



Projektet

Peer supporter – ny yrkesgrupp och interprofessionellt lärande i vården

Tuija Viking, Jakob Wenzer, Lena Nilsson och Uffe Hylén

Denna rapport är författad av Tuija Viking, forskarstuderande i pedagogik med inriktning mot arbetsintegrerat lärande vid Högskolan Väst, Lena Nilsson, docent i pedagogik, Högskolan Väst, Jakob Wenzer, doktor i etnologi, Göteborgs universitet och Uffe Hylin, överläkare och doktor i medicinsk vetenskap, Karolinska Institutet. Julie Repper, direktör för ImROC, Storbritannien, www.imroc.org språkgranskade den engelska sammanfattningen.

Studien, som ligger till grund för denna rapport, planerades och genomfördes huvudsakligen av Tuija Viking och Jakob Wenzer med stöd av Lena Nilsson och Uffe Hylin. Viking och Wenzer genomförde tillsammans fyra dialogmöten med vårdpersonal och tre fokusgruppsintervjuer med peer supportrar. Sex individuella intervjuer med vårdpersonal och/eller peer supportrar genomfördes av Viking, som även genomförde en uppföljningsstudie som bestod av sex frågor. Merparten av analysarbetet gjorde Viking med stöd av Nilsson som även hade en övergripande handledarroll. Framskrivandet av resultat och rapport gjorde Viking med stöd av Nilsson, Wenzer och Hylin.

Huvudansvarig för projektets genomförande var Lena Nilsson. Uppdragsgivare var Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg (NSPH Västra Götaland och Göteborg, tidigare NSPHiG), som är en samarbetsorganisation för det psykiatriska området.

Stort TACK till alla deltagare i studien!

Kontaktperson: Tuija Viking

E-postadress: tuija.viking2@gmail.com

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	6
Introduktion och bakgrund	7
Kunskapsläget.....	10
Teoretiska utgångspunkter	12
Undersökning och metod	13
Projektets syfte och frågeställningar.....	13
Målgrupp och urval.....	14
Intervjuerna och uppföljningsstudien.....	14
Datainsamling.....	15
Analys av material.....	16
Analysprocessens fyra faser.....	16
Etisk diskussion.....	17
Resultat	18
1. Vårdpersonalen tar tillvara peer supportrars bidrag i aktiviteter.....	18
2. Vårdpersonalen tar tillvara peer supportrars bidrag i teamarbetet.....	19
3. Potential och hinder för IPL i teamarbete.....	22
4. Hur peer supportrars professionalitet kännetecknas av jämlikhet.....	25
5. Stödja IPL genom att nyttja peer supportrars kompetens.....	30
Uppföljningsstudiens resultat	34
Diskussion	35
Vårdpersonalens nytta av peer supportrars stöd, perspektiv och förhandlarroll.....	35
Möjliga exempel på IPL.....	36
Peer supportrollens väg till acceptans.....	38
Jämlikhet som riktmärke.....	39
Stödja IPL genom nya rutiner och ett lärandefokus.....	41
Studiens styrkor och begränsningar.....	42
Slutsatser, reflektioner och förslag.....	42
Referenser	44
Bilagor	51
Bilaga 1.....	52

Information till forskningspersonerna -peer supportrarna.....	52
Bilaga 2.....	55
Information till forskningspersonerna – vårdteam (personalgrupp).....	55
Bilaga 3	58
Intervjuguide - Dialogmöte med vårdteam (personalgrupp).....	58
Bilaga 4.....	59
Intervjuguide - Fokusgruppsintervju med peer supportrar.....	59
Bilaga 5.....	60
En uppföljande enkätstudie - vårdteam (personalgrupp).....	60
Bilaga 6.....	61
En uppföljande enkätstudie - peer supportrar.....	61

Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultatet av ett regionalt projekt ”Interprofessionellt lärande genom en ny yrkesgrupp peer supporter för en bättre vård”. I projektet/studien genomfördes 13 intervjuer och en uppföljningsstudie år 2020. Studien hade totalt 26 deltagare. Uppdragsgivare var Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg, NSPH Västra Götaland och Göteborg.

Studien rörde vårdpersonal som i sina vårdlag hade inkluderat en ny profession peer supporter, som är en person med egna erfarenheter av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning/variation, och som har utbildats och blivit anställda i psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter för att stödja patienter i deras återhämtning. Detta är ett led i en återhämtningsinriktad utveckling (Repper et al., 2013a) som har vårdfokus.

Till skillnad mot det vårdfokus, som hittills har tillämpats i peer supportarbete, användes här ett pedagogiskt fokus. Intresset riktades mot det som benämns interprofessionellt lärande (IPL), som är lärandet mellan olika yrkeskategorier. Avsikten var att undersöka och stödja IPL hos vårdpersonal som, i sina vårdlag, har inkluderat peer supportrar samt att studera vad som kännetecknar peer supportrarnas professionalitet. Ett annat syfte var att upptäcka strukturer för att organisera kvalitets- och effektivitetsökning genom att främja IPL.

För att stödja IPL och besvara frågorna genomfördes olika typer av intervjuer. Dialogmöten genomfördes med vårdpersonal som har tagit emot peer supportrar. Peer supportrar deltog i en fokusgruppsintervju. Individuella intervjuer genomfördes med de deltagare som inte hade möjlighet att närvara på dialogmöte/fokusgruppsintervju.

Resultatet visar hur vårdpersonal på olika sätt tog tillvara peer supportrars bidrag samt potentialen för IPL, men där lärandet motverkades av en hierarki. Resultatet visar också hur peer supportrars professionalitet kännetecknas av jämlikhet. Vidare, hur peer supportrars kompetens kan användas för att främja IPL. Detta lärande, föreslår studien, kan genom nya rutiner och lärandefokus stödjas kontinuerligt i dessa teamarbeten.

Nyckelord: interprofessionellt lärande, interprofessionellt teamarbete, peer supporter, expertis, professionalitet, psykiatrisk vård.

Summary

This report presents the results of a regional project focusing on "Interprofessional learning through a new occupational group – peer support workers (PSWs) – for better care". The project was commissioned by the Swedish Partnership for Mental Health Västra Götaland and Gothenburg. The aim was to investigate and support interprofessional learning (IPL) among teams that included PSWs by exploring a) the characteristics of their professionalism, and b) the structures that promote IPL and thereby increase quality and efficiency of the team.

A PSW is a person who has personal experience of mental health challenges and uses this experience (their experiential knowledge and skills) to support others in their recovery. The employment of PSWs in mental health services has been shown to improve the recovery of people using services, the recovery of the PSW and the recovery focus of the service (Repper et al., 2013a).

In this study 13 interviews were undertaken with healthcare professionals working in teams that included PSWs at baseline and follow-up with and a follow-up study were conducted in 2020. The study had a total of 26 participants. In contrast to the care focus, which has so far been applied to PSW work, a pedagogical/educational focus was applied in this study. The interest was directed towards what is called interprofessional learning (IPL). This is the learning that occurs between different occupational categories.

In order to both understand and support the IPL occurring in these teams, different types of interviews were conducted. Dialogue meetings were held with healthcare staff who have worked alongside PSWs. A focus group interview was facilitated with PSWs. Individual interviews were conducted with the participants who did not have the opportunity to attend the dialogue meeting/focus group interview.

Analysis of the interview data showed that the PSWs' professionalism is characterized by equality. Analysis also illustrated how the care staff learnt from PSWs' contributions and demonstrated that peer support skills can be used to promote IPL - even if this also was threatened by a hierarchy. This IPL across team members, the study suggests, can be supported continuously through new routines and a learning focus.

Keywords: interprofessional learning, interprofessional teamwork, peer support workers, expertise, professionalism, psychiatric care

Introduktion och bakgrund

Vid nyttjande av olika perspektiv och kunskaper kan *interprofessionellt lärande (IPL)*, ”uppstå i interaktionen mellan teammedlemmar (eller studenter) från två eller flera professioner” (Freeth et al., 2005, s. xv) och förbättra vårdkvalitén (Reeves, 2016).

Vårdkvalitén kan även förbättras genom *peer supportrar* som definieras vara ”människor med levda erfarenheter som är anställda för att stödja andra som möter liknande utmaningar” (Repper & Carter, 2010, s. 3). Peer support bygger på antagandet om att människor med liknande erfarenheter kan bättre erbjuda äkta empati och validering (Mead & McNeil, 2006) och, genom att lyfta patientens/brukarens¹ individuella styrkor, bidra till en helhetssyn på vården (Mead et al., 2001).

Inom hälso- och sjukvårdssektorn och sociala sektorn utövas peer support i olika former. Peer support har sitt ursprung i att uppstå naturligt i miljöer där människor med psykiska hälsoproblem delar med sig, men den avsiktliga eller formaliserade peer supporten började med etableringen av Anonyma Alkoholister (Repper & Carter, 2010) när ett välutvecklat nätverk utvecklades (Cyr et al., 2016). Peer ledda och peer drivna tjänster har organiserats länge t.ex. i USA, Storbritannien, Kanada, Nya Zeeland, Australien och Grekland (Repper & Carter, 2010). Peer support kan utövas i grupper, organisationer, på internet eller en till en (Cyr et al., 2016). Enligt Repper et al. (2013a) utövas peer support främst i tre former a) informellt, d.v.s. genom naturlig uppkomst b) formellt genom att delta i program, ibland drivna av peer supportrar, i samröre med psykiatriska verksamheter, och c) anställda peer supportrar i verksamheter inom hälso- och sjukvård och sociala fältet.

I psykiatrisk vård har, internationellt, peer supportrar anställts för att fokusera på patienters/brukares återhämtning² (Asad, 2015; Gates & Akabas, 2007; Repper & Carter, 2010). På grund av en återhämtningsansats har man i psykiatriska slutenvårdsteam och i kommunala team börjat inkludera peer supportrar för att bidra med ett specifikt fokus på patientens/brukarens behov (Repper et al., 2013a). Peer supportrar kan i teamen driva på en återhämtningsansats genom att utmana negativa attityder hos vårdprofessionella.

¹ I rapporten används mestadels termen patient/brukare för att bidra till språklig enhetlighet.

² Återhämtning kan vara ”att skapa ett meningsfullt självstyrt liv oavsett vilka utmaningar man står inför, som inkluderar att bygga motståndskraft, att ha ambitioner och att uppnå dessa” (Te Pou, MidCentral DHB & Northern Region Alliance, 2014, s. 5).

Peer supporttrars roll och *expertis*³ skiljer sig från den roll och expertis som professionellt utbildad personal har (Repper et al., 2013b). De professionellas roll är grundad i deras professionella expertis som skapar deras relationer, medan den centrala rollen för peer supportern är grundad i deras levda erfarenheter av psykiska hälsoutmaningar som lägger grund för en annan slags relation. I denna relation är ömsesidigheten central, då olika erfarenheter delas som skapar en ömsesidig förståelse som är gynnsam för båda sidor (Mead et al., 2001). Enligt Repper och Carter (2010) är “ömsesidigheten integrerad i processen `jämlike till jämlike´ till skillnad från `expertarbetarstöd´” (s. 4) eller att vara expert.⁴ Författarna understryker att det här betyder inte att peer support inte har en expertroll. Det som avses är att “vara expert på att inte vara en expert, vilket kräver mycket expertis” (Repper & Carter, 2010, s. 5). Peer supporttrars “expertis i levda erfarenheter” (Basset et al., 2010, s. 3) erbjuder erfarenheter och kunskaper som ej bottnar i psykiatriska modeller och diagnostiska kriterier (Mead et al., 2001). Den psykiatriska vårdprofessionens roll är t.ex. att diagnostisera och/eller formulera svårigheter, medan peer supporttrars roll är att influera en återhämtningsriktad praktik inom teamet (Repper et al., 2013b). I teamet är också peer supporterns roll ett tillägg till vårdpersonalens roller (Repper et al., 2013a). Vårdpersonal och peer supporttrare har därmed olika roller och expertis.

Peer supporttrare genomgår en professionalisering. Det börjar ställas krav på att genom utbildning standardisera peer support som en yrkesgrupp visar en kanadensisk rapport (Cyr et al., 2016). I Australien, Nya Zeeland och Storbritannien har peer supporttrare utbildats, certifierats⁵ och sedan anställts i psykiatriska team för att stödja patienters återhämtning (J. Repper, personlig kommunikation, 25 maj, 2016). Enligt den kanadensiska rapporten finns det en konsensus i att peer supportern behöver bli en egen yrkesgrupp i psykiatrisk vård, men där det finns viss rädsla att peer support, genom att bli för professionaliserad, förlorar sina specifika värderingar (Cyr et al., 2016). Denna rädsla kan förstås mot bakgrund av det som Brante (2014) beskriver är en professions karaktärsdrag. (a) Legitimitet, som innebär en tillhörighet till en yrkeskår som har sin egen speciella kunskap och kompetens. Legitimitet i sin tur baseras på (b) ett befintligt förtroende, (c) auktoritet, d.v.s. en legitim makt som är grundad i expertkunskap och (d) autonomi, nämligen att yrket har en viss självständighet och kan ta egna beslut i interna frågor. Vid associering av karaktärsdrag som auktoritet, som bygger på expertkunskap, ter sig detta vara svårt att förena med idén om att utveckla en ömsesidig relation med patienten/brukaren i vården. Förutom mer etablerade professioner som läkare och sjuksköterskor, har det dock uppkommit allt fler och varierade yrkesroller, vilket har gjort att begreppet profession idag innefattar andra, nyare yrkesgrupper⁶ (Brante, 2014). Profession kan nyttjas som beteckning som relaterar till vissa kompetenser⁷ i stället för utbildningskriterier. För att undgå att hänvisa till

³ Begreppet expertis refererar här till ett yrkes- och/eller utbildningsrelaterat expertområde exempelvis arbetsterapi. Begreppet expertis används här liktydigt med expertområde (Viking, 2019).

⁴ En expert är ”en förmedlare mellan samhällets kunskapsproducerande och beslutsfattande instanser” (Brante, 1998, s. 101).

⁵ Certifiering är ”en process för bedömning av en arbetskraft som kan stödja tillväxten av en kvalificerad, etiskt och kulturellt mångsidig arbetskraft” (Campbell & Leaver, 2003, s. 49).

⁶ Denna utveckling beror på universitetens stora utbud av yrkesutbildningar som har gjort att definitioner av profession inte längre har samma koppling till universitetsutbildning (Brante, 2009).

⁷ Kompetens rör den handlingsförmåga som nyttjas i en viss uppgift, situation eller arbete (Ellström, 1996a, 1996b).

utbildnings- och regelmässiga kriterier använder Barr et al. (2005) följande definition: "Profession is treated throughout as a term of self-ascription, thereby avoiding the need to apply educational and regulatory criteria which may differ for the same 'profession' between countries" (s. xxiv). Föreliggande studie använder profession som en term för beteckning, vilket betyder att en befattningsbeteckning som skötare blir betraktad som en profession. Inom ramen för denna definition blir även peer supportter en profession.

Vid etablering av en ny profession kommer peer supporttrars kompetens i förgrunden. En definition av denna kärnkompetens lyfter fram tre aspekter (Te Pou et al., 2014): "Ömsesidiga relationer – att peer supporttrarna förstår begreppen ömsesidighet och autenticitet och betydelsen av att använda dessa i peer supportarbete. Målmedveten ansats – att peer supporttrarna förstår att människorna måste ha hopp, mening och ambitioner i sina liv och stöder dem för att uppnå dem. Peer supportmetoder – att peer supporttrarna förstår vad peer support är och använder lämpliga modeller, verktyg och metoder i deras arbete" (s. 15-17).

När peer supporttrar blir verksamma som yrkesgrupp blir även deras professionalitet intressant för studier. För Evans inom professionsforskning (2002, s. 6-7) är *professionalitet* en "ideologisk, attitydmässig-, intellektuell och epistemologiskt baserad ståndpunkt som är del av en individ i relation till den praktik som professionen tillhör och som influerar hennes/hans praktik". Professionalitet kan mätas och betraktas utifrån specifika kriterier inom professionsforskning (Selander, 1988) vilket inte görs i föreliggande studie där professionalitet, i likhet med Evans definition, förstås mer handla om att utöva yrket utifrån sin expertis. I föreliggande rapport avser professionalitet det som är karaktäristiska för peer supportarbetet, d.v.s. det som kännetecknar genomförandet av arbetet som utförs av peer supporttrar. Peer supporttrar, då de är utbildade och certifierade är i det avseendet "professionella", dvs. professioner som övrig vårdpersonal. Att "vara professionell" avser här att genomföra ett arbete i egenskap av profession. Profession, professionell och professionalitet är därmed skilda begrepp även om de hör samman. Topor och Borg (2004) har tankar om hur vårdens professionella använder sig av professionaliteter som är på olika nivåer. Den ena är på distans och bygger på en given tid, bestämt rum, ett neutralt jag och en ensidig relation. Den andra professionaliteten bygger på en nära relation där tiden är förhandlingsbar, ett rum som är öppet, ett jag som är engagerat och en relation som är ömsesidig. Vid överanvändning kan båda typer av professionalitet vara förödande med följd att den ena leder till kyla medan den andra resulterar i överengagemang (Topor & Borg, 2004). Vad slags professionalitet peer supporttrars yrkesutövning grundar sig i kan bli en angelägen fråga för forskning, men också för berörda verksamheter och utbildningsansvariga inom hälso- och sjukvårdssektorn och sociala sektorn.

Vid beaktande av peer supporttrars expertis och bidrag i teamarbeten blir IPL relevant. Detta lärande, förstått utifrån sociokulturell teori, uppstår i sociala sammanhang när medlemmar från olika professioner aktivt engagerar sig genom sina olika roller, kunskaper och värderingar (Hean et al., 2009). Man har inte riktat intresset mot IPL hos vårdpersonal, som i sina lag har inkluderat peer supporttrar som utan att förlora sin särart (Wenzer, 2018) som främling kan ge nya perspektiv (Wenger, 2000). Balansen mellan en icke-

etablerad och etablerad kompetens öppnar upp för IPL i teamarbete. I dessa arbeten, där peer supportern inkluderas, kan patienten/brukaren lära från denne (Mead & McNeil, 2006) likaså vårdpersonalen.

Peer supportern har även börjat implementeras i svensk psykiatrisk kontext. En ökad psykisk ohälsa och behov av psykiatrisk vård som erbjuder ett patientinflytande ledde till att Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, en samarbetsorganisation för det psykiatriska området, introducerade PEER support som en ny certifierad yrkeskategori som ska stödja ett mer återhämtningsriktat arbete inom socialpsykiatrisk och psykiatrisk verksamhet (NSPH, 2018a) NSPH utvecklade en egen modell för rekrytering, utbildning, implementering, samordning och handledning av peer supportrar som sedan blev anställda i olika team. I dessa team ska peer support bidra med sin kompetens som beskrivs vara unik då den dels förutsätter egen erfarenhet av psykisk ohälsa, dels kräver ”en utbildning som sammantaget leder till viktig kunskap om och ger verktyg för återhämtning” (s. 4). I denna ansats är peer supporterns stöd grundat i ”kunskaper och strategier utifrån egna och brukarrörelsens samlade erfarenheter av återhämtning, egenmakt och minskat självstigma” (s. 9). Det anges hur peer supporterns ”unika kompetens kompletterar etablerade kunskaper och professioner” (s. 9). Syftet med yrkesrollen beskrivs vara att använda ett kamratstödjande och jämlikt förhållningssätt i arbetet. Exempel på arbetsuppgifter är att informera om olika aktiviteter eller patientens/brukarens rättigheter, att bistå med kamratstödjande samtal, att motivera patienten/brukaren att engagera sig på olika sätt, att följa med patienten/brukaren till olika möten. I genomförandet av detta arbete har det upptäckts administrativa hinder som avsaknaden av en yrkesklassificering för peer support (NSPH 2018,b). NSPH understryker betydelsen av att peer supporterns arbetsuppgift anpassas utifrån verksamhetens och den enskilda patientens/brukarens behov (NSPH, 2018a). Det som också utmärker denna yrkesroll är att peer supportern ska bli en del i arbetsteamet samtidigt som peer supportern är del i en kollegial och erfarenhetsbaserad kontext i brukarrörelsen (NSPH, 2018b). Både internationellt och nu nationellt, har vårdfokus tillämpats när vårdpersonal, i fyra län, Västra Götalandsregionen, Stockholms län, Västerbottens län och Skåne region, har inkluderat peer supportrar i sina vårdlag.

NSPH identifierade, i projektet som pågick mellan 2016 och 2019, ett utvecklingsbehov när det gäller strukturer och organisering som främjar IPL. Möjligheten att stödja IPL i peer supportarbeten hade tidigare inte uppmärksamats. Det finns en kunskapslucka om hur peer supportrars erfarenheter och kunskaper kan tas tillvara och hur vårdpersonalens förändrade synsätt kan formuleras som IPL och därmed spridas.

Föreliggande rapport bygger på en studie som handlar om vårdpersonalens tillvaratagande av peer supportrars bidrag och implikationerna för IPL. För att ge en bild av kunskapsläget om IPL och peer support följer en genomgång av tidigare forskning.

Kunskapsläget

Många studier berör effekterna av peer supportrars bidrag för patienter. Internationell forskning visar hur patienters återhämtning stimuleras genom att peer supportrarna blir förebilder i vården (Repper & Watson, 2012). Vårdpersonal förändrar arbetssätt och synsätt när peer support införs och vårdteam blir mer

kostnadseffektiva genom att patienter får minskat behov av andra insatser (Repper, 2013a). Forskning om användning av peer support indikerar på att det, inom psykiatrisk vård, kan ge bättre behandlingsresultat (Davidson et al., 2012). Det saknas dock kunskap om hur peer supportrars medverkan ska organiseras och implementeras (Silver & Nemeč, 2016). I den svenska peer support-satsningen har utvärderingar visat på positiva resultat i verksamheterna där vårdpersonal, efter att tidigare ha haft en mer auktoritetsorienterad syn, fått en mer återhämtningsorienterad syn på patienters hälsa (Wenzer, 2018). Detta innebär en ökad delaktighet och inkludering i samhälle och arbetsliv av patienter med psykisk sjukdom.

Författarna veterligen har inte IPL beforskats i interprofessionella teamarbeten. I interprofessionella teamarbeten har peer supportrollen undersökts (Asad, 2015; Asad & Chreim, 2016; Ehrlich et al., 2020). Ehrlich et al. (2020) ger exempel på hur peer supportrollens psykosociala perspektiv kan, genom att komplettera vårdpersonalens biopsykodynamiska perspektiv, resultera i en mer individfokuserad vård. Vidare, hur, genom att uppmärksamma styrkor och levda erfarenheter hos peer supportrar dessa kan inkluderas i teamen. Storm et al. (2020) visar hur interprofessionella team har kontakt med peer supportrar, från kommunala stödverksamheter, som genom att företräda, stödja och vägleda brukare i vårdsystemet, förbättrar samordningen av fysisk hälsa och psykiatrisk vård för personer med allvarlig psykisk sjukdom. Weller et al. (2021) introducerar ett arbetskraftsprogram, Interprofessional Peer Education and Evidence for Recovery-program (I-PEER). I programmet deltar peer supportrar och studerande, i socialt arbete och arbetsterapi, i syfte att förbättra vården för ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa och missbruksproblematik, på landsbygden. Genom att peer supportrarna och studenterna samarbetade och interagerade i aktiviteter stimulerades IPL. Det finns därmed forskning om IPL och peer supportrar i utbildningssammanhang. Föreliggande rapport identifierade ett behov av forskning om teams användning av peer supportrars expertis och implikationerna för IPL i arbete.

Varför studera IPL i detta sammanhang? IPL och interprofessionell utbildning (IPE)⁸ framhölls redan, i Världshälsoorganisationens rapport *Learning together to work together* (1988), vara ett viktigt instrument i hälso- och sjukvård för att möta människors komplexa hälsobehov. För att kunna möta människors behov av vård med kvalité är det nödvändigt att förbättra olika yrkesgruppers samverkan genom interprofessionell utbildning (Ponzer et al., 2009). IPL har därför praktiserats på olika utbildningsenheter inom landet (Hylin, 2010). SOU-rapporten *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) deklarerar följande: ”De interprofessionella arbetssätten grundas redan under utbildningstiden, och behovet av att stärka såväl interprofessionellt lärande som arbetssätt betonas av många av våra samverkanspartners, inte minst kommande och yngre medarbetare i vården.” (s. 111). Rapporten ger exempel på, genom att presentera ett projekt om sällsynta sjukdomar, hur vården kan förbättras genom att stödja ett gemensamt lärande mellan olika professioner och patientföreträdare. Dessa har ”arbetat tillsammans, utifrån ett patientperspektiv, för att fördjupa kunskapen om och ta fram effektiva modeller för utveckling av

⁸ Interprofessionellt lärandet (IPL) avser lärande på individnivå (med konsekvenser för grupper/team), medan interprofessionell utbildning (IPE) kan relateras till ett övergripande pedagogiskt ramverk (Viking, 2019).

personcentrerad vård för alla personer som har sällsynta diagnoser” (s. 112). Även NSPH påtalar, i sitt remissvar till SOU 2020:19, behovet av ett fungerande samarbete mellan olika professioner och att stödja ett IPL genom att ta tillvara peer supporttrars bidrag:

Utredningen betonar vikten av samarbete mellan vårdens olika professioner samt av interprofessionellt lärande. Här missar man den nya viktiga yrkesgruppen av utbildade själverfarna personer, PEER supporttrar. De borde bjudas in att medverka i det interprofessionella lärandet. Trots att prognoserna pekar mot en mycket allvarlig brist på personal inom vården intresserar man sig inte för hur utbildade själverfarna personer, exempelvis PEER supporttrar, brukarcoacher och brukarrevisorer skulle kunna innebära en både kvantitativ och kvalitativ förstärkning av vårdens kompetensförsörjning. Socialstyrelsen och SKR bör få ett uppdrag att snarast ta tag i denna fråga. Brukar- och funktionsrättsrörelsen bör vara representerade i detta arbete (s. 2).

Tilläggas bör också att peer support är klassificerat som ett forsknings- och utvecklingsområde av Socialstyrelsen genom de nationella riktlinjerna för vård av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, som rekommenderar användning av peer supporttrar ([Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – Stöd av brukarspecialist \(peer support\) | Rekommendationer och indikatorer \(socialstyrelsen.se\)](#)).

Det finns därmed ett kunskapsbehov om hur vårdpersonalens IPL kan främjas genom peer supporttrar i teamarbeten. I *interprofessionella teamarbeten* antas medlemmar med tiden att ”dela en teamidentitet, arbeta nära varandra, integrerat och vara beroende av varandra för att lösa problem och leverera tjänster” (Reeves et al., 2010, s. xiv). Föreliggande studie har sin utgångspunkt i att i den här typen av teamarbeten möjliggörs IPL vid utbyte, reflektion och förhandling av olika erfarenheter, perspektiv och kunskaper. Rapporten hoppas bidra med ny kunskap till både IPL- och peer supportfältet.

Teoretiska utgångspunkter

I studien används idéer från Communities of practice, CoP. Utifrån Wengers (2000) tankar är olika relationer viktiga i gemenskaper eller “communities” där relationerna gör det möjligt för oss att “veta” om världen. Mening skapas i sociala sammanhang genom engagemang t.ex. i aktiviteter, diskussioner och reflektioner (Wenger, 2010). Annan form av engagemang är att producera fysiska och begreppsliga artefakter, t.ex. ord, saker, dokument och andra former av *reifikation*. Med reifikation avses den delade erfarenheten runt vilken människor organiserar sitt deltagande eller är i “görande av ett objekt” (s. 180). Lärandet uppstår i sociala kontexter när både deltagande och reifikation är i samspel. Detta samspel formar en social historia av lärande, som genom en kombination av individuella och kollektiva aspekter, leder till uppkomst av en praktik som deltagarna definierar vara ‘en regim av kompetens’, menandes “en uppsättning kriterier och förväntningar genom vilken de erkänner medlemskap” (s. 180).

En praktikgemenskap hålls samman av olika dimensioner (Wenger, 1998). Den första dimensionen är ett ömsesidigt engagemang, där medlemmarna grundar praktikgemenskapen men också förhandlar om medlemskapet. Ett medlemskap uppnås, beroende på om processen är inkluderande eller exkluderande, fullt ut genom att ingå i gemenskapen eller att vara i periferin. Den andra dimensionen är gemensamma intressen som förutsätter gemensamma ansträngningar och gemensam förståelse samt delat ansvar för idealen bakom

praktikgemenskapen. Den tredje dimensionen är delad repertoar, som består av gemensamma aktiviteter, språk, symboler och objekt. Wenger tillägger en dimension gällande tillhörighet, nämligen anpassning där en medlem antingen rättar sig efter någon eller genom makt får någon annan medlem att rätta sig.

När en nykomling med sin kompetens, kommer in i en praktikgemenskap, blir denna erfarenhet en reflektion över praktikgemenskapens kompetens (Wenger, 2010). Omvänt, en ny erfarenhet kan också lyfta fram praktikgemenskapens kompetens när en medlem, genom att ta in en ny dimension till praktiken, behöver förhandla om den nya dimensionen av kompetens ska välkomnas eller avfärdas. I dessa exemplen är ”lärandemomentet *anspråk på kompetens*, som kanske eller kanske inte omfamnas av praktikgemenskapen” (s. 181). Deltagarnas lärande kräver både hänsynstagande till och frigörande av praktikens historia, som kan ske när ”praktikgemenskaper interagerar med och utforskar andra perspektiv bortom deras gränser” (s. 182).

I gränserna, mellan två praktikgemenskaper, kan lärande ske där kompetenser och erfarenheter skiljer sig åt (Wenger, 2000). Sådan gränsinteraktion är en erfarenhet av att bli exponerad för en främmande kompetens. Den typen av rekonfigurering av relationen mellan kompetens och erfarenhet är viktiga för lärandet. Lärande vid gränserna är optimal för individer och för praktikgemenskaper “när erfarenhet och kompetens är i nära spänning” (s. 233). När olika perspektiv möts kan nya möjligheter uppstå (Wenger, 2000). I gränsprocesser kan människor bli *förhandlare* och skapa relationer mellan praktikgemenskaper. Praktikgemenskaper kan sammanföra men också separera människor från olika praktikgemenskaper genom *gränsobjekt*.

Utifrån Wengers tankar uppstår lärandetillfällen när peer supportrar, tillhörandes en peer supportpraktikgemenskap, som nykomlingar, kommer in i psykiatrisk vårdpraktikgemenskap med dess värderingar, regler och perspektiv.

Undersökning och metod

Projektets syfte och frågeställningar

Projektets/studiens syfte var att undersöka och stödja ett interprofessionellt lärande, IPL, hos vårdpersonal som, i sina vårdlag, har inkluderat peer supportrar, samt att studera vad som kännetecknar peer supportrarnas professionalitet. Ett ytterligare syfte var att finna strukturer att organisera kvalitets- och effektivitetsökning genom att främja IPL. Det övergripande forskningsproblemet var att studera och främja IPL genom en ny yrkesgrupp - peer supporter. De centrala frågeställningarna var:

- Hur har vårdpersonalen tagit tillvara peer supportrarnas erfarenheter, perspektiv och kunskaper, och vad blev implikationerna för interprofessionellt lärande?
- Hur kan, genom främjandet av detta lärande, strukturer upptäckas för att organisera en kvalitets- och effektivitetsökning?
- Vad kännetecknar peer supportrars professionalitet?

Förberedelserna inför och förankring av projektet startade under år 2019 efter att ett nätverk hade etablerats i form av NSPH, NSPHiG, forskare och verksamhetsföreträdare för de sex olika psykiatriska verksamheter som ingår i denna studie.

Projektet startade 191213 efter att Etikprövningsmyndigheten gav sitt godkännande (Dnr 2019-04729) för genomförande av projektet, som avslutades 210130.

Målgrupp och urval

NSPHiG, som var uppdragsgivare för uppdraget, gav en lista över de peer supportrar, som var verksamma inom psykiatrisk vård, och som kunde tillfrågas om de ville delta i studien. Totalt 15 peer supportrar tillfrågades⁹, varav tre av dessa hade tidigare varit verksamma peer supportrar. En påminnelse, om svar från deltagarna, skickades via mejl. 11 peer supportrar tackade ja till att delta i studien.

Verksamhetsansvariga chefer för olika psykiatriska verksamheter gav en förteckning med vårdpersonal, som i sina vårdlag hade inkluderat peer supportrar, och som kunde tillfrågas om de ville delta i studien. Totalt 147 vårdpersonal¹⁰ tillfrågades¹¹. En påminnelse, om svar från deltagarna, skickades via mejl under vintern 2020 och våren 2020. 15 vårdpersonal tackade ja till att delta i studien.

Den främsta förklaringen till det låga deltagarantalet gällande vårdpersonal var en lång fördröjning i processen. Personer tackade nej då de hade slutat (fem personer), var sjukskrivna (tre personer) var föräldralediga (två personer) hade inte tid (två personer) eller arbetade inte med peer supportrar (sex personer)¹². Två personer, som tackade ja, ändrade sig varav den ena p.g.a. tidsbrist. Dessutom blev projektstarten ytterligare försenad p.g.a. av covid-19-pandemin.

Följande kriterier behövde vara uppfyllda för att en forskningsperson blev inkluderad i projektet. För peer supportrar var kriteriet att de är verksamma inom psykiatrisk verksamhet i Västra Götalandsregionen. För vårdpersonal var kriteriet att de arbetar inom psykiatrisk verksamhet, i Västra Götalandsregionen, med en peer support eller flera peer supportrar.

Avgränsningar i arbetet var att (a) använda ett övergripande lärandefokus (b) inkludera endast den personal/de yrkesgrupper som har arbetat med en peer supportrar/supportrar i Västra Götalandsregionen.

I studien representeras följande yrkesgrupper: Skötare, dietist, sjuksköterska, läkare och kurator.

Intervjuerna och uppföljningsstudien

I projektet genomfördes tre slags intervjuer anpassade för målgrupperna. Vårdpersonal deltog i dialogmöten¹³ som kan användas som en pedagogisk metod där samlandet i mindre grupper möjliggör för

⁹ Se Bilaga 1 Brev ”Information till forskningspersonerna” skickades och alla deltagares samtycken samlades in.

¹⁰ Vårdpersonal används här som en gemensam beteckning för alla olika professioner inom psykiatrisk vård.

¹¹ Se Bilaga 2 Brev ”Information till forskningspersonerna” skickades och alla deltagares samtycken samlades in.

¹² Dessa var nattpersonal, en medicinsk sekreterare och ytterligare en person som inte tillhörde vårdpersonal.

¹³ Se Bilaga 3 Intervjuguide - Dialogmöte med vårdteam (personalgrupp).

deltagarna en interaktion som sker ansikte mot ansikte, där utrymme finns för var och en att komma till tals (Wilhelmson, 1998). Peer supportrar deltog i fokusgruppsintervjuer¹⁴ som gör det möjligt bl.a. att studera attityder, värderingar och komplexa fenomen som uppkommer i interaktion (Hylander, 2001) och som möjliggör ett lärande liksom i dialogmöten där olika erfarenheter och perspektiv kan växlas (Wilhelmson, 1998). Skillnaden mellan dessa metoder är att den senare än mer är arrangerad för jämbördiga samtal med tillfälle att ”skapa samtalssituationer som kan studeras med syfte att förstå villkoren för lärande i en sådan situation” (. 78). De deltagare, som var förhindrade att delta i dialogmöte/fokusgruppsintervju, deltog i individuella intervjuer¹⁵.

Frågorna i intervjuguiderna, som hade sin utgångspunkt i studiens syfte, var inriktade på att ge svar om deltagarnas ömsesidiga lärande vid införande av peer support samt att hitta vägar för att genom dessa främja vårdpersonalens kontinuerliga IPL.

Intervjuerna genomfördes mellan juni och september år 2020. Totalt genomfördes tre fokusgruppsintervjuer, fyra dialogmöten och sex individuella intervjuer.

Intervjuerna varade i genomsnitt 55 minuter. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes på NSPHiG:s kansli, medan dialogmötena genomfördes på psykiatriska vårdverksamheter. Individuella intervjuer genomfördes på arbetsplatser och på ett kafé.

Alla intervjuer¹⁶ spelades in och transkriberades ordagrant, vilket betyder att även känslouttryck som skrattande, fnysande och hostande noterades. Totalt transkriberades 188 sidor. Citat omarbetades för tydlighetens skull, men också för att skydda anonymiteten genom t.ex. att använda det könsneutrala begreppet hen.

I studien genomfördes också en mindre uppföljningsstudie i form av en enkät¹⁷. Av totalt 26 tillfrågade svarade 15 deltagare, som bestod av sju vårdpersonal och åtta peer supportrar.

Deltagarna svarade på enkäten, som skickades via mejl i september år 2020 när sista intervjun hade genomförts. Detta innebär att en del, som blev intervjuade tidigt i processen (i juni) fick uppföljningsfrågorna relativt lång tid efter intervjutillfället. Som följd av detta svarade tre deltagare, då de inte riktigt mindes intervjutillfället, att de inte kunde svara på frågorna. I praktiken var det därmed 12 deltagare som svarade på frågorna.

Datainsamling

Data samlades därmed in genom olika slags intervjuer. Genom att fokusgruppsintervjuer genomfördes med peer supportrar samlades kvalitativ data in om hur deras erfarenheter, perspektiv och kunskaper har tagits

¹⁴ Se Bilaga 4 Intervjuguide - Fokusgruppsintervju med peer supportrarna.

¹⁵ Av dessa individuella intervjuer genomfördes, utifrån deltagarnas önskemål, en intervju via telefon och en intervju via Skype.

¹⁶ Alla intervjuer förutom ett dialogmöte då en av deltagarna ville inte att intervjun skulle spelas in.

¹⁷ Se Bilaga 5 En uppföljande enkätstudie - vårdteam (personalgrupp) och Bilaga 6 En uppföljande enkätstudie – peer supportrar.

tillvara av vårdpersonalen samt hur IPL har påverkat informanterna. Vårdpersonalen, genom att delta i dialogmöten, möjliggjorde att samla in kvalitativ data som handlar om hur de har tagit tillvara peer supporttrarnas erfarenheter, perspektiv och kunskaper, samt om implikationer för IPL. Kvalitativ data samlades även in genom en uppföljningsstudie som rörde frågor om studiens relevans, möjliga erfarenhets- och kunskapsutbyten och vad i genomförandet av processen kunde förbättras i framtida studier.

Data kommer att förvaras på NSPHiG:s kansli, i låst skåp. Kodlista med namn förvaras inlåst och åtskilt från data. Data kommer att sparas under 10 år för att därefter aidentifieras.

Analys av material

Intervjuerna analyserades som berättelser genom användning av en narrativ tematisk analys genom identifiering av centrala teman. I likhet med Riessman (2008)¹⁸ var fokus på *vad* som berättades genom urskiljande av vissa mönster och teman. Teman var stycken och/eller meningar. Identifiering av teman hade sin utgångspunkt i förbestämda frågor/teman, vilket var en deduktiv ansats då analysen drevs av specifika frågor. Fokus i analysen riktades mot vad som berättades om:

- Tillvaratagande av peer supporttrars bidrag (erfarenheter, perspektiv, kunskaper)
- Yrkesgrupper som har varit (mer) mottagliga för peer supporttrars bidrag
- Det som peer supporttrar har fått med sig från vårdpersonal
- Vad peer supporttrar bidrog med genom sin yrkesutövning (och som kan känneteckna deras professionalitet)
- Hur ett ömsesidigt utbyte (IPL) kan fångas, användas och fortleva
- Diverse tankar och/eller förslag inför framtiden

Analysprocessens fyra faser

Analysen genomfördes i fyra faser.

1. I den första fasan lästes alla intervjuer flera gånger. Därefter riktades fokus mot *vad* vårdpersonalen och peer supporttrar berättade om och i relation till de förbestämda frågorna/teman (de sex frågor/teman som anges ovan).
2. I den andra fasan identifierades olika teman som kodades.
3. I den tredje fasan granskades och jämfördes alla teman med varandra vilket ledde till omdöpning av vissa teman. Därefter kopierades alla teman till ett Word-dokument.

¹⁸ Den narrativa analysen i denna studie är deduktiv då analysen har sin utgångspunkt i förbestämda frågor/teman.

4. I den fjärde fasen granskades och analyserades alla teman för att slutligen resultera i fem huvudteman med sina respektive sub-teman (Tabell 1 nedan). Citaten valdes utifrån studiens syfte att besvara forskningsfrågorna.

Teman		
1. Vårdpersonalen tar tillvara peer supportrars bidrag i aktiviteter		
Fysiska och praktiska aktiviteter	Möten	Engageras för att lyssna och samtala med patienter
2. Vårdpersonalens tar tillvara peer supportrars bidrag i teamarbetet		
Etisk vägledning som minskar stigma	Anläggande av ett patientperspektiv	En brygga som förenar patienten med vårdpersonalen
3. Potential och hinder för IPL i teamarbete		
Utbyte av olika tankar och/eller perspektiv som visar IPL-potentialen	Peer supportrar får nya insikter och förändrad attityd till vårdpersonal	Hierarki
4. Hur peer supportrars professionalitet kännetecknas av jämlikhet		
Peer supportrars kompetens	Peer supportrars roll	Peer supportrars yrkestitel och lön
5. Stödja IPL genom att nyttja peer supportrars kompetens		
Peer supportrars otydliga roll och arbetsuppgift	Behovet att förtydliga peer supportrars roll och arbetsuppgift	Nyttja peer supportrars kompetens mer för att stödja IPL

Tabell 1.

Etisk diskussion

I studien togs flera etiska ställningstaganden som ledde till genomförande av åtgärder. En forskningsetisk bedömning är avvägningen mellan risk - vinst (Vetenskapsrådet, 2017), d.v.s. att en möjlig vinst bör övervägas mot risken att orsaka minsta skadliga konsekvenser för informanterna genom metodval. Metodval och nyttan av den forskning som planeras och det vetenskapliga värdet av förväntade resultat ska vägas mot de eventuella skadliga följderna. För att minska risken att skada integritet och anonymitet gjordes följande åtgärder. Innan varje intervju startade återgavs Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer som följdes i studien. De forskningsetiska principer avser informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Detta innebär att uppgiftslämnare och deltagare måste få information om syftet med studien, villkoren för deras delaktighet samt frivilligheten och att de har rätt att avbryta sin medverkan utan att detta påverkar deras situation. Fullständig information ska ges. Deltagarnas samtycke skall inhämtas och de som deltar har rätt att bestämma hur länge och utifrån vilka villkor de skall delta. Deltagarna har även rätt att avbryta sin medverkan utan att motivera detta. Alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på sådant sätt att dessa individer inte är möjliga att identifieras av utomstående. Fokusgruppsintervjuerna och dialogmötena leddes av två forskare som, genom att fördela diskussionen mellan forskningspersonerna, skapade förutsättningar för att deltagarna kände sig bekväma i situationen. För både fokusgruppsintervjuerna och dialogmötena gällde en inbördes sekretess. När data transkriberades och presenterades som resultat, avidentifierades deltagarna genom noggrant val av benämning så att de inte kan identifieras vid och relaterat till olika uttalanden. Även

de verksamhetsområden som forskningspersonerna är verksamma inom anonymiseras. Åtgärderna genomfördes för att bedriva forskning utifrån ett etiskt förhållningssätt.

Resultat

1. Vårdpersonalen tar tillvara peer supportrars bidrag i aktiviteter

Detta tema visar hur vårdpersonalen tar tillvara peer supportrars bidrag i fysiska och praktiska aktiviteter och på möten. Temat visar också hur peer supportrar genom sin tillgänglighet engageras för att lyssna och samtala med patienter.

Fysiska och praktiska aktiviteter

De flesta av informanterna ur vårdpersonalen berättar hur peer supportrar engagerades för att vara ett stöd i fysiska aktiviteter. Enligt Skötare 8 handlar det om många olika aktiviteter t.ex. att peer supportern går med patienter till rehabbadet. Även andra aktiviteter såsom promenader var vanliga berättar en annan ur vårdpersonalen:

... Ja, om det var en patient som behövde ta promenader varje dag och vi hann inte så kunde vi fråga peer supportern. Är det något du kan tänka dig att göra? (Sjuksköterska 3)

Även peer supportrar berättar hur de var engagerade i fysiska aktiviteter. Peer supporter 2 berättar hur hen gick ut på promenad med patienter:

Så det var många, både skötare och sjuksköterskor, undersköterskor som involverade mig, inte direkt i behandlingsplaner, men sådär att den här patienten har inte varit ute så mycket med personal. Vill du gå ut med patienten? Och så går man runt området helt enkelt. (Peer supporter 2)

Flera ur vårdpersonalen berättar hur peer supportrar engageras i praktiska aktiviteter. Peer supportrar kan hjälpa till med praktiska göromål som att göra studiebesök med patienter eller baka med patienter. Skötare 6 berättar hur peer supportern håller i morgonsamlingen för patienter:

Hen har morgonsamling halv nio varje morgon. Och då samlar hen alla patienter runt soffbordet i vardagsrummet, alltså i dagrummet. Och går igenom vem som har namnsdag, om det är något speciellt den dagen ... (Skötare 6)

En peer supporter är kritisk till att behöva vara den som aktiverar patienter till att t.ex. rita:

Så jag försöker liksom att locka in [få patienter att rita eller måla] och så där. Lite grann så har jag känt mig som en lekledare på något sätt. Att jag inte riktigt ses som peer support utan den som ska roa patienterna. (Peer supporter 11)

Peer supporterns kommentar ovan om att vara lekledare tycks också antyda att hens roll uppfattas vara oseriös.

Möten

Vårdpersonal berättar hur peer supportrar engageras för att stödja patienter på möten. Det kan vara läkarsamtal där peer supportern deltar som ett stöd utifrån patientens önskemål. Patienter kan bli lugna när peer supportern är med berättar Skötare 8.

Även peer supportrar berättar hur de följer med som stöd till patienter till olika möten:

Alltså, det här med att gå med på möten, gå med till Sos, gå med till Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan. Så det är många tunga bitar ... Och peer supportern tycker att jag orkar inte Peer supporter 1, nå, men då går vi dit tillsammans. (Peer supporter 1)

Engageras för att lyssna och samtala med patienter

De flesta ur vårdpersonalen berättar hur peer supportrar engageras för att lyssna och samtala med patienter. Läkare 1 berättar hur patienten får den tid hen behöver och blir lyssnad av peer supportern som genom sin tillgänglighet påverkar vårdpersonalens dagliga arbete. En annan ur vårdpersonalen berättar hur de blir avlastade när peer supportern har tid att lyssna och prata med patienter:

Nä, men hen avlastar. Hen tar väldigt mycket samtal som vi inte hinner. För vi, det läggs ju bara mer och mer saker på oss. Vi ska ju dokumentera så mycket. Alltså, vartenda samtal, varenda grej ska in i journaler. Och man hinner inte göra allt. Man hinner inte göra mer än en grej i taget. Så att hen tar en jättestor roll. Hen småsnackar och lyssnar. (Skötare 6)

Även peer supportrar berättar hur de är tillgängliga för att lyssna och samtala med patienter:

Jag har ju tid att lyssna och att ha samtal. För att om man säger att du har max ett läkarsamtal och två kontaktmannasamtal och det blir i totalt 37 minuter liksom. Och man är inlagd och så där i en vecka och personalen liksom springer från en punkt till en annan så kan man fortsätta på samtal, förtydliga, alltså. Prata tillsammans om vad samtalet innehöll så att patienten får en chans att reflektera över det innehållet i det samtal som de hade innan osv. Så det är inte det att jag har tid att göra saker utan det är det att jag har tid att vara tillgänglig. Tid och tillgänglighet. (Peer supporter 7)

Sammantaget framgår det av temat hur vårdpersonalen tillvaratar peer supportrars bidrag i olika typer av aktiviteter. I dessa aktiviteter verkar peer supportern som ett socialt stöd. Det som är gemensamt för dessa aktiviteter är att dessa ofta sker vid sidan av vårdpersonalens arbete, d.v.s. i periferin vilket innebär att arbetet, som peer supportern gör, ofta görs vid sidan av teamarbetet.

2. Vårdpersonalen tar tillvara peer supportrars bidrag i teamarbetet

I detta tema framgår hur vårdpersonalen, i teamarbetet, tar del av peer supportrars etiska vägledning, vilket minskar stigmat, samt anläggandet av ett patientperspektiv. Temat visar också hur peer supportrar används som en brygga som förenar patienten med vårdpersonalen.

Etisk vägledning som minskar stigmat

Vårdpersonal berättar hur de blir mer icke-dömande i sin kommunikation genom att peer supportern ger etisk vägledning. Skötare 4 ger exempel på detta:

Det har jag känt ibland att jag får tänka mer etiskt när jag pratar med en peer support eller har i närhet och kan bolla med. Alltså, det höjer det lite ett snäppt. För de [peer supportrar] är där och kan liksom säga till men hur tänker du nu kring den här

patienten? För det är så lätt att bli dömande i personalrum om det har varit en jobbig situation. Eh ... så man får tänka efter lite mer. Och man får möjlighet att tänka efter mer när man har en peer support att bolla med. (Skötare 4)

En ur vårdpersonalen delger hur hen blir mer medveten om att använda en icke-dömande kommunikation både med patienter och vårdpersonal:

Det är lättare för mig att förhålla mig som icke-dömande. [när peer supportern är med i samtal med patienten] Även när jag pratar kanske till kollegor. (Skötare 2)

Peer supportrar ger exempel på hur de etiskt vägleder vårdpersonalen att kommunicera om patienter:

Så att man tänker, ja, men skulle du vilja bli bemött så? För den frågan ställde jag någon gång. Skulle du om du var inlagd vilja höra personalen säga ditt namn och sen skratta? Nej, alltså ... Ibland så gör patienterna roliga saker. Det kan vara helt uppåt väggarna. Och man kan ha roligt åt det och det kan missuppfattas när man pratar om det. (Peer supporter 11)

Flera peer supportrar berättar om existensen av stigma. Det finns vissa bestämda föreställningar om psykiatriska diagnoser hos vårdpersonal.

Få ur vårdpersonalen berättar om stigma. Det finns en stigmatisering och en ohälsosam attityd mot olika diagnoser som patienter har berättat en sjuksköterska. Hen berättar hur de, genom att de blir granskade, ibland rannsakar sitt arbete:

Tack vare att vi har en peer support här så får vi alla ... Ibland påminner hen om hur det är på arbetsplatsen. Man får liksom ögonen på sig på ett annat sätt. Och man tvingas ibland att fundera på om det vi håller på med är vettigt. Vad gör du och vad gör jag? Och det är bra. (Sjuksköterska 2)

Flera peer supportrar berättar om hur, genom deras bidrag, stigmat minskar med tiden. Peer supporter 5 ger ett exempel hur vårdpersonal ändrar sina föreställningar om en psykiatrisk sjukdom:

Jag kan ju ta med mig det att jag har min sårbarhet och berätta om den. För ibland blir de [vårdpersonal] nyfikna. För de har ju inte det specialistområdet ... Men, jag kan ge dem lite också. De kan få för sig saker som inte är helt sanna alltid. Och så ger jag min sanning och den sanningen som jag har hört genom vår förening. Hur våra medlemmar upplever saker och ting. Och alla de här kriterierna som brukar vara för vår diagnos stämmer ju inte med alla människor. Nä, alla spenderar inte pengar. Alla är inte ute efter att ragga på krogen stup i kvarten när de är maniska osv. Man får liksom lägga fram att det här är bara vissa människor. Vi är olika individer vi med som alla andra. Jaha, jag trodde att det var så kan de säga. (Peer supporter 3)

Det finns även ett visst stigma mot peer supportrar berättat Sjuksköterska 3. En del ur vårdpersonalen kunde vara fördomsfulla och även ifrågasätta, när det kom en peer supporter, deras funktion och yrkesroll.

I citatet nedan framgår det dock hur en stigmatiserad bild, av peer supportern, förändrades till en mer positiv bild hos vårdpersonal som hade sett peer supportern i arbete:

... De [vårdpersonal] ifrågasätter väl kompetensen delvis. Och sen så ifrågasätter de [vårdpersonal] också ... Det som var ett par farhågor i början enligt utbildningen i alla fall var ju vadå egen erfarenhet. Är du sjuk i huvudet eller liksom? Nej. Ja, eller liksom ... Det finns ett visst stigma hos viss personal. Men dem som man har jobbat med och de som har sett en in action så att säga har gått bort från det. Och den avdelningen som jag kom till var väldigt välkomnande och beredda på att liksom testa på. Och tyckte att det var väldigt fruktsamt. (Peer supporter 7)

Anläggande av ett patientperspektiv

Flera ur vårdpersonalen berättar hur de, genom peer supportrar, får med sig ett patientperspektiv. Läkare 1 berättar hur de, i stället för att enbart se det medicinska perspektivet i arbetet, gynnas av att peer supportrar ser på hela patientens situation. En ur vårdpersonalen berättar om hur peer supportrar anlägger ett patientperspektiv som sedan påverkar vilket beslut teamet ska ta:

Jag tycker ofta alltså den tiden som jag har varit här att om det är en diskussion i teamet om ska vi göra så eller så kan peer supportern komma in och liksom lägga, alltså. Det blir det här tydliga patientperspektivet som absolut kan hjälpa teamet till vilket beslut man ska ta. (Dietist 1)

Även peer supportrar berättar hur de bidrar med ett patientperspektiv i teamarbetet, till exempel:

Det är väldigt mycket där jag jobbar att personalen kommer och frågar väldigt mycket när de inte förstår hur det fungerar med patienterna. Hur går deras tankebanor, kan du på något sätt hjälpa mig? Hur tänker man när man gör det här? Jag förstår inte. Och så. De är väldigt så här att det är så bra att ha dig här för att vi kan då se utifrån patientperspektivet med hjälp av er. (Peer supportter 6)

En brygga som förenar patienten med vårdpersonalen

De flesta informanterna ur vårdpersonalen berättar om hur peer supportern används som en brygga som förenar patienten med vårdpersonal. En sjuksköterska berättar hur de, genom peer supportern, ges möjlighet att prata med patienten och därmed komma närmare patienten.

En annan ur vårdpersonalen ger ett exempel på hur peer supportern, genom att förklara vårdpersonalens avsikter för patienten, för patienten närmare:

Och på det sättet tänker jag också att de [vårdpersonal] är en brygga till patienten för att det kan vara lättare att förmedla det. Men, jo jag förstår att du reagerar så på det vad personalen gör, men jag har sett den här sidan också och tror inte att det är så. Just att det kan bli trovärdigt. (Kurator 1)

En skötare menar att då peer supportrar är mer fria blir de en slags jämlik länk mellan patient och vårdpersonal:

... Vi vill inte ha det så såklart, men det är ju så att de [peer supportrar] är i en annan situation än vad vi är. Så är ju peer support. De är ju mer fria däremellan och kan vara på samma nivå utifrån sin erfarenhet och sin bakgrund och alltihopa. Och det är ju bra. Både för oss som är lite ... Man kanske inte vill vara på den nivån, men man är ju det i sin situation. Då kan man vara länken emellan. På jämlikhet på något vis. (Skötare 2)

En peer supporter berättar hur patienten får ett inifrånperspektiv. Det avser ett perspektiv som kan förklara för patienten hur vårdpersonal kan tänka. Peer supportern hjälper också ibland till med att säkerställa att patienter har förstått viktig information:

Eh, men såna situationer där de [vårdpersonal] bett mig liksom att översätta, stämt av om folk har förstått information osv. Och pejla läget och bygga allians liksom. (Peer supporter 7)

Sammantaget visar temat hur vårdpersonalen, på olika sätt i teamarbetet, tar tillvara peer supportrars bidrag som leder till förändringar. Vårdpersonalen tillägnar sig ett etiskt perspektiv, som minskar stigmat hos

vårdpersonal som även börjar kommunicera på ett mer icke-dömande sätt. Vårdpersonalen lär sig ett nytt synsätt som innebär att de kan tillämpa ett patientperspektiv som sedan används vid olika beslut. Vårdpersonalen använder peer supportern som en brygga som för patienten närmare vårdpersonalen. Deras tillvaratagande av peer supportrars bidrag inkluderar peer supportern i teamarbetet.

3. Potential och hinder för IPL i teamarbete

Detta tema synliggör potentialen för IPL genom att visa ett utbyte av olika tankar och/eller perspektiv och hur peer supportrar genom nya insikter ändrar attityden till vårdpersonal. Temat visar även hur närvaron av en hierarki är ett hinder för lärande i teamarbetet.

Utbyte av olika tankar och/eller perspektiv som visar IPL-potentialen

Vårdpersonal berättar om utbytet av tankar och/eller perspektiv som sker mellan dem och peer supportrar. Sjuksköterska 1 beskriver sin roll vara mer praktisk medan peer supportern, genom att närvara mer på avdelningen, kan upptäcka något helt annat och dela med sig av detta så att det blir ett ömsesidigt utbyte. Sjuksköterskan berättar att det ofta uppstår en dialog efter att peer supportern har ifrågasatt någonting, t.ex. i rondsituationen, och sedan hört hur vårdpersonalen resonerar. I dessa sammanhang uppstår också ett lärande:

De lär sig av varför vi gör som vi gör (Sjuksköterska 1).

En läkare minns ett tillfälle då hen utbytte tankar och perspektiv med peer supportrar, som kom att ändra ett tidigare beslut till ett annat:

Men jag kommer ihåg exempelvis en gång som det var jättebra att kunna bolla. Jag tänkte att vi bör bestämma oss för en låsningsåtgärd och sen när vi bollade med dem [peer supportrarna] uppfattade vi några konsekvenser av beslutet som jag inte hade tänkt på. Så det [bollandet med peer supportrarna] påverkade direkt val av beslut ... (Läkare 2)

Vårdpersonal kan, genom att få peer supportrars perspektiv i teamarbetet, få vägledning i en svår process:

... Så att när vi kanske fastnar i några situationer och det kanske även leder till en interaktion mellan varandra med våra olika arbetsuppgifter som kan bli konflikter eller kan vara dysfunktionell på många sätt. Då kan deras [peer supportrars] intervention hjälpa oss [vårdpersonalen] att katalysera på något sätt processen eller kanske underlätta sen vårt samarbete. Att vi försöker med det perspektivet och byter roll. Det är min känsla. Så kan vi koordinera bättre. (Läkare 2)

En sjuksköterska berättar hur hen har tagit till sig peer supporterns tankar och perspektiv om att se återhämtningspotentialen hos patienter:

Jag trodde först att det var viktigt att man hade, jag är i X-verksamhet, erfarenhet av just den här problematiken. Men det går ändå. Den peer support-personen som jobbar här har ingen sån erfarenhet alls. Hen har erfarenhet av att ha återhämtat sig. Och att vara, hamna i det skedet. Det räcker. Det är det vi pratar om, inte diagnos. Har jag fått lära mig. (Sjuksköterska 2)

En läkare berättar hur de, efter att ha påverkats av peer supporterns perspektiv, dels börjar kommunicera utan att använda svåra medicinska ord, dels får en annan syn på vårdplanen. Skötare 1 ger exempel på hur de, genom att efterfråga och ta tillvara peer supporterns åsikt, får användning av denna:

Alltså, bara för en vecka sen när vi hade möte om hur ett samtal skulle gå till. Då hade vi väldigt skilda åsikter om antalet personal som skulle vara med på ett möte med en patient. För att vi ville att alla professioner skulle få ge sin syn på patientens eventuella olika problem. Och då ställde ju faktiskt läkaren direkt frågan till peer supportern. Hur hade du när du var patient tyckt eller upplevt det här? Eh, så att alla har nu nytta av dem. (Skötare 1)

Skötare 6 berättar hur de får vägledning i att ha patientfokus från sin peer supporter då hen är metodstödjare på avdelningen:

... Vi jobbar ju med delat beslutsfattande. Att ha patienten i fokus och vår peer support är ju en av metodstödjarna på vår avdelning. Så det tycker jag är viktigt att ni får med. (Skötare 6)

Citatet nedan exemplifierar hur en annan skötare kan utbyta tankar och perspektiv med peer supportrarna, om att vara personal eller icke-personal:

Ibland kan de [peer supportrar] be att få prata med en, att gå undan. Jag tycker man kan få mycket feedback av dem hur man beter sig som personal gentemot patienter och ska man alltid vara personal. Alltså, eller ska man släppa det ibland? Att man också kan bli personlig utan att bli privat. Alltså de hjälper en lite grann där. (Skötare 4)

Även peer supportrar berättar hur, genom att dela sina tankar och perspektiv, vårdpersonalen får en annan förståelse för patienten:

... så kunde det ju komma personal som sa men hur tänker man egentligen när man vill skada sig. Varför vill man göra sig själv illa? Hur går tankarna? Jag fattar inte. Såna frågor kunde man få. Då kunde jag ge dem [vårdpersonal] en metafor liksom ... Och då blir de så här jaha. Och då blir de förstående inför patienten. (Peer supporter 6)

Peer supportrar får nya insikter och förändrad attityd till vårdpersonal

Flera ur vårdpersonalen berättar också hur peer supportrar har fått med sig sjukvårds- perspektiv och/eller kunskaper. En läkare berättar hur de har bidragit med sina specifika kunskaper. Sjuksköterska 1 berättar hur de, genom att ha bidragit med ett sjukvårdsperspektiv till peer supportrar, inte längre enbart blir ifrågasatta i arbetet.

Flera peer supportrar berättar att även om deras utbildning innehöll olika sjukvårdsperspektiv och kunskaper har arbetet fört med sig nya sådana perspektiv och kunskaper:

Jag har lärt mig väldigt mycket mer om psykiatri. Alltså, standardiserade vårdförlopp och såna grejer som jag inte hade en susning om innan. (Peer supporter 7)

Peer supporter 3 berättar hur hen har fått med sig kunskap om psykiatriska sjukdomar:

Det hade jag inte kunnat tänkt mig för fyra år sen att jag ska sitta och prata skit med läkaren och även allvarligt om sjukdomar och grejer. Och få reda på väldigt mycket. Så att det känns jätligt häftigt att få lära sig av läkaren. Men sen har vi ju faktiskt hela personalstyrkan som har ju väldigt mycket kunskap faktiskt. (Peer supporter 3)

En annan peer supporter berättar hur hen har utvecklats i sin yrkesroll:

Jag hade ju en annan ... När jag kom in här tänkte jag att åh, vad jag ska hjälpa alla. Nu ska jag hjälpa en annan. Men jag har ju fått lära mig att kunna ta det lite lugnt. Jag har liksom fått lära mig så att inte jag skapar konflikter. För det kan jag ju göra. Jag

kan ju göra det genom att ... Ibland räcker det att jag säger till, tycker till om det där är ditt bästa tänkande. Tyck inte här och skryt. Det kan ju vara rätt tufft att höra. Jag hittar rätt tillfälle idag. (Peer supporter 9)

Flera ur vårdpersonalen berättar hur de tror att peer supportrar har förändrat sin attityd till dem. En skötare tror att de uppfattas inte vara lika ”farliga” längre. Även Skötare 3 tror att peer supportrar får en annan syn på vårddyrket:

Jag tänker att de kommer från en situation där de har varit patienter och de har tagit sig igenom det och nu är själva personal. Och som jag har förstått det från peer supportrarna så de flesta personal som de [peer supportrarna] har mött har haft väldigt negativ erfarenhet av det. De [peer supportrarna] har inte riktigt förstått vad det handlar om som patient och som personal. Nu så får peer supportrarna lite synen på hur det är att jobba som personal också, att vara på den andra sidan. Och lite förståelse att vi t.ex. inte är tankeläsare och inte vill patienterna något illa. Men ändå att vi är människor och kan göra fel. (Skötare 3)

Även peer supportrar berättar i positiv ton om sin inställning till vårdpersonal och hur de tillsammans t.ex. diskuterar olika saker:

Jag har suttit och druckit kaffe med mina kollegor, skötare, sjuksköterskor. Läkarna har jag ju också haft väldigt goda samtal med och pratat med och lärt mig väldigt mycket om hur de tänker. För det är ju något som är mysteriskt för alla människor eftersom man inte ens kan läsa vad de [läkarna] skriver. Men det är trevligt när man sitter och dricker kaffe med läkare och de liksom pratar om hur de reflekterar och resonerar. (Peer supporter 7)

Peer supporter 3 bekräftar sin peer supportkollegas utsaga. Hen har tagit till sig t.ex. hur de allra flesta ur vårdpersonalen vill arbeta med psykiatrisk vård. Även en annan peer supporter instämmer i att ha fått en annan attityd till vårdpersonal framförallt genom en förståelse för att även de kan ha haft svårigheter i livet.

Hierarki

Få ur vårdpersonalen berättar i direkta ordalag om existensen av hierarki. En ur vårdpersonalen bekräftar att det finns en hierarki. En annan ur vårdpersonalen antyder hur peer support som yrke, på grund av sin position i hierarkin, inte kan åstadkomma förändringar i teamarbetet:

Hm. Fast det är ju olika yrkesroller. Sjuksköterskorna har medicindelegering, de jobbar med det medicinska. Doktorn har sin roll, vi har vår omvårdnad. Peer supportern har sin som terapeutiskt stöd, polare liksom. Jag tror att det är svårt att mixtra liksom. För de [sjuksköterskor och läkare] har sin legitimation. Hen [peer supportern] har inte det. Så jag ser inte att det här skulle vara ett jättekäckt utbyte. Jag tror att det är svårt. Det är ändå hierarkin. Du har ändå din begränsning i din lilla box där du ska göra saker. (Skötare 6)

Vissa ur vårdpersonalen berättar att de inte ser på peer supporter som personal. En skötare ser sig själv som personal, som är professionell, men peer supportern som oprofessionell:

Vi är ändå personal. Vi är ändå professionella. Och så vis finns det ändå ett glapp mellan patient och oss på något vis. Så även om peer support är personal så är de inte personal. (Skötare 2)

Flera peer supportrar pratar om närvaron av hierarkin. I citatet nedan framgår det t.ex. att läkare sällan talar med en peer supporter:

Ju närmare golvet desto närmare kommer vi varandra. Så är det hos oss. Alltså, det är ingen läkare som pratar med mig egentligen. (Peer supporter 9)

Flera peer supportrar berättar hur svårt det är att få sina perspektiv och kunskaper använda av vårdpersonalen. Det medicinska tolkningsföreträdet, som finns i psykiatri, problematiseras:

Det finns också ett problem när det gäller tolkningsföreträde där läkarna inte vill släppa på sin. De har väldigt mycket utbildning och det ska de ju givetvis ha ... Men det finns en maktförskjutning där läkaren har väldigt mycket makt och tolkningsföreträde gentemot patienten. Och det ruckas lite på det när det kommer in en f.d. patient som ska involveras. (Peer supportrar 2)

En peer supporter berättar hur vårdpersonal, genom att vara så bundna vid sina roller, inte nyttjar peer supporternas erfarenheter:

... T.ex. om de har en patient som pratar om självmord. Det kommer inte att hända [att vårdpersonalen frågar hen] Peer supporter 11, hur tänkte du? Hur liksom? För att det handlar ju mycket om att bedra. Så jag har berättat liksom hur jag ljög mig ut från en avdelning. Och jag var självmordsbenägen. Så att jag försöker liksom så där. Tyvärr så är de [vårdpersonal] så invanda i sina roller, i sitt arbete. Så det är svårt för dem att använda mig på det sättet. (Peer supporter 11)

En peer supporter ger exempel på hinder som peer supportrar kan möta i arbetet. Det händer i arbetet att vårdpersonal, efter att ha fått råd baserat på peer supporternas egen erfarenhet, agerar tvärtom i situationen.

Sammantaget visar detta tema hur olika professioner, vårdpersonal och peer supportrar inräknat, utbyter olika tankar och perspektiv, som tycks leda till nya sätt att tänka och handla. Peer supportrar tillför ett nytt perspektiv, som ger företräde för patientens behov, vilket vid möte med ett omvårdnads- och medicinskt perspektiv ger en indikation om uppkomst av IPL. Detta lärande, som kan antas ske även när peer supportrar får med sig sjukvårdskunskaper och ett biomedicinskt perspektiv, hindras dock också av en hierarki.

4. Hur peer supportrars professionalitet kännetecknas av jämlikhet

Detta tema visar, genom att beskriva peer supportrars kompetens och roll, hur deras professionalitet kännetecknas av jämlikhet. Temat beskriver också vad som berättas om peer supportrars titel och lön.

Peer supportrars kompetens

Vårdpersonalen berättar att peer supportrars kompetens handlar om att *ha egna erfarenheter*. Egna erfarenheter av psykisk ohälsa, återhämtning och processen lyfts fram:

... Kunskap om patientens perspektiv och lidande av en psykisk störning. Alltså om man har tur känner man bara till detta i teorin, teoretiskt eller hur det borde vara. Det här att man ska nå människor utan att ha den där upplevelsen. Så det är en speciell kompetens som bara de [peer supportrar] har. Men de har också den här kompetensen, kunskapen om hela processen. Behandlingsprocessen och det där att komma ur problemet som är ett speciellt perspektiv och kunskap som kanske ingen annan, ibland inte heller behandlingspersonal kan se slutsatsen av i en behandlingsprocess. De [peer supportrar] kan bidra jämteavgörande. Visa att det finns en väg, visa att saker kan gå. Visa att jag har gått igenom det här. Jag har kunnat lösa det. (Läkare 2)

Även Sjuksköterska 2 nämner den återhämtningsbaserade erfarenheten:

Peer supporternas kunskap är unik då den ändå har en återhämtningserfarenhet. (Sjuksköterska 2)

En annan sjuksköterska framhåller hur peer supportrars erfarenheter är personliga till skillnad från erfarenheter från formell kompetens. En läkare menar att de egna erfarenheterna är det som speglar peer supportrars kunskaper. Erfarenheter, av att ha genomgått en viss behandlingsmetod, gör att peer supportern har bättre kunskap om metoden än vårdpersonalen, menar en skötare:

Våra peer supportrar har ju själva gått igenom terapi under väldigt många år. Så de har ju bättre koll på det där än vad vi har liksom (Skötare 2)

Även peer supportrar berättar hur deras kompetens främst handlar om den egna erfarenheten. Livserfarenhet eller egna erfarenheter av psykisk ohälsa beskrivs vara den största kompetensen. Citatet nedan visar hur den egna erfarenheten berättas vara peer supportrars kvalifikation:

Vår kompetens är ju vår egen resa genom psykiskt mående. Sen om det handlar om att man har varit deprimerad eller att man kanske har psykos, att man är spelberoende, alltså, det finns ju väldigt många. Så min egen erfarenhet är min, det är min kvalifikation. Och alla är vi liksom lite olika. Det fanns väl ingen egentligen på utbildningen som hade exakt likadant utan kvalifikationen var vårt liv, våra upplevelser. (Peer supporter 11)

En ytterligare kompetens är att vara en *medmänniska*. Peer supportern beskrivs vara en medmänniska och polare som lyssnar på patienten. Då peer supporterns kompetens är att vara en medmänniska ska denna inte relateras till yrkesrelaterade faktorer menar en ur vårdpersonalen:

Den kompetens de [peer supportrar] har det är ju att de inte klär på sig en massa yrkesroller och yrkesegenskaper utan att de är väldigt tydliga medmänniskor. (Sjuksköterska 3)

I citatet nedan berättar en peer supporter att de är en kompis som agerar professionellt, men som ska verka utanför det medicinska fältet:

... Och så säger jag alltid att jag har liksom ingenting med medicinering att göra. Jag har ingenting med din vård att göra utan jag finns här för dig som ett ytterligare stöd. Och där nästan märker man på patienterna ok, du kommer aldrig att komma med en spruta eller nånting. Så där känner jag att vi står ut. Vi är mer en slags kompis även om vi är väldigt professionella och kan hjälpa med saker. (Peer supporter 11)

Att vara en medmänniska kännetecknas av en jämlik relation menar en peer supporter:

... Det känns som att det finns en hierarki. [mellan vårdpersonal och patient] Det är aldrig så [aldrig hierarki mellan patient och peer support]. De [patienterna] ser oss som en medmänniska. (Peer supporter 10).

Vårdpersonal berättar om en tredje kompetens, nämligen att *inge hopp* för patienter. Skötare 4 beskriver hur patienter får en förebild genom peer supportrar som kan visa att trots stora svårigheter kan det blir bra. Så här beskriver Skötare 3 hur peer supportern ska vara hoppingivande:

Så att just det här med att visa att det finns hopp. För att det är nog väldigt svårt när man är sjuk och att inte se något slut på det. Att jag kommer alltid må så här, att jag kommer alltid vara den som är i behov av vård. Och då kommer peer supportrarna, men så kanske det inte kommer att bli utan det finns ett liv utanför det här också även fast du inte tror på det själv. (Skötare 3)

Att ge hopp hör samman med att det är möjligt att återhämta sig förklarar Sjuksköterska 3:

De [peer supportrar] hjälper till att neutralisera patienterna och det jobbar hela avdelningen med. Att de [patienterna] kan återhämta sig. Och att det går att få mer struktur på livet. Och de [peer supportrar] kan hjälpa att påminna patienterna med det. Och visa att vi kan. (Sjuksköterska 3)

Även peer supportrar berättar om hur de ska förmedla hopp till patienter. Patienter får höra att kunde peer supportern så kan även patienten. Detta är ett uttryck för en jämlik anda, där hoppet relateras till förmågan att återhämta sig:

Det [att det går att återhämta sig] tror jag inget hopp hos dem [patienterna]. Det är så jag fattat att mitt jobb ska gå ut på liksom. Jag kan inte hjälpa någon annan att bli frisk, men däremot kan jag ju vara ett stöd till ett mål att försöka bli frisk. Alltså, att komma tillbaka. (Peer supporter 1)

Peer supporter 2 i sin tur berättar hur man som peer supporter inte har en vårdutbildning och inte får behandla, men att man ska ge hopp. Det handlar om att stödja patienten i att se att det finns en möjlighet att bli bättre.

Peer supportrars roll

Både vårdpersonal och peer supportrar berättar alla hur peer supportrollen kommer till användning genom att deras *egna erfarenheter används* på olika sätt. Sjuksköterska 1 menar att peer supportrar använder den egna erfarenheten för att kunna se vad individen behöver. Patientens behov blir enklare att förstå med hjälp av peer supportern som är behjälplig med detta.

Kurator 1 berättar hur hen har ökat sin förståelse för patientens behov när peer supportern, genom att dela sina erfarenheter för patienten, har kommit närmare patienten:

Det som jag har väldigt mycket nytta av för att förstå patienten och för att komma dem nära är att peer supportrarna kan vara mer privata. För att deras roll är ju också att berätta om sina egna erfarenheter. (Kurator 1)

En skötare berättar hur peer supportrar, genom att använda sig själva som ett verktyg, kan skapa en mer jämlik relation med patienten:

Deras yrkesroll är ju att vara ... De har ju oftast en egen erfarenhet av psykisk ohälsa. De har kunskapen om hur patienten kan känna sig. Eh, för ibland kan patienten uppleva att jag har makten. En makt som inte patienten har. Och peer supportern har ju en egen erfarenhet och kan prata utifrån och stötta patienten utifrån egen erfarenhet. Och det är väl bland det viktigaste de har att kunna använda sig själva som ett verktyg. Det är i alla fall så jag har upplevt det de som vi har haft hos oss. Och de gör ett fantastiskt arbete. (Skötare 8)

Vissa ur vårdpersonalen berättar också hur peer supportrar, genom att tillämpa sina erfarenheter, kan tillföra viktiga iakttagelser i arbetet. En sjuksköterska beskriver hur en peer supporter med missbrukserfarenheter kan identifiera en patient som är hög eller ljuger. Citatet nedan visar också hur peer supportrar, genom att använda den egna erfarenheten, kan bekräfta patientens mående och skapa ett lugn hos patienten:

De [peer supportrar] är duktiga i att validera patienterna i det de känner är ok att känna och rimligt. Validera, att bekräfta ungefär det man känner. Och det är värt jättemycket. För det lugnar ofta ner patienterna hur de än mår så att man kan gå vidare därifrån. (Skötare 4)

Det kan också vara utmanande att använda den egna erfarenheten menar en läkare som ger exempel på hur en peer supporter, på grund av brist på formell klinisk kunskap, betar sig gränslöst i patientfall som rör personlighetssyndrom. I kontakten med patienter kan också peer supportern, genom en för nära relation, bli gränslös i sin yrkesutövning berättar en annan ur vårdpersonalen:

Det som de [peer supportrar] kanske ibland måste tänka på och vad som kan vara svårt det är att de [peer supportrar] måste ha distans. Eh, man får inte vara gränslös. Alltså, för det tror jag kan lätt bli så. De [peer supportrar] blir för mycket kompis. Och det är inte det. Man måste ha lite ... Man får inte vara gränslös utan man måste ha en begränsning som personal ... Det behöver de nog tänka på tror jag. (Skötare 8).

Flera ur vårdpersonalen framhåller dock hur peer supportrar använder den egna erfarenheten på ett professionellt sätt. I citatet nedan ges en antydning om den medvetenhet som krävs av peer supportern, för att bland vårdpersonal, kunna nyttja den egna erfarenheten på ett adekvat sätt:

Jag tänker för peer supportrarnas skull också. För jag kan tänka mig att många, det berättade ju våra peer supportrar också, har jättejobbiga erfarenheter av personal sen innan. Och att kunna ... Alltså, jag tänker att det kräver rätt mycket av en själv att kunna reflektera kring det på ett sånt sätt. Och jag upplever verkligen inte att de [peer supportrarna] blandar in sina egna negativa erfarenheter eller liksom dömer p.g.a. det. (Kurator 1)

Även en annan ur vårdpersonalen berättar hur peer supportern, i arbetet med patienter, använder sina erfarenheter på ett professionellt sätt genom att använda den egna erfarenheten som ett exempel och inte något generellt:

Ja, men dels så tycker jag att de [vårdpersonal] är noga med att poängtera att så här var det för mig. Jag upplevde det så här. De använder sina erfarenheter men säger inte att det är sanningen. Att så ska det vara för dig också som patient, men att så här kunde det vara för mig. Så här kunde jag känna ... Jag tycker att de [peer supportrar] är väldigt proffsiga på att använda sin egna erfarenhet, men också att kunna se att det är olika hos olika. Också individanpassat. (Dietist 1)

Även peer supportrar berättar hur de använder den egna erfarenheten på ett medvetet sätt. Peer supporter 9 uttrycker det handla om att inte bli privat, men att använda sig själv som ett exempel. En annan peer supporter berättar om att vara öppen i sitt sätt eller ha ett flexibelt förhållningssätt i bemötandet av patienter.

Citatet nedan visar att det är användningen av den egna erfarenheten som skiljer peer supportrollen från de övriga yrkesgruppernas roll:

Men det som jag tycker utmärker sig ganska mycket är att jag använder det [sina erfarenheter om psykisk ohälsa] i min arbetsroll. Det gör inte skötaren eller sjuksköterskorna. (Peer supporter 8)

Att kunna använda den egna erfarenheten var även en stor del i peer supportutbildningen berättar flera peer supportrar.

Peer supportern ska också agera som en *medmänniska* berättar vårdpersonal. Vårdpersonal berättar också om det känslomässiga stödet som peer supportrollen bidrar med. Genom att vara kamrat ger hen ett känslomässigt stöd för patienten:

Min upplevelse är att de hjälper mer som kamrattstöd. Eh, de [peer supportrar] ska inte ha ett omvårdnadsperspektiv utan mera stöttning känslomässigt. (Skötare 3)

En skötare berättar hur peer supportern i sin kompisroll inte förväntas göra inverkan på patientarbetet:

Nej, hen [peer supportern] påverkar inte patientarbetet. Den skillnaden som hen gör det är att hen kan ägna sig åt dem, patienterna, med saker som kompisar kan göra sinsemellan. För det är den skillnaden jag menar att hen gör för patienter. (Skötare 8)

Peer supportrars yrkestitel och lön

De flesta peer supportrar berättar att deras yrkestitel är *värd*. En peer supporter berättar hur de formellt är anställda som värd med peer support funktioner, men under huvudkategorin värd. En annan peer supporter berättar om sin titel och avsaknaden av formella arbetsuppgifter:

Ett vårdbiträde med peer supportuppgifter. Eftersom det inte teoretiskt sett finns arbetsuppgifter på det så ska det egentligen inte vara peer support, vilket också stod i anställningsdokumentet. (Peer supporter 2)

Peer supportrar berättar hur de i systemet benämns som värd då peer support som yrkesgrupp inte finns än. Flera är kritiska till att tituleras som värd, t.ex. denna peer supporter:

Då kan jag gå och ställa mig där och släppa in folk för det är det jag har betalt för egentligen. Jag är en värd. I stället får jag sitta och påverka psykiskt genom mina samtal som jag har med patienterna när de sitter och mår så himla dåligt. Alltså, det är väldigt psykiskt krävande att jobba med patienter med psykisk ohälsa. Det är mycket mer krävande än att jobba som en värd. (Peer supporter 6)

En annan peer supporter tror att det blir svårt att bli en accepterad yrkesgrupp med yrkestiteln värd:

Finns inte benämning peer support så kommer vi ju aldrig bli ordinarie eller bli under de andra kategorierna. Normaliseras som peer support utan då blir det värd, vårdbiträde. (Peer supporter 1)

En ur vårdpersonalen menar att peer supportrars titel förminskar deras betydelse:

Både Peer supporter A och Peer supporter B skulle egentligen ha kunnat jobba som skötare med en gång i stället för att bli nedvärderade till någon form av värd som de fick liksom som tjänstetitel. (Skötare 5)

Citatet ovan antyder också att peer supporter kan likställas med skötare och då bli en accepterad yrkesgrupp.

Flera peer supportrar berättar om sin lön. Lönen beskrivs ha varit på en tillfredsställande nivå i början, men kom sen att sänkas:

Den lönen som jag var anställd på här på Organisation T, det var en bra lön. Och det var ju en del som tyckte att det kanske var lite högt, medan andra nej, det är självklart att man ska ha en skälig lön eftersom man gör ett jobb. Medan sen när anställningen skulle börja, i mitt fall på Sjukhus E, skulle lönen sänkas ganska rejält. Det var ju en ingångslön som inte ens knappt räckte för en på gymnasiet. ... Det var en [vårdpersonal] som tyckte att det var ett hån att ha den lönen. Så det var ju snarare så att de [vårdpersonalen] var på peer supportrarnas sida. De flesta tyckte inte att det var något konstigt med att ha en bra lön. (Peer supporter 2)

En peer supporter berättar hur lönesänkningen gjordes då peer supportern saknade vårdutbildning. När utbildning blev jämförd med den egna erfarenheten blev konsekvensen att peer supportern inte uppfattar sig tillhöra en accepterad yrkesgrupp:

Det känns ju väldigt tråkigt med den synen nå, men ni har inte pluggat till att bli det ni är. Nå, men vi har levt det ... Jag har levt med ångestmediciner och allting. Eh, så där känner jag lite grann att vi inte riktigt räknas. (Peer supporter 11)

Flera peer supportrar berättar hur deras lön medför att de inte känner sig värderade. En peer supporter beskriver hur hen, vid öppnande av lönekuvert, känner sig underskattad.

Sammantaget visar temat hur peer supportrars professionalitet kännetecknas av jämlikhet. Detta kännetecken framträder i beskrivningar om peer supportrars kompetens och roll, som utgörs av personliga erfarenheter, medmänsklighet och hopp som uttryck för jämlikhet. Det framgår också hur det föreligger en viss otillfredsställelse över peer supportrars titel och lön.

5. Stödja IPL genom att nyttja peer supportrars kompetens

Detta tema visar peer supportrars otydliga roll och arbetsuppgift samt behovet att förtydliga dessa. Temat synliggör också hur, genom att nyttja peer supportrars kompetens, IPL kan stödjas i teamarbete.

Peer supportrars otydliga roll och arbetsuppgift

Flera ur vårdpersonalen berättar hur de i början upplever att peer supportern har en otydlig roll. En sjuksköterska berättar hur det uppstår frågor om hur denna roll ska komma till nytta och komplettera den insats som vårdpersonal gör. En annan ur vårdpersonalen berättar om ovissheten kring peer supportrollen:

Vi tyckte att det var väldigt jobbigt. Vi visste ju inte vad hen gjorde egentligen. (Skötare 6)

Den otydliga rollen påverkade negativt vissa ur vårdpersonalen som började fundera på vad som ingår i arbetet. En sjuksköterska berättar om hur det uppstod funderingar kring var gränsen går för vad peer supportrar får göra, t.ex. att gå ut med patient utan personal som eskort.

Även peer supportrar berättar hur deras roll i början var otydlig för vårdpersonalen. Peer supporter 4 berättar hur vårdpersonal inte visste hur de kunde använda peer supportrars roll. En annan peer supporter tror att, då hen inte har vårdutbildning, en del vårdpersonal är rädda för vad hen kan komma att bidra med:

... Men det finns dem som har en rädsla för det här med peer support. Vad är det jag kan göra eftersom jag inte har den här vårdutbildningen? Jag tror inte de [vårdpersonalen] har fattat hela grejen med det liksom. (Peer supporter 1)

Det tycks däremot vara enklare för både vårdpersonal och peer supportrar att berätta vad som inte ingår i peer supportrollen. Peer supportrar får t.ex. inte föra journal, vilket enligt Skötare 6 är den största skillnaden i vårdpersonalens och peer supportrars arbete.

Även peer supportrar berättar att de inte journalför patienter. Journalföring av patienter ingår inte i arbetet, men vid fara för patientens liv, t.ex. vid risk för självmord informeras kollegorna om detta.

Vissa ur vårdpersonalen berättar hur peer supportrar inte fick tycka till om vårdarbetet. Om detta nämner en skötare:

De fick inte ha någon åsikt, att lägga sig i vårdarbetet på det sättet. Utan det var ju läkaren som hade liksom huvudansvaret där. (Skötare 8)

Även peer supportrar berättar att de i sin roll inte ska behandla patienter. Patienten blir inte vårdad av peer supportrar utan deras insats är att erbjuda stöd i samtal och aktiviteter upplyser Peer supporter 2.

Flera ur vårdpersonalen berättar att peer supportrar inte heller är med i tvångsåtgärder:

Det är tvångshandlingar. Tyvärr är det ju så att det blir tvångshandlingar då många är så sjuka så att man inte alltid vet sitt eget bästa. Det blir bältesläggningar och tvångsinjektioner. Då är inte hen med. (Skötare 6)

Även peer supportrar berättar att de inte ska delta i tvångshandlingar då det inte ingår i arbetet.

Det som däremot ter sig oklart för vårdpersonalen är peer supportrars arbetsuppgift som på olika sätt verkar vara ospecificerad enligt vårdpersonalen. De berättar t.ex. hur peer supportrars arbete inte har några måsten:

Vi har ju en lång lista med grejer som vi måste göra varje dag. Vi kanske inte alltid vill, men vi måste för att verksamheten ska fungera. Hen har ju egentligen ingenting. (Skötare 6)

En skötare ger exempel på hur det vid planering av dagen inte finns en arbetsuppgift till peer supportern:

Men det är ju nästan mer att det är tvärtom, att man inte tänker på att vi har olika roller. Det är mer så att man delar ut uppgifterna. Ok, vilka är här? Det är jag, då kan jag ta köket. Skötare A, du kan ta trivseln och peer supportern kan, nej, det kan hen inte för hen skulle inte ha någon uppgift. (Skötare 1)

Peer supportern tycks sakna en specifik arbetsuppgift då peer supportern inte finns med i arbetsordningen:

Här jobbar vi mycket med arbetsordningar. Det händer jättemycket saker här. Medan peer support hade ju inga liksom arbetsuppgifter utan var med patienterna. Och kunde forma sin egen arbetsdag. (Sjuksköterska 3)

Även peer supportrar berättar indirekt hur deras arbetsuppgifter mestadels är ospecificerade. En peer supporter berättar hur hen själv planerar sin arbetsdag:

Jag tycker att man är en väldigt fri fågel. Man lägger upp arbetsdagen lite fritt. Det är både frihet och ansvar. Frihet under ansvar. Kan vara ett hot med för mycket frihet. Och man vill ha ramar. Men det satte man ju själv efterhand. Jag har utvecklat mitt jobb väldigt mycket. (Peer supporter 5)

Peer supporter 11 har svårt att formulera vad som är hens arbetsuppgift. Det framgår också att peer supportern inte har någon specifik uppgift:

Varje skift får en ansvarslista vem som får ta hand om städning, vem som får ta hand om köket. Och det är aldrig så att de [vårdpersonal] frågar mig. Där märker jag att om jag sitter med i gruppen, ja de ser mig. De vet att jag inte har något område. Så det märker jag ju liksom. De [vårdpersonalen] är väldigt inne på vad jag inte ska göra. (Peer supporter 11)

Trots att peer supportrars roll och arbetsuppgift till stor del uppfattas vara oklara berättar vårdpersonal hur de med tiden uppskattar peer supportrollen. Peer supportrar beskrivs både behövas och utföra ett bra arbete. En läkare ser gärna fler peer supportrar med olika erfarenheter.

Citatet nedan antyder hur peer supportern, i processen för att bli accepterad i sin yrkesroll, kan ha behövt anpassa den till verksamhetens normer:

Men det har tagit tid. Det har varit en lång resa dit. Det är inte enkelt. Man kommer inte bara in och kanske sätter sig och så är det så utan det har varit både tårar och skratt ... Men nu när hen är så trygg i sin roll och vi är trygga med hen så är det fantastiskt bra. En yrkesgrupp, absolut som jag verkligen vill behålla. (Skötare 6)

Även flera peer supportrar berättar hur efter hand deras roll blir uppskattad. En peer supporter redogör hur vårdpersonal, efter att inledningsvis ha visat en negativ inställning, fick en positiv inställning till peer supportern efter att hen visade på nytta.

En annan peer supporter berättar hur vårdpersonalen gjorde en helomvändning i synen på hens roll:

... Där var det personal som var så här, vad gör hen här? Hen har ingen utbildning. Och sen så vände de [vårdpersonal] totalt. Och var så här gud, vilken skillnad du gör! För då kom ju patienterna och sa att hen [peer supportern] hjälpte mig med det här. Hen känner igen sig. Hen vet hur jag känner. Så de [vårdpersonalen] vände ju helt. (Peer supporter 6)

Flera peer supportrar berättar hur olika professioner är mottagliga för peer supportrars bidrag. Peer supporter 9 tror att hen ses som en tillgång i verksamheten. Peer supportrollen tycks vara uppskattad av alla yrkeskategorier och särskilt från dem som inte enbart ser det medicinska perspektivet. Vårdpersonal, som inte arbetar nära patienten, är de som både är mest mottagliga för peer supportrars bidrag och de som ger störst utbyte menar en peer supporter. En annan peer supporter sammanfattar detta handla om att vara mottaglig för nya perspektiv:

Men jag tror inte att det är någon yrkesgrupp som är på något sätt anti eller mer mottaglig. Utan det är mer de [vårdpersonal] som är öppna för en annan infallsvinkel än deras egen. Som tänker bortanför medicinering (Peer supporter 11)

Behovet att förtydliga peer supportrars roll och arbetsuppgift

Vissa ur vårdpersonalen, även om de är positiva för peer supportrars bidrag, ser ett behov av att förtydliga peer supportrars roll och arbetsuppgifter. Det är viktigt med en tydlig roll och arbetsbeskrivning menar Skötare 3:

... Så jag tänker en tydlig arbetsbeskrivning. Alltså vad man kan förvänta sig av en peer supporter på en annan avdelning. Tror det skulle underlätta rätt mycket just i teamkommunikationen. Kommunikationen mellan peer supportern och personalen på golvet. Jag tror att det kan bli mycket så att den där [peer supportern] gör ingenting. Vad gör den [peer supportern] ens här? Får pengar för att gå runt och prata med patienterna och hjälper inte till. Man måste förstå syftet. Syftet måste vara tydligt. (Skötare 3)

En ur vårdpersonalen berättar vad det är som behöver vara tydligt med peer supportrollen:

Att det blir en bra ingång till vården för både peer supportrar och personal. Att man får en chans att jobba ihop sig. Och att det är tydligt vad syftet är. Och att man verkligen jobbar tillsammans. (Kurator 1)

En skötare menar att det är viktigt att veta vad som är skillnaden mellan de olika uppdragen, då det finns gränser som skiljer de åt. En tydlig arbetsbeskrivning ger också realistiska förväntningar på peer supportern menar en annan ur vårdpersonalen.

En peer supporter föreslår indirekt hur hans arbetsuppgift kan bli tydligare. Genom att få tillgång till patientinformation skulle peer supportern bli mer självständig i sitt arbete:

För att det [få tillgång till patientinformation] gör att jag kan bli lite mer självgående i peer support-arbetet. Att det är lättare för mig som peer support att veta att ok Lasse, han pratade igår om att han ville komma ut och göra någonting när han har kommit härifrån. Vill gärna prata med peer supporter. Då går jag ju dit. Eller Monika här, hon vill inte prata med någon idag. Ok, då bara jag säger hej när jag ser henne men vill inte störa henne liksom. Så jag tror att ska man verkligen peer supporta, att det här är mitt uppdrag då är det mycket lättare för mig om jag har lite mer information. (Peer supporter 11)

Nyttja peer supportrars kompetens mer för att stödja IPL

Flera ur vårdpersonalen berättar hur de skulle vilja använda peer supportrars kompetens mer. Peer supportrars kompetens har inte använts än på det rätta och optimala sättet tror Läkare 2. Några ur vårdpersonalen efterfrågar indirekt rutiner för att rådfråga peer supportern mer. En sjuksköterska tror att de skulle kunna ta tillvara mer peer supporterns tankar och perspektiv genom att fråga hen mer i det dagliga arbetet:

Jag tror väl i det dagliga mötet att man oftare skulle kunna fråga om hens åsikter om saker. Vad tror du om det här? Stanna upp där för att få lite brukarerfarenheter och perspektiv. (Sjuksköterska 2).

En annan ur vårdpersonalen berättar om att nyttja peer supportrars kompetens mer i bedömningsamtal som har en struktur som gör att specifika frågor, om t.ex. potentiella nya patienter, kan ställas till peer supportrar.

Skötare 4 berättar, och indirekt uppmanar att ha ett lärandefokus, hur de skulle kunna ta tillvara peer supporterns kompetens mer:

... För jag vet ju att vi tänker att det ska vara utifrån patientens önskemål och liksom när man sitter i ett team så är det väldigt lätt att bestämma ja, då är det jag, läkaren och en skötare som ska vara med. Men man säger kanske inte lika mycket till peer supportern, frågar har du patienter som vill att du ska vara med som peer support? Alltså lite mer få ner på pränt hur ska vi gå tillväga när vi tar ett beslut kring olika arbetsuppgifter? Just det här att vi skulle kunna använda peer support mer. (Skötare 4)

Även peer supportrar berättar hur deras kompetens skulle kunna nyttjas mer. Peer supporter 9 föreslår, i likhet med flera andra, hur vårdpersonalen kan fråga peer supportern mer t.ex. om hur det är att vara i ett visst tillstånd. En annan peer supporter påpekar att för att kunna använda deras kompetens mer behöver vårdpersonalen ha ett förtroende för peer supportern:

Att de [vårdpersonalen] litar på oss ... Att de verkligen använder oss och frågar är det här någonting du vet om? Så att jag känner ett förtroende. Att de frågar mig. För det är därför jag är där. För att hjälpa. (Peer supporter 11)

En ur vårdpersonalen, som också indirekt efterfrågar nya rutiner, visar på IPL- potentialen i teamarbetet genom att framhålla hur de kan bli bättre på att nyttja varandras olika kompetenser:

Jag hade velat ha mer genomgångar överlag. Det här är min profession, så här ser jag på det och det här är det jag kan bidra med ... Det är lite svårt att få en tydlig bild av på vilket sätt man bäst kan dra nytta av varandras kompetenser. Vad som är respektive grupps kompetens. Så det hade jag velat ha mer av. (Kurator 1)

Sammantaget visar temat hur vårdpersonal med tiden uppskattar peer supportrollen även om både rollen och arbetsuppgiften uppfattas vara otydliga. Båda dessa behöver därför förtydligas. Det framgår också av temat hur IPL kan stödjas genom att nyttja peer supportrars kompetens mer. Vidare, hur det indirekt föreslås nya rutiner och lärandefokus i teamarbeten.

Uppföljningsstudiens resultat

Alla deltagare tyckte att frågorna var relevanta. En ur vårdpersonalen tyckte att det var tankeväckande att reflektera kring peer supporterns roll i vårdverksamheten. Två peer supportrar tyckte att det blev intressanta diskussioner. En ur vårdpersonalen tyckte att det kunde möjligen varit fler frågor om det praktiska genomförandet.

Fem deltagare uttryckte på olika sätt att det blev positiva diskussioner där olika erfarenheter och kunskaper utbyttes. En ur vårdpersonalen berättade hur hen uppskattade att reflektera tillsammans med kollegor från andra professioner då diskussionen ytterligare synliggjorde peer supportrars kompletterande roll i teamet. En annan ur vårdpersonalen berättade om att ha tillägnat sig ett annat synsätt utifrån patienternas perspektiv. En peer supporter berättade om hur de (peer supportrar) kom fram till hur olika det ser ut i verksamheterna och att denna olikhet påverkar hur vårdpersonal ser effekten av peer supportrars insats.

Två ur vårdpersonalen tycker att en peer support-satsning bör följas av en långsiktig finansiering så att denna inte blir en belastning i utvecklingsarbetet. En annan ur vårdpersonalen berättar hur peer supportrars utbildning blir viktig för att säkerställa en professionalisering av individuella erfarenheter. En peer supporter tycker att det viktigaste är att i projekten inkludera både peer supportrar och vårdpersonal. Två ur vårdpersonalen lyfter fram betydelsen av att peer supportarbetet är tydligt beskrivet. En peer supporter framhåller vikten av att det finns en plan vid anställningsövergångar då arbetsgivaren kan vilja ändra i peer supporterns arbetsuppgifter. Vidare, att peer supportrar bör ges möjlighet att "prata av sig" då handledning har inte alltid erbjudits i tillräcklig omfattning vilket kan ge en negativ effekt på individnivå.

En deltagare ur vårdpersonalen tillägger hur värdefull peer supportern är som, genom att ta sig tid och samtala med patienter, avlastar vårdpersonalen. En peer supporter betonar hur viktigt det är att involvera verksamma peer supportrar i både utbildning och utbildningsmaterial. Detta för att förstå komplexiteten i peer supportrollen som, då den ofta befinner sig emellan vård och patient, kan bli svår att hantera.

Diskussion

Studien undersökte hur vårdpersonalen tog tillvara peer supportrars olika bidrag (erfarenheter, perspektiv och kunskaper) och vad som blev implikationerna för ett interprofessionellt lärande. Studien undersökte också vad som kan känneteckna peer supportrars professionalitet. Vidare, hur man kan, genom att främja IPL, upptäcka strukturer för att organisera en kvalitets- och effektivitetsökning.

Resultatet visar hur vårdpersonalen använde peer supportrars bidrag i aktiviteter och i teamarbete. Resultatet synliggör ett ömsesidigt utbyte av olika tankar och perspektiv och potentialen för IPL, men också hur lärandet hindras av en hierarki. Resultatet visar också hur peer supportrars professionalitet kännetecknas av jämlikhet. Vidare, hur IPL, genom att införa nya rutiner och lärandefokus i teamarbetet, kan främjas och öka kvalitén och effektiviteten i verksamheten.

Vårdpersonalens nytta av peer supportrars stöd, perspektiv och förhandlarroll

Som det framgår av resultatet blir peer supportern, förutom ett uppskattat socialt stöd i aktiviteter och möten, även en tillgänglig samtalskontakt för patienter.

Genom sin tillgänglighet är peer supportern flexibel i att engagera sig i samtal med patienter och att vara ett socialt stöd i aktiviteter. I dessa aktiviteter deltar peer supportern utifrån Wengers (1998) tankar som nykomling i en praktikgemenskap, som är en psykiatrisk vårdpraktikgemenskap. Här tenderade peer supportrars deltagande att vara vid sidan av teamarbetet. Att vara verksam i periferin, och inte bli medlem fullt ut i en praktikgemenskap (Wenger, 1998), kunde få konsekvensen av att peer supportrar i viss mån blev exkluderade från att delta i teamarbetet. Men en positiv följd, av att agera vid sidan av teamarbetet, var att peer supportrar kunde bli mer självständiga i sin yrkesutövning. Genom att på egen hand utöva sitt yrke kunde peer supportern utgöra ett relativt frigående stöd och samtalskontakt.

Peer supportrar visade sig också, genom att vara tillgängliga som samtalskontakt och stöd i aktiviteter, ofta avlasta vårdpersonal som då kunde ägna sig åt andra uppgifter. Detta var ett exempel på hur vårdpersonalen, som därigenom kunde omorientera arbetet, inte behövde engagera sig i aktiviteter som inte krävde deras specialistkompetens vilket även Repper et al. (2013b) har påvisat.

Studien visar hur några ur vårdpersonalen, genom peer supportrar, tillägnar sig ett etiskt perspektiv och patientfokus i teamarbetet. Med följd att arbetet förändrades genom att vårdpersonalens kommunikation om och med patienterna blev mer icke-dömande. Även Asad (2015) framhåller hur en mer etisk ståndpunkt, genom peer supportrars insats, utvecklades i teamen. Vårdteam behöver ha insikt i att motarbeta stigmatisering, då ”stigmatisering av personer med psykisk sjukdom är en realitet” hävdar Lundberg (2010, s. 52). Föreliggande studie ger exempel på hur även vårdpersonalens stigma mot peer supportrar minskade. Denna förändring är viktig då inkludering, av peer supportrar i interprofessionella teamarbeten, försvåras vid närvaron av stigma hos vårdpersonal (Asad, 2015; Asad & Chreim, 2016). Vårdpersonalens

attitydförändring symboliserade också i Wengers (1998) ord hur nykomlingar (peer supportrar), genom att uppnå ett medlemskap, blev inkluderade i den psykiatriska vårdpraktikgemenskapen. I arbetet tillförde peer supportrar ett patientperspektiv vilket medförde att ett medicinskt perspektiv fick tillägg av ett perspektiv som ser på hela patientens situation. Detta är i likhet med Ehrlich et al. (2020) exempel när vårdpersonalens biopsykodynamiska perspektiv kompletteras med peer supportrars psykosociala perspektiv som bidrar till en mer individriktad vård. Genom att erkänna patientens individuella styrkor kan peer supportern i teamet bidra till en mer helhetsbaserad patientvård (Mead et al., 2001). Studien visar också utifrån Wengers (1998) tankegång hur peer supportrar, som fullvärdiga medlemmar i psykiatrisk vårdpraktikgemenskap, hade ett aktivt deltagande i teamarbetet.

Vårdpersonal kunde också förenas med patienter genom att peer supportern användes som en brygga. Som brygga kunde peer supportern, genom att förklara för patienten vårdpersonalens avsikter och sedan informera om patienten för vårdpersonalen, sammanföra dessa. Sammanförandet gav förutsättningar för det som Ehrlich et al. (2020) visade, hur peer supportrar som bryggor kunde "bidra med en unik dimension till klinisk vård som förbättrade teamets respons för patientens individuella behov" (s. 111). Vidare kunde peer supportrar, när de t.ex. skulle förtydliga informationen för patienter även, som Repper et al. (2013a) har påpekat, försäkra sig om att patienterna hade förstått informationen samt förbereda vad de ville kommunicera inför kommande möten med vårdpersonal.

Ett inträde till psykiatrisk vårdpraktikgemenskap var möjlig för peer supportern som blev en förhandlare, som Wenger (2000) menar kan utveckla relationer mellan två olika praktikgemenskaper. I gränsen, mellan en psykiatrisk vårdpraktikgemenskap och en peer supportpraktikgemenskap, kunde peer supportern som förhandlare och i viss mån tolk föra patienten och vårdpersonalen närmare varandra och på det viset möjliggöra en dialog mellan dem. Denna dialog baserades på en tidigare förekommen *patientinformation* som således kan förstås vara det som Wenger (2000) benämner ett gränsobjekt. Ett objekt, som kom till efter ett gemensamt deltagande och reifikation, som sammanförde två praktikgemenskaper.

Möjliga exempel på IPL

Studien synliggör ömsesidiga utbyten av olika tankar och perspektiv och IPL-potentialen i teamarbetet. Det ges exempel på rondsituationer där peer supportern, genom att ifrågasätta en aspekt och efter att ha tagit del av vårdpersonalens resonemang, ändrade sin uppfattning i saken. Peer supportrar "lär sig varför vi gör som vi gör" som sjuksköterskan uttryckte det. Detta citat vittnar om hur även peer supportrar, i arbetet, har tillägnat sig ett annat perspektiv, tex. ett omvårdnadsperspektiv. Utbytet och reflektion av olika perspektiv, med följd att peer supportern ändrade sin inställning i sakfrågan, var exempel på ett möjligt IPL. Ett annat exempel som indikerar på IPL är när en läkare, efter att ha tagit del av peer supportrars tankar och perspektiv om konsekvenser för en patient vid en viss tvångsåtgärd, ändrade sitt beslut i sakfrågan. I diskussionen om val av åtgärd gjorde peer supportrar, utifrån Wengers (2010) förståelse, anspråk på kompetens som, då den välkomnades av den psykiatriska vårdpraktikgemenskapen, följdes av lärande. I

diskussionen, mellan läkare och peer supportrar, utbyttes olika perspektiv, ett medicinskt och ett psykosocialt¹⁹, som genom reflektion och förhandling resulterade i en ny åtgärd.

Studien ger också exempel när vissa ur vårdpersonalen, genom att ta till sig peer supportrars tankar och perspektiv i form av en existentiell metafor, ökade sin förståelse för varför en människa kan välja att skada sig själv. I likhet med Asad och Chreim (2016) visar studien hur peer supportrar, när de presenterade alternativa synpunkter, utbildade vissa ur vårdpersonalen. Studien synliggör också hur i vården peer supportrar, efter att ha tagit till sig medicinska kunskaper och perspektiv, ändrade sin attityd mot både vården och vårdpersonal.

Studien avslöjar även närvaron av en hierarki, i teamarbetet, som, förutom två vårdpersonal, lyftes fram och problematiserades av peer supportrar. Några peer supportrar tog upp det medicinska tolkningsföreträdet, som kunde bli ett hinder för peer supportern att förmedla sina perspektiv och kunskaper. Sådant tolkningsföreträde utmanar mottagligheten för alternativa kunskaper och perspektiv, såsom psykosocialt perspektiv som komplement till ett biomedicinskt perspektiv (Ehrlich et al., 2020). I studien antydde några ur vårdpersonalen hur peer supportern, då den saknar sedvanlig utbildning, är icke-professionell, medan den professionellt utbildade vårdpersonalen är professionell. Utan traditionell vårdutbildning betraktades peer supportern varken vara professionell eller en profession. Peer supportern, i strävan efter en jämlik relation med patienten, antyddes visserligen vara en personal, men en icke-personal. I detta sammanhang synliggörs distinktionen mellan en erfarenhetsbaserad och utbildningsmässigt grundad profession och utmaningen i den konkurrens som kan uppstå om vems kunskap som får gälla, d.v.s. det Gieryn (1983) benämner jurisdiktion på kunskap. Andra studier bekräftar hur hierarki kan motverka inkludering av peer supportrollen i interprofessionella teamarbeten (Asad, 2015; Asad & Chreim, 2016; Ehrlich et al., 2020).

I psykiatriska interprofessionella teamarbeten bidrar peer supportrar med erfarenhetsbaserad kunskap som har erhållits genom deltagande, handling och reflektion i en viss kontext (Östlinder et al., 2006). Denna kunskap, som även innehåller tyst kunskap (Polanyi, 1966) som även den tillägnas genom handling och engagemang i ett sammanhang, är svårare att kommunicera. Oborn et al. (2019) visar hur erfarenhetsbaserad kunskap, om psykisk sjukdom och expertis, förmedlades av peer supportrar i psykiatriska multidisciplinära team och i en vidare kontext. Författarna hämtade insikter från Mol (2002) och Williams et al. (2011) om hur traditionella professioner vet om psykisk sjukdom som ett objekt²⁰, medan peer supportrar (primärt) vet om sjukdom som ett subjekt.²¹ Som subjekt har peer supportern kunskap om hur det är att leva med psykisk sjukdom och olika konsekvenser för relationer och möjligheter som man har (Oborn et al., 2019). Studien ger vissa exempel som även föreliggande studie visar t.ex. a) hur peer supportrar kunde

¹⁹ Psykosocialt perspektiv är ett begrepp som används brett och ofta utan definition. Här avser begreppet ett perspektiv på de sociala betingelser som är av betydelse för individen och individens psykiska och fysiska hälsa.

²⁰ Här behöver tilläggas att även vårdprofessionen, genom sina relationer i att vårda patienter med psykisk sjukdom, tillägnas sig tyst kunskap (Kontos & Naglie, 2009; Williams et al., 2011).

²¹ Peer supportrar kan också, under sin behandlingsprocess, tillägna sig formell kunskap (Oborn et al., 2019).

kontextualisera 'varför' individen kunde bete sig på ett visst sätt, vilket inte den professionellt utbildade personalen hade samma förmåga till, b) hur individers egna erfarenheter validerades genom det sätt som peer supportrar förkroppsligade sin kunskap. Det sista exemplet går bortom den professionellt utbildade personalens sätt att se och behandla känslor som symptom. Oborn et al. (2019) visade också hur c) peer supportrar, genom att använda sin distinkta kunskapsbas, förenade patienten med personalen. Oborn et al. (2019) menar att peer supportern har, det som Collins och Evans (2007) benämner, en interaktionell expertis, d.v.s. förmågan att diskutera ett ämne på sådant sätt att det kan förstås ömsesidigt, delandes av tyst kunskap. Det kan vara att utbyta erfarenheter från vårdsituationer som både patienten och peer supportern känner igen sig i. Då peer supportrar, genom att de har erfarenhetskunskap från socialisering i vårdmiljö och kunskap från erfarenheter av behandling, kan de både relatera till och föra dialog med personal och dela med sig av tyst kunskap till teamen. I team kan peer supportrars erfarenhetsbaserad kunskap komplettera fokus på diagnostisering och objektiva former av kunskap om psykisk sjukdom (Oborn et al., 2019).

Denna studie ger indikationer på att när olika professioner är mottagliga för och tar tillvara peer supportrars erfarenhetsbaserad kunskap, som även är tyst kunskap, i form av ett psykosocialt perspektiv, kan IPL uppstå i teamarbetet.

Peer supportrollens väg till acceptans

Studien visar hur peer supportrollen inledningsvis uppfattades vara otydlig, i likhet med vad andra studier visar (Asad, 2015; Asad & Chreim, 2016; Ehrlich et al., 2020; Repper et al., 2013b), men som också kunde vara av godo. En fördel är som Repper et al. (2013b) upplyser att en otvetydig roll ger större flexibilitet för peer supportern att forma rollen och arbetet.

Studien visar dock hur en ospecificerad arbetsuppgift, om den inte är inordnad i verksamhetens arbetsordning, kan bli problematisk. Studien ger exempel på hur bristen på en rutinartad och preciserad arbetsuppgift medförde att vårdpersonalen, som fördelade olika uppgifter till varandra, inte hade någon uppgift att dela ut till peer supportern.

Studien redogör också att även om peer supportrars roll och arbetsuppgift uppfattades vara oklara blev dessa med tiden uppskattade av de flesta ur vårdpersonalen. Deras uppskattning tycktes framträda när peer supportrar kunde visa på nytta, t.ex. när en patient, som i sin vårdprocess hade utvecklats positivt, förklarade detta vara peer supporters förtjänst. I studien utmärkte sig inte någon yrkesgrupp vara mer mottaglig än någon annan för peer supportrars bidrag. En slutsats är att det rörde sig mer om att vara mottaglig för nya synvinklar. Sådan mottaglighet var, i enlighet med Wengers (2010) idéer, att omfamna en ny dimension av kompetens. Även andra studier visar hur med tiden synen på peer supportrollen blev mer positiv och peer supportern en legitim medlem i ett interprofessionellt teamarbete (Asad, 2015; Asad & Chreim, 2016; Ehrlich et al., 2020). Ehrlich et al. (2020) visar hur det blev mer framkomligt i teamet att inkludera peer supporterns roll då hen, förutom att anpassa sig i teamet, i den kliniska strukturen och till individernas behov, även kunde anpassa sig till multipla perspektiv. Föreliggande studie ger exempel på hur

en peer supporter blev accepterad genom att hitta sin roll och därmed, som en skötare antydde, delvis anpassa sig till verksamhetens kultur. Vid sådan kulturell socialisering kan peer supportern förlora sina gräsrotsideal (Cyr et al., 2016). Denna anpassning kan också förstås i förhållande till tillhörighet där någon (en peer supporter) behöver delvis rätta sig efter dem (vårdpersonalen) som besitter makt (Wenger, 1998). Oavsett grad av anpassning tycktes peer supportrars roll och arbete bli värderade av de flesta ur vårdpersonalen.

Jämlikhet som riktmärke

Det som också tycktes framträda var hur denna yrkesgrupps professionalitet karaktäriserades av *jämlikhet*. Detta begrepp kontextualiseras i beskrivningar av peer supportrars kompetens och roll, som sammantaget rör tre komponenter: (a) att ha egna erfarenheter (kompetens) och att använda den egna erfarenheten (roll), (b) att vara en medmänniska och (c) att inge hopp. Se tabell 2 nedan. Det beskrivs hur vid användning av den egna erfarenheten av att inte ha makt peer supportern kan stödja, utifrån att veta hur det är, och därigenom utjämna maktaspekten och göra patienten/brukaren jämlik. Genom att agera som en medmänniska, som betyder *like*, och utan en hierarkisk ordning, gör peer supportern relationen jämlik. Genom att inge hopp, ”kan du så kan jag” och vara en förebild blir relationen jämlik. Slutsatsen blir att peer supportrar har en professionalitet som jämlikhet.

Professionalitet som jämlikhet	
Egna erfarenheten	Genom att använda den egna erfarenheten, av maktlöshet, kan peer supportern stödja utifrån en inlevelse av hur det kan vara och utjämna maktförhållandet och <i>göra patienten/brukaren jämlik</i>
Medmänniska	Genom att agera som en medmänniska, och utan hierarkisk ordning, kan peer supportern <i>göra relationen jämlik</i>
Inge hopp	Genom att peer supportern inger hopp, ”kan du så kan jag”, och vara en förebild <i>blir relationen jämlik</i>

Tabell 2.

Vid åskådliggörande av en professionalitet som baseras på jämlikhet demonstreras en ambition att, inom psykiatrisk vård, införliva ett jämlikhetsperspektiv. Detta perspektiv, som syftar till att göra patienten/brukaren jämställd med den ordinarie personalen, uttalades redan i Regeringens proposition 1999/2000:79 *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*. Propositionen lyfter fram det problematiska i att den enskilde, som är i behov av stöd, utgår från sina kunskaper och perspektiv från sitt vardagsliv, medan professionella utgår ifrån sin teoretiska kunskapsvärld och kultur på arbetet. Dessa olikheter försvårar kommunikationen mellan den enskilde och professionen. Propositionen beskriver hur anställdas kompetens behöver försörjas, men också skapa utrymme för att öka patientinflytandet. ”Funktionshindrade personers kompetens och erfarenheter bör tas tillvara i sådana sammanhang (s. 94).”

Professionalitet som jämlikhet har likheter med Topors och Borgs (2004) skildringar om en professionalitet som närhet. Den bygger på att den professionella, d.v.s. utbildad vårdpersonal, låter både rum och tid vara möjliga att förhandla utifrån patientens önskemål, att den professionella är engagerad, vilket ibland handlar om att vara ”en kompis” och att relationen är ömsesidig. För att i relationen kunna stödja återhämtning, utifrån en jämlikhetssträvan, kan professionella t.ex. jämföra sina egna erfarenheter med patientens. För att åstadkomma en ökad jämlikhet behöver professionella emellanåt bryta mot regler och rutiner och på det viset gå utanför det professionella arbetets ramar (Topor & Borg, 2004). När det gäller peer supportrars yrkesutövning är viss gränslöshet paradoxalt snarare en förutsättning för en relation som ska vila på autenticitet och ömsesidighet. Peer supportern, i sin strävan efter en jämlik och ömsesidig relation med patienten, antydes vara en personal men en icke-personal. Exemplet synliggör en inneboende komplexitet när peer supportrars professionalitet, som karaktäriseras av jämlikhet gentemot patienten/brukaren, ses som en förutsättning för peer supportern att arbeta på samma villkor som övrig vårdpersonal. I en ömsesidig, jämlik relation kan problematisk gränslöshet uppstå, som studien visar exempelvis vid brist på adekvat kunskap, vilket kan äventyra lärandet i interaktioner mellan vårdpersonal och peer supportern.

Studien visar också hur flera peer supportrar är medvetna om, vilket bekräftas av några ur vårdpersonalen, betydelsen av att utlämna (använda) den egna erfarenheten på ett professionellt sätt. Det professionella avser att på ett medvetet sätt personligt men sakligt dela sina erfarenheter utan att använda egna negativa erfarenheter, t.ex. om tidigare upplevt stigma hos vårdpersonal. Denna medvetenhet tycks infinna sig både vid utlämnande av egna erfarenheter för vårdpersonal och för patienter. Medvetenheten kommer till uttryck i berättande om hur peer supportrar använder sig själva som ett typexempel utan att göra den egna erfarenheten till något generellt gällande. Asad (2015) visade hur utlämning av egna erfarenheter krävde både en medvetenhet om vad och när denna information kunde delas med patienter och vårdpersonal. För vårdpersonal, för att lyckas inkludera peer supportrollen i interprofessionella teamarbeten, är en nyckelfaktor utlämning av egna erfarenheter (Asad & Chreim, 2016).

Studien ger också exempel på hur interprofessionella teamarbeten berikas av erfarenhetsbaserad kunskap som tycks framträda i två dimensioner, en *korrigerande dimension* respektive *identifierbar dimension*. Den första dimensionen handlar om hur peer supportern, genom sin erfarenhetsbaserade kunskap, *korrigerar en iakttagelse* från en bärare av formellt utbildningsbaserad kunskap. Studien gav ett exempel om hur vissa från vårdpersonalen hade en tidigare iakttagelse (förutbestämd bild) av en (särskild) psykiatrisk diagnos. Denna iakttagelse korrigerades när peer supportern bidrog med sin erfarenhetsbaserade kunskap, den som utifrån Oborn et al. (2019) tankar, bygger på samlad kunskap från socialisering i vårdmiljön och från egen behandling. Den andra dimensionen handlar om hur peer supportern, genom sin erfarenhetsbaserade kunskap, *identifierar en ny iakttagelse* som är oidentifierbar för en bärare av en formellt utbildningsbaserad kunskap. Ett typexempel på detta var när en ur vårdpersonalen berättade hur peer supportern kunde identifiera en ny iakttagelse, i patientens/brukarens hälsotillstånd (vara hög), som var onåbar för

vårdpersonal att identifiera. I interprofessionella teamarbeten kan sådan erfarenhetsbaserad kunskap bli ett viktigt komplement.

Av studien framgår även peer supportrars otillfredsställelse över sin lön och yrkestitel. Yrkestiteln värd, som tillkom då peer support i avsaknad av en formell yrkesklassificering inte kunde registreras i det administrativa systemet, blev en besvikelse för peer supportrar. En peer supporter framhöll hur deras arbete, jämfört med en typisk värd, är mer psykiskt krävande. En annan peer supporter uttryckte viss oro över om man med yrkestiteln värd skulle bli accepterad som en yrkesgrupp. För den nya yrkesgruppen var även lönen en besvikelse. Lönenivån, som sattes i enlighet med gängse utbildningsnivå och inte utifrån den egna erfarenheten, upplevde peer supportrarna som nedvärderade. Asad (2015) visar hur peer supportrollens legitimitet tycktes ha koppling till lönen. I föreliggande undersökning förelåg ett missnöje över både lönen och titeln.

Stödja IPL genom nya rutiner och ett lärandefokus

Studien visar hur både peer supportrar och vårdpersonal, genom att peka på möjligheten att använda peer supportrars kompetens mer, indirekt föreslår nya rutiner och lärandefokus. Fråga oss mer är en uppmaning som några peer supportrar riktar till vårdpersonal, medan några ur vårdpersonalen funderar hur man, på ett rutinbaserat sätt, kan använda peer supportern som en rådgivande funktion. Förutom att införa nya rutiner föreslår en annan ur vårdpersonalen, som samtidigt konkretiserar potentialen för IPL, att man kan undersöka och synliggöra varandras olika kompetenser för att se hur dessa kan användas på bästa sätt.

För att förbereda en IPL-ansats, genom nya arbetsrutiner, behöver det finnas förutsättningar för en sådan ambition. En tydlig roll och arbetsuppgift tycks vara viktiga förutsättningar. Studier pekar på vikten av att det finns en tydlig rolldefinition (Asad, 2015) och tydliga förväntningar på peer supportern (Ehrlich et al., 2020). Föreliggande studie ger exempel på hur peer supporterns arbete, när det inte genomfördes enligt förväntningar, berättades i förminskande ordalag handla om att inte göra nytta utan bara prata med patienter. Denna åsikt visar behovet av att i denna vårdkontext, som Repper et al. (2013b) också har påpekat i sin forskning, teamet diskuterar de olika expertiser och roller som representeras. En peer supporter föreslog indirekt hur, genom att få ta del av patientinformation, deras roll och arbetsuppgift kunde bli tydligare och där hen dessutom blir mer självständig. Denna studie föreslår att det införs nya rutiner för att, i verksamheten, inkludera det arbete som peer supportern utför. Studien visar hur det ibland uppstår en svårighet för peer supportrar att visa nyttan i sitt arbete, t.ex. i att föra samtal med patienter/brukare. Genom peer supportrars subjektiva och interaktionella expertis (Oborn et al., 2019) finns det förutsättningar att samtala med positiv utgång. En nyttoeffekt kan dock vara enklare att påvisa genom en specificerad arbetsuppgift, som redogörs utifrån sitt syfte och tillvägagångssätt. På det viset skapas, förutom ett legitimt berättigande, även möjligheten att strukturellt inordna peer supportrars uppgift i verksamhetens arbetsordning. Genom att formalisera den arbetsuppgift, som peer supportern ska utföra och även få tillgång till viss patientinformation, skapas givna omständigheter för nya rutiner i det dagliga teamarbetet där

peer supportern, i Wengers (1998) värld genom att bli medlem, inkluderas. Vidare kan man arrangera regelbundna möten och skapa forum där peer supportrars erfarenheter, perspektiv och kunskaper efterfrågas av vårdpersonal, för att de sedan kan ta tillvara peer supportrars bidrag i teamarbetet. Sammantaget rör det sig om att förespråka och, genom att skapa förutsättningar för nya arbetsrutiner, ge plats åt ömsesidiga utbyten mellan olika professioner och peer supportrar.

I denna studie manifesteras möjliga exempel på hur IPL, hos vårdpersonal bestående av olika professioner, stimuleras av interaktioner med peer supportrar. Peer supportrars kompetensgrund kan definieras vara att ”ge stöd som jämlik utifrån den egna erfarenheten på ett medvetet sätt som inger hopp om återhämtning”. I återhämtningsfokuserade teamarbeten, där vårdpersonal och peer supportrar ”arbetar tillsammans eller samproducerar” (Repper et al., 2013b, s. 1), kan även IPL uppstå. Kravet för IPL och en vård som är av god kvalitet är att allas olika kunskaper tas tillvara, granskas och jämförs (Ponzer et al., 2009) i relationer som är grundade i likvärdighet (Dahlgren, 2009).

Studiens styrkor och begränsningar

Studien har både begränsningar och styrkor. En styrka är att studiens båda målgrupper, psykiatrisk vårdpersonal och peer supportrar blev genom sitt deltagande representerade i studien. I studien tillämpades idéer från en sociokulturell teori som gjorde det möjligt att lyfta fram IPL-potentialen, i psykiatriska vårdteam som har inkluderat peer supportrar, något som var ett nytt grepp inom detta område. Genom att använda en pedagogisk teori skapades nya betydelser av verkligheten som Larsson (2005) uttrycker det och ett nytt kunskapsstillskott. De sociokulturella idéer begränsade samtidigt framträdande av andra aspekter som då gick förlorade. Vidare, deltagarna, som både har känt till studiens lärandefokus och, som, genom sitt deltagande, kan ha varit mer positivt inställda till peer supportkonceptet, kan genom sina berättanden ha påverkat resultatet åt en positiv riktning. Utfallet visar dock även utmaningar och negativa erfarenheter. Ytterligare begränsning i studien var att relativt många individuella intervjuer, p.g.a. anpassning utifrån deltagarnas möjlighet att närvara, genomfördes i stället för planerade fokusgruppsintervjuer/dialogmöten. Detta gjorde att deltagarnas IPL, genom fysiska interaktioner, inte kunde stödjas i lika stor utsträckning. Ett sätt att se på validitet är att undersökningen ska bidra med ett kunskapsstillskott genom själva gestaltningen, där framställningen ska göra det möjligt att se på verkligheten på ett nytt sätt (Larsson, 2005). Studien hoppas visa på IPL-kapaciteten, men även dess hinder i teamarbeten. Studien redovisar därmed både styrkor och brister.

Slutsatser, reflektioner och förslag

Denna studie synliggör potentialen för IPL vid vårdpersonalens tillvaratagande av peer supportrars bidrag i teamarbete. Genom att införa pedagogiskt fokus i peer support-sammanhang uppenbarade sig ömsesidiga utbyten av olika expertis. Studien exemplifierar hur den nya yrkesgruppen peer supportrar, i teamarbetet med

medicinskt inriktad vårdpersonal, genom patient- och psykosocialt perspektiv ledde till nya tankar och handlingar.

Studien redogör hur psykiatrisk vård har berikats med en yrkesgrupp som har en professionalitet som jämlikhet. Med denna inställning använder peer supportrar sin expertis i att företräda individers behov.

Av studien framgår även hur IPL utmanas av en hierarki. En viss konkurrens, i relationen mellan en professionellt utbildad och en erfarenhetsbaserad yrkesgrupp, blev ett hinder för lärande.

För att nyttja peer supportrars kompetens mer och främja IPL i psykiatriska teamarbeten föreslår studien att det införs nya arbetsrutiner och lärandefokus som kan öka kvalitén och effektiviteten i verksamheter.

Nya frågor, reflektioner och förslag att ta med till praktiken:

- Behöver en professionalisering, av peer supportrar, endast vara av godo? Frågan är berättigad mot bakgrund av den motstridighet som finns i att som profession, som leder tankar till expertkunskap (Brante, 2014), sträva efter jämlik relation med patienten. Denna komplexitet antyds i uttrycket att vara ”en expert på att inte vara en expert, vilket kräver mycket expertis” (Repper & Carter, 2010, s. 5). Vilka peer support-värderingar kan gå förlorade vid etablering av som en profession? Hur anpassa sig i interprofessionella teamarbeten och samtidigt behålla gräsrotsidealen?
- Vad behöver vårdpersonal (olika professioner) respektive peer supportrar veta om varandra, d.v.s. vilka perspektiv och kunskaper är relevanta för att genom IPL erbjuda en återhämtningsriktad vård av god kvalitet?
- Studien föreslår att det utvecklas en nationell utbildning med och för vårdpersonal och peer supportrar, om deras respektive expertis. En kompetenssatsning genom en utbildning som, genom att skapa en länk mellan erfarenhetsbaserad och utbildningsbaserad kunskap, senare kan integreras i ordinarie utbildningssystem.

Referenser

- Asad, S. (2015). The role of peer support providers in inter-professional mental healthcare teams (Avhandling, University of Ottawa).
<https://pdfs.semanticscholar.org/73d2/63e9833f350ba035939740be33a405711af2.pdf>
- Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 767-774.
- Barr, H., Koppel I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Assumption, argument and evidence*. Blackwell Publishing.
- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). *Lived experience leading the way: Peer support in mental health*. Together for Mental Wellbeing. <https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/livedexperiencereport.pdf>
- Brante, T. (1998). Vetenskapsbaserade kontroverser som problemområde sui generis. I V. Novakova (Red.), *Amalgam och hälsa?* (s. 98-104). Forskningsrådsnämnden.
- Brante, T. (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I M. Lindh (Red.), *Vetenskap för profession. Profession och vetenskap - idéer och strategier för ett professionslärosäte* (s. 15-34). (Nr 8). Responstryck.
- Brante, T. (2014). *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapsambället*. Liber AB.
- Campbell, J., & Leaver, J. (2003). *Emerging new practices in organized peer support*. National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors. [Emerging New Practices in Organized Peer Support 2003 \(mdsc.ca\)](http://www.mdsc.ca)
- Collins, H., & Evans, R. (2007). *Rethinking expertise*. Chicago University Press.

- Cyr, C., McKee, H., O'Hagan, M., & Priest, R. for the Mental Health Commission of Canada. (2016). *Making the case for peer support: Report to the Peer support project committee of the mental health commission of Canada*. Mental Health Commission of Canada. [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC Making the Case for Peer Support 2016 Eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Eng.pdf)
- Dahlgren, L. O. (2009). Interprofessional and problem-based learning: A marriage made in heaven? *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 448-454.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2) 123-128.
- Ehrlich, C., Slattery, M., Vilić, G., Chester, P., & Crompton, D. (2020). What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 107-115. doi: 10.1080/13561820.2019.1612334
- Ellström, P. E. (1996a). *Arbete och lärande - Förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Arbetslivsinstitutet.
- Ellström, P. E. (1996b). Rutin och reflektion. Förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete. I P. E. Ellström, B. Gustavsson & S. Larsson (Red.), *Livslångt lärande*. (s.142-179). Studentlitteratur.
- Evans, L. (2002). *Reflective practice in educational research: Developing advanced skills*. Continuum.
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. (2005). *Effective interprofessional education: Development, delivery and evaluation*. Blackwell Publishing.
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(3), 293-306.
- Gieryn, T. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781-795.

- Hean, S., Craddock, D., & O'Halloran, C. (2009). Learning theories and interprofessional education: A user's guide. *Learning in Health and Social Care*, 8(4), 250-262.
- Hylander, I. (2001). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. (FOG-rapport nr 42). Linköpings Universitet. [FOKUSGRUPPER SOM KVALITATIV.pdf](#)
- Hylin, U. (2010). *Interprofessional education. Aspects on learning together on an interprofessional training ward* (Avhandling, Karolinska institutet). Karolinska institutet.
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38978/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kontos, P., & Naglie, G. (2009). Tacit knowledge of caring and embodied selfhood. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 688–704. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1467-9566.2009.01158.x>
- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 25, 16-35.
- Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. (Avhandling. Lunds Universitet). Lunds universitet. [Microsoft Word - Bertils kappa slutversion.doc](#)
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 10(2), 29-37.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.584.6618&rep=rep1&type=pdf>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple*. Durham. Duke University Press.

- Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH. (2018a). *Metodhandbok. Riktlinjer för utbildning, implementering och anställning inom peer support*. EO Grafiska. [Metodhandbok PeerSupport sve webbPDF.pdf \(nsph.se\)](#)
- Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH. (2018b). *Peer support. Nutid, dåtid och framtid för en ny profession inom psykiatri, vård och omsorg*. Åtta 45. [NSPH reportagebok webb-1.pdf](#)
- NSPH:s yttrande över remissen God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19. [NSPH-remissyttrande-god-och-nara-var-d-SOU-2020-19.pdf](#)
- Oborn, E., Barrett, M., Gibson, S., & Gillard, S. (2019). Knowledge and expertise in care practices: The role of the peer worker in mental health teams. *Sociology of Health & Illness*, 41(7), 1305 -1322. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/1467-9566.12944>
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. Routledge & Kegan Paul.
- Ponzer, S., Faresjö, T., & Mogensen, E. (2009). Framtidens vård kräver interprofessionellt samarbete. *Läkartidningen*, 106(13), 929-931.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-197.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork in health and social care*. Wiley-Blackwell.
- Regeringens proposition 1999/2000:79. *Från patient till medborgare - en nationell handlingsplan för handikappolitiken* [Microsoft Word - prop1999-200- \(regeringen.se\)](#)
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013a). Peer support workers: Theory and practice. *ImROCK briefing paper*. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation.

- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013b). Peer support workers: A practical guide to implementation. *ImROCK briefing paper*. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation.
- Repper, J., & Carter, T. (2010). *Using personal experiences to support others with similar difficulties. A review of the literature on peer support in mental health services*. The University of Nottingham. Together For Mental Wellbeing.
- Repper, J., & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: The peer support workers and their work with individuals. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 79-84.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publications.
- Selander, S. (1989) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: Professionaliseringens sociala grund*. Studentlitteratur.
- Silver, J., & Nemeč, P. B. (2016). The role of the peer specialists: Unanswered questions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 289-291. DOI:10.1037/prj0000216.
- Socialstyrelsen. (2021, maj). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – Stöd av brukarspecialist (peer support) | Rekommendationer och indikatorer (socialstyrelsen.se)*
- SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [god-och-nara-vard-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf](#)*
- Storm, M., Fortuna, K. L., Brooks, J. M., & Bartels, S. J. (2020). Peer support in coordination of physical health and mental health services for people with lived experience of a serious mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 11(365), 1-7.

- Te Pou, MidCentral DHB & Northern Region Alliance (2014). *Competencies for the mental health and addiction service user, consumer and peer workforce*. [peer-support-competencies-2014.pdf](#)
- Topor, A. & Borg, M. (2004). *Relationer som hjälper. Om återhämtningsprocesser vid svåra psykiska problem*. Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet 2017. Vetenskapsrådet.
- Viking, T. (2019). *En studie om interprofessionellt lärande i teamarbete. Fallet med en 'best practice' för tvångsvård*. (Licentiatuppsats, Högskolan Väst). Högskolan Väst. <http://hv.diva-portal.org/smash/get/diva2:1304160/FULLTEXT01.pdf>
- Världshälsoorganisationen. (1988). *Learning Together to Work together for Health*. WHO.
- Weller, B. E., Carver, J. N., Harrison, J., & Chapleau, A. (2021). Addressing opioid misuse and mental health conditions through interdisciplinary workforce development programs. *Social Work in Mental Health, 19*(3), 220-229.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press.
- Wenger, E. (2000). Communities of practice and social learning systems. *Organization articles 7*(2), 225-446.
- Wenger E. (2010). Communities of practice and social learning systems: The career of a concept. I Blackmore C. (Red.) *Social Learning Systems and Communities of Practice*. (s. 179-198). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-84996-133-2_11

- Wenzer, J. (2018). *Egen erfarenhet som unikt arbetsverktyg. Utvärdering av projektet PEER Support inom psykiatri i Västra Götalandsregionen*. NSPHiG, Västra Götalandsregionen.
- Wilhelmson, L. (1998). *Lärande dialog. Samtalsmönster, perspektivförändring och lärande i gruppsamtal*. (Avhandling, Stockholms Universitet). Stockholms universitet.
- Williams, B., Steven, K., & Sullivan, F. M. (2011). Tacit and transitory: An exploration of patients' and primary health professionals' goals in relation to asthma. *Social Science & Medicine*, 72(8), 1359–66.
- Östlinder, G., Norberg, A., Pilhammar Andersson, E., & Öhlen, J. (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap – Vad är det och hur värderar vi den?* Svensk sjuksköterskeförening. Brommatryck & Brolins AB

Bilagor

Bilaga 1: Brev ”Information till forskningspersonerna – peer supporttrarna”

Bilaga 2: Brev ”Information till forskningspersonerna – vårdteam (personalgrupp)”

Bilaga 3: Intervjuguide - Dialogmöte med vårdteam (personalgrupp)

Bilaga 4: Intervjuguide - Fokusgruppsintervju med peer supporttrarna

Bilaga 5: En uppföljande enkätstudie - vårdteam (personalgrupp)

Bilaga 6: En uppföljande enkätstudie - peer supporttrarna

Bilaga 1

Interprofessionellt lärande genom ny yrkesgrupp peer support för en bättre vård

Information till forskningspersonerna - peer supporterna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, har introducerat en ny yrkesgrupp - peer supporter - som, genom egna erfarenheter av psykisk ohälsa, ska stödja patienters återhämtning i vården. Vi vill undersöka hur vårdpersonalens lärande kan stödjas genom peer supporters erfarenheter och kunskaper. Projektets övergripande syfte är att undersöka och stödja ett interprofessionellt lärande, IPL, hos vårdpersonal, som i sina vårdlag, har inkluderat peer supportrar samt att undersöka vad som kännetecknar peer supportrarernas professionalitet. Eftersom du är en av de som arbetar som peer supporter i psykiatrisk verksamhet inom Västra Götalandsregionen, tillfrågas du om att delta i projektet. Projektet har genom Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg och Västra Götaland, NSPHiG, fått tillgång till dina kontaktuppgifter.

Forskningshuvudman för projektet är NSPHiG. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

För dig innebär ett deltagande att du blir kallad till en fokusgruppsintervju tillsammans med andra peer supportrar. Det som krävs av dig är att du deltar i en fokusgruppsintervju där vi utgår från några i förväg valda intervjufrågor. Fokusgruppsintervjun tar ca 1 timme och kommer, vid ert godkännande, att spelas in. Fokusgruppsintervjun genomförs av Tuija Viking, forskarstuderande i pedagogik med inriktning mot arbetsintegrerat lärande, Högskolan Väst, och Jakob Wenzer, doktor i etnologi, Göteborgs universitet, som båda anlitas av NSPHiG. Förutom fokusgruppsintervjun kommer senare en uppföljningsstudie göras genom att du, via mejl, får en enkät med fyra frågor. Enkäten är en uppföljning av hur du uppfattar projektets genomförande samt hur din medverkan i projektet kan främja ett interprofessionellt lärande. Syftet är att ta del av din uppfattning om relevansen i de frågor som diskuterades i fokusgruppsintervjun, om erfarenhets- och kunskapsutbytet i projektet samt vad som är viktigt att ta i beaktande i framtida utvecklingsarbeten som angår interprofessionellt lärande genom yrkesgruppen peer support.

I projektet medverkar även Uffe Hylén, universitetslektor och doktor i medicinsk vetenskap, Karolinska institutet, som pedagogiskt stöd.

Möjlig nytta och risker med att delta i studien

En möjlig nytta med deltagande är att intresset riktas mot er peer supportrar som en ny yrkesgrupp som avser att stödja patienters återhämtning i vården. Ni som är i vården verksamma peer supportrar, med egen unik kompetens, uppmärksammas och studeras utifrån hur och vad ni kan bidra till övrig vårdpersonal. Såväl vårdpersonal och verksamheter kan, genom projektet, få nya insikter och kunskaper när det gäller att utveckla vårdpersonalens lärande genom peer support.

En möjlig risk med deltagande är upplevelse av integritetskränkning på grund av utlämnande av erfarenheter om psykisk ohälsa. Du kan uppleva en integritetskränkning på grund av utlämnande av personuppgifter och att därmed bli identifierad.

Ovan nämnd risk kräver åtgärder som leder till minsta möjliga skada för dig som forskningsperson. För att minimera risken att skada integritet och anonymitet vidtas följande åtgärder. 1) Innan fokusgruppsintervjun startar återges Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer som beaktas. Dessa principer avser informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Detta innebär att

uppgiftslämnare och deltagare måste informeras om syftet med studien, villkoren för deras delaktighet samt frivilligheten och att de har rätt att avbryta sin medverkan utan att detta påverkar deras arbetsituation. Informationen skall vara fullständig. Deltagarnas samtycke skall inhämtas och de som medverkar har rätt att bestämma hur länge och utifrån vilka villkor de skall delta. De har även rätt att avbryta sitt deltagande utan att behöva motivera detta. Alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på sådant sätt att enskilda människor inte kan identifieras av utomstående. 2) Fokusgruppsintervjun leds av två forskare som, genom att fördela diskussionen mellan forskningspersonerna, skapar förutsättningar för att deltagarna känner sig bekväma i undersökningssituationen. För fokusgruppsintervjun gäller en inbördes sekretess. I händelse av att forskningspersonerna upplever oro eller obehag i relation till deltagandet i fokusgruppen finns en från projektet fristående kontaktperson. Kontaktperson, med bred kompetens, är Bodil Cahling-Wallin, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, Brinkåsen, Rättspsykiatrisk vård. E-postadress: bodil.cahling-wallin@vgregion.se Telefonnummer: 010-4734027.

Vad händer med mina uppgifter?

Data kommer att förvaras på NSPHiG:s kansli, i låst förvaring. Kodlista med namn förvaras inlåst och åtskilt från data. Ingen obehörig kommer att få ta del av dina svar. Data sparas i 10 år för att möjliggöra eftergranskning för att därefter aidentifieras.

Ändamålen med behandlingen av personuppgifterna är att använda dessa i forskning. Den rättsliga grunden till detta är enligt EU:s dataskyddsförordning att den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för detta ändamål.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är forskningshuvudmannen Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg och Västra Götaland. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta ansvarig forskare Lena Nilsson, Högskolan Väst. Mejladress lena.a.nilsson@hv.se Mobilnummer: 072-4548534. Dataskyddsombud nås på NSPHiG, Sonny Wählstedt, NSPHiG. Mejladress: sonny@nsphig.se Mobilnummer: 070-4599115. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Du får information om studiens resultat i form av en rapport som publiceras.

Försäkring och ersättning

Du är försäkrad genom din anställning inom Västra Götalandsregionen. Du ersätts för eventuell förlorad arbetsinkomst samt resan till och från fokusgruppsintervjun på NSPHiG:s kansli i Göteborg.

Deltagandet är frivilligt

Deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida arbetsituation.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvarig för studien

Ansvarig för studien är Lena Nilsson, docent i pedagogik, Högskolan Väst. E-postadress: lena.a.nilsson@hv.se Mobilnummer: 072-4548534

Samtycke till att delta i projektet Interprofessionellt lärande genom ny yrkesgrupp peer support för en bättre vård

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien Interprofessionellt lärande genom ny yrkesgrupp peer support för en bättre vård.
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationens.

Plats och datum	Underskrift

Bilaga 2

Interprofessionellt lärande genom ny yrkesgrupp peer support för en bättre vård Information till forskningspersonerna - vårdteam (personalgrupp)

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, har introducerat en ny yrkesgrupp - peer supporter - som, genom egna erfarenheter av psykisk ohälsa, ska stödja patienters återhämtning i vården. Vi vill undersöka hur vårdpersonalens lärande kan stödjas genom peer supporters erfarenheter och kunskaper. Projektets övergripande syfte är att undersöka och stödja ett interprofessionellt lärande, IPL, hos vårdpersonal, som i sina vårdlag, har inkluderat peer supportrar samt att undersöka vad som kännetecknar peer supportrarernas professionalitet. Ytterligare syfte är att finna strukturer för att organisera kvalitets- och effektivitetsökning genom att främja IPL. Eftersom du tillhör den vårdpersonal, som arbetar med peer supporter i psykiatrisk verksamhet inom Västra Götalandsregionen, tillfrågas du om att delta i projektet. Projektet har genom din verksamhetschef fått tillgång till dina kontaktuppgifter.

Forskningshuvudman för projektet är Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg och Västra Götaland, NSPHiG. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

För dig innebär ett deltagande att du blir kallad till ett dialogmöte tillsammans med annan vårdpersonal. Det som krävs av dig är att du deltar i ett dialogmöte där vi utgår från några i förväg valda intervjufrågor om exempelvis hur ni har använt peer supportrarernas kompetens och i vilka arbetsituationer. Dialogmötet tar ca 1 timme och kommer, vid ert godkännande, att spelas in. Dialogmötet genomförs av Tuija Viking, forskarstuderande i pedagogik med inriktning mot arbetsintegrerat lärande, Högskolan Väst, och Jakob Wenzer, doktor i etnologi, Göteborgs universitet, som båda anlitas av NSPHiG. Förutom dialogmötet kommer senare en uppföljningsstudie göras genom att du, via mejl, får en enkät med fyra frågor. Enkäten är en uppföljning av hur du uppfattar projektets genomförande samt hur din medverkan i projektet kan främja ett interprofessionellt lärande. Syftet är att ta del av din uppfattning om relevansen i de frågor som diskuterades i dialogmötet, om erfarenhets- och kunskapsutbytet i projektet samt vad som är viktigt att ta i beaktande i framtida utvecklingsarbeten som angår interprofessionellt lärande genom yrkesgruppen peer support.

I forskningsarbetet medverkar Uffe Hylén, universitetslektor och doktor i medicinsk vetenskap, Karolinska institutet, som pedagogiskt stöd.

Möjlig nytta och risker med att delta i studien

En möjlig nytta med deltagande är stödjande av ett lärande genom delande av dina och peer supportrarernas erfarenheter och kunskaper. Detta bidrar till din verksamhet när det gäller utveckling av vårdpersonalens lärande genom peer support, samt även till framtida satsningar inom detta område.

En möjlig risk med deltagande är upplevelse av integritetskränkning på grund av utlämnande av personuppgifter och att därmed bli identifierad.

Ovan nämnda risk kräver åtgärder som leder till minsta möjliga skada för dig som forskningsperson. För att minimera risken att skada integritet och anonymitet vidtas följande åtgärder. 1) Innan dialogmötet startar återges Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer som beaktas. Dessa principer avser informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Detta innebär att uppgiftslämnare och deltagare måste informeras om syftet med studien, villkoren för deras delaktighet samt frivilligheten och att de har rätt att avbryta sin medverkan utan att detta påverkar deras arbetsituation. Informationen skall vara fullständig. Deltagarnas samtycke skall inhämtas och de som medverkar har rätt att bestämma hur länge och utifrån vilka villkor de skall delta. De har även rätt att avbryta sitt deltagande utan att behöva motivera detta. Alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och

avrapporteras på sådant sätt att enskilda människor inte kan identifieras av utomstående. 2) Dialogmötet leds av två forskare som, genom att fördela diskussionen mellan forskningspersonerna, skapar förutsättningar för att deltagarna känner sig bekväma i undersökningssituationen. För dialogmötet gäller en inbördes sekretess. I händelse av att forskningspersonerna upplever oro eller obehag i relation till deltagandet i dialogmötet finns en från projektet fristående kontaktperson. Kontaktperson, med bred kompetens, är Bodil Cahling-Wallin, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, Brinkåsen, Rättspsykiatrisk vård. Mejladress: bodil.cahling-wallin@vgregion.se Telefonnummer: 010-4734027.

Vad händer med mina uppgifter?

Data kommer att förvaras på NSPHiG:s kansli, i låst förvaring. Kodlista med namn förvaras inlåst och åtskilt från data. Ingen obehörig kommer att få ta del av dina svar. Data sparas i 10 år för att möjliggöra eftergranskning för att därefter aidentifieras.

Ändamålen med behandlingen av personuppgifterna är att använda dessa i forskning. Den rättsliga grunden till detta är enligt EU:s dataskyddsförordning att den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för detta ändamål.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är forskningshuvudmannen NSPHiG. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta ansvarig forskare Lena Nilsson, Högskolan Väst. Mejladress [lena.a.nilsson@hv.se](mailto:lana.a.nilsson@hv.se) Mobilnummer: 072-4548534. Dataskyddsombud nås på NSPHiG, Sonny Wählstedt, NSPHiG. Mejladress: sonny@nsphig.se Mobilnummer: 070-4599115. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Du får information om studiens resultat i form av en rapport som publiceras.

Försäkring och ersättning

Du är försäkrad genom din anställning inom Västra Götalandsregionen. Du ersätts för eventuell förlorad arbetsinkomst.

Deltagandet är frivilligt

Deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer heller inte att påverka din arbetssituation.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvarig för studien

Ansvarig för studien är Lena Nilsson, docent i pedagogik, Högskolan Väst. E-postadress: [lena.a.nilsson@hv.se](mailto:lana.a.nilsson@hv.se) Mobilnummer: 072-4548534

Samtycke till att delta i projektet Interprofessionellt lärande genom ny yrkesgrupp peer support för en bättre vård

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien Interprofessionellt lärande genom ny yrkesgrupp peer support för en bättre vård.
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift

Bilaga 3

Intervjuguide - Dialogmöte med vårdteam (personalgrupp)

1. Yrkesgrupp och yrkesroll

Berätta, vilka yrkesgrupper representeras här? Hur skulle ni beskriva era olika yrkesroller? Hur skiljer sig dessa från peer supporternas/rars yrkesroll?

2. Kompetens

Berätta, vad är era kompetenser? Hur skulle ni beskriva peer supporternas/rars kompetens? Hur tror ni att ni har använt deras kompetens? Beskriv ert förtroende för peer supporters/rars kompetens?

3. Arbetsuppgifter

Berätta, vad ingår i era arbetsuppgifter? I vilka arbetssituationer/aktiviteter tror ni att ni har påverkats av peer supporternas/rars medverkan i arbetet med patienterna? På vilket sätt har detta märkts i arbetet?

4. Utbyte av erfarenheter, perspektiv och kunskaper

Berätta, vilka erfarenheter, perspektiv och kunskaper tycker ni att peer supportern/rarna har bidragit med? Hur har ni tagit tillvara dessa bidrag och har det påverkat den sociala gemenskapen och patientarbetet? Ge gärna konkreta exempel. Vem/vilka yrkesgrupper har berörts och i vilka situationer? Vilka perspektiv och kunskaper tror ni att ni har bidragit med till peer supportern/rarna? Vilka situationer har det handlat om och vilka yrkesgrupper har varit inblandade?

5. Peer supporter som medlem i personalgruppen

Berätta, vilka utmaningar har ni haft med en peer supporter/rar som medlem/mar i personalgruppen? Vad har varit relativt enkelt och vad har varit svårt i arbetet med peer supportern/rarna? Har samarbetet med peer supportern/rarna inneburit någon skillnad för ert arbete och i så fall hur? Hur nära har ni arbetat med er peer supporter/rar? Vad skulle kunna förbättras vid inkludering av peer support i en personalgrupp och det patientarbete som följer och på vilket sätt?

6. Övrigt

Berätta, finns det något ni vill tillägga som vi inte har diskuterat?

Bilaga 4

Intervjuguide - Fokusgruppsintervju med peer supporterna

1. Utbildning och kompetens

Berätta, vad innehöll er utbildning till peer support? Vad är er kompetens? Hur tycker ni att personalgruppen har förhållit sig till er kompetens?

2. Yrkesroll

Berätta, vad utmärker er yrkesroll? Hur skiljer den sig från de andras roller i personalgruppen? Om det har uppstått gränsdragningar i arbetet, vad har det handlat om och hur har dessa hanterats?

3. Arbetsuppgifter

Berätta, vad ingår i era arbetsuppgifter? Vad slags aktiviteter deltar ni i/deltar ni inte? (T.ex. rapportering, personalmöten, interna utbildningar). I vilka arbetssituationer tror ni att ni har påverkat personalgruppens arbete med patienterna? I så fall, på vilket sätt?

4. Utbyte av erfarenheter, perspektiv och kunskaper

Berätta, vilka erfarenheter, perspektiv och kunskaper tror ni att ni har bidragit med? Hur har dessa tagits tillvara av personalgruppen och i arbetet med patienterna? Vem/vilka yrkesgrupper har berörts och i vilka situationer? Om arbetet har givit er nya perspektiv och kunskaper, vilka är dessa och vilka yrkesgrupper har varit inblandade? Vilka situationer har det handlat om? Ge gärna konkreta exempel.

5. En medlem i personalgruppen

Berätta, vilka utmaningar har ni som medlem i personalgruppen mött i arbetet? Vad i ert arbete som peer supporter har varit relativt enkelt och vad har varit svårare? Tror ni att ert samarbete med vårdpersonalen har förändrat deras arbete och i så fall, hur? Vad skulle kunna förbättras för er som medlem i personalgruppen och i ert arbete med patienterna?

6. Övrigt

Berätta, finns det något ni vill tillägga som vi inte har diskuterat?

Bilaga 5

En uppföljande enkätstudie - vårdteam (personalgrupp)

1. Relevansen

Berätta, uppfattade du att frågorna var relevanta i dialogmötet? Utveckla gärna på vilket sätt frågorna var relevanta/icke relevanta. Saknades någon/några relevanta diskussionsfrågor i dialogmötet?

2. Erfarenhets- och kunskapsutbytet

Berätta, vad är din uppfattning om erfarenhets- och kunskapsutbytet? Utveckla gärna vad som utbyttes och på vilket sätt? Om du saknade något, i såfall vad?

3. Framtida utvecklingsprojekt

Berätta, vad tycker du är viktigt att ta med sig från detta projekt inför framtida, liknande utvecklingsprojekt? Vad var framgångsrikt i projektet? Vad var mindre framgångsrikt?

4. Övrigt

Berätta, finns det något du vill tillägga som vi inte har frågat om?

Bilaga 6

En uppföljande enkätstudie - peer supporttrarna

1. Relevansen

Berätta, uppfattade du att frågorna var relevanta i fokusgruppsintervjun? Utveckla gärna på vilket sätt frågorna var relevanta/icke relevanta. Saknades någon/några relevanta diskussionsfrågor i fokusgruppsintervjun?

2. Erfarenhets- och kunskapsutbytet

Berätta, vad är din uppfattning om erfarenhets- och kunskapsutbytet? Utveckla gärna vad som utbyttes och på vilket sätt? Om du saknade något, i såfall vad?

3. Framtida utvecklingsprojekt

Berätta, vad tycker du är viktigt att ta med sig från detta projekt inför framtida, liknande utvecklingsprojekt? Vad var framgångsrikt i projektet? Vad var mindre framgångsrikt?

4. Övrigt

Berätta, finns det något du vill tillägga som vi inte har frågat om?