



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

## Erfarenheter och utmaningar i rollen som peer-supporter

- en intervjustudie

## Experiences and challenges in the role as peer-support

- an interview study

Författare: Anna Wall  
Theresia Lovheden

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND  
Abstrakt

**Bakgrund:** Peer-support är personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, som arbetar efter ledord som ömsesidighet, emotionell trygghet och icke-styrande attityd. Det har tidigare framhållits både positiva och negativa aspekter av införandet av peer-support inom psykiatri.

**Syfte:** Syftet med studien är att undersöka peer-supporters upplevelse av sin yrkesroll och de relationer som skapas till sjuksköterskor, övrig vårdpersonal och patienter.

**Metod:** En intervjustudie med kvalitativ design och induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med tio peer-supportanställda. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Tre teman framkom efter analysförfarandet; 1) Upplevelse av stigmatisering 2) Autenticitet och balans i patientrelationen 3) Möjligheter och motgångar i teamet.

Stigmatisering var ett fenomen som framträdde tydligt. Yrket var mycket uppskattat av informanterna men en del svårigheter beskrevs, såsom lojalitetskonflikt mellan patienter och kollegor, avsaknaden av tydlig arbetsbeskrivning och en känsla av osäkerhet och ointresse bland övrig personal. Yrket upplevdes av informanterna som djupt meningsfullt då det skänker möjlighet att ge det stöd som de själva upplever att de hade behövt när de var patienter.

**Diskussion:** Stigmatisering är fortfarande en realitet som informanterna beskrev att de måste förhålla sig till. Travelbees omvårdnadsmodell ger en djupare förståelse för både svårigheter och möjligheter som är unika för peer-supportern och som lyftes fram i intervjusvaren. Författarna ser möjligheter för peer-supportrar att stärka sin roll framöver, men det krävs en uppvärdering och en djupare förståelse av yrket bland övrig personal, ett aktivt arbete mot stigmatisering och ett organisatoriskt krafttag för att visa att organisationerna verkligen menar allvar med att integrera peer-support i svensk psykiatri.

## Nyckelord

Upplevelser, Peer-Supporter, Relation, Sjuksköterskor, Patienter, Psykiatrisk vård.

# Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	5
Peer-support i världen och Sverige	6
Tveksamma röster	7
Utmaningar för arbetsmodellen peer-support i psykiatrin	8
Teoretiska perspektiv och utgångspunkter	9
Betydelsefulla begrepp inom peer-support	10
Empowerment	10
Stigma	10
Återhämtning	11
Syfte	11
Metod	11
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	12
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Upplevelse av stigmatisering	16
Jag tyngs av både inre och yttre stigmat	17
Mitt yrke är lågt värderat	18
Autenticitet och balans i patientrelationen	19
Vårt yrke bygger relationer	20
Att balansera mellan närhet och distans	21
Vara lojal med patienter eller kollegor	22
Jag är expert på återhämtning	24
Möjligheter och motgångar i teamet	25
Känsla av uppskattning och gott samarbete	25
Faktorer som gör arbetet svårare	25
Känsla av meningsfullhet	26
Diskussion	28
Metoddiskussion	28
Resultatdiskussion	29
Upplevelse av stigmatisering och motgångar	29
Lojalitetskonflikt	32
Återhämtningsfokuserad vård	33

Konklusion och implikationer	34
Referenser	36
Bilaga 1 (1)	41

## **Problemområde**

Peer-support är en relativt ny yrkesgrupp inom omvårdnadsarbetet som i framtiden troligtvis kommer att bli allt vanligare (Firmin et al, 2019). Termen peer-support har förutom sin engelska originalbetydelse (ungefär ”kamratstödare”) här även betydelsen ”egenerfaren resurs”. Peer-support styrs av kärnvärden som ömsesidighet, emotionell trygghet och en icke-styrande attityd, och arbetssättet innebär ett skifte i fokus från att hjälpa andra till att lära sig tillsammans.

Ur ett omvårdnadsperspektiv finns ett behov av ökad förståelse för denna nya yrkesroll eftersom en förutsättning för ett gott teamarbete är att alla i teamet känner till varandras roller och ansvarsområden och därigenom kan medverka till god, personcentrerad vård. I det avseendet det blir extra viktigt att belysa peer-support som ny yrkeskategori (Berlin, 2019), både för att förstå yrkets innehåll och för att förstå erfarenheten hos dem som jobbar som peer-supportrar. Trots ett växande intresse för peer-support inom området psykisk hälsa finns det bara ett fåtal studier som undersöker den djupare innebörden av peer-supportrollen (Watson, 2019). Flertalet forskare hävdar att det behövs en mer omfattande förståelse för de mekanismer som ligger till grund för peer-supportrars unika möjlighet att bidra till återhämtning (Chinman et al., 2017; Lloyd-Evans et al., 2014).

Genom ökad kunskap om hur peer-supportrar upplever sitt arbete hoppas författarna kunna bidra till fördjupad förståelse för att denna nya yrkesroll, och förbättra förutsättningarna för gott teamarbete.

## **Bakgrund**

Peer-supportrar är personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom som formellt är involverade i att ge stöd till andra individer med psykisk funktionsnedsättning (Solomon, 2004). Det finns inget krav på att peer-supportern ska ha samma diagnos som patienten. Peer-supportrar utbildas i att använda sina personliga erfarenheter av återhämtning för att hjälpa

andra och visar på en förändring mot en vårdmodell där det blir vanligare med kamratstöd (Bellamy, Schmutte, & Davidson, 2017), genom allt från volontärarbete till avlönade heltidsanställningar. Det finns en lång tradition av kamratstöd i brukarorganisationer i Sverige, men den peer-support som åsyftas här är den som ges inom ramen för psykiatrisk öppen- och slutenvård. Peer-modeller har vuxit exponentiellt under de senaste decennierna vilket tyder på en mer personcentrerad och återhämtningsorienterad vård (Firmin et al, 2019). Peer-supportrar berättar också att det hjälper dem i deras egen återhämtningsresa att erbjuda stöd till andra (Bailie & Tickle, 2015). Det formella uppdraget som peer-support har i kvalitativa studier förknippats med förbättrad livskvalitet, minskade symtom och ökad självrapporterad återhämtning hos de individer som får stöd av peer-support (Firmin et al, 2019).

Gillard (2015) har belyst hur en förtroendefull relation mellan en peer-supporter och en patient möjliggör positiva förebilder och ett aktivt engagemang. En peer-supporter kan ”bjuda på” sina egna upplevelser av emotionell stress och kan medverka till att ett personligt narrativ formuleras om från en begränsad ”patientidentitet” till en mer positiv förståelse av sig själv (Corrigan et al., 2016). Denna process är raka motsatsen till skam och hemlighetsmakeri vilket ofta hör till internaliseringen av offentligt stigma (Corrigan, Kosyluk, & Rüsck, 2013). O’Hagan et al. (2009) har identifierat tre primära värden i relationen mellan patient och peer-support: likvärdig maktfördelning – patienten har viss kontroll över peer-supportern på ett individuellt och organisatoriskt plan; identifikation – en känsla av ömsesidighet, båda personer hjälper och lär av varandra med minimal distinktion mellan personal och patient; holistisk förståelse av psykisk sjukdom – hela livssituationen tas med i bilden, fokus ligger på att bekräfta giltigheten i den personliga upplevelsen (Gillard et al, 2017). Evidensen för peer-support visar positiva resultat, särskilt för patienter med svår psykisk sjukdom, inom områdena förbättrad livskvalitet, hopp och empowerment (Firmin et al 2019). Vidare har peer-support visat resultat som är likvärdiga, eller till och med ibland överlägsna, insatser som tillhandahålls av annan personal (Davidson et al., 2004; Sells, et al, 2006) och dessutom kostnadseffektivt (Solomon, 2004).

## Peer-support i världen och Sverige

Inom området psykisk hälsa finns rötterna till peer-support inom väletablerade grupper som Anonyma Alkoholister (Crossley, 1999) och har därifrån vuxit i komplexitet och popularitet,

formaliserats och fått en allt tydligare filosofisk bas (Gillard et al., 2017). Under de senaste decennierna har stödet från peer-support i återhämtningsprocessen avseende all psykisk ohälsa uppmärksammats av hälso- och sjukvården i länder som USA, Australien, Nya Zeeland, Holland och Storbritannien (Watson, 2019). I USA har 36 delstater integrerat peer-support i såväl öppen- som slutenvård och i Holland krävs det minst en peer-supporter i varje Assertive Community Treatment (ACT) team (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa [NSPH], 2020).

År 2016 startades i Sverige projektet PEER Support av Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), för att utveckla en nationell plattform med riktlinjer och ramar för en svensk utbildning inom peer-support. De nyblivna peer-supporterarna anställdes sedan inom vården eller socialpsykiatri i fyra pilotlän – Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Västerbotten. Projektet finansierades av Allmänna Arvsfonden och genomfördes i samarbete med CEPI (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser) som har sin bas på Medicinska Fakulteten i Lund. Projektets långsiktiga mål var att peer-support ska bli en naturlig del av den svenska sjuk- och hälsovården inom såväl öppen- som slutenvård (<https://nspn.se/sa-harpaverkar-vi/projekt/peer-support/>). Peer-support är, sedan hösten 2017, klassat som ett forsknings- och utvecklingsområde av Socialstyrelsen (Gustavsson, 2018).

Lagar som styr peer-support är främst hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientlagen (PL). Hälso- och sjukvårdslagen är en så kallad ramlag, det vill säga en lag som innehåller mål och riktlinjer för all hälso- och sjukvård. Målet är en god hälsa och vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet (3 kap 1 §, HSL). Vården ska enligt lagen också bygga på respekt för patientens självbestämmande och främja goda kontakter mellan personal och patienter, vilket peer-support bidrar till genom att agera som en länk mellan personal och patient. Lagen ska stärka och tydliggöra patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (5 kap 1 § HSL, 1 kap 1, 6-7 §§ och 2 kap 1 § PL). Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap 2 § HSL). I enlighet med Patientsäkerhetslag (PSL 2010:656) skall vården så långt som möjligt göras i samråd med patienten. Det finns således starkt lagligt stöd för peer-supporters arbete med att stärka patientens autonomi och medbestämmande.

## Tveksamma röster

En Cochrane-granskning fann att resultatet för patienter som hade stöd av peer-supportrar var likvärdiga med dem som stöds av annan psykiatrisk personal, vilket har replikerats i ett par andra studier (Burke et al, 2019), och väckt en del kritik (Gillard et al, 2017). Fördelen är att det är mindre kostsamt med peer-support. Många kvalitativa och observationsbaserade studier befäster att peer-support har klara fördelar (Repper and Carter, 2011), men det finns även kvantitativ forskning (RCT-studier och systematiska litteraturstudier) som inte indikerar förbättrade resultat när peer-support jämförs med andra former av psykiatriskt stöd (Lloyd-Evans et al., 2014). Dock mäter dessa försök inte resultatet av människors upplevelser av peer-support utan fokuserar enbart på kvantifierbara resultat, som till exempel antal dagar i slutenvård (Gillard et al., 2017).

Ett annat argument är att de värden som framhålls i samband med peer-support egentligen hör hemma i den privata sfären, mellan människor som står varandra nära och stöttar varandra känslomässigt (Mead and MacNeil, 2006). För många människor är denna form av privat stöd något väldigt skilt från – kanske till och med i motsatsförhållande till – psykiatrin (Faulkner and Bassett, 2012). Detta kan naturligtvis även tolkas positivt eftersom det innebär att peer-support är bra för dem som saknar privata nätverk.

## Utmaningar för arbetsmodellen peer-support i psykiatrin

Införandet av peer-support i sjukvården återspeglar ofta ett betydande paradigmskifte. Det har resulterat i att de hinder som står i vägen för effektiv implementering blir synliga. På en nivå hindrar dessa barriärer sjukvården från att förändras på ett sätt som främjar patienter. På en annan nivå påverkar dessa barriärer också ofta personer som anställs som peer-supportrar (Firmin et al 2019). Vilka är då dessa hinder? Forskningen pekar på ett antal utmaningar. Dels att peer-supportern har en yrkestitel och ingår i personalstyrkan vilket kan skapa ett obalanserat maktförhållande i peer-to-peer-relationen. Ordet ”peer” avslöjar att personen själv upplevt psykisk ohälsa. Även om detta är validerande i sig, kan det samtidigt upplevas stigmatiserande och utgöra ett hinder mot att vilja jobba som peer-supporter (Moran et al, 2013). Att ha en standardiserad peer-supportutbildning bidrar till att formalisera och professionalisera yrket, men det är samtidigt motsägelsefullt att utbilda sig ”i att vara autentisk” (Scott, 2011). I utbildningen tränas peer-supportrar i att berätta om *sin* väg till återhämtning som ett sätt att erbjuda ”återhämtningsfokuserad vård”. Scott (2011) menar att



detta står i konflikt med den relationsbyggande processen eftersom man tar för givet att den egna förförståelsen av psykisk hälsa stämmer överens med patientens egen levda erfarenhet. Lärarna i peer-support-utbildningar upplevde också att de blivande peer-supportrarna började lägga sig till med ett professionaliserat, mer distanserat språk. Rigida organisationskulturer begränsar utrymmet för peer-supportrar även när det finns en samsyn gällande yrkets meningsfullhet. Scott and Doughty (2012) noterade en konflikt mellan peer-supportrars relationsskapande till patienten och det kliniska behovet av journalföring som kunde delas med den större arbetsgruppen. De beskriver även att det i arbetslaget råder en brist på gemensamma förväntningar på peer-supportern, särskilt när det gäller hur den egna erfarenheten av psykisk ohälsa ska användas. Det kan resultera i att personen i fråga inte upplever sig ha stöd att använda sig av sin egen unika historia, vilket i sin tur riskerar att urholka värdet av yrkesrollen (Gillard et al., 2015). I Moran et als (2013) kvalitativa studie bekräftas bilden: bristen på en tydlig arbetsbeskrivning, brist på möjlighet att använda sina kunskaper och livshistoria leder till negativa följder och en ovilja att axla rollen som peer-supporter.

## Teoretiska perspektiv och utgångspunkter

Studien baseras på en personcentrerad och holistisk syn på patienten. Den personcentrerade vårdens mål är att främja hälsa och att personens unika perspektiv ska ges likvärdig giltighet som de professionellas. I det holistiska perspektivet betraktas människan som en helhet där vetenskaper som till exempel psykologi, sociologi och antropologi bidrar med kunskaper om människan och om hennes syn på vad hälsa är (Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet & Dietisternas Riksförbund, 2019).

Som specifik teoretisk referensram används Joyce Travelbees existentiellistiska omvårdnadsteori, som belyser den interpersonella processen i omvårdnaden (Jones et al, 2016). Teorin lyfter fram den interpersonella relationen inom omvårdnad, och har som mål att varje människas unika sätt att vara ska kunna komma till uttryck i relationen. Travelbee kategoriserade begreppet hälsa i subjektiv och objektiv hälsa och lade tonvikt vid subjektiv hälsa. I hennes omvårdnadsmodell har den medmänskliga relationen en framträdande betydelse (Moreira et al., 2018; Jones et al, 2016). Patienten får hjälp att hantera sina problem "här och nu", att uttrycka sina erfarenheter, stimuleras i sin individualitet och dessutom möta sina problem genom att se nya möjligheter och nya beteendemönster. Sjuksköterskan (i det

här fallet peer-supportern) hjälper patienten att integreras socialt, finna mening i sin sjukdom och sitt lidande (Pinhero, 2019).

Sjuksköterskan och patienten genomgår enligt Travelbees modell fem interaktionella faser: 1) Det första mötet - här finns risk för stereotypisering, 2) Identiteter växer fram - sjuksköterskan och patienten börjar se varandra som unika individer, 3) Empati - förmågan att förstå den andra personens känslor, förmåga att leva sig in i den andres tillstånd. 4) Sympati - viljan att aktivt agera för att minska patientens lidande, går ett steg längre än empati, 5) Sammankoppling/ömsesidig förståelse och kontakt - patienten har förtroende för sjuksköterskan och man relaterar till varandra som två jämbördiga medmänniskor (Petiprin, 2020). Utvecklingen från steg ett till steg fem beskriver en rörelse från distans till allt större ömsesidighet och närhet i kontakten.

## Betydelsefulla begrepp inom peer-support

### *Empowerment*

Att främja empowerment är själva kärnan i peer-support enligt International Association of Peer-supporters (<https://www.inaops.org/>). Empowerment har i sin tur identifierats som nyckelprocessen i återhämtning. Minskad empowerment associeras med minskad subjektiv livskvalitet hos personer med psykisk ohälsa (Leamy, Bird, Le Boutillier Williams, & Slade, 2011). Men, empowerment är ett komplext begrepp. Det antas variera med kontexten, tiden och befolkningen och det finns ingen riktig konsensus kring vad det betyder (Schutt & Rogers, 2009). På en individuell nivå har psykologisk empowerment beskrivits som processen med vilken en person får kontroll över viktiga områden i livet (Zimmerman, 1995). Bravo et al (2015) föreslår att begreppet egenförmåga (self-efficacy) används för att beskriva empowerment. Egenförmåga definieras som en uppsättning uppfattningar en person har om sin förmåga att utföra en handling som påverkar ens liv.

### *Stigma*

Stigma skulle kunna beskrivas som det samhällsliga förkroppsligandet av dis-empowerment. När en persons empowerment ökar, minskar samtidigt det personliga stigmat (Burke et al, 2019). Stigmatisering kan ses som ett socialt utanförskap, där nedvärdering och

diskriminering av olika aspekter är framträdande. Det kan innebära att fördomar och okunskap gör att personer med psykiska funktionshinder får svårare att hitta sociala sammanhang, träffa en partner eller komma in på arbetsmarknaden (Hansdotter, 2014). Individer med psykisk ohälsa kan även uppleva självstigmatisering, vilket innebär att man tar till sig och accepterar omgivningens fördomar. Följden kan bli att man inte söker hjälp för sina problem på grund av skamkänslor och dåligt självförtroende. Man avstår kanske också från att söka arbete, ta kontakt med vården, avbryter behandling eller undviker sociala sammanhang på grund av ett förväntat hot om kränkning eller diskriminering (Björkman & Lundberg, 2014, Hansdotter, 2014). Peer-support kan vara till stor hjälp i att bygga upp en inre motståndskraft mot stigma och diskriminering genom att skapa hopp för patienter, personal och organisationer (Corrigan et al., 2016).

### *Återhämtning*

Återhämtningsorienterade insatser grundar sig i att människor med allvarlig psykisk sjukdom kan leva ett meningsfullt liv, uppnå sina mål, ha en aktiv roll i samhället och bestämma över sin egen vård (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008). Återhämtning vid psykisk ohälsa är möjlig och individen kan uppleva ett bra liv med stor delaktighet. Processen vid återhämtning är individuell och kan ej styras av yttre faktorer, däremot kan processen underlättas på olika sätt inom vården. Fokus på återhämtning är att föredra i vårdprocessen och det finns ett vetenskapligt stöd för processen (Rosenberg & Schön, 2014). Peer-support är en metod som stödjer återhämtning då det ökar individens hopp och tilltro till sig själv om en möjlig förändring (Burke et al., 2019).

## **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka peer-supportrars upplevelse av sin yrkesroll och de relationer som skapas till sjuksköterskor, övrig vårdpersonal och patienter.

## Metod

Studien var en empirisk intervjustudie med kvalitativ design och induktiv ansats (Henricson & Billhult, 2017). Som instrument användes en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor (Danielsson, 2017). Materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys på latent nivå (Graneheim & Lundman, 2004).

## Urval

Ett ändamålsenligt urval tillämpades, det vill säga personer som arbetar eller har arbetat som peer-supportrar inom psykiatrisk öppen- respektive slutenvård i Sverige. Eftersom det i dagsläget inte finns så många yrkesaktiva inkluderades även individer som tidigare har titulerat sig peer-support, men som inte har denna yrkestitel för närvarande. Inga avgränsningar gjordes i fråga om ålder, kön och antal yrkesverksamma år då det fanns en osäkerhet kring om antalet tilltänkta informanter skulle räcka till. En nedre gräns på åtta peer-supportrar sattes, och en övre gräns på femton personer. Endast personer som arbetade inom allmänpsykiatri och med psykos inom vuxenpsykiatri inkluderades. Rättspsykiatri samt beroendevården exkluderades därmed, detta dels på grund av tidsbrist, dels för att få en större homogenitet bland informanterna.

## Instrument

I studien användes en semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 1). I samband med intervjun insamlades även sociodemografisk information om ålder, kön och antal år med erfarenhet av yrket. En pilottestning av intervjuguiden skedde. En fråga lades till under och efter pilotintervjun: "Vilken feedback har du fått från patienterna"?

## Datainsamling

Kontakt togs inledningsvis med en regionanställd peer-supportsamordnare i en svensk region för att få en uppfattning om hur många peer-supportrar det fanns inom regionen. Genom honom erhöles kontaktuppgifter till tolv personer inom NSPH:s projekt. Samordnaren tillfrågade - på eget initiativ - peer-supportrarna, av vilka sju personer anmälde sitt intresse via mail. Samordnaren ombads även förmedla kontakt med peer-supportansvariga i andra regioner eftersom VEN i sitt utlåtande ansåg att antalet regioner behövde utökas för att

minska risken för identifiering av respondenter. Författarna erhöll mailadresser till samordnare i tre övriga regioner och kontaktade dem. Även dessa tog på eget initiativ kontakt med sammanlagt fem tilltänkta peer-supportrar av vilka tre hörde av sig till författarna via mail och anmälde sitt intresse. Därefter skickades informationsbrev och samtyckesblankett till samtliga berörda verksamhetschefer. När samtycke inhämtats skickades informationsbrev och samtyckesblankett till de sammanlagt tio peer-supportrarna som tackat ja till att vara med i studien.

Intervjun avsedd för pilottest visade sig vara av tillfredsställande kvalitet och svarade väl på syftet, varför den inkluderades i analysen. De tio intervjuerna delades upp mellan författarna och genomfördes enskilt. Intervjuerna inleddes med att författarna presenterade sig, informerade om studiens syfte och om hanteringen av materialet, samt erbjöd deltagarna att ställa frågor. Sex av intervjuerna skedde vid ett personligt möte på en avskild och ostörd plats som valts av deltagaren. Tre av intervjuerna skedde via telefon och en intervju via Zoom. Med deltagarnas tillåtelse spelades intervjuerna in och transkriberades därefter. Intervjuerna kodades med ett nummer mot en kodlista. Allt material förvarades inlåst tills uppsatsarbetet var färdigt och förstördes efter examination.

## Analys av data

Polit och Beck (2016) framhåller vikten av att författarna reflekterar över sin egen förförståelse, vilket gjordes dels innan arbetet med insamling av data påbörjades. Den ena av författarna hade arbetat en kortare tid i ett F-ACT-team tillsammans med en peer-support. Uppfattningen i teamet var att implementeringen av peer-supportyrket bjöd på en del svårigheter, framförallt eftersom tydlig arbetsbeskrivning och introduktion till teamet saknades. Den andra författaren hade inte tidigare arbetat nära en peer-supporter, men tagit del av ett par kollegors positiva erfarenheter. Inför analysprocessen diskuterade författarna sin förförståelse med varandra.

Intervjuerna bearbetades med kvalitativ innehållsanalys på latent nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen påbörjas redan i samband med transkriberingen. I ett första skede lästes de transkriberade intervjuerna upprepade gånger för att författarna skulle få en förståelse för materialet i sin helhet. De transkriberade intervjuerna utgjorde analysenheter. Samtliga analysenheter delades i sin helhet in i meningsenheter som markerades i materialet.

Meningsenheterna kondenserades sedan genom att det mest väsentliga textinnehållet kortades ner, utan att den manifesta meningen bakom texten gick förlorad. Det kondenserade materialet förtätades sedan ytterligare en gång med en högre grad av abstraktion och tolkning för att få fram det latent innehåll, och tilldelades en kod. Koderna grupperades i subteman som slutligen ledde fram till fyra teman. Den första, textnära, kondenseringen genomfördes enskilt, medan indelningen i koder, subteman och teman genomfördes gemensamt. Exempel ur analysförfarandet presenteras i Tabell 1.

Tabell 1 Exempel på analys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Sub-tema	Tema
Äh det är jättetråkigt och så men det säger, själva utbildningen säger något om synen på Peer-Support tycker jag och hur man på något sätt förminskar delar av det, så att...	Det är jättetråkigt, men utbildningen säger något om synen på Peer-Support tycker jag och hur man förminskar delar av det.	Negativ syn på utbildning	Lågt värderat yrke	Upplevelse av stigmatisering
Och det första jag reagerade på var att personaltoaletterna var låsta och patienttoaletterna var öppna. Och hur gör patientpersonalen då? Det var ju jag? Får jag lov att välja vilken toa jag ska gå på?	Det första jag reagerade på var att personaltoaletterna var låsta och patienttoaletterna var öppna. Och hur gör patientpersonalen? Får jag välja vilken toa jag ska gå på?	Låsta personaltoaletter	Det inre och yttre stigmat	Upplevelse av stigmatisering

## Forskningsetiska avvägningar

I enlighet med Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) skall all forskning som avser människor och biologiskt material från människor etikprövas, och samtycke inhämtas för all forskning som använder sig av data för insamling, analys, lagring och användning för nya ändamål. Lagen har skapats med utgångspunkt i

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018) - en central forskningsetisk riktlinje som antogs av World Medical Association 1964. En av de grundläggande principerna i Helsingforsdeklarationen är att omsorgen om individen alltid måste gå före vetenskapens och samhällets intressen i syfte att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. För att säkerställa efterföljandet av ovannämnda lag och deklaration informerades deltagarna om studiens syfte, att det var frivilligt att delta i studien och att det stod dem fritt att avsluta sitt deltagande vid vilken tidpunkt som helst. Informationen delgavs skriftligen via informationsbrev och muntligen innan intervjun. Tillsammans med informationsbrevet skickades även en samtyckesblankett som informanterna skrev under och återsände digitalt. De tilltänkta informanterna hade två månaders betänketid innan det skriftliga medgivandet skulle vara författarna tillhanda. Författarnas kontaktuppgifter presenterades i brevet till deltagarna i händelse av frågor. Ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) gjordes i slutet av maj 2020. Brev till verksamhetscheferna i den första, utvalda regionen skickades ut så fort VEN lämnat sitt yttrande. Ett önskemål från VEN var att författarna vände sig till fler regioner för att minska möjligheten att identifiera informanterna, vilket gjordes.

## Resultat

Av informanterna var åtta kvinnor och två män. Åldersspannet mellan den yngsta och den äldsta informanten var ca 35 år. Samtliga peer-supportrar var yrkesverksamma. Endast en av de intervjuade arbetade inom slutenvård, men tre personer hade gjort det tidigare, inklusive mellanvårdsavdelning. Övriga arbetade inom öppenvården på psykosmottagning eller allmänpsykiatrisk mottagning. En var anställd av regionen men ”lånades ut” till kommunen. Antal yrkesverksamma år varierade mellan sex månader och åtta år.

Informanterna framhöll att stödsamtal var den huvudsakliga arbetsuppgiften med huvudfokus på återhämtning, och att peer-supportern hela tiden använde sin egen erfarenhet som ett naturligt inslag. Det framkom att patienten i vissa fall ombads av peer-supportrarna att göra en livsplan för att få en djupare förståelse för sin grundsjukdom samt en hälsoplan som hjälp för att uppnå en god livskvalitet. Det framgick i intervjuerna att peer-supportrar också höll i

diverse grupper, antingen själva eller tillsammans med någon från en annan yrkeskategori. Gruppernas innehåll kunde variera men centrerades kring olika former av återhämtning, exempelvis yoga, målargrupp och promenadgrupp. Det framkom att peer-supportrar använder sig av evidensbaserat material som Återhämtningsguiden och NECT men också att man läde tid på att skapa nytt material som var mer anpassat för den egna yrkesrollen, på grund av missnöje med det befintliga materialet. Informanterna berättade att de, precis som resterande yrkeskategorier, journalför sina samtal och observationer och att även behandlingskonferenser, remissgranskning samt hembesök till viss del ingick i arbetet.

Analysen av innehållet i de tio intervjuerna resulterade i tre teman, "Upplevelse av stigmatisering", "Autenticitet och balans i patientrelationen" och "Möjligheter och motgångar i teamet", som belyser peer-supportrs upplevelser av sin yrkesroll och relationer. Till varje tema hör ett antal subteman (Tabell 2). Temana ger en övergripande bild av peer-supportrars upplevelser av yrket, i synnerhet gällande relationer till patienter och kollegor.

Tabell 2 Teman och subteman

TEMA	SUBTEMA
Upplevelse av stigmatisering	Jag tyngs av både inre och yttre stigma
	Mitt yrke är lågt värderat
Autenticitet och balans i patientrelationen	Vårt yrke bygger relationer
	Att balansera mellan närhet och distans
	Vara lojal med patienter eller kollegor
Möjligheter och motgångar i teamet	Jag är expert på återhämtning
	Känsla av uppskattning och gott samarbete
	Faktorer som gör arbetet svårare
	Känsla av meningsfullhet

## Upplevelse av stigmatisering



Stigmatisering som fenomen fick en framträdande plats i informanternas berättelser, där flera dimensioner av stigmatisering framkom. Två subteman framkom "Jag tyngs av både inre och yttre stigmatisering" och "Mitt yrke är lågt värderat".

### *Jag tyngs av både inre och yttre stigma*

Upplevelsen av stigmatisering av personer med psykisk ohälsa framkom tydligt i intervjuerna. Den kom såväl inifrån en själv som utifrån. Peer-supporterternas kärnvärden ansvar, egenmakt och anti-stigma, var något som lyftes fram under intervjuerna som stärkande ledord vilka peer-supportrar behövde ha med sig i arbetet. Informanterna var högst medvetna om hur stigmat ständigt var närvarande. Det fanns en upplevelse av att från början känna sig underlägsen andra i teamet, att förminska sig själv och den egna betydelsen.

*Bara att komma in i rummet där det sitter 'Jaha socionomer, si och så många högskolepoäng, och där sitter överläkare, snart chefsöverläkare, och där är en doktor i medicinsk filosofi och där är det och där är det - och vem är jag i detta?' Du vet, jag drog till och med stolen undan från bordet. Alla satt i en cirkel och jag bröt cirkeln. För jag tänkte 'Å, vill jag ens vara en del av detta?'. Jag var rädd för: 'Där är den som kommer med sprutan, och där är den som kommer med papper .... där är den som säger att det ser man ju långa vägar att det är en schiz som kommer', så. Alltså det är ju stigmat. (I 6)*

Informanterna uttryckte att peer-supportrar ofta kämpade mot en redan låg självkänsla i en atmosfär där den egna rollen och yrkesidentiteten inte kändes självklar. Informanter beskrev att det på grund av självstigmat kunde vara lätt att förminska den egna betydelsen: "... att det är jag som snarare har förminskat mig själv och sagt att: "Det här kanske inte är så viktigt..." (I 8)

Stigmatiseringen upplevdes av informanterna komma lika mycket utifrån som inifrån. Informanterna beskrev flera situationer då stigmatiseringen blev kännbar. Det beskrevs att läkare kunde himla med ögonen åt en patient och på det sättet trivialisera patientens åsikter. Något som lyftes av informanter var rummets betydelse och vilka signaler en sådan sak som låsta personaltoaletter sände:

*Och det första jag reagerade på var att personaltoaletterna var låsta och patienttoaletterna var öppna. Och hur gör patientpersonalen då? Det var ju jag? Får jag lov att välja vilken toa jag ska gå på? Hur dålig ska jag känna mig för att jag ska räknas som en patient på jobb? (I 6)*

Det påpekades att "*Språket rymmer attityden*" (I 10), och exemplen på språkets betydelse var många. Till exempel när man i teamet förstälde rösten för att härma en patient, eller när man i journalen beskrev en person som "*Kvinna känd inom psykiatrin i 30 år*". Informanter poängterade vikten av att inte stämpla personer efter deras diagnoser:

*Man pratar inte i vårt team om schizar och p-störda människor. Förstår du? När vi började så pratade vi till och med mycket om språket och vi kom fram till att kalla medborgarna vi möter /.../ vid ett homogent namn. Det är inte deras behov, det är vårt! Om du ska verka återhämtningsinriktat då måste alla möten med den som söker ditt stöd vara jämbördiga, jämlika. Den kommer med lika mycket expertis som du sitter på. (I 6)*

Informanterna uppgav att det i nuläget inte finns en allmänt fastställd arbetsbeskrivning för peer-support och att arbetsuppgifterna ser väldigt olika ut beroende på var man arbetar och vilken yrkesbakgrund man har sedan tidigare. Det fanns både de som ansåg att de hade en klar uppfattning av vad som förväntades av dem, och de som upplevde att de "*mest flöt omkring i lokalerna*" (I 4) och att arbetsuppgifterna var luddiga.

*Mitt yrke är lågt värderat*

Peer-support som yrke upplevdes av peer-supportrarna själva vara uppskattat och efterlängtat från många håll och de allra flesta kände sig värdesatta av sina kollegor, men det framkom att informanter upplevde att yrket värderas lågt på ett formellt plan. Till exempel saknade många fast anställning, i stället hade man otrygga anställningsformer som projektanställningar och lönebidragsanställningar. Nästan alla anställningar var dessutom på deltid trots att det kunde finnas önskemål om heltid.

*... man har lägst lön av alla, man har otrygga arbetsförhållanden, man har inget fackförbund, man kodas i lönesystemet som typ hantverkare eller värdinna [...] och det innebär ju problem om man till exempel säger upp sig eller blir uppsagd eller är med om en olycka. [...] Principiellt och personligt är det så illa att jag vill säga upp mig - att inte ha en egen yrkeskod. (I 1)*

*... och dessutom så blev vi inte informerade om att vi var tvungna att vara kodade hos Arbetsförmedlingen som 'funktionsnedsatta' för att få nån slags bidragsanställning ... (I 4)*

Informanterna beskrev att de hade uppskattat en tydlig utbildning och uppstyrning av yrket. Vidare önskade informanterna en organisation där det fanns en tydlig insyn i peer-supporterns arbete och där det togs ett gemensamt ansvar för att utveckla yrkesrollen vidare. Det framkom att det fanns en känsla av att verksamhetsledningen och divisionsledningen tog deras arbete på största allvar men att det från nationellt håll fanns lite intresse för yrket. Informanterna förmedlade att de upplevde att det hade varit för mycket fokus på innovation under etableringsfasen av yrket och för lite fokus på politisk styrning.

Utbildningen som anordnas av NSPH ansågs av informanter vara oflexibel och undermålig, då den endast var fem veckor lång och inte innehöll någon praktik där peer-supportrar kunde prova på yrket och lära sig direkt av någon med erfarenhet. Endast kortare studiebesök gjordes under utbildningen. Informanter ansåg att för mycket fokus lades på vad en peer-supporter *inte* får lov att göra i sin framtida yrkesroll, istället för att belysa vilka möjligheter som finns. Vidare framkom att peer-supportrar upplevde att man på grund av utbildningens längd och lågt ställda krav fortsatte att söka egen information kring yrkesrollen för att vidareutveckla sig själva.

*Vi har inte ens en bok, utan du får kopierade lösblad och så fem veckors kurs och så förväntas du att kunna utföra ett kvalificerat yrke som det är. (I 10)*

Det fanns många tankar hos informanterna kring hur utbildningen till peer-support skulle kunna utvecklas. Tankar som lyftes fram var att utbildningen bör jämföras med utbildningen till case manager, att större fokus borde läggas på svårigheter i patientmötet relaterat till närhet och distans, samt att utbildning i evidensbaserad gruppbehandling av olika karaktär borde tillhandahållas. De intervjuade pekade också på att det är viktigt med information om möjligheten till anställning.

*Utbilda inte folk och ge dem förhoppningar och förväntningar om det inte finns riktiga anställningar. Då bygger man ju bara luftslott. Man måste hålla sig till det som man har utlovat. (I 4)*

Det framkom under intervjuerna att även personer som inte är redo att arbeta med människor söker utbildningen, delvis eftersom det inte ställs några formella krav annat än att ha egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Informanter menade att det underlättar om den blivande peer-supportern har erfarenhet av arbete med människor sedan tidigare.

## Autenticitet och balans i patientrelationen

I alla möten inom vården skapas olika relationer där vårdare och patienter skall förhålla sig till varandra. Peer-support har en unik roll vilket speglas i följande fyra subteman “Vårt yrke bygger relationer”, “Att balansera mellan närhet och distans”, “Vara lojal med patienter eller kollegor” och “Jag är expert på återhämtning”.

### *Vårt yrke bygger relationer*

Det framgick av intervjuerna att relationen med patienten är personlig men samtidigt helt och hållet måste bygga på patientens behov, och alltid tjäna ett syfte för honom eller henne. Det beskrevs som att peer-supportern är *”en medresenär på vägen till återhämtning”* (I 9). Informanterna förklarade att kommunikationen till stor del består av direktspeglning och att de byggde upp ett förtroende genom att kunna dela känslor och upplevelser. Arbetet var fyllt med *”syfte och driv och liksom kärlek och omsorg”* (I 1), där relationsbyggande och förtroende var vad allt kretsar kring.

*... det är något så oerhört kraftfullt i att kunna dela traumatiserande upplevelser med någon som vet känslan av hur det känns. Du kan dela upplevelser, du kan prata med en psykolog och de kan ha hur vänligt bemötande och omsorg som helst, men tryggheten och känslan av samhörighet som uppstår när den man pratar med vet hur det känns; det är väldigt speciellt, det är lite magiskt nästan. (I 3)*

I rollen som peer-support utgår man från sina egna erfarenheter och i och med det upplevde informanterna att de kunde vara *”genomärliga”* (I 6) och alltid köra med öppna kort i sitt arbete. Informanterna upplevde att de inte behövde gå in i en roll som andra yrkeskategorier – *”läkare har till exempel fokus på medicin och sjuksköterskor på omvårdnad”* (I 6) – vilket underlättade informanternas arbete, och gjorde att deras relation med patienterna kunde byggas på genuinitet och autenticitet. Informanter upplevde att de behövde vara öppna inför patienterna med att de var tvungna att rapportera sin oro till andra yrkeskategorier vid till exempel suicidhot, oavsett om patienten vill det eller ej.

Informanter beskrev att mod är en viktig egenskap för att bygga upp genuina relationer. Det krävs mod för att stanna kvar när det blir jobbigt att höra vad patienterna har att berätta, och för att aldrig ge sig när det gäller att stå upp för patientperspektivet. Integritet och personlig

mognad framhölls av informanter som värdefulla egenskaper för att kunna leva som man lär, för att ha självdistans och kunna skämta i mötet med både patienter och kollegor.

*En gång på min förra avdelning där vi var två MB (medarbetare med brukarerfarenhet, förf. anm.) skämtade jag på frukosten om nåt, jag kommer inte ihåg vad det var, men jag drev liksom med vår yrkesroll... och sen senare så var jag inne i medicinrummet nära expeditionen och en sjuksköterska satt i expeditionen utan att se mig, och så hör jag honom säga så här: "XX är ganska rolig", och så berättade han att jag hade skämtat. (I 8)*

Det framkom i intervjuerna att informanter hade upplevt en positiv respons från patienter, medan andra informanter kommenterade att det säkert även finns patienter som inte varit nöjda, men att det inte hade framkommit några klagomål. Informanterna upplevde att uppskattningen inte alltid förmedlades rakt ut:

*Vad jag känner är att många tycker att man är ett bra stöd, att man är lättillgänglig, ja. Det är lite så .... Vissa gånger när jag kommer till jobbet och vi ska ha vissa grupper och så känner man av på något sätt ändå – det är inte alltid det sägs men man märker ändå att de liksom är bekväma och att de tycker att det känns bra med ens närvaro. (I 5)*

Känslan av uppskattning trodde peer-supportrarna kunde bero på att patienten inte kände sig bedömd eller analyserad av dem. Informanter hade blivit tillfrågade om de kunde fortsätta kontakten privat, vilket informanterna naturligtvis avböjde. Den positiva feedbacken kunde upplevas som djupt berörande vilket framgår av följande citat:

*Jag har fått höra att det är ett bemötande som de aldrig någonsin har fått inom sjukvården, ever. Jag har fått höra från folk att de har fått erbjudande om många former av stöd och hjälp, men ingenting har någonsin haft den effekt som detta har haft (gråter). (I 3)*

#### *Att balansera mellan närhet och distans*

Det visade sig att informanter inte upplevde gränsen mellan närhet och distans i förhållande till patienten som ett stort problem. Gränsen var förvisso hårfin men den samlade upplevelsen var att den för det mesta kommer naturligt. Relationen beskrevs som att "inte vara en kompis, men heller ingen o-kompis" (I 10). Det framhölls av informanter att patienter oftast inte är så

intresserade av peer-supportern i detalj, att det räckte för dem att veta att peer-supportern hade egen erfarenhet. Informanter beskrev hur tydligt de kunde känna när något hos en patient blev triggnande på ett privat plan och att informanterna då sökte avlastning av kollegor. Men det var inte helt oproblematiskt:

*Jag minns speciellt en gång. Allting den här patienten pratade om kände jag igen: "Ja, det är precis som jag." Och det var inte bra. Det gav jag uttryck för till honom. Och jag borde ha förhållit mig mer neutral. Det kände jag sen. Ja, jag kände att jag gick för långt. Jag var för personlig. (I 9)*

En annan konkret beskrivning av var gränsen kunde gå:

*Jag kan ju berätta till exempel att när jag är manisk så är jag jätteamorös och gör slut om jag har en relation och så träffar jag massa olika män och så, det kan jag ju berätta, men jag går ju inte in i detalj och berättar hur eller vad eller med vilka eller något annat. (I 10)*

Det kunde hos peer-supportrar finnas en rädsla för att kollegorna skulle tvivla på att hen klarade av att själv avgöra var gränsen mellan närhet och distans gick:

*Jag var så rädd att andra människor runt omkring mig skulle tro att jag inte var kapabel att skilja på mitt privata och det jag gjorde. Men det kom naturligt, för att det finns en väldigt gemensam respekt mellan en peer-supporter och en peer eftersom att man har de här gemensamma upplevelserna. (I 3)*

Informanterna framhöll vikten av att kunna navigera mellan det personliga och det professionella, att lämna över ansvaret på patienten i alla samtal, att inte tycka synd om patienten samt att kunna balansera hopp och verklighetsförankring. Betydelsen av att inte vara för privat framhölls av informanterna. De egna erfarenheterna ska visst användas i yrket, framhöll de, men att till exempel prata om vad man gjorde under helgen, "det gör man med kollegor och inte med patienter".

*Vara lojal med patienter eller kollegor*

Informanternas upplevelse av lojalitetskonflikt mellan personal och patient framkom under intervjuerna. "Det skaver att befinna sig i ett rum, ett lagrum, som tillåter tvångsåtgärder" (I 6), var en formulering. Informanterna kunde uppleva press när patienten ville sluta med sin medicin och sjuksköterskan hade ambitionen att det var bäst att fortsätta. Det kunde då finnas en förväntan från både personal och patienter att peer-supportern skulle vara på "deras sida".

*Ibland har det uppstått lite krockar: jag kommer ihåg, det var en patient som inte trivdes med sin sjuksköterska. Och så lyfte de det på teamet då, och då var den allmänna åsikten i rummet att man inte ska kunna byta sjuksköterska hur som helst för att då vill alla göra det. Och då tog jag strid! För att vad är viktigast? Då hamnade jag i ett läge: ska jag vara kollegial eller ska jag stå på patientens sida?*  
(I 10)

En annan informant upplevde lojalitetskonflikten starkt då hon behövde ha personalkläder på sig:

*Och ibland så, jag var på väg att gå in i väggen lite grann innan jag gick på semester för att det tog väldigt hårt på mig i min roll att jag plötsligt skulle ha vita kläder på mig. Det blev en större grej än vad övrig personal förstod.* (I 4)

Informanterna lyfte fram att peer-supporterns roll från början var lite rebellisk, vilket ställde krav på att kunna balansera mellan att vara samtidigt *i* och *utanför* vårdapparaten.

*... att kunna vara lagom upprorisk och rebellisk och samtidigt lagom medgörlig, och för att jobba i ett team tillsammans med psykiatriska professioner och samtidigt hela tiden hålla emot liksom vårdnarrativet och istället prata om mänsklighet eller normalisera det som har blivit sjukdomsförklarat.* (I 1)

När det gäller dokumentation blir frågan om lojalitet med personal eller med patient tydlig. Informanter berättade att det idag är självklart att peer-supportrar ska dokumentera utan att tolka eller analysera, men att dokumentation inte var en del av peer-supporterns arbetsuppgifter under de första åren:

*Men det var ju väldiga diskussioner då i början för sju år sedan, huruvida man var lojal med sin peer om man journalförde, medan jag tycker att det handlar om min säkerhet, men även för deras skull som jag träffar och pratar med, alltså att det ska vara patientsäkert. Jag var med om en händelse i början, första halvåret, då jag hade en patient som meddelade att hon skulle suicidera. Hon låg på avdelningen. Jag informerade personalen om detta. Men de journalförde aldrig det. Och hon suiciderade på helgen. Det blev en "breaking point" – hur viktigt det är att våra samtal dokumenteras.* (I 10)

### *Jag är expert på återhämtning*

Det finns både de informanter som upplevde att yrket hjälpte dem i deras egen återhämtning, och de som uppgav att de redan var fullt återhämtade. Arbetet upplevdes stärkande och hjälpte till att upprätthålla psykiskt välmående. ”Att må bra är en daglig kamp” (I 10), som en informant uttryckte det. Informanter upplevde att ha ett arbete att gå till har varit till stor hjälp. Vidare upplevdes det som en trygghet att ha kollegor som kan se tidiga tecken och att kunna vara öppen med sitt eget mående i teamet. Informanterna pekade på att de kunde upptäcka nya sidor av sig själv tack vare arbetet. ”Jag började läka själv när jag öppnade mig i en grupp” (I 2). Det beskrevs av informanter hur ”det hjälper mig att få prata om psykisk hälsa och ohälsa hela tiden” (I 5). Arbetet upplevdes ge perspektiv och hjälpte peer-supportrar att bli medvetna om egna mönster. Genom att bli medveten om stigma upplevde informanterna att det var möjligt att frigöra sig från stigma.

Informanterna betonade att peer-supporterns expertis bygger på den egna erfarenheten av återhämtning och att den individuella återhämtningen var det perspektiv som ska genomsyra arbetet. Det framhölls av informanterna att det inte räcker med att ha erfarenheten, den ”måste också kunna bära i behandlingsarbetet” (I 6), det vill säga kunna förmedlas på ett sådant sätt att patienten stärks i sin egenmakt – blir ”Empowered”.

*Den egnerfarna bidrar med en resurs som bara inte finns någon annanstans, du kan inte läsa dig till det. Det är en expertis. Vi är experter på att inte vara en expert och det krävs mycket expertis för att vara det! (I 3)*

Informanter berättade att det konkret kunde innebära att följa med patienten in på läkarsamtal eller till möten med andra yrkeskategorier. Informanter beskrev att de själva hade behövt en peer-supporter när de var sjuka och att det var anledningen till att de sökte tjänsten. De beskrev vidare att erfarenheten hjälpte dem att hela tiden se människan bakom diagnosen. För att verkligen kunna hjälpa patienten i återhämtningen krävs det att peer-supportern har referenser till ett fungerande liv utan sjukdom, framhöll informanterna.

*Om jag tänker utifrån min specialistfunktion så är ju skillnaden att jag är fullständigt ointresserad av att bota någon. Jag lägger mig inte i att försöka bättra andra människors beteenden, men jag är intresserad av att se människan som kan se sig som fri från diagnosen. Och ge det utrymme för glädje, att våga tro på att det kan bli bättre. Boosta med så mycket näring jag bara kan. Så jag har bara styrkefokus. (I 6)*



## Möjligheter och motgångar i teamet

Informanterna upplevde att teamarbetet ofta var en källa till glädje och möjligheter, men det kunde även finnas mer att önska och kunde ibland upplevas som en besvikelse. Följande subteman framkom "Känsla av uppskattning och gott samarbete", "Faktorer som gör arbetet svårare" och "Känsla av meningsfullhet".

### *Känsla av uppskattning och gott samarbete*

Informanterna framhöll att de ofta kände att man fick uppskattning och respekt från kollegorna i arbetslaget, både personligt och yrkesmässigt. Det tydliggjordes att peer-support var en efterlängtd yrkeskategori och att man mottogs med öppna armar när man anställdes. Informanter lyfte fram det kollegiala "snacket" i fikarummet som viktigt eftersom en gemenskap och samhörighet växer fram där. "Jag har känt mig inkluderad och värderad från dag ett" (I 7), berättades av informanter och att det också har funnits stor lyhördhet för informanternas åsikter. Informanter upplevde att personkemin spelade stor roll och det var viktigt att det var högt i tak. Informanter som arbetat inom öppenvården var till stora delar positiva till samarbetet. De upplevde att "man vet var man har varandra" (I 9) och att det gick att lita på sina kollegor. Det framgick att upplevelsen var att deras specialistkompetens togs på allvar, och det lyftes särskilt fram att man kände sig till fullo stöttade av sina chefer. Upplevelsen av kontakten med sjuksköterskor var övervägande positiv. Informanter nämnde att sjuksköterskor stack ut i sin flexibilitet och att de fått många idéer och mycket stöd av sjuksköterskor. Det fanns en upplevelse hos informanterna att ha kunnat påverka attityden i teamet och att osäkerheten som en del i personalen hade känt, lett till en fördjupad reflektion. Det fanns en känsla av att personalen ville bättra sig och öppna sig mer för patientperspektivet.

*När polletten ramlar ner så är det ett fantastiskt bra samarbete. Då blir man lite grand av en förlängd arm, det är min förhoppning i alla fall. (I 10)*

### *Faktorer som gör arbetet svårare*

Informanterna upplevde att flera försvårande faktorer kunde komma i vägen för ett gott teamsamarbete. Ointresse var en sådan faktor. Ointresset kunde uttryckas som en passivitet i förhållande till peer-supporters kompetens, att kompetensen inte aktivt efterfrågades eller

uppmärksammades, att kollegorna inte verkade nyfikna på peer-supporterens jobb eller ens verkade se det som ett riktigt jobb. Följande kommentar säger något om bemötandet efter att en informants visstidsanställning just övergått till en tillsvidareanställning:

*Och då frågade personen mig så här. "Vad kul att du har ett fast jobb. Jaha, ska du börja hjälpa till nu?" Och då slog det mig att personen inte har förstått att mitt jobb är att göra det jag gör. (I 8)*

Informanter upplevde att de har alltför lite kontakt med läkare, men om det berodde på ointresse eller tidsbrist lät de vara osagt. Kommunikationen kring arbetets innehåll upplevdes ofta vara bristfällig:

*[...] jag kan tycka att efter tre år när jag ändå förstår att jag är omtyckt på mottagningen som person, så kan jag ändå tycka att det finns en viss ... alltså att de inte är mer nyfikna på vad jag gör och på hur jag jobbar, på mig eller på min historia. Alltså det finns inte så mycket nyfikenhet på det – på mitt jobb eller min tjänst. (I 7)*

Informanterna beskrev det som att det fanns en osynlig mur mellan peer-supportrar och den övriga personalen, och informanterna frågade sig om det berodde på en konkurrens känsla och ett revirtänkande. Informanterna beskrev hur det kan bli tyst i rummet när peer-supporter kom in och att personalen verkade känna en misstänksamhet och en skepsis som informanterna trodde kanske bottnade i en farhåga att peer-supportern skulle "sätta dit dem" (I 4).

Informanter upplevde om personalen inte var prestigelös eller var väldigt fastkörda i gamla mönster blev det oundvikligen svårt att ta in en peer-supporter i teamet. Informanterna reflekterade över att personalen måste vara trygga i sig själva och i sina yrkesroller, våga ta risker, och att motståndet och ointresset kunde bero på att det fanns en osäkerhet. Informanter noterade att personalen inte alltid förstod vad deras roll var och att de heller inte vågade fråga.

### *Känsla av meningsfullhet*

Informanterna upplevde att yrket som peer-supporter hjälpte informanterna att känna större meningsfullhet och gav en känsla av syfte genom att de fick möjlighet att göra något gott och vara till nytta för andra.

*Det har väl gjort att jag känner att jag har en meningsfull sysselsättning. Och det stöttat mig i den biten, om man tänker på KASAM-begreppet, ökat meningsfullheten i mitt liv och väl skapat en identitet också. Eh... en identitet som,*

*ja, det är ju det här jag har drömt om. Att jobba med människor i den här formen.*  
(I 7)

*... jag blev mer och mer införstådd med mig själv, vad som har hjälpt mig. Och jag tror ju mycket på inlevelseförmåga och medmänniskor, medmänsklig kärlek, att det hjälper mycket. Och att jag kan vara ett ställföreträdande hopp. Kan jag så kan fler! (I 9)*

Informanter uttryckte att vara peer-supporter är att vara en icke klinisk röst i ett kliniskt rum. Informanterna upplevde att peer-support som yrke skänker hopp och mening till patienter – och därigenom även till peer-supportern. Det upplevdes som ett ömsesidigt utbyte av mening. Informanter beskrev att det ibland kan handla om att påminna om livet utanför det psykiatriska narrativet:

*Man får rädda folk från vårdens hjälp och bara så här påminna om vad hopp är och vad liv är och vad relationer är och vad liksom ... och att okej psykiatri har sin del men det finns ett liv där utanför. (I 3)*

Informanterna framhöll vikten av att vara drivande och ha förmågan att inspirera andra, dels för att kunna utveckla peer-support som yrkesroll, men även för att kunna hjälpa patienter att komma vidare. Det beskrevs som att informanterna “*måste driva sin skuta själv för att det ska kännas meningsfullt*” (I 2), eftersom det inte alltid fanns någon tydlig arbetsbeskrivning. Informanterna förklarade att de var initiativtagande och ständigt kom med nya idéer om hur arbetet skulle kunna utvecklas framåt.

Informanterna upplevde det som att patienter känt att peer-supportern hade hjälpt till att lyfta känslan av skam.

*Det är folk som har sagt att jag har förändrat deras liv, befriat dem från skam och ångest. Det har liksom verkligen varit en livsändrande upplevelse, det har det verkligen ... och det har varit väldigt mycket fokus på att skammen lyfts, att stigmat lyfts. Jag har fått höra mycket att de känner att de har mer tro på sin mottagning för att en peer-support är anställd. (I 3)*

# Diskussion

## Metoddiskussion

För att svara an till studiens syfte valdes en empirisk intervjustudie med kvalitativ design och induktiv ansats (Henricson & Billhult, 2017). Kvalitativ metod har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen (Marshall & Rossman, 2016). En kvantitativ design hade inte lika väl svarat på syftet att undersöka peer-supporters egna upplevelser av sitt yrke och de relationer som skapas till övriga personalkategorier, och inte heller hjälpt författarna att förstå den djupare, latent, meningen med det som sades under intervjuerna. Den induktiva ansatsen bestod i att deltagarnas levda erfarenheter fick vara helt vägledande för de slutsatser som drogs, utan förutfattade meningar eller teorier (Priebe & Landström, 2017), vilket ansågs passa bäst då författarnas förförståelse för området var begränsad, liksom antalet studier på området. Den förförståelse som författarna hade sattes åt sidan så långt det var möjligt, i enlighet med fenomenologisk tradition (Polit & Beck, 2016). Den semistrukturerade intervjuguiden innebär att frågorna formuleras i en viss struktur men att de inte behöver tas upp i samma ordning, utan intervjuaren anpassar sig till vad som kommer att tas upp i intervjun (Danielsson, 2017). Instrumentet lämpade sig väl för syftet samtidigt som det möjliggjorde för informanten att fritt få prata om sin situation och sina upplevelser.

Urvalsprocessen har en del svagheter. Fler regioner kunde ha valts redan från början, dels för att öka chanserna att få större bredd vad gäller demografisk spridning, samt av etiska skäl för att minska risken för identifiering. Även exklusionen av kommunanställda peer-supportrar, samt av peer-supportrar anställda inom rättspsykiatri och beroendevård kan diskuteras. Anledningen till att dessa grupper inte inkluderades var dels en tanke om att det vore önskvärt med homogenitet bland deltagarna, samt även tidsbrist då förfarandet med information och inhämtande av samtycke från chefer och tilltänkta informanter uppfattades som alltför tidskrävande med tanke på tidsramen. I efterhand anser vi att trovärdigheten hade vunnit på generösare inklusionskriterier.

Tanken var från början att samtliga intervjuer skulle ske vid ett personligt möte, men på grund av restriktionerna under Covid-utbrottet fick varje informant själv ta ställning till hur intervjun skulle genomföras. Sammanlagt genomfördes fyra av intervjuerna via Zoom/telefon,

varav tre på grund av det geografiska avståndet. Att samtliga intervjuer inte genomfördes på samma vis kan ha varit till nackdel för analysen. Exempelvis var det svårare att notera nyanser i talet när samtalet skedde per telefon, och den del av kommunikationen som sker via mimik och kroppsspråk uteblev. En pilotintervju genomfördes och inkluderades i resultatet. Ytterligare en fråga tillkom i samband med pilotintervjun, se bilaga. Möjligtvis kunde frågor rörande vilka egenskaper som krävs för att vara en bra peer-supporter ha inkluderats i intervjuguiden för att få en ännu bättre matchning mot syftet. Intervjuerna blev kortare än väntat, men författarna uppfattade trots det att svaren var tillräckligt uttömmande för att besvara syftet och att trovärdigheten och överförbarheten var tillfredsställande. Författarna var överens om att en känsla av mättnad (saturation) av materialet hade uppnåtts efter de tio intervjuerna (Danielsson, 2017). Trovärdigheten stärktes även av att båda författarna till studien har samlat in och analyserat data och konsensus uppnåddes i analysförfarandet (Lincoln & Guba, 1985). Författarna har under hela processen upprätthållit de etiska riktlinjer som följer Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018).

## Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen fokuseras särskilt på ett par fenomen från resultatet som upplevs ha stor relevans för att få en fördjupad förståelse för yrket och underlätta etablering av peer-support: “Upplevelsen av stigmatisering och motgångar”, “Lojalitetskonflikt” och “Återhämtningsfokuserad vård”. Mycket av detta stärks i Wanderwalle et al.’s artikel (2016), där ett antal upplevda hinder för implementering av peer-support identifierades, bland annat oklarhet kring yrkesrollerna, stigma och negativ attityd från personal, förvirring kring gränsdragning mellan patienter och peer-support, dåligt fungerande team, begränsade karriärmöjligheter för peer-support och otillräcklig utbildning, handledning och logistisk support.

### *Upplevelse av stigmatisering och motgångar*

Känslan av stigmatisering framkom tydligt under intervjuerna på olika sätt. Både yttre och inre faktorer finns presenterade i resultatet. Peer-supportrar framhöll en känsla av stigmatisering för egen del, men även att peer-support som yrkeskategori framgångsrikt arbetar mot stigmatisering. Stigmat fanns hela tiden närvarande och var en verklighet som peer-support lever med och som de uttryckte att kollegorna inte alltid är medvetna om. Otte et

al. (2020a) och Firmin et al. (2019) framhåller att peer-supportrar kan ha svårt att känna sig som en värdefull medlem i teamet kring patienterna, och att övrig personal kan betrakta peer-support som ytterligare en patient som skall tas om hand, med följd att peer-support till exempel kan tveka att ringa och sjukanmäla sig vid sjukdom på grund av rädsla att övriga yrkeskategorier skall se på dem som patienter. Det är en bild som delvis bekräftas av vårt resultat, men liksom hos Otte et al. (2020b) framträdde också en bild av att peer-supportrar kan förändra hur vi talar om och kring patienterna både under möten och i fikarummen, att det blir mindre nedsättande ord som till exempel "p-störd", och att övriga yrkeskategorier blir mer medvetna om vilken inverkan nedsättande ord om patienterna har i förlängningen. I Travelbees omvårdnadsteori är ömsesidiga, medmänskliga relationer viktiga för ett gott samarbete mellan patienten och dess vårdare (Moreira et al., 2018; Jones et al, 2016). Med hög grad av stigmatisering anser författarna att det blir svårt att skapa medmänskliga relationer då det inte går att uppnå vare sig empati eller en ömsesidighet om stigma finns närvarande. Travelbee förkastar begreppen patient och sjuksköterska som hon anser alltför generaliserande och stereotypa och inte tar hänsyn till den unika individen (Petipri, 2020). Detta stärker peer-support som yrkesroll då den kan förstås som just ett uppluckrande av traditionella, stereotypiserade roller.

En ordentligt utarbetad yrkesbeskrivning skulle kunna innebära att peer-supportrar får en tydligare roll i ett multifunktionellt team kring patientens vård. Yrket som sådant skulle då kunna få en annan ställning i jämförelse med övriga yrken (Otte et al., 2020a). Författarnas uppfattning och föreliggande studies resultat stämde överens med Otte et al (2020a) då detta är ett område där det finns mycket att önska. Än idag finns ingen gemensam yrkesbeskrivning vilket enligt författarna kan innebära att peer-support inte kan utveckla sin yrkesroll tillfredsställande. Vikten av att ha en samordnad peer-supportmodell har framhållits i flera studier (Chinman et al., 2017). Det har dock också påpekats att det bör finnas en flexibilitet i arbetsbeskrivningen så att den kan anpassas till lokala förhållanden (Shepardson et al., 2019). Utbildningen till peer-support bör förlängas och fördjupas. Även den introduktion som är riktad till personal behöver utökas och standardiseras. Tillgång till fortbildning och professionell utveckling betonas i Shepardson et al, (2019) liksom bra klinisk handledning, både i ett uppstartsskede och på lång sikt. Trots att behovet av mentorskap/handledning inte framgick direkt av resultatet, är det också något författarna tror skulle vara till stor gagn och som framkom indirekt i informanternas svar. Många av de anställda peer-supportrarna har otrygga arbetsförhållanden med deltidsanställningar och lönebidragsanställning vilket enligt

författarna kan innebära en negativ syn på peer-support som yrkeskategori och en ökad yttre stigmatisering.

Trots att peer-support under de senaste åren fått en ökad spridning inom den psykiatriska vården (Burke et al., 2019) uppfattar författarna att det finns en stor okunskap kring peer-support och deras unika funktion inom den psykiatriska vården. Resultatet visade på att peer-supportrar ibland upplevde att övriga personalkategorier var ointresserade av deras specifika yrkesroll och hur den rollen skulle kunna utveckla den psykiatriska vården. Risken fanns att peer-supportrar inte får möjlighet att utvecklas som övriga yrkeskategorier och att deras unika kunskaper hamnar i bakgrunden. Känslan av rivalitet och misstänksamhet som peer-supportrar uppfattade hos övriga yrkeskategorier förstärks av liknande resultat i Otte et al. (2020a).

I resultatet framkom det bland informanterna att det fanns ett missnöje med organisatoriska faktorerna som till exempel att inte ha en egen yrkeskod i rådande personalsystem utan klassificeras som hantverkare, fritidsassistent eller värdinna - yrken som inte alls är relevanta för arbetet som peer-support. Att inte ha en egen yrkeskod antas av författarna ha en negativ effekt på konsolidering och utveckling av yrket. Otte et al. (2020a) pekar på att organisatoriska faktorer kan medföra svårigheter att implementera peer-support i den psykiatriska verksamheten. För att implementering av nya metoder inom vården skall lyckas krävs det utökade kunskaper kring effektivt förändringsarbete (Socialstyrelsen, 2012b). Etableringen av peer-support hade eventuellt kunnat genomföras smidigare om yrkeskoder hade funnits och om en utökad information till övriga yrkeskategorier givits innan peer-support anställdes. Troligen hade peer-support som yrkesgrupp då i mindre grad upplevt att deras yrke var lägre värderat jämfört med övriga yrkeskategorier och det yttre stigma hade kunnat minska.

### *Lojalitetskonflikt*

Peer-supportrar upplevde lojalitetskonflikt på flera olika plan. Det kan röra sig om att bära arbetskläder, att behöva dokumentera och att behöva stå upp för patientens åsikt och önskemål inför övriga personalkategorier. Tidigare studier visade på svårigheten för peer-supportrar att föra vidare information till andra yrkeskategorier som givits dem av patienter. Peer-supportern

ville inte förstöra förtroendet som byggts upp mellan patienten och peer-supportern (Otte et al., 2020a). Skulle peer-supportern välja att bryta det förtroende som byggts upp med patienten kan det innebära att fas fyra och fem i Travelbees interaktionella modell inte kommer att uppnås (Petipri, 2020). Peer-supportern i sin yrkesroll kan troligtvis hamna i mitten mellan patienten och resterande yrkeskategorier och det kan vara svårt att balansera denna unika roll, till exempel när det uppstår diskussioner om medicinering och både patienter och personalen förväntar sig att peer-supportern ska vara ”på deras sida”. Otte et al. (2020a) uttrycker en liknande problematik och att de peer-supportrar som medverkat i deras studie tenderar att välja patientens sida i sådana situationer eftersom de ser det som sin främsta uppgift, vilket även överensstämmer med vårt resultat. Författarna upplever att det krävs egenskaper som mod och integritet för att som peer-support kunna hitta balans i relationerna till patienter och kollegor, att våga stå på sig och behålla patientperspektivet och ”rebell-andan”, som en informant beskriver det, utan att hamna i konflikt. Peer-supporterns personliga mognad och autenticitet spelar stor roll och är således en förutsättning för att en holistisk relation enligt Travelbees människa-till-människa-modell ska bli möjlig (Moreira et al., 2018; Jones et al, 2016).

Föreliggande studie visar att peer-supportrar upplevde att kontakten mellan patienter och peer-supportrar är värdefull inte bara för patientens del utan även för peer-supportrarnas egen fortsatta återhämtning. Lojalitetskonflikten mellan personal och patienter utgjorde dock en påfrestning för relationen, liksom ibland svårigheten att upprätthålla balansen mellan närhet och professionell distans till patienter. Närvaron och effektiviteten hos en peer-supporter kan ha en positiv inverkan på organisationen och kulturen på arbetsplatsen men det finns en risk att peer-supportern sugns in i en organisationskultur som präglas av ett ”vi och dom”-tänkande i förhållande till patienterna (Alberta & Polski, 2014). Peer-supportern riskerar då att förlora sin unika roll, vilket kan förstärka känslan av lojalitetskonflikt.

### *Återhämtningsfokuserad vård*

Peer-supportrar fokuserar mycket på att göra vården mer personcentrerad och återhämtningssinriktad (Firmin et al., 2019). Återhämtning (recovery i engelsk litteratur) har blivit ett begrepp med allt större betydelse i psykiatrisk vård och vårdforskning (Roberts & Wolfson, 2004; Slade et al, 2012). Återhämtningsguiden (Allaskog & Andersson, 2020) är



framtagen av två personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa tillsammans med anhöriga, professionella och forskare. Återhämtningsguiden finns i tre olika utföranden och har även en del för närstående till personer med psykisk ohälsa. Under intervjuerna kom det fram att peer-supportrar använder Återhämtningsguiden i sitt arbete med patienterna. Även Narrative Enhancement - Cognitive Therapy (NECT) och eget material som tagits fram på eget initiativ av peer-supportrar användes. NECT är en utbildning för personer med egen erfarenhet i att lära sig att lägga märke till och handskas med självstigma (Hansson, Lexén & Holmén, 2017). Mervärdet i rollen som peer-support kommer till uttryck genom en djupt tillfredsställande upplevelse av att inneha en sann expertis på området återhämtning och att yrket skänker mening på ett existentiellt plan. Enligt Travelbees uppdelning i subjektiv och objektiv återhämtning ska återhämtning här förstås på det subjektiva planet, det vill säga ett individuellt definierat tillstånd av välmående efter patientens egna uppfattning om sin fysiska-känslomässiga-andliga status (Washington et al., 2019). Peer-supporterens egen erfarenhet ger den subjektiva återhämtningen för patienterna en ökad tyngd i den sammanfattande bilden av den psykiatriska vården, vilket författarna anser är ett stort och viktigt steg i rätt riktning. Såväl i studiens resultat som i flera tidigare studier (Otte et al., 2020b; Burke et al., 2018; Shepardson et al., 2019) visas att det finns ett flertal positiva fördelar för både patienter och medarbetare med att inkludera peer-supportrar i de psykiatriska verksamheterna. Unika relationer mellan peer-supportrar och patienter skapas och peer-supportrar kan vara en resurs för patienter som för första gången kommer till en psykiatrisk verksamhet relaterat till peer-supportrars unika erfarenhet vilket kan minska rädsla och oro hos patienten.

Resultatet i studien visade att peer-supportrar kan öppna upp för djupare reflektioner kring patientperspektivet hos övriga personalkategorier och att peer-supportrar upplever att det finns en känsla av att övrig personal vill utvecklas och bli bättre på patientperspektivet. Otte et al. (2020b) framhåller att peer-support även kan minska den professionella distansen vilket kan leda till en djupare relation där patienten vågar vara uppriktig med sitt mående. För medarbetare kan en peer-supporter öka kunskapen kring patientdelaktighet och ge en unik insikt i bemötandet av patienter med svårare psykiatriska tillstånd. Andra viktiga aspekter som lyfts fram är att peer-support kan fungera som en bro mellan patienten och övrig vårdpersonal och underlätta förståelsen för olika beslut. Ytterligare en viktig roll som peer-supportrar kan anses ha, är att de kan göra övrig psykiatripersonal medvetna om dels hur vi pratar *om* våra patienter på olika möten, dels hur vi talar *till* patienter (a.a.).

Med det återhämtningsorienterade synsättet som grund är peer-support som yrke på god väg att etablera sig i den svenska psykiatriska vården, men att mycket arbete återstår. Travelbees människa-till-människa-modell riktar in sig på ett överbryggande av barriärer mellan ”den professionelle” och patienten, med ett holistiskt och mellanmänniskt relationsfokus (Moreira et al., 2018; Jones et al, 2016). Med bakgrund av detta framträder peer-supporterns unika roll tydligt - mellan peer-supportern och patienten finns förutsättningar för en naturlig jämbördighet och förtroende genom att man delar liknande erfarenheter. Peer-supportern är i sig själv i bästa fall ett levande och inspirerande bevis på att återhämtning är möjlig.

## **Konklusion och implikationer**

I föreliggande studie framkom ny kunskap avseende erfarenheter och upplevelser hos peer-supportanställda inom den svenska psykiatriska vården. Resultaten i studien visade på att det är viktigt att utveckla en gemensam yrkesbeskrivning för peer-support då det skulle kunna stärka yrkets status, minska upplevd stigmatisering och även underlätta samarbete med övriga yrkeskategorier. Att implementera peer-support i den traditionella psykiatrin har inte varit utan svårigheter och föreliggande studie kan vara till gagn för de organisationer som i framtiden planerar att implementera peer-support i sin verksamhet. Vidare behöver organisationer säkerställa att det finns trygga arbetsförhållanden för de peer-supportrar som anställs, erbjudanden om tillsvidareanställning och heltidstjänst hade kunnat stärka peer-supportrollen och ytterligare minska stigmatiseringen som peer-supportrar upplever. Peer-support är kostnadseffektivt och har i tidigare studier visat på ett positivt resultat för patienter med svåra psykiatriska tillstånd i flera olika livsområden (Davidson et al., 2004; Sells et al., 2006; Solomon, 2004). Tillsammans med föreliggande studies resultat tyder detta på att peer-support är ett yrke som bör beredas en större plats inom den psykiatriska sjukvården.

Förändringsarbete tar tid och det är oundvikligen så att etablerandet av en ny yrkeskategori stöter på motstånd, särskilt eftersom peer-supportyrket representerar ett pågående paradigmskifte inom psykiatrisk omvårdnad där man de senaste decennierna rört sig bort från ett vertikalt, paternalistiskt system till ett mer horisontellt, personcentrerat system baserat på delat beslutsfattande (Socialstyrelsen, 2012a). Författarna ser behov av fortsatt forskning kring peer-supporters erfarenheter och även övriga yrkeskategoriers upplevelse av att

integrera en peer-supporter i arbetslaget. Intervjustudien har bidragit till att öka förståelsen för peer-supporters upplevelse av sin yrkesroll, vilket förhoppningsvis kan underlätta integreringen i teamet och stärka återhämtningsperspektivet.

## Referenser

- Alberta, J. & Ploski, R. (2014). Cooptation of Peer Support Staff: Quantitative Evidence. *Rehabilitation Process and Outcome*, 3. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4137/RPO.S12343>
- Allaskog, C. & Andersson, J. (2020). *Återhämningsguiden - för dig som mår dåligt* [Broschyr]. NSPH Skåne.
- 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
- Bellamy, C. D., Schmutte, T., & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer-support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 161–167. doi:[10.1108/MHSL-03-2017-0014](https://doi.org/10.1108/MHSL-03-2017-0014)
- Berlin, J. (2019). Teamarbete. I J. Leksell & M. Lepp, *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2:a uppl. s.139-158). Stockholm: Liber
- Björkman, T., & Lundberg, B. (2014). Stigma. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykisk funktionsnedsättning – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (2: a uppl., s. 139–152). Lund: Studentlitteratur.
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P.J., Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M. & Cochrane Healthcare Quality Research Group. (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(252), 1-14. doi:[10.1186/s12913-015-0907-z](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z)
- Burke, E., Pyle, M., Machin, K., Varese, F., & Morrison, A. P. (2019). The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and Health*, 4(3), 337–356. doi:[10.1037/sah0000148](https://doi.org/10.1037/sah0000148)
- Chinman, M., McInnes, D. K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., & Resnick, S. G. (2017). Establishing a research agenda for understanding the role and impact of mental health peer specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955-957. doi:10.1176/appi.ps.201700054
- Corrigan, P., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Physical health and medical care in principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY: Guilford.
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., & Rüsch, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), 794-800. doi:10.2105/AJPH.2012.301037
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Powell, K., Bink, A., Sheehan, L., Schmidt, A., Apa, B. & Al-Khouja, M. (2016). Who comes out with their mental illness and how does it help? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(3), 163–168. doi:10.1097/NMD.0000000000000461
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2:a uppl., s.143-154). Lund: Studentlitteratur

- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Rakfeldt, J., & Tebes, J. K. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453–477. doi:10.1002/jcop.20013
- Faulkner, A. & Basset, T. (2012). A helping hand: Taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, 16(1), 41-47. doi:10.1108/20428301211205892
- Firmin, R.L., Mao, S., Bellamy, C. & Davidson, L. (2019) Peer-support Specialists' Experiences of Microaggression. *Psychological Services*, 16(3), 456–462. doi:[10.1037/ser0000297](https://doi.org/10.1037/ser0000297)
- Gillard, S. & Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in psychiatric treatment*, 20(4), 286-292. doi:10.1192/apt.bp.113.011940
- Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J. & Lucock, M. (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 435-445. doi:[10.1017/S2045796014000407](https://doi.org/10.1017/S2045796014000407)
- Gillard, S., Foster, R., Gibson, S., Goldsmith, L., Marks, J. & White, S. (2017). Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 133-143. doi:[10.1108/MHSI-03-2017-0016](https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0016)
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gustavsson, A. & Ingard, C. (2018). *Ett ständigt närvarande brukarperspektiv på verksamheten. Utvärdering av införandet av egenerfaren yrkesgrupp i Stockholms stads socialpsykiatri*. Hämtad 2020-04-20 från <https://nsp.hj.se/wp-content/uploads/2018/09/UTVARDERING-PEER-SUPPORT-STOCKHOLM.pdf>
- Hansdotter, Å. (2014). Vetenskap och Hälsa. *Stigmatisering och psykisk ohälsa*. Hämtad 2020-12-12 från <https://www.vetenskapohalsa.se/stigmatisering-och-psykisk-ohalsa/>
- Hansson, L., Lexén, A. & Holmén, J. (2017). The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1415-1423. doi:10.1007/s00127-017-1385-x
- Henricson, M & Billhult, A (2017) Kvalitativ metod, I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2:a uppl., s.143-154). Lund: Studentlitteratur
- Hälso- och sjukvårdslag* (HSL 1982:763). Hämtad från Riksdagens webbplats: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763)
- Jones, J., Fitzpatrick, J. & Rogers, V. (Eds.) (2016). *Psychiatric-Mental Health Nursing, Second Edition: An Interpersonal Approach* (2. ed.). New York: Springer Publishing Company
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733

Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Piling, S., Johnson, S. & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(39), 1-12. doi:10.1186/1471-244X-14-39

Marshall, C. & Rossman, G.B. (2016). *Designing Qualitative Research* (6. ed.). London: Sage Publications.

Mead S, MacNeil C (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29–37. [https://www.mosaic-wgtn.org.nz/uploads/1/0/2/9/102917620/what\\_makes\\_peer\\_support\\_unique.pdf](https://www.mosaic-wgtn.org.nz/uploads/1/0/2/9/102917620/what_makes_peer_support_unique.pdf)

Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V. & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281-291. doi:10.1007/s10597-012-9541-y

Moreira de Freitas, R. J., de Moura, N. A., Feitosa, R. M. M., Cavalcante Guedes, M. V., de Freitas, M. C., de Fátima da Silva, L., & Macêdo Monteiro, A. R. (2018). Nursing Process Based on the Joyce Travelbee Model. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12), 3287–3294. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.5205/1981-8963-v12i12a235051p3287-3294-2018>

O'Hagan, M., McKee, H. & Priest, R. (2009). *Consumer survivor initiatives in Ontario: building for an equitable future*. Toronto: Ontario Federation of Community Mental Health & Addiction Programs. <http://www.maryohagan.com/resources/Peer%20Services%20in%20Ontario.pdf>

Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G. & Gather, J. (2020a). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: Results from a qualitative interview study. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 263-269. doi: 10.1177/0020764020904764

Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G. & Gather, J. (2020b). Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *Journal of Mental Health*, 29(3), 289-295. doi: 10.1080/09638237.2019.1581349

*Patientlag* (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

*Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659) Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Washington Pinheiro, C., Carneiro Rolim, K. M., Magalhães, F. J., Albuquerque, F. H. S. Araújo, M. A. M. & Martins Fernandes, H. I. V. (2019). Current panorama of the theory of Travelbee: an integrative review. *International Journal of Development Research*, 9(16255), 28788-29791. <http://www.journalijdr.com/current-panorama-theory-travelbee-integrative-review-0>

Petipri, A., 2020, *Travelbee's Human to Human relationship model, Nursing Theory*. Hämtad 2020-12-15 från <https://nursing-theory.org/theories-and-models/travelbee-human-to-human-model-of-nursing.php>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2:a uppl. 25-40). Lund: Studentlitteratur

[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

Roberts, R. & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-48.

Rosenberg, D. & Schön, U.-K. (2014). Återhämtning - från idé till praktik. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykisk funktionsnedsättning – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (2: a uppl., s. 355–372). Lund: Studentlitteratur.

Schutt, R. K. & Rogers, E. S. (2009). Empowerment and peer support: Structure and a process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness. *Journal of Community Psychology*, 37(6), 697–710. doi:[10.1002/jcop.20325](https://doi.org/10.1002/jcop.20325)

Scott, A. L., Doughty, C. & Kahi, H. (2011). *Peer Support Practice in Aotearoa New Zealand*. [https://ir.canterbury.ac.nz/bitstream/handle/10092/5258/12630803\\_Peer%20support%20practice%20in%20Aotearoa%20New%20Zealand-%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ir.canterbury.ac.nz/bitstream/handle/10092/5258/12630803_Peer%20support%20practice%20in%20Aotearoa%20New%20Zealand-%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P. & Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57(8), 1179-1184. doi:[10.1176/ps.2006.57.8.1179](https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1179)

Shelton G. (2016). Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 7(6), 657–661. [https://www.researchgate.net/publication/324071805\\_Appraising\\_Travelbee's\\_Human-to-Human\\_Relationship\\_Model/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/324071805_Appraising_Travelbee's_Human-to-Human_Relationship_Model/citation/download)

Shepardson, R. L., Johnson, E. M., Possemato, K., Arigo, D., & Funderburk, J. S. (2019). Perceived barriers and facilitators to implementation of peer support in Veterans Health Administration Primary Care-Mental Health Integration settings. *Psychological Services*, 16(3), 433–444. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/ser0000242>

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 353-364. doi:10.1017/S2045796012000133

Socialstyrelsen (2012a). *Shared decision making– en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Hämtad den 15 december 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-52.pdf>

Socialstyrelsen (2012b). *Om implementering*. Hämtad den 20 december 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>

Solomon, P. (2004). Peer-support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401. doi:[10.2975/27.2004.392.401](https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401)

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet & Dietisternas Riksförbund. (2019). *Personcentrerad vård - En kärnkompetens*. Hämtad 20-05-22 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/personcentrerad\\_vard/personcentrerad-var-d-2019\\_digital.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/personcentrerad_vard/personcentrerad-var-d-2019_digital.pdf)

Wanderwalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60 234-250. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018

Watson, E. (2019). The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6), 677-688. doi:10.1080/09638237.2017.1417559

World Medical Association (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 15 december 2020 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581–599. doi:[10.1007/BF02506983](https://doi.org/10.1007/BF02506983)



## Bilaga 1 (1)

### Intervjuguide

Sociodemografiska frågor.

- Ålder
- Könstillhörighet
- Hur länge har du varit peer-supporter?
- Arbetar du inom sluten eller öppen psykiatrisk vård?

Förslag på frågor/frågeområden.

- Vad fick dig att vilja arbeta som peer-support?
- Kan du beskriva en “vanlig dag” på jobbet?
- Hur har du upplevt samarbetet med sjuksköterskor i teamet? Positiva och negativa erfarenheter?
- Hur har du upplevt samarbetet med övrig personal, ex. läkare, skötare? Positiva och negativa erfarenheter?
- Har du upplevt att din kompetens tagits tillvara på ett tillfredsställande sätt? Om inte, varför tror du?
- Vilken feedback har du fått från patienterna? (frågan lades till efter pilotintervjun)
- Har gränsen mellan det professionella och personliga bjudit på några svårigheter?
- Har arbetet som peer-support hjälpt dig i din egen återhämtning och i så fall hur?
- Fick du adekvat utbildning innan du påbörjade uppdraget? Tankar om hur utbildningen kan utformas?

Generella följdfrågor som kan användas vid behov

- Kan du berätta mer?
- Skulle du vilja utveckla ditt svar?
- Skulle du kunna ge några exempel?
- Hur menar du?