägna att använda sina egna erfarenheter och vad beror det i så fall på?
- Är egna erfarenheter av psykisk ohälsa en större tillgång i vissa psykiatriska/socialpsykiatriska verksamheter än i andra? Vad beror detta i så fall på (exempelvis vårdformen, patientgruppen, annat)?
- I denna studie framkommer att vissa former av pågående psykisk ohälsa i sig kan vara en tillgång. Är detta resultat specifikt för vissa typer av problem? Vilka diagnosgrupper rör det sig om i så fall och vad är unikt med deras problematik som kan göra denna till en resurs?

## Referenser

- Adame, A. L. (2011). Negotiating discourses: The dialectical identities of survivor-therapists. *The Humanistic Psychologist*, 39(4), 324-337. doi:10.1080/08873267.2011.618038
- Adame, A. L. (2014). "There needs to be a place in society for madness": The psychiatric survivor movement and new directions in mental health care. *Journal Of Humanistic Psychology*, 54(4), 456-475. doi:10.1177/0022167813510207
- Agrawal, S. & Edwards, M. (2013). Personal accounts: upside down: the consumer as advisor to a psychiatrist. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(4), 301-302. doi:10.1176/appi.ps.640413
- Ahlberg Gagnér, F. (2014). *Utvärdering av ett sysselsättningsprojekt för personer med psykiska funktionsnedsättningar i Göteborgs stad 2012-2013*. Hämtat 19 mars 2016 från Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg: [http://nsphig.se/pdf/Brukarcoacher\\_-\\_Ett\\_Erfarenhetsbaserat\\_St%C3%B6d.pdf](http://nsphig.se/pdf/Brukarcoacher_-_Ett_Erfarenhetsbaserat_St%C3%B6d.pdf)
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ashforth, B. E., Schinoff, B. S. & Rogers, K. M. (2016). "I identify with her," "I identify with him": Unpacking the dynamics of personal identification in organizations. *Academy Of Management Review*, 41(1), 28-60. doi:10.5465/amr.2014.0033
- Audet, C. T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers?. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(2), 85-100. doi:10.1080/09515070.2011.589602
- Audet, C. T., & Everall, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: a phenomenological study from the client perspective. *British Journal Of Guidance & Counselling*, 38(3), 327-342. doi:10.1080/03069885.2010.482450
- 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
- Bandura, A. & Huston, A. C. (1961). Identification as a process of incidental learning. *Journal Of Abnormal And Social Psychology*, 63(2), 311-318.
- Barrett, M. S. & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves?. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 69(4), 597-603. doi:10.1037/0022-006X.69.4.597
- Bengtsson, M-L. (2013). *Människa, var är du? Prästens roll som själavårdare i det postmoderna samhället* (Kandidatuppsats). Göteborgs universitet, Institutionen för

litteratur, idéhistoria och religion.

- Berg, H., Antonsen, P. & Binder, P. (2016). Sediments and vistas in the relational matrix of the unfolding 'I': A qualitative study of therapists' experiences with self-disclosure in psychotherapy. *Journal Of Psychotherapy Integration*. Advance Online Publication. doi:10.1037/a0040051
- Bird, G. & Viding, E. (2014). The self to other model of empathy: providing a new framework for understanding empathy impairments in psychopathy, autism, and alexithymia. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 47, 520-532.
- Björkman, T., Hansson, L., Svensson, B. & Berglund, I. (1995). What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *International Journal For Quality In Health Care*, 7(4), 355-362. doi:10.1016/1353-4505(95)00015-1
- Bodén, R., Sundström, J., Lindström, E., Wieselgren, I. & Lindström, L. (2010). Five-year outcome of first-episode psychosis before and after the implementation of a modified assertive community treatment programme. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 665-674. doi:10.1007/s00127-009-0108-3
- Bourquin, C., Stiefel, F., Mast, M. S., Bonvin, R. & Berney, A. (2015). Communication study: Well, you have hepatic metastases: Use of technical language by medical students in simulated patient interviews. *Patient Education And Counseling*, 98(3), 323-330. doi:10.1016/j.pec.2014.11.017
- Brandon, D. (1999). Melting straitjackets. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(4), 321-326. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.00208.x
- Bremberg, S. & Dalman, C. (2014). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Hämtad 20 mars 2016 från Forte: <http://forte.se/wp-content/uploads/2014/12/kunskapsöversikt-begrepp.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1960). Freudian theories of identification and their derivatives. *Child Development*, 31(1), 15-40.
- Cain, N. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22-28.
- Carlson, L., Rapp, C. & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer-providers: barriers and alternative solutions. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 199-213.
- Castro, C. M., Wilson, C., Wang, F. & Schillinger, D. (2007). Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *American Journal Of Health Behavior*, 31,

85-95.

- Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J. & Davidson, L. (2006). Toward the implementation of mental health consumer provider services. *Journal Of Behavioral Health Services & Research*, 33(2), 176-195.
- Clarke, C. (2012). 'Missing persons': technical terminology as a barrier in psychiatry. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 15(1), 23-30.
- Clarke, G. N., Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Paulson, R. I., Cutler, D. L., Lewis, K. & Oxman, E. (2000). Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental Health Services Research*, 2(3), 155-164.
- Conchar, C. & Repper, J. (2014). "Walking wounded or wounded healer?" Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature. *Mental Health & Social Inclusion*, 18(1), 35-44. doi:10.1108/MHSI-02-2014-0003
- Conti-O'Hare, M. (1998). Examining the wounded healer archetype: a case study in expert addictions nursing practice. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 4(3), 71-76.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.
- 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.
- Davison, E. (2013). *The wounded healer: clinical and counselling psychologists with experience of mental health problems* (Doktorsavhandling). Canterbury Christ Church University, Institutionen för tillämpad psykologi.
- 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
- Egidius, H. (u.å.). *Självxponering*. Hämtat 15 mars 2016 från Psykologiguiden: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=sj%E4lvxponering>
- Eklund, J. (2013). Empati som känsla, förståelse och omsorg. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(2), 214-221.
- Etikprövningsnämnderna. (u.å.). *Vägledning till forskningspersoninformation*. Hämtat från:

<http://www.epn.se/start/>

- Farber, B. A., Manevich, I., Metzger, J. & Saypol, E. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road?. *Journal Of Clinical Psychology*, 61(8), 1009-1031. doi:10.1002/jclp.20174
- Fisher, D. B. (1994). A new vision of healing as constructed by people with psychiatric disabilities working as mental health providers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 67-81. doi:10.1037/h0095574.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Sjukdomar och besvär*. Hämtad 25 mars 2016 från:  
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/sjukdomar-och-besvar/>
- Fox, V. (2002). I am a mental health professional; My credential: Life experience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(1), 99-100. doi:10.2975/26.2002.99.100
- Frese, F. J. & Walker-Davis, W. (1997). The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Professional Psychology: Research And Practice*, 28(3), 243-245. doi:10.1037/0735-7028.28.3.243
- Garrison, M. E., Ackerson, B. J. & Forrest, J. (2010). Consumers as providers: What inhibits the success of this practice?. *Best Practice In Mental Health*, 6(2), 1-12.
- 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*, 34(3), 293-306.
- Georgi, E., Petermann, F. & Schipper, M. (2014). Are empathic abilities learnable? Implications for social neuroscientific research from psychometric assessments. *Social Neuroscience*, 9(1), 74-81. doi:10.1080/17470919.2013.855253
- Gilbert, P., & Stickley, T. (2012). 'Wounded Healers': the role of lived-experience in mental health education and practice. *Journal Of Mental Health Training, Education & Practice*, 7(1), 33-41. doi:10.1108/17556221211230570
- 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), 1-13. doi:10.1186/1472-6963-13-188
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Grant, J. (2010). Embracing an emerging structure in community mental health services:

- hope, respect, and affection. *Qualitative Social Work*, 9(1), 53-72.  
doi:10.1177/1473325009355620
- Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S. & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *Journal Of Behavioral Health Services & Research*, 42(1), 100-108.  
doi:10.1007/s11414-013-9365-8
- Hayes, J. A. (2002). Playing with fire: Countertransference and clinical epistemology. *Journal Of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 93-100.
- Jack, K. & Miller, E. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*, 12(3), 31-35.
- Jacobson, N., Trojanowski, L. & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12(1), 205-215. doi:10.1186/1472-6963-12-205
- Johansson, H. & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 17(4), 339-346.
- 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:10.1176/appi.ps.201300113
- Kagan, J. (1958). The concept of identification. *Psychological Review*, 65(5), 296-305.  
doi:10.1037/h0041313
- 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.
- Kern, E. O. (2014). The pathologized counselor: Effectively integrating vulnerability and professional identity. *Journal Of Creativity In Mental Health*, 9(2), 304-316.  
doi:10.1080/15401383.2013.854189
- Kjellgren, H. (2016). *Solelens roll i energiomställningen* (Kandidatuppsats). Uppsala universitet, Kulturgeografiska institutionen.
- Klein, A. R., Cnaan, R. A. & Whitecraft, J. (1998). Significance of peer social support with dually diagnosed clients: Findings from a pilot study. *Research On Social Work Practice*, 8(5), 529-551.
- Kottsieper, P. (2009). Experiential knowledge of serious mental health problems: One clinician and academic's perspective. *Journal Of Humanistic Psychology*, 49(2), 174-

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (S-E. Torhell, Övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, A-L. (2007). *Att främja inflytande för psykiskt sjuka och funktionshindrade – ett utvecklingsarbete inom vård och omsorg* (Rapport i socialt arbete nr 126 – 2007). Hämtat från Stockholms universitet: <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:197906/FULLTEXT01.pdf>
- Lyons, M. & Ziviani, J. (1995). Stereotypes, stigma, and mental illness: Learning from fieldwork experiences. *American Journal Of Occupational Therapy*, 49(10), 1002-1008.
- Major, B. & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review Of Psychology*, 56(1), 393-421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Malm, U. I., Ivarsson, B. R. & Allebeck, P. (2014). Durability of the efficacy of integrated care in schizophrenia: a five-year randomized controlled study. *Psychiatric Services*, 65(8), 1054-1057. doi:10.1176/appi.ps.201300164
- Martin, P. (2011). Celebrating the wounded healer. *Counselling Psychology Review*, 26(1), 10-19.
- Moll, S., Holmes, J., Geronimo, J. & Sherman, D. (2009). Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: Unique challenges and opportunities. *Work*, 34(3), 449-458. doi:10.3233/WOR-2009-0893
- Morgenroth, T., Ryan, M. K. & Peters, K. (2015). The motivational theory of role modeling: How role models influence role aspirants' goals. *Review Of General Psychology*, 19(4), 465-483. doi:10.1037/gpr0000059
- Mowbray, C. T. & Moxley, D. P. (1998). Consumers as mental health providers: First-person account of benefits and limitations. *Journal Of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397-411.
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Thrasher, S., Bybee, D., McCrohan, N., Harris, S. & Clover, G. (1996). Consumers as community support providers: issues created by role innovation. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 47-67.
- Myers, D. & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(2), 173-185. doi:10.1037/0033-3204.43.2.173
- Myndigheten för delaktighet. (2014). *Hjärnkoll – psykiska olikheter, lika rättigheter* (Myndigheten för delaktighet, Serie A 2014:11). Hämtat från:

<http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2014/2014-11-hjarnkoll-psykiska-olikheter.pdf>

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa. (u.å.). *Peer support*. Hämtat från:

<http://www.nsphig.se/wordpress/peer-support/>

Nestor, P. & Galletly, C. (2008). The employment of consumers in mental health services: Politically correct tokenism or genuinely useful?. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 344-347.

Olin-Scheller, C. (2012). Att vara en del av berättelsen. Om lekande mangafans och cosplay. I A. Löfdahl & H. Pérez Prieto (Red.), *Barn, barndomar, rättigheter och utbildningar* (pp. 109-121). Karlstad: Universitetsstryckeriet.

Paulson, R., Henrickx, H., Demmler, J., Clarke, G., Cutler, D. & Birecree, E. (1999).

Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 251-269.

Penn, D. L. & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 235-247.

Pitt, V. J., Lowe, D., Prictor, M., Ryan, R., Berends, L., Hill, S. & Hetrick, S. (2013). A systematic review of consumer-providers' effects on client outcomes in statutory mental health services: The evidence and the path beyond. *Journal Of The Society For Social Work & Research*, 4(4), 333-356. doi:10.5243/jsswr.2013.21

Poppius, U. (1984). *Arbetsfält i förändring: folkbildningsarbete bland människor med psykisk ohälsa*. Stockholm: Skolöverstyrelsen.

Psykiatri Södra Stockholm. (2015). *Medarbetare med brukarerfarenhet*. Hämtat 10 april 2016 från: <http://psykiatrisodra stockholm.se/globalassets/verksamheter/psykiatri/psykiatri-sodra-stockholm/projekt-medarbetare-med-brukarerfarenhet.pdf?id=36573>

Pugh, K. & Ramsay, N. (1994). Supervision groups for health advisers working with patients with HIV disease. *Counselling Psychology Quarterly*, 7(4), 359-366.

Ratzlaff, S., McDiarmid, D., Marty, D., & Rapp, C. (2006). The Kansas Consumer as Provider program: Measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 174-182.

Region Skåne. (2016). *Hjälp i vårt förändringsarbete*. Hämtat 18 mars 2016 från:

<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Bli-delaktig/Mer-hjalp-i-vart-forbattringsarbete/>

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

- Repper, J. & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: The peer support workers and their work with individuals. *Journal Of Mental Health Training, Education & Practice*, 7(2), 79-84. doi:10.1108/17556221211236475
- Resnick, S. & Rosenheck, R. (2008). Integrating peer-provided services: A quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services*, 59(11), 1307-1314.
- Richards, J. (2013). *How do people construct their identity when they are both a 'mental health professional' and a 'mental health service user'?* (Doktorsavhandling). Canterbury Christ Church University, Institutionen för tillämpad psykologi.
- Riksförbundet för Social och Mental hälsa. (u.å.). *Impact on your own situation*. Hämtat 8 april 2016 från: <http://www.rsmh.se/english-menu/impact-on-your-own-situation/>
- Rivera, J., Sullivan, A. & Valenti, S. (2007). Adding consumer-providers to intensive case management: Does it improve outcome?. *Psychiatric Services*, 58(6), 802-809.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal Of Career Development (Springer Science & Business Media B.V.)*, 30(1), 5-44.
- Salzer, M. S. (2002). Consumer-delivered services as a best practice in mental health care delivery and the development of practice guidelines. *American Journal Of Psychiatric Rehabilitation*, 6(3), 355-382.
- Salzer, M. S. (2010). Certified peer specialists in the United States behavioral health system: An emerging workforce. I L.D. Brown, & S. Wituk (Red.), *Mental health self-help* (pp. 169-191). New York: Springer.
- Salzer, M. S. & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281-288.
- Scheyett, A., McCarthy, E. & Rausch, C. (2006). Consumer and family views on evidence-based practices and adult mental health services. *Community Mental Health Journal*, 42(3), 243-257.
- Schiff, A. (2004). Recovery and mental illness: Analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 212-218.
- Schmidt, L., Gill, K., Pratt, C. & Solomon, P. (2008). Comparison of service outcomes of case management teams with and without a consumer provider. *American Journal Of Psychiatric Rehabilitation*, 11(4), 310-329.
- Schön, U. (2010). The power of identification: Peer support in recovery from mental illness.

- Scandinavian Journal Of Disability Research*, 12(2), 83-90.  
doi:10.1080/15017410903478956
- Shattell, M. (2009). Reflections of a 'wounded healer'. *Issues In Mental Health Nursing*, 30(2), 135-137. doi:10.1080/01612840802601390
- Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Landstingsanställd personal 2015*. Hämtat från: <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenidiagramochsiffror/tabellerlandstingsanstalldpersonal2015.8833.html>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G. & ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 12-20. doi:10.1002/wps.20084
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>
- Socialstyrelsen. (2010). *Informationssäkerhet – Vägledning för hantering av information inom vård och omsorg*. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17988/2010-4-6.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). *Metod på drift*. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18443/2011-9-20.pdf>
- Socialstyrelsen. (2012). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18639/2012-3-14.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013a). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19150/2013-6-27.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013b). *Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT)*. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18963/2013-2-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *Öppna jämförelser 2014 Stöd till personer med funktionsnedsättning*. Hämtat från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19423/2014-5-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015a). *Att mötas i hälso- och sjukvård – ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Hämtat från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015b). *Öppna jämförelser 2015 stöd till personer med funktionsnedsättning*

- *Guide för att tolka resultaten*. Hämtat från: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Oppna-jamforelser-2015-Stod-till-personer-med-funktionsnedsattning-guide.pdf>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Solomon, P. & Draine, J. (1998). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. *New Directions For Mental Health Services*, 20(79), 65-77.
- Stansfeld, S., Rasul, F., Head, J. & Singleton, N. (2011). Occupation and mental health in a national UK survey. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 101-110. doi:10.1007/s00127-009-0173-7
- Statistiska Centralbyrån. (2014). *På tal om kvinnor och män, Lathund om jämställdhet*. Hämtat från: [http://www.scb.se/Statistik/Publikationer/LE0201\\_2013B14\\_BR\\_X10BR1401.pdf](http://www.scb.se/Statistik/Publikationer/LE0201_2013B14_BR_X10BR1401.pdf)
- Su, J., Weng, H., Tsang, H. & Wu, J. (2009). Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress & Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 25(5), 423-430 8p. doi:10.1002/smi.1261
- Svantesson, E. (2015). *Om livet och döden – och en vardag i balans*. Hämtat 15 mars 2016 från Lunds universitet: [http://www.med.lu.se/hv/nyhetsarkiv/om\\_livet\\_och\\_doeden\\_och\\_en vardag\\_i\\_balans](http://www.med.lu.se/hv/nyhetsarkiv/om_livet_och_doeden_och_en vardag_i_balans)
- Svensson, O. (2008). *Utvärdering av försöksverksamhet med brukarinflytandesamordnare inom psykiatrin i Halland*. Hämtat från Högskolan i Halmstad: <http://hh.diva-portal.org/smash/get/diva2:240125/FULLTEXT01.pdf>
- Svensson, B. & Hansson, L. (2016). How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 70(4), 309-313. doi:10.3109/08039488.2015.1109140
- Tse, S., Tsoi, E. S., Wong, S., Kan, A. & Kwok, C. F. (2014). Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: Preliminary evaluation and experience. *International Journal Of Social Psychiatry*, 60(3), 211-218. doi:10.1177/0020764013481427
- van Erp, N. J., Hendriksen-Favier, A. I. & Boer, M. (2010). Training and employment of consumer provider employees in Dutch mental health care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 65-67. doi:10.2975/34.1.2010.65.67
- van Vugt, M., Kroon, H., Delespaul, P. & Mulder, C. (2012). Consumer-providers in assertive

- community treatment programs: associations with client outcomes. *Psychiatric Services*, 63(5), 477-481.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat från Göteborgs universitet: [http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)
- Wall, T. D., Bolden, R. I., Borrill, C. S., Carter, A. J., Golya, D. A., Hardy, G. E. & ... West, M. A. (1997). Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: Occupational and gender differences. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 171(6), 519-523.
- Waynor, W. R. & Pratt, C. W. (2012). Assessing mental health providers' perceptions of consumer-providers. *Occupational Therapy In Mental Health*, 28(2), 160-169. doi:10.1080/0164212X.2012.679545
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative reseach in psychology* (3. uppl.). New York: Open University Press.
- Wintrip, S. (2012). *From consumer to consumer-provider: A narrative analysis* (Doktorsavhandling). University of East London, Institutionen för klinisk psykologi.
- Wroblewski, T., Walker, G., Jarus-Hakak, A. & Suto, M. J. (2015). Peer support as a catalyst for recovery: A mixed-methods study. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 82(1), 64-73. doi:10.1177/0008417414551784
- Yager, J. (2015). Updating Empathy. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 78(2), 134-140. doi:10.1080/00332747.2015.1051439
- Zerubavel, N. & O'Dougherty Wright, M. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482-491. doi:10.1037/a0027824
- Åberg, M. & Nylander, H. (2012). *BISAM – Från mottagare till medskapare?* Hämtat 24 mars 2016 från FoU Nordväst: <http://www.fouvalfard.se/file/bisam-brukarinflytandesamordnare-2012.pdf>

## **Bilaga 1.**

### **Sökning efter internationell litteratur**

Litteratursökningen inleddes med att söka i LUBsearch efter peer-reviewed artiklar.

Huvudsakligen användes följande söktermer:

- prosumer\* + ”mental health\*”
- prosumer + ”psychiatr\*”
- consumer-provider\* + ”mental health\*”
- consumer-provider\* + ”psychiatr\*”
- consumer-professional\* + ”mental health\*”
- consumer-professional\* + ”psychiatr\*”
- ”peer support specialist\*”
- ”peer support worker\*”
- wounded healer\* + psychiatr\*
- wounded healer\* + ”mental health”
- staff + ”mental ill health”

Ytterligare litteratur identifierades sedan genom att söka genom den befintliga litteraturens referenslistor. Ett flertal relevanta artiklar identifierades på detta sätt.

Senare genomfördes också mer specifika litteratursökningar för att identifiera litteratur som beskrev olika teoretiska begrepp, exempelvis empati, bemötande och stigma. I dessa fall användes söktermer lämpliga för det ämne som eftersöktes (t.ex. ”stigma” + ”mental health\*”)

## **Bilaga 2.**

### **Sökning efter litteratur från Sverige**

Sökning efter svensk litteratur inleddes med att söka i LUBsearch efter peer-reviewed artiklar.

Följande söktermer användes tillsammans ”+ Sweden” och ”+ swedish”:

- prosumer\*
- consumer-provider\*
- consumer-professional\*
- ”peer support specialist\*”
- ”peer support worker\*”
- ”peer support”
- ”wounded healer\*”

Då detta inte resulterade i några relevanta träffar gjordes vidare sökningar i svenska databaser.

De databaser som användes var (1) SwePub - Kungliga bibliotekets sökverktyg för vetenskaplig publicering vid svenska lärosäten som samlar över 500 000 vetenskapliga publikationer och (2) Libris Uppsök – Kungliga bibliotekets sökverktyg för studentarbeten från svenska lärosäten som innehåller över 200 000 arbeten.

Följande söktermer användes:

- prosumer
- consumer-provider
- wounded healer
- brukarerfarenhet + psykisk ohälsa
- brukarerfarenhet + psykiatri
- psykisk ohälsa personal
- Brukarinflytandesamordnare
- BISAM
- brukarspecialist/-er,
- mentor psykiatri
- brukarcoach/-er

Detta resulterade i att två utvärderingar av projekt med brukarinflytandesamordnare identifierades. För övriga söktermer identifierades ingen relevant svensk litteratur.

### **Bilaga 3.**

#### **Information som användes vid rekrytering via Facebook**

Hej!

Jag läser nu sista året på psykologprogrammet i Lund och söker deltagare till min examensuppsats!

Jag ska undersöka hur psykiatripersonal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa upplever att de använder sig av dessa erfarenheter i sitt arbete. Jag är ute efter stort och smått, positivt och negativt, tyst förståelse och öppet berättande.

Jag söker personer som arbetar i patientnära arbete inom psykiatri eller socialpsykiatri och som har egna erfarenheter av psykisk ohälsa och som kan tänka sig att bli intervjuade kring detta. Naturligtvis kommer alla deltagare att aidentifieras i den färdiga uppsatsen.

Jag kommer genomföra intervjuer från och med december 2015 till början av mars 2016. Intervjuerna kommer ta ca 1-1 ½ timme och äger rum antingen på psykologiska institutionen i Lund eller på en annan plats var som helst i Skåne som du som deltagare väljer.

Kan du själv tänka dig att delta, eller känner du någon som stämmer in på ovanstående? Kontakta mig via meddelande här eller maila: [san10rjo@student.lu.se](mailto:san10rjo@student.lu.se) för mer information!

P.S. Dela gärna inlägget! Tack ☺

**Bilaga 4.**  
**Information som användes vid annan rekrytering**



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Sökes: Psykiatripersonal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa.

Jag läser psykologprogrammet i Lund och skriver just nu min mastersuppsats om hur psykiatripersonal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa upplever att de använder sig av dessa erfarenheter i sitt arbete. Jag är intresserad av dina upplevelser - stort och smått, positivt och negativt, tyst förståelse och öppet berättande.

Jag söker nu deltagare till studien – personer som arbetar i patientnära arbete inom psykiatri eller socialpsykiatri och som har haft egna erfarenheter av psykisk ohälsa – som kan tänka sig att bli intervjuade kring detta. Jag vill träffa både mentorer/brukarspecialister och vårdutbildad personal med personliga erfarenheter.

Jag kommer genomföra intervjuer från och med december 2015 till början av mars 2016. Intervjuerna kommer ta ca 1-1 ½ timme och äger rum antingen på psykologiska institutionen i Lund eller på en annan plats var som helst i Skåne som du som deltagare väljer.

Din medverkan är helt frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Vidare kommer alla svar på intervjufrågor som du lämnar att hanteras med sekretess och ditt namn kommer bara att vara känt av undertecknad och inte lämnas ut till utomstående.

Om du har frågor och/eller är intresserad av att delta, kontakta mig via mail:  
[san10rjo@student.lu.se](mailto:san10rjo@student.lu.se)

Vänliga hälsningar  
Rebecka Johansson, psykologstuderande



## Bilaga 5. Intervjuguide

### Intervjuguide

- Hur upplever du att det är att ha egna erfarenheter av psykisk ohälsa och arbeta inom psykiatri/socialpsykiatri?
  - (För- och nackdelar?)
  - (Om ej redan besvarat) Hur använder du dina egna erfarenheter i ditt arbete?
- Berättar du om dina egna erfarenheter för...
  - ... patienter?
  - ... kollegor?
  - Hur avgör du vad du ska berätta, när och för vem?
  - Negativa erfarenheter av att berätta?
  - Yrkesrollens påverkan på beslut om att berätta eller ej?
- Händer det att du ser mycket av dig själv i dina patienter och drar paralleller till sådant du själv varit med om? (Exempel?)
  - Fördelar? (t.ex. ökad förståelse?)
  - Svårigheter att skilja på eget och patientens?
  - Hur påverkar upplevd likhet med patienterna betydelsen av de egna erfarenheterna?
  - Fördelar och svårigheter med att känna igen sig i patientens situation?
  - Lojalitetsproblematik – att hamna i kläm mellan patienter och vården?
- Skillnad mellan att vara anställd för att använda sina egna erfarenheter och inte
  - För brukarspecialister/peer-specialister:
    - Upplevd status och respekt från kollegor som peer-expert?
    - Upplevd skillnad i hur patienter relaterar till brukarspecialist och hur de relaterar till annan vårdpersonal?
  - För annan vårdpersonal
    - Upplevda för- och nackdelar med att ha både vårdutbildning och egen erfarenhet?
- Övrigt
  - Är de egna erfarenheter till mest nytta/skada i någon del av vården/förloppet?
  - Betydelsen av egna erfarenheter i relationsbyggandet med brukare/patienter?
- Är det något annat du har tänkt på som du skulle vilja tillägga?
- Åsikter kring studien
  - Vad har du tyckt om intervjun?
  - Vad tycker du om detta denna typ av studie görs?

Återkom om du vill lägga till något eller har frågor!

## **Bilaga 6.**

### **Information till deltagare**



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

### **Information till deltagare**

Denna studie är ett examensarbete på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Syftet med studien är att undersöka hur personal inom psykiatri och socialpsykiatri upplever att de använder sig, och påverkas, av egna erfarenheter av psykisk ohälsa i sitt arbete. Fokus är deltagarnas egna upplevelser – både positiva och negativa – av detta i deras roll som personal.

Detta är ett förhållandevis nytt forskningsområde och det saknas studier från svensk psykiatri och socialpsykiatri. Denna studie syftar därför till utforska vilka upplevelser och erfarenheter som finns hos personal med egna erfarenheter av psykisk ohälsa.

Materialet till studien inhämtas via intervjuer, vilka kommer att spelas in för att sedan transkriberas. De sammanställda intervjuerna kommer sedan att analyseras och olika teman identifieras.

All information hanteras med sekretess och kommer att vara avidentifierad i uppsatsen. Enbart uppsatsförfattaren kommer att ha tillgång till inspelningar och transkriptioner och informationen förvaras oåtkomlig för andra.

Ditt deltagande är frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta intervjun utan att uppge orsak.

Den färdiga uppsatsen kommer att publiceras i LUP Student Papers (<https://lup.lub.lu.se/student-papers/search>), Lunds universitets publiceringsplattform för studentarbeten.

Kontaktuppgifter till uppsatsförfattaren:

Rebecka Johansson  
[san10rjo@student.lu.se](mailto:san10rjo@student.lu.se)

**Bilaga 7.**  
**Samtyckesblankett**

**Informerat samtycke**

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och handhas. Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om hur personal inom psykiatri och socialpsykiatri, med egna erfarenheter av psykisk ohälsa, upplever att de använder dessa erfarenheter i sitt arbete.

Jag samtycker till deltagande

.....  
Datum

.....  
Underskrift