



**NSPHiG**  
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg



**NSPH**   
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

# Egen erfarenhet som unikt arbetsverktyg

Utvärdering av projektet PEER Support inom psykiatri i Västra  
Götalandsregionen

Författare: Jakob Wenzler

## Innehåll

Introduktion .....	2
Bakgrund .....	2
Projektet PEER Support .....	2
Utvärderingens bakgrund.....	4
Rapportens syfte och metod .....	4
Avgränsningar .....	4
Rapportens forskningsverktyg.....	5
Rapportens material.....	5
Rapportens upplägg .....	6
Resultat.....	8
PEER Support vid vårdavdelningen .....	8
Ett års upplevelser, intryck och erfarenheter av PEER Support .....	8
Uppfattningar av PEER Supports effekter .....	12
Peer supporternas uppgifter och aktiviteter.....	14
Peer supporternas kontakt med patienter .....	18
Peer support, personal och behandlingssätt.....	23
PEER Support och brukarrörelsen .....	30
Utbildningen .....	35
Om framtiden: förhoppningar, reflektioner och idéer.....	39
Attityder till återhämtning .....	41
Patientperspektiv .....	44
Konklusion .....	46
Metoddiskussion .....	50
Metodförslag för framtida undersökningar .....	50
Formalia.....	52
Referenser .....	52
Bilagor.....	52
Författarpresentation.....	58

## Introduktion

Denna rapport avser utvärdera projektet PEER support som under 2016 och 2017 implementerades vid psykiatriska kliniker i Västra Götalandsregionen. Projektet omfattar en av organisationen NSPHiG framtagen modell etableringen av en ny egenfaren profession i psykiatrisk vård och socialpsykiatri samt implementeringen av denna vid psykiatriska vårdavdelningar.

Utvärderingen är skriven av Jakob Wenzer, doktor i etnologi vid Göteborgs universitet, och har handletts av David Rosenberg, docent i socialt arbete, samt Elisabeth Argentzell, doktor i vårdvetenskap, båda vid det nationella forskarnätverket CEPI (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser).

Föreliggande rapport är en del i en systematisk satsning på kunskapsutveckling av implementeringen av PEER Support i Sverige, som leds av CEPI. Denna rapport fokuserar på *implementeringen* av peer support – hur den har gått till och vilka lärdomar som kan dras för framtida införande av liknande insatser. Jämförelsevis har rapporten från Skånes peer support/mentorsatsning fokuserat på *upplevelsen* av peer support.

Utvärderingen är även en del i det kunskapsunderlag som samlas in till grund för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, där peer support ingår.

## Bakgrund

### Projektet PEER Support

Nätverksorganisationen NSPH, Nationell samverkan för psykisk hälsa, samlar tretton nationella patient-, brukar- och anhörigorganisationer verksamma inom det psykiatriska området. Genom olika projekt arbetar man för att stärka brukarnas inflytande på psykiatriområdet, såväl på den individuella nivån (brukarens möjlighet till inflytande över sin egen behandling) som det strukturella (medlemsföreningarnas inflytande över de beslut som fattas inom vård och stöd).

2015 föreslog NSPH:s lokalavdelning NSPHiG, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götalandsregionen, införandet av egenfarna kamratstödjare vid regionens psykiatriska kliniker. Inspirationen kom från föregångsländer som Holland, England och Nya Zeeland, där peer support – kamratstöd med egen erfarenhet av psykisk ohälsa – under flera år etablerat sig jämte de mer vedertagna professionerna. Metoden har visat sig kunna underlätta återhämtning, ge patienten en känsla av värdighet och hopp, påskynda tillfrisknande och minska stigmat runt psykisk ohälsa.

Efter att under 2015 ha beviljats anslag av Västra Götalandsregionen för att utveckla idéerna om peer support i en svensk psykiatrikontext tog organisationen fram en egen modell för peer support. Modellen innebär att brukarrörelsen, i form av NSPHiG, själva rekryterar, utbildar, placerar, handleder och samordnar implementeringen med verksamheterna. Modellen har föregåtts av studiebesök i England, Holland och Nya Zeeland och inhämtat de erfarenheter andra gjort samt den forskning som finns på området. Som namn för konceptet valdes termen PEER Support, som förutom sin engelska originalbetydelse (ungefär "kamratstödjare") här betyder Personlig EgenErfaren Resurs. Kamratstödjarna själva kallades följaktligen peer supportrar. Pilotlän blev under 2016 Västra Götaland och projektet drevs av NSPHiG. 2016 utbildades sedan tolv peer supportrar, och under året placerade NSPHiG ut sex av dessa hos intresserade öppen- och slutenvårdskliniker inom områdena beroendebehandling och psykosbehandling. De första fyra av dessa anställdes med början i september 2016, sedan ytterligare två med början i december. 2017 utbildade och placerade NSPHiG sedan ytterligare peer supportrar under sommaren och hösten. Här anslöt riksorganisationen NSPH

(Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) till projektet och med hjälp av anslag från Allmänna Arvsfonden anslöt även Stockholm Stad, Skåne och Västerbotten med som pilotlän för modellen.

#### *NSPHiG:s modell för peer support*

Genom annonsering inom och utanför sitt nätverk har NSPHiG under 2016 och 2017 eftersökt individer med egen erfarenhet psykisk ohälsa i syfte att anta tolv personer till en utbildning. Utbildarna har avsett att endast anta personer som är återhämtade, har erforderlig distans till sin sjukdomsperiod och klarar av att arbeta hel- eller deltid vid en vårdavdelning.

En rekryteringsprocess bestående av både skriftliga berättelser och personliga intervjuer låg till grund för urvalet av de personer som slutligen antogs. Utbildningen har givits under tolv dagar och omfattat teoretiska och praktiska förberedelser baserade på vad projektledningen lärt sig genom studiebesök och forskningsstudier samt de erfarenheter som bruksrörelsen i Sverige gjort. Detta har skapat en pool av tillgängliga, utbildade peer supportrar ur vilken NSPHiG sedan valt lämpliga rekryteringar för de vårdavdelningar som anmält sitt intresse för denna nya profession.

Samtidigt har NSPHiG haft en utåtriktad verksamhet mot vårdavdelningarna i regionen, då projektet har presenterats och erbjudits. Oftast har den första kontakten varit med cheferna, som sedan själva presenterat konceptet vid sina avdelningar eller inbjudit NSPHiG att göra det. Efter att ha förankrat med personal vid avdelningarna har sedan beslut tagits att anta en eller två peer supportrar som del i arbetslaget. Personal från projektledningen vid NSPHiG har sedan vid två eller tre tillfällen kommit och presenterat konceptet PEER Support närmare och förberett personalen vid konferenser och organisationsdagar. Personalen har då givits möjlighet att reagera på konceptet, ställa frågor till NSPHiG och på olika vis bearbeta det inom gruppen samt med projektledningen. Då peer supportrarna sedan introducerats vid avdelningarna har det vanligtvis gått några månader sedan dessa informationstillfällen.

Då en avdelning anmält sitt intresse är det NSPHiG som placerat ut peer supportrarna. Här har störst vikt lagts vid personlig lämplighet för arbetsplatsen. Mindre vikt har lagts vid lämplighetskriterier såsom gemensamt diagnosområde med den ansökande avdelningen. Peer supportrarna har sedan haft sina arbetsplatser vid vårdavdelningarna, men sina anställningar genom NSPHiG. Modellen innebär ingen synpunkt på om det är vårdavdelningen eller brukarrörelsen som anställer dessa peer supportrar. Det viktiga är det nära och kontinuerliga samarbetet och avstämningen med brukarrörelsen, i syfte att följa upp dels projektet i stort och dels de enskilda peer supportrarnas arbete vid verksamheterna.

NSPHiG:s kansli har sedan fungerat som fysisk samordningspunkt där projektledningen och handledaren finns tillgängliga. Härifrån samordnar NSPHiG avstämningsmöten och andra gemensamma aktiviteter för peer supportrarna.

Väl utplacerade vid arbetsplatserna har peer supportrarna erbjudits att gå bredvid ordinarie personal en kort introduktionsperiod. Arbetsplatsen har även erbjudit en handledare för det dagliga arbetet på avdelningen. Samtidigt har peer supportern en handledare vid NSPHiG, som de har en fortlöpande kontakt med. I början av anställningen har det varit handledningsmöten varje vecka, sedan har tätheten sjunkit till ett möte i månaden. Dock finns det en fortlöpande kontakt även mellan handledningsmötena, och peer supportern uppmuntras att vända sig till handledaren vid NSPHiG vid varje tveksamhet som uppstår kring arbetsuppgifter, arbetsbeskrivning eller vilka frågor som än framträder som problematiska för peer supportern. Vid avstämningsmötena kallas alla peer supportrar i regionen till NSPHiG:s kansli för att sammanträda. Peer supportrarna har även varit inbjudna till jultallrik och andra kollegialitetsfrämjande mötesformer.

Under 2016 och 2017 har NSPHiG arbetat på uppdrag av Västra Götalandsregionen för att driva projektet på detta vis, med rekrytering, utbildning, handledning, samordning och stöd för peer supporterna och vårdavdelningarna.

### Utvärderingens bakgrund

I den arbetsplan som antogs i november 2016 anges att NSPHiG avser utvärdera projektet PEER Support, genom att projektet följs upp av forskare (hädanefter i texten: *evaluator*). Denna rapport är den sista av tre inom ramen för utvärderingen av projektet, som finansierats av Västra Götalandsregionen och drivs av NSPHiG. Material har samlats in i tre omgångar; i projektets början (november 2016 – februari 2017), efter ett halvt år (mars – september 2017) och efter ett år (oktober – december 2017). Varje insamlingsfas har motsvarats av en rapport. Detta är uppföljningens slutrapport vilken utvärderar hela det första projektåret. De första två rapporterna har delats internt inom NSPH; den *preliminära rapporten* från januari 2017 behandlar peer supporternas upplevelse av introduktionen vid arbetsplatserna, *halvtidsrapporten* från september 2017 koncentrerar sig på personalens upplevelse av mellan sex och åtta månader med PEER Support vid avdelningen. Denna slutrapport avser väga in resultatet från dessa två tidigare, informella rapporter.

### Rapportens syfte och metod

Slutrapportens *syfte* är att under projektet PEER Supports projektperiod *följa upp projektet med hänsyn till upplevelser och attityder hos personal, peer supporter och chefer*. Undersökningens *metod* har två primära materialkällor: *intervjuer* (individuella liksom i grupp) samt *enkäter*, vilka presenteras nedan. Evaluatorn har även stått i kontinuerlig kontakt med projektledningen, medverkat vid möten såsom handledningar och informationsmöten samt haft tillgång till dokumentationsmaterial. Intervjuerna har avsett följa processens gång vid de olika vårdavdelningarna samt undersöka informanternas upplevelser av att ha PEER Support vid arbetsplatserna. Enkäterna har avsett undersöka attityder till återhämtning och till arbetsplatsen som återhämtningsorienterad arbetsplats. I analysen har informantgruppernas upplevelser av och attityder till PEER Support vid olika skeden under projektets implementeringsår jämförts med enkätsvar från samma grupper. För peer supporterna har även ett instrument använts som undersöker den psykosociala miljön vid deras arbetsplatser.

Tekniska hjälpmedel som använts för analysen är IBM SPSS Statistics för det kvantitativa materialet och Microsoft Excel för att ordna det. För det kvalitativa materialet – intervjuer och anteckningar – har programmet NVivo Pro använts, där materialet har ordnats tematiskt och taggats efter tema och innehåll. Det är främst detta senare material som ligger bakom rapportens framställning av implementeringsprocessen i avsnittet *PEER Support vid vårdavdelningen*.

Alla informanter har fyllt i en samtyckesförsäkran och lovats anonymitet i den slutgiltiga rapporten. Citaten som används har bearbetats för att garantera informanternas anonymitet.

### Avgränsningar

Under 2017 kom projektet att växa i Västra Götalandsregionen då en andra kull peer supportrar utbildades. Denna rapport avser primärt följa de avdelningar som haft PEER Support under längst tid och vid vilka mest material kunnat insamlas, alltså den första kullen peer supportrar med vidhängande vårdavdelningar. I framställningen av projekttiden förekommer dock ibland citat och redogörelser för förlopp även från de avdelningar som haft PEER Support under en kortare tid, där detta kan förstärka eller nyansera berättelsen.

Ursprungligen fanns det en intention att djupintervjua patienter vid de olika avdelningarna, samt i görbar mån försöka undersöka skillnaden i upplevelser för patienter som hade respektive inte hade kommit i kontakt med avdelningens peer support. Detta visade sig dock vara en övermäktig utmaning. Fem av de sex berörda avdelningarna var slutna avdelningar som behandlade mycket utsatta patienter under deras mest sårbara sjukdomsfas. Så snart patienterna närmade sig ett mer gynnsamt hälsoläge försvann de från de slutna avdelningarna till öppenvården, och därmed också från evaluators räckvidd. Efter kontinuerliga diskussioner med personal från vårdavdelningarnas utvecklingsavdelning togs även beslutet att inte försöka följa upp patienterna statistiskt, vilket var en annan första intention. Svårigheterna att särskilja de hälsoeffekter som skulle kunna bero på kontakt med PEER Support skulle vara omöjlig att särskilja från de som inte gör det.

I en ansats att ändå nå åtminstone några patientreaktioner samlades dock ett litet material in mellan juni och augusti, bestående av en enkel enkät med fyra frågor med sammanlagt 18 svarande patienter från fem verksamhetsavdelningar, varav vissa har kommenterat och utvecklat sig på enkätbladet.

### Rapportens forskningsverktyg

*Intervjuguiden* undersöker i 18 öppna frågor upplevelsen av implementerandet av PEER Support i verksamheten (Bilaga 1-3). Guiden är baserad på den frågelista som använts av CEPI (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser) i utvärderandet av Mentorsstödsprojektet vid Skånes universitetssjukhus Sus, men anpassad till PEER Support projektet såsom det ser ut i Västra Götalandsregionen. Guiden är utformad efter en version av den frågeguide som användes under en tidigare version av utvärderingen vid Sus (innan 2017). Guiden användes vidupprepade tillfällen för att ha en konsekvent longitudinell uppföljning ändå från undersökningens inledning i november 2016. Guiden riktar sig i olika versioner till kategorierna *personal*, *peer supporter* och *chef*. Guiden avser generera ett djupare material som i större mån koncentrerar sig på vårdavdelningens lokala arbete och som skall underkastas en kvalitativ analys.

*RKI, Recovery Knowledge Inventory*, är ett instrument som med 20 frågor och en femgradig skala mäter av attityder hos vårdpersonal till återhämtningsorienterade omvårdnadspraktiker (Bedregal et al 2006, Meehan & Glover 2009).

*DREEM, Developing Recovery Enhancing Environments Measure*, undersöker informanternas uppfattning om hur återhämtningsorienterad en arbetsplats är (Dinnis et al 2007). En sektion har använts ur DREEM; *Organisationens klimat*, vilken medelst 14 frågor och en femgradig skala koncentrerar sig på det sociala klimatet i relation till återhämtning.

En *patientenkät*, som författats av evaluatören, undersöker patienternas syn på och upplevelser av peer support. Enkäten ställer fyra graderingsbara frågor där tillfälle även ges att utveckla sig kort skriftligen.

Utöver dessa instrument har ytterligare två enkäter använts; *PREVENT Enkät om psykosocial arbetsmiljö* samt initialt *RSA, Recovery Self-Assessment*. Den tidigare utgår för att dess resultat inte visade någon direkt fluktuation eller några intressanta resultat. Den andra lades bort efter den första datainsamlingsrundan då den tog för mycket tid i anspråk i relation till ämnesrelevansen hos dess resultat.

### Rapportens material

Materialinsamlingen kan grovt delas in i tre omgångar, motsvarande faser i implementeringsprocessen vid de respektive avdelningarna.

Den *första materialinsamlingsomgången* påbörjades i november 2016, två månader efter att de fyra första peer supporttrarna började arbeta vid sina avdelningar och en vecka efter att nummer fem och sex börjat vid sina. Det insamlade materialet härifrån omfattar individuella intervjuer med de sex peer supporttrarna, två gruppintervjuer med personal vid en av avdelningarna, samt en intervju med cheferna för fyra av avdelningarna. Till denna intervjuomgång kommer även intervjuer med ytterligare två peer supporttrar som påbörjat sitt arbete senare under 2017 och är utförda två veckor efter att de introducerats vid sina avdelningar. Peer supporttrarna har fyllt i RKI och DREEM. Personalen samt cheferna har fyllt i RKI och DREEM. Att det inte är fler personalgrupper beror på svårigheter att finna vägar att rekrytera personal för intervjuer under denna tid. Det sista material som omfattas av denna insamlingsomgång samlades in i januari 2017, med undantag från de två som började arbeta senare under året.

Den *andra materialinsamlingsomgången* påbörjades i mars 2017 och omfattar individuella intervjuer med de fem peer supporttrar som var i arbete sedan introduktionen (en av de sex som börjat några månader tidigare hade nu slutat), fyra gruppintervjuer med personal från avdelningar med PEER Support, samt en chef. Omgången omfattar även en peer supporter som två veckor före intervjutillfället började arbeta vid en avdelning där en annan peer supporter redan arbetat i fyra månader. Under denna period stod fyra av de berörda avdelningarna under en process där cheferna byttes ut, varför de inte intervjuades under perioden. Alla informanter har här fyllt i samma enkäter som under den första materialinsamlingsomgången. Här samlades även ett litet material in med avseende på patienter vid avdelningarna (bilaga 4). avslutades i oktober 2017.

Den *tredje materialinsamlingsomgången* påbörjades i oktober 2017 och omfattar intervjuer med de fem peer supporttrar som varit aktiva ända sedan starten, gruppintervjuer med personal från fyra av de avdelningar dessa arbetat vid samt tre chefer för dessa avdelningar. Samtliga har fyllt i samma enkätmaterial som innan. Perioden avslutades i december 2017.

Använda citat har bearbetats för att garantera informanternas anonymitet, både med avseende på citatets innehåll och på informantens språkliga stil. Av detta skäl har även pronomenet *hen* använts konsekvent (istället för han eller hon) då det refererar till peer supportern.

### Rapportens upplägg

Denna rapport koncentrerar sig på det intervjumaterial som samlats in med peer supporttrar och personal.

Efter denna *Introduktion* kommer presentationen av undersökningens *Resultat*.

Avsnittet *PEER Support vid vårdavdelningen* är en framställning av projektiden, baserad på intervjumaterialet, där teman presenteras i ungefär samma ordning som i den intervjuguide som användes vid dessa intervjuer. Framställningen för varje tema är kronologisk och börjar i princip med citat från peer supporttrar, fortsätter med personal och avslutas med chefernas perspektiv. Avsnittet presenteras med underrubriker och varje delavsnitt avslutas med en sammanfattning.

Avsnittet *Attityder till återhämtning* avser följa och visa eventuella förskjutningar eller konstanter av attityder över tid hos personalen och peer supporttrarna, med avseende på deras inställning till återhämtning samt på arbetsplatserna som återhämtningsorienterade respektive psykosocial miljö.

Avsnittet *Patientperspektiv* utgår från de 18 enkäter som samlats in från patienter som kommit i kontakt med peer supporttrarna och citerar kommentarer

Kapitlet *Konklusion* ger en kommenterad *Sammanfattande diskussion* av resultatdelen och lyfter fram några av de effekter av PEER Support som visat sig. Kapitlet avslutas med en *Metoddiskussion* där förslag ges om hur en eventuell framtida undersökning framgång skulle kunna nå främst personal och patienter i ett tidigare skede.



## Resultat

### PEER Support vid vårdavdelningen

#### Ett års upplevelser, intryck och erfarenheter av PEER Support

I början och slutet av varje intervju har informanterna ombetts spontant delge generella upplevelser, intryck och erfarenhet av PEER Support utöver de mer specifika frågorna i intervjuguiden. Ibland har svaret kommit i form av reflektioner, ibland som anekdoter, ibland som summeringar av dittillsvarande process sedan introduktionen vid aktuell avdelning. Peer supporterna har vanligtvis svarat med korta summeringar av sin arbetssituation, personalen med omdömen om projektets kvaliteter, chefer med mer abstrakta idéer.

#### De första veckorna

Vid introduktionen på arbetsplatserna upplevde de flesta av peer supporterna att de av personalen möttes av välvilja och intresse. Trots att inte alla reaktioner varit överväldigande hade ingen uttryckt direkt skepsis. Vad de möttes direkt av var snarare de glada reaktionerna, och främst då från de ur personalen som tagit sig tid att gå till de informationsmöten NSPHiG givit inför arbetsplatsintroduktionen.

Under projektets tidigaste veckor aviserade dock flera peer supportrar en viss ambivalens inför den förestående uppgiften. Entusiasm inför möjligheterna blandades med viss oro; spelar det till exempel någon roll att den egna diagnosen inte stämmer över ens med det som behandlas vid den avdelning där man arbetar som peer supporter? Även om det fanns en oro på ett tänkt plan spelade dock detta inte någon praktisk roll för någon av de nytillsatta peer supporterna. Alla tillfrågade hade någon liten historia om hur just hen kunnat göra skillnad bara genom att avisera att man hade en diagnos själv.

*Då hade vi en ganska svår patient som ingen kunde prata med, som inte kunde prata med nån om någonting. Detta visste inte jag om. Men jag satte mig ned, jag tror det var min första eller andra dag. Jag presenterade mig, berättade att jag är peer supporter. Och hen började prata, vi satt och pratade jag vet inte hur länge! De hade försökt att nå fram till hen i veckor, men det hände ingenting. Och jag bara kom och satte mig och det var inga problem alls. Och det är precis så som det har fortsatt.*

Peer supportrar, materialinsamlingsomgång 1

De erfarenheter man har hunnit göra under några veckor vid en ny arbetsplats är förstås begränsade. Den första kullen peer supportrar kom till en ny arbetsplats, med sig hade de sin erfarenhet, NSPHiG:s utbildning och en arbetsbeskrivning som mestadels utgörs av förslag och riktlinjer. Alla hade upplevt sysslöshet som ett problem; vad gör egentligen en peer supporter?

*Jag har inget svart på vitt på det viset som annan personal har, de har mer struktur. Och eftersom PEER Support inte är så väletablerat så vet ju personalen ibland inte vad man gör. Så det är ju mycket frustration också där. Det togs inte upp tillräckligt mycket på utbildningen: dödtiden emellan. Det pratade vi med de som jobbar i öppenvården också, att: det finns ingenting att göra! Man går fram och tillbaka i korridorerna, och man försöker kanske locka ut någon men det är ingen som vill... och så sitter man där, och så tänker man: vad gör jag här? VAD gör jag här? Men så tänker jag på: vad gör resten av personalen just nu? Ja, de*

Egen erfarenhet som unikt arbetsverktyg  
Utvärdering av projektet PEER Support inom psykiatri i Västra Götalandsregionen

*sitter också. Men de sitter inne i fikarummet. För de har inte heller något att göra just då! Det är inte bara jag. Då ser jag till att sätta mig i matsalen, i alla fall. Och så plockar jag fram en metro och löser sudoku och HOPPAS att nån kommer och sätter sig en stund. Eller att jag svarar på mail eller vad man nu kan göra. Men det är jobbigt. Att inte ha nånting att göra.*

Peer support, materialinsamlingsomgång 1

Ingen av peer supporterna hade vid introduktionen någon egen erfarenhet av att arbeta inom vården och saknade således förtrogenhet med de regler och rutiner som generellt förekommer i arbetet vid en vårdavdelning. Dessutom har varje arbetsplats sina egna regler och rutiner och sin egen arbetsplatskultur. Att infogas i en sådan situation utan att ha självklart och entydigt definierade uppgifter erbjöd en utmaning till de nykomna peer supporterna.

*Vissa dagar är jättefina, med många bra patientsamtal. Andra dagar misströstar man, då det kanske bara kommer en person på morgonmötet. Man kan känna att man bara trampar runt i korridoren, tills man inser att övriga personalen också gör det ibland.*

Peer support, materialinsamlingsomgång 1

Vid en vårdavdelning kan det förekomma mycket död tid, varvat med väldigt arbetsintensiva stunder. Alla peer supporterna vittnade inledningsvis om en viss upplevd handfallenhet – dels i en ny arbetssituation med rutiner man själv inte är förtrogen med, dels i det faktum att PEER Support i detta skede var ett pionjärprojekt som inte hade några egna rutiner eller erfarenheter att falla tillbaka på.

*Det är väl där det blir nästan jobbigast att vara peer support. Som peer support har man inte så många uppgifter, och det är lite av själva grejen med det: man är rätt upp och ned en medmänniska. Det kan vara frustrerande, för man vill ju samtidigt vara sysselsatt.*

Peer support, materialinsamlingsomgång 1

Generellt fanns det alltså en viss upplevd rastlöshet i den nya situationen, beroende på den nya yrkesgruppens avsaknad av egna rutiner, dess karaktär av att främst utgöra en till patienterna jämställd medmänniska samt till viss del en bristande förtrogenhet med den dagliga gången vid en vårdavdelning. Långsamt växte sedan viss trygghet fram i det att arbetsuppgifterna började sätta sig, och även i insikten att arbetet innebar sysslolös tid för även för övrig personal.

Egna rutiner växer fram

Under de första intervjuerna nämnde flera av peer supporterna begreppet "den gamla skolan". Detta begrepp är att uppfatta som benämning av en attityd hos viss personal som, implicit eller explicit, motsätter sig den jämlikhetstanke som PEER Support uttrycker för att istället premiera en vårdsyn där maktrelationen mellan vårdpersonal och patienter ses som fullt motiverad. Alla peer supporterna hade sett denna attityd hos viss annan personal vid avdelningen, i mer eller mindre renodlad form. Över lag kände de sig dock välkomna vid arbetsplatsen, personligen och i sin yrkesroll.

Då projektet varit igång ett drygt halvår hade de peer supporterna varit igång under hela denna tid funnit sig väl tillrätta. Den tidigare upplevda sysslölsheten kändes inte längre som tom tid utan

som tid då de finns tillgängliga för de patienter som behöver dem. Delvis hade det också kommit en trygghet i och med att de blivit mer bekanta med den dagliga gången vid avdelningen och att övrig personal har fått en förståelse för hur peer supporternas arbete behöver se ut. Inte minst hade känsligheten inför patienternas sinnesstämning och behov skärpts:

*Jag har blivit väldigt mycket varmare i kläderna, och har lite mer fingertoppskänsla inför patienten själv. Hur jag gör, vem jag får släppa ut. Jag kollar förstås vem som får gå ut på tavlan ändå. Men ibland kan jag nu känna vem som är mer eller mindre känslig, kan läsa av patienten bättre. Jag har också blivit bättre på att känna in nya patienter snabbt, att nå dem tidigt då de kommer in. Jag berättar min historia, och de berättar sina.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Även personalen hade noterat att peer supporterna kommit in i arbetet, skapat egna rutiner jämte den övriga personalens och fått mer självförtroende. Under de personalintervjuer som företogs vid halvtid menar flera ur personalen att de inledningsvis upplevt viss skepsis inför den nya yrkeskategorin, men att denna nu lagt sig då man sett hur det kommit att fungera.

*Det har varit bra. I början var det ju oklart för vår peer supporter själv vilken hens roll på avdelningen egentligen var. Det var lite luddigt. Då, precis i början, hade jag upplevelsen att "Kommer det här verkligen vara någon som kommer att gynna patienterna?". Men allteftersom kom det information till mig, att hen varit stöd för patienter, varit med inne på läkarsamtal och sådant. Hen hade vart med där, och verkligen bundit en kontakt med patienter. Det klarnade allt efter som, men det tog nog en två månader till att jag själv fick en uppfattning om hur det faktiskt fungerade. Sen dess har det bara vart positivt.*

Personal, materialinsamlingsomgång 2

Vid den tredje intervjuomgången hade peer supporterna generellt upplevelsen av att den osäkra första tiden, som känts som om den bestått av mycket tom tid och eget sökande efter uppgifter, ändå givit utdelning i och med att deras uppgifter kommit att klarna, deras förmågor skärpts och de blivit en mer organisk del av arbetslaget. Då flera av pionjärerna uttryckt att de hade haft för högt ställda förhoppningar på hur stor och viktig insats de verkligen kunde göra så verkade de nu ha kalibrerat sig mot den verklighet avdelningen hade att erbjuda och ändrat kraven på sig själva. Frustrationen över detta hade nu svalnat och de hade anpassat förväntningarna på den egna insatsen till vad som faktiskt var möjligt med den patientgrupp de arbetade med.

*Dagen blir inte riktigt som man tror att den skall bli. Man får ta saker och ting i stunden. Jag har lärt mig att improvisera med patienterna, att se deras behov snabbare. Jag har lärt mig att kunna vara mer flexibel över lag.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1.

Det framstår som om PEER Support, där det vid tiden för denna rapport varit aktivt i 16 månader, kommit att etablera sig vid dessa arbetsplatser som en del den behandling som ges, med egna funktioner i arbetslaget och en trygghet i den egna rollen. Den initiala osäkerheten inför upplevd sysslöshet hade kommit att vändas till att i stället signalera peer supporternas tillgänglighet. En sköterska menade vid den tredje materialinsamlingsomgången att deras peer supporter

*utstrålar något annat för patienterna. Det att hen inte har samma vardagsplikter som resten av personalen gör att hen har ett... ja, har ett lugn hos sig. Patienterna känner att de aldrig stör peer supportern, men att de alltid stör den ordinarie personalen i något viktigt. peer supportern är tillgänglig för dem och välkomnar alla samtal.*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

Just detta, att peer supportern utstrålar lugn och tillgänglighet, hade med facit i hand även öppnat upp nya, för personalen oväntade funktioner för peer supportern i arbetslaget.

*De har ofta märkt sådant som vi i den ordinarie personalen inte har märkt. Då vi har rapport så kan de ofta ha iakttagit sådant som ingen annan kunnat se, för att de haft en annan kontakt och att de varit med även i vardagen.*

Personal, materialinsamlingsomgång 3e

Detta perspektivskifte återkom i de flesta av personalintervjuerna såsom en av konceptets för dem mindre väntade kvalitéer jämte de mer konkreta.

En avdelningschef som tillträtt vid en avdelning som redan hade peer supporter installerad sammanfattade sitt dryga halvår som ledare för en avdelning där PEER Support varit en del av behandlingen i 1,5 år:

*För att sammanfatta tycker jag att PEER Supporten fungerar väldigt, väldigt bra När jag själv först hörde talas om det blev jag lite undrande för vad det var, hur det skall se ut, vilken funktion denna nya roll skall fylla. Men det har varit väldigt bra.*

Chef, materialinsamlingsomgång 1

### *Sammanfattning*

Då PEER Support varit en del av vårdavdelningarnas verksamhet i några månader infann sig ett lugn hos peer supportrar och personal, beträffande både vad peer supportrarnas arbetsuppgifter skulle vara och hur detta passade in i befintlig given vård vid avdelningen. Personalen och peer supportrarna själva insåg att just det faktum att peer supportrarna inte hade de vardagssysslor som ålåg annan personal istället öppnade upp deras tid för patienterna. Personal hade dessutom börjat iaktta att det perspektivskifte peer supportern innebar påverkade även deras eget sätt att tänka. Peer supportrarna hade även börjat visa sig innebära en väg till generell information om patienternas hälsoläge som varit svåråtkomlig för den övriga personalen. Dock dök det ibland upp konfliktytor mot viss personal av "den gamla skolan", vilket var en term flera peer supportrar använde om vad de uppfattade som en äldre syn på vård där peer support inte självklart passade ihop med konventionellt vårdarbete.

### Uppfattningar av PEER Supports effekter

På frågan om de sett att PEER Support haft några effekter i verksamheten svarade redan de tidigast anställda peer supporterna att de tyckte sig ha gjort det. De nämnde effekter både bland personalen och deras rutiner och arbetsplatskultur samt patienterna, som nu givits ett nytt socialt utrymme. Personalen tvingades att tänka ett varv till innan de skämtade om patienter eller diagnoser då en tidigare inlagd fanns i personalstyrkan och kanske i samma fikarum. Patienterna, å sin sida, hade ett nytt språkrör bland personalen som där kunde förtydliga deras situation. Bara det att ett par nya ögon, med ett nytt och eget perspektiv, kommit in på arbetsplatsen hade redan givit även vissa ur personalen ett nytt perspektiv på det egna arbetet;

*Flera ur personalen har ju sagt att det blev ju helt annorlunda när vi kom. De har sett det på patienterna. Och då var det inga specifika grejer, det var att "Man hör, när ni pratar med varandra", var det en kvinna som sa, "hur långt ifrån vi är".*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Ett halvt år senare hade PEER Support börjat sätta sig ytterligare vid arbetsplatserna. Den personal som man tidigare uppfattat som "den gamla skolan" hade antingen tonats ned eller faktiskt börjat ändra attityd.

*Jag har fått med mig de äldre lite mer nu! De som tidigare kunnat ha synpunkter på att jag, som peer supporter, använt okonventionella metoder. I början var de skeptiska, men nu har mina metoder visat resultat. Jag får cred och beröm för saker som jag gjort bra. Till exempel dämpade jag en patient i korridoren för några dagar sedan. Små saker, små insatser men de kan lugna ner en situation som annars skulle ha kunnat eskalera.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 2

Citatet visar hur den personal som skiftat attityd gjort så då vissa effekter av peer supporternas arbetsätt blivit synliga; ökat utrymme för samtal och personliga möten hade nu visat sig kunna lugna upprörda patienter utan att medicin behövt sättas in, svåra situationer har undvikits då peer supportern haft insyn i patientens dagsläge redan vid dagens början. En personalgrupp som haft peer supporter i ett knappt år diskuterade just denna effekt:

Informant A: *Vi slänger ju fram ett piller om de blir oroliga, för vi har inte tid alla gånger.*

Informant B: *Och istället för att patienter har kommit till oss med sin oro så tror jag i alla fall att de har gått till peer supportern i stället. Och då kanske inte behövt den här extramedicineringen.*

Informant C: *Men det har jag märkt. När hen har stått där utanför expeditionen... hen bara känner av läget på avdelningen, och så kommer en patient och frågar mig om vidbehovsmedicin. Då har jag kunnat säga till peer supportern, "Kan inte du bara sätta dig och bara tjöta med patienten en stund? Så ser vi om det hjälper." Och de gånger jag kommer ihåg har patienten sedan inte återkommit och bett om medicin, utan det har faktiskt hjälpt med samtal. Då har inte jag haft tid, och det var okej för peer supportern. Det var ju jättebra! Och det visar att man många gånger inte behöver mycket mer än ett samtal.*

Informant B: *Jag kommer att tänka på flera patienter som hen har minskat antalet vidbehovsmedicin för.*

Personal, materialinsamlingsomgång 2

Även de chefer som tillkommit efter att peer supportern redan var på plats vid vårdavdelningen uttrycker sig positivt om peer supportens effekter. En av de chefer som tillkommit där PEER Support redan var inarbetat menar att effekterna i sig är svåra att iakttä eller mäta då de inte är av det slag som kan dokumenteras, men att de absolut finns där.

*Jag märker tydligt hur mycket vår peer supporter gör. Hen pratar med alla, får reda på en massa saker i sina patientkontakter, och detta dokumenteras ju inte. Ganska lite av vad hen hör går direkt vidare till personalgruppen i form av ren information, men peer supportern förmedlar mycket generell kunskap om patienterna vilket gör att personalen lättare kan stödja vissa patienter där de har behov. Men jag tror att det mesta av arbetet är sådant som inte märks och inte kan mätas. Peer supportern har ett lugn och inger förtroende. Jag tror att hen förhindrar stökiga situationer redan innan de uppkommer*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

En annan chef, som också tagit över en avdelning där PEER Support redan är inarbetat, är än mer konkret; PEER Support betyder ju också att patienterna kan göra sådant som inte varit möjligt tidigare.

*Effekterna är ju att patienterna inte är lika mycket inne på avdelningarna, utan att de faktiskt kommer ut tillsammans med någon. Alltså någon som är knuten till avdelningen. De får hitta på andra saker. Aktiviteterna nere i gamla arbetsterapin till exempel, väldigt bra grej tycker jag. Det händer lite mer för dem än att de bara är på avdelningen.*

Chef materialinsamlingsomgång 3

### *Sammanfattning*

Bland de effekter som iakttagits av peer supportrar och personal är att patienter inte lika ofta upplever ett behov av att gå direkt till läkaren med alla sina önskemål; ett samtal med peer supportern har ofta räckt för att lugna någon som varit upprörd. Många patienter har givits en ny rörelsefrihet, både inne på avdelningen och utomhus, då de givits tillgång till nya platser utanför vårdavdelningarna i sällskap med peer supportern. Även upplevda konflikter med personal av "den gamla skolan" hade nu tonats ned, då fler i personalen sett dessa effekter på patienter och annan personal.

### Peer supporternas uppgifter och aktiviteter

Då den första kullen peer supportrar kom ut på avdelningarna hade de med sig en arbetsbeskrivning som snarare gav förslag än fasta riktlinjer i hur arbetet måste utföras. Snarare än att arbetet måste utföras på ett visst sätt och leverera vissa aktiviteter låg tyngdpunkten på hur aktiviteter kan användas till att skapa möten med patienter. Hur detta skulle gå till var sedan upp till de villkor som ges vid den avdelning peer supportern hamnar vid. Detta gjorde att villkoren var relativt olika beroende på var peer supportrarna hamnade, men för den majoritet som hamnade vid slutna avdelningar fanns förslag som var enkla att börja använda.

### Peer supporternas arbetsdag

En peer supporter berättade om en dag som den kunde se ut efter två månaders arbete. Här hade vederbörande redan hunnit testa flera olika aktiviteter, förkastat några och omformat andra i dialog med peer supportrar vid de omgivande avdelningarna.

*Jag och min kollega vid avdelningen bredvid har haft en hel del olika aktiviteter gemensamt, filmvisningar för patienter och sådant. Jag försöker också varje dag gå ut med någon, så att de inte bara blir inne dag efter dag. Det har sällan den andra personalen någon tid med. Och så har jag morgonmöten. Jag snor med mig en packe Metro vid spårvagnshållplatsen på vägen hit, och så delar jag ut dem till de andra vid morgonmötena. Vi läser igenom dem och diskuterar det vi finner. Aktuella händelser, så att de känner att de hänger med lite i världen utanför. I början var det inte så många som kom men det blir fler på morgonmötena varje dag.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Vid de slutna avdelningarna kom peer supportrarnas uppgifter ganska snabbt att utgöras av individuella morgonsamlingar, uppsökande samtal (då de går fram till någon i korridoren), patientpromenader och gemensamma aktiviteter någon gång i veckan. Peer supportrarna hade här många vidareutbildningar och var ofta inbjudna till andra avdelningar för att fortbildas eller för att berätta om sin verksamhet, vilket gjorde att riktigt fasta strukturer för arbetet inte kunnat etablera sig. Och ibland, lite för ofta för vad de själva var bekväma med, infann sig långa dödtidsperioder då inget fanns att göra.

De tre peer supportrar som anställdes vid avdelningar precis bredvid varandra hade vid introduktionen fått ta över ett rum som tidigare inhytt arbetsterapi, och där det fortfarande fanns en del av det material arbetsterapeuterna använt. Rummet blev för peer supportrarna navet för de verksamheter de arrangerade tillsammans. Först rörde det sig om filmvisningar, men med tiden försvann dessa och ersattes alltmer av mindre passiva aktiviteter såsom att spela spel, baka och måla. Peer supportrarna styrde under de första månaderna upp gemensamma aktiviteter kring detta en gång i veckan och hade egna möten och en tätast möjlig kommunikation under de övriga dagarna. Merparten av deras arbete fortsatte dock att vara individuellt och inne på de respektive avdelningarna; att över avdelningsgränserna samordna vardagsaktiviteter såsom promenader visade sig innebära mer arbete än vad det var mödan värt. Samarbetsmöjligheterna mellan de olika avdelningarnas peer supportrar värderades dock redan från början högt och framhövdes som en stark resurs under den första materialinsamlingsomgången. De två peer supportrar som anställdes vid samma avdelning framhövde även de just sitt samarbete som den främsta resursen.

För den peer supporter som anställdes vid en öppen psykiatrisk avdelning fanns sällan alternativet att ta tag i någon i korridoren och inleda ett samtal. Hen hade tilldelats ett eget utrymme, men på en sådan avdelning vet patienterna till vilken dörr de skall, då de är klara där inne går de ut från avdelningen. De har ju just inte någon orsak att läsa vad de står på de andra dörrarna och utforska vad som finns bakom eller att sätta sig ned i korridoren. Således hade hen i mycket varit utlämnad till att bli inbjuden till patienterna av annan personal och deras goda vilja. De uppgifter hen tagit sig an har blivit sådana som att följa med på eller göra egna hembesök, träffa patienter på stan för en fika eller en promenad, eller att tillsammans med behandlare besöka slutenvården. Vid tider av lägre aktivitet blev hans lösning att fortbilda sig själv på olika vis, vilket hen dock uttryckte ett visst missnöje med; *När jag gör det så är det ju bra grejer, men när jag inte gör nåt så är det inte så bra. Jag känner ju det, att jag vill göra nåt.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

*”Sysslolöshet” blir till ”tillgänglig tid”*

För de tidiga peer supportrarna verkade det största problemet vara de känslor av sysslolöshet som satte in då inga aktiviteter passade för ögonblicket, eller då alla patienter var inne på sina rum. Den övriga personalen hade hela tiden något att göra, och i peer supportrarnas arbetsbeskrivning ingick inte sådant såsom att bädda sängar eller tömma papperskorgar – detta låg också i den övriga personalens sysslor. Att sitta ned i korridoren eller dagrummet och bara ”vara tillgänglig” hade ännu inte satt sig hos peer supportrarna, och den övriga personalen upplevdes ännu inte så införstådd med konceptet PEER Support att de förstod värdet av detta.

Då den sista materialinsamlingsomgången gick hade veteranerna kommit till ro med sysslolösheten och arbetets karaktär av improvisation (och även med den brist på möjligheter till improvisation som sysslolösheten också kunde innebära). En av de peer supportrar som tillträtt senare och avlöst en annan peer supporter vid samma avdelning kände aldrig av sysslolöshet alls.

*Nej nej. Om det inte finns något här så springer jag över till en annan avdelning och gör något tillsammans med någon av mina peer support-kollegor.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 2

Denne kom alltså till en avdelning som redan haft en peer supporter anställd, där personalen redan var införstådd med hur peer supportern arbetar och vad som är respektive inte är peer supporterns område. Förutom en förståelse för konceptet hade personalen nu också en arbetsdelning som till viss del hunnit organiseras så att peer supporterns funktion kommit att inlemmas i vårdlagets arbetssätt.

*Marken var ju lite beredd, det var ju en peer supporter som fanns här innan och som hade jobbat flera månader. Så personalen inte bara visste vad det rörde sig om utan hade även goda råd om hur jag kunde göra. Personalen är väldigt bra här, det är snälla och duktiga människor som vill hjälpa andra. De har redan haft förståelse för min funktion och faktum är att det inte finns något som inte funkar.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 2

Samtliga peer supportrar var under den sista materialinsamlingsomgången mer avspända i relation till både den relativa ”sysslolösheten” och till hur andra upplevde den. Veteranerna hade vid detta lag slutat med att läsa Metro med patienterna på morgonen och med de flesta andra aktiviteter som legat på förmiddagen, då det kunnat bli konflikt med både patienters frukost och med rond och



liknande strukturella aktiviteter. De som arbetade tillsammans vid de slutna avdelningarna hade kommit fram till egna rutiner som passade in jämte övrig vårdpersonals och var över lag med på åtminstone en del av de patientmöten och rapporteringsmöten de önskade. (Dock sällan så många som de ville – här var de fortfarande utlämnade till den goda viljan hos ansvarig personal.) Det arbetsflöde som framträtt hade nu kommit att utgöras av gemensamma aktiviteter (gemensamma med de peer supportrar som arbetat vid grannavdelningarna), där de arbetade mer strukturerat, och individuell tid, där de arbetade mer improviserat.

#### Personalens perspektiv på PEER Supports bidrag

Även personalen hade efter denna tid noterat skillnaden i självförtroende hos peer supportrarna och en uppfattning hade etablerats om att peer supportern inte *skall* delta i den dagliga markservicen – de skall vara tillgängliga. Vid frågan om vad de vet om de aktiviteter peer supportern gör med patienterna kom först en uppräkningslista av olika saker de sett vederbörande utföra – promenader, kortspel, pingis och liknande – för att sedan glida in på hur dessa aktiviteter inte verkade vara de i sig viktiga uppgifterna. Hos personalen fanns det nu en förankrad uppfattning om att dessa aktiviteter är en väg peer supportern använder i syftet att skapa ett personligt möte där patienten kan känna sig sedd som människa. Förutom att detta upplevdes av personalen som avlastande så fanns det också en särskild respekt inför detta syfte.

*Våra patienter är ofta ensamma människor. De ligger inne här, skickas hem med mediciner för att glo på sin vägg där hemma. Med tiden slarvar de ofta med medicinen och hamnar här igen. Sedan sitter de här och tittar på väggar istället. Men alla människor är ju sociala djur. Med PEER Support ges denna dimension stor betydelse, och det blir en helt annan relation än den med ordinarie personal.*

Personal, Materialinsamlingsomgång 3

En av de egentliga uppgifterna, enligt vidtalade personalgrupper, är alltså just *att vara tillgänglig*. Då annan personal är upptagen (med vårdande, med soptömning, diskande, bäddande et cetera) så kan man som patient alltid gå till peer supportern – *denne är tillgänglig*.

Navet för de mer strukturerade aktiviteterna, de som alltså utförs tillsammans, har blivit det gemensamma aktivitetsrummet. Alla de tre peer supportrar som är aktiva under den tredje insamlingsomgången vittnar om hur inte bara aktiviteterna utan rummet i sig, tillsammans med dess möjlighet att ta sig utanför vårdavdelningens avgränsningar, för många patienter innebär rekreation.

*Vi får helt andra samtal då vi för dem i den här lokalen, utanför de vanliga vårdlokalerna! Mycket stor skillnad. Kanske blir det fem, sex stycken som följer med från alla tre avdelningarna. Men jag lägger inget värde i hur många det kommer, eller om det är från min avdelning.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 3

*Aktivitetsrummet funkade som miljöombyte för vissa patienter. En patient som knappt hälsar på avdelningen lever upp då den kommer ner i rummet, blir en helt annan person.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 3

Även den peer supporter som arbetade vid öppenvårdsavdelning har hittat sätt att hantera den upplevda sysslolösheten. I hans fall har lösningen fått bli en annan än att få frid med att sitta still; hen

har istället fått skapa fler allianser med vårdgivande personal (för större tillgång till patienterna) utökat sitt geografiska område (för att optimalt kunna utnyttja sin arbetstid). Vidtalad personal vid avdelningen är efter ett och ett halvt år med PEER Support vid avdelningen "mycket nöjda".

*Vi har sett hur peer supportern gått från att vara tämligen sysslöslös till att vara upptagen mer eller mindre hela tiden. Det har ju dock berott på att peer supportern fått söka sig utanför avdelningen och till öppenvården. Där har patienter varit mer tillgängliga. På den här avdelningen har hen nog varit väldigt beroende av personer ur behandlingspersonalen.*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

### *Sammanfattning*

Både hos personalen och hos peer supporterna växte med tiden ett nytt sätt att se på peer supporternas arbetsuppgifter fram: att det inte var aktiviteterna i sig som var det viktiga. Det viktiga var i stället *hur* dessa aktiverade patienter och vilka samtal de skapade. Vid de vårdavdelningar som haft PEER Support under hela perioden uppfattades det som tidigare setts som sysslöshet nu istället som tillgänglighet. Vid samtliga dessa arbetsplatser hade sådana uppgifter och aktiviteter som passade respektive ställe växt fram, utifrån de förutsättningar som funnits på plats.

### Peer supporternas kontakt med patienter

Då de första peer supporterna kom ut på sina avdelningar hade de ingen tidigare erfarenhet av yrkesrollen, egen eller annans, att luta sig emot. De olika avdelningarnas skiftande karaktär gjorde också att villkoren för hur kontakt med patienterna kunde tas inte kunnat standardiseras inom ramen för den utbildning de givits av NSPHiG.

#### Den första patientkontakten

Under de första veckorna utkristalliserades olika kontaktvägar vilka, om än nu utvecklade, fortfarande gällde ett och ett halvt år efter de första stegen på den nya yrkesbanan. För de som rekryterats till slutna avdelningar har det handlat om att sätta sig i kontakt med patienter inom ramen för den stängda avdelningens slutna rum. Oftast har det kunnat handla om att gå rakt fram till någon, presentera sig och inleda ett samtal.

*Jag tar personlig kontakt direkt. Jag sätter mig ned och pratar med dem som ser ut att må sämst, faktiskt. Och det har funkad bra.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

För den peer supporter som anställts inom öppenvården är situationen betydligt mer komplicerad. Som vi redan sett måste kontakten med patienten medieras av någon ur den vårdgivande personalen. Efter ett och ett halvt år i tjänst hade dock kontaktnätet utvidgats betydligt, och med det också patienternas möjlighet till kännedom om möjligheten att ta del av peer support. Ofta var det nu patienterna som kontaktar peer supportern, antingen för att de hört om hans arbete och frågat sin behandlare, blir uppring direkt av patient eller får peer supporterns arbetsbeskrivning och kontaktuppgifter direkt då de skrivs in vid någon av de avdelningar hans verksamhet nu sträcker ut sig till. Därefter bokades ett möte. Då det är dags att byta till öppenvård följde peer supportern med även på de mötena.

Även om vägarna till patienten inte är identiska är de psykologiska mekanismer som ser till att mötet ges sin speciella karaktär desamma; det med en jämlike, som varit med om att vara lika utsatt som patienten själv.

#### Peer supporterns särskilda bidrag till patientkontakten

Peer supporterns position på vårdavdelningen liknar ingen annan då den grundar sig i att peer supportern finns där i egenskap av att ha egen erfarenhet av psykiatrisk vård. Peer supportern är en jämlike, eller med en av peer supporterns egna ord, helt enkelt en *like*.

*Någonstans är det ett maktförhållande. Mellan en skötare eller en sjuksköterska som bär på en nyckelknippa och en patient. Då jag berättar att jag har egen erfarenhet blir det en helt annan attityd än i det mötet. Det blir mer som... med en like! Och då jag berättar att jag dessutom har en psykiatrisk diagnos blir reaktionen: "Men du jobbar ju! Kan man alltså det?" Det kan ge en utsatt person ett större självförtroende!*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Just denna historia har de tidigast anställda peer supporterna erfarenheter av; hur patienter öppnar sig för peer supportern på ett sätt som de sällan eller aldrig gör för övrig personal. Delvis kan det tillskrivas det faktum att peer supporterns samtal med

Egen erfarenhet som unikt arbetsverktyg  
Utvärdering av projektet PEER Support inom psykiatri i Västra Götalandsregionen

patienterna inte är formaliserat som patientsamtal eller liknande; de är bara samtal mellan människor. Samma peer supporter som ovan formulerade sig vid intervju ett år senare om hur en patientkultur uppstår som effekt av den situation där personal och patienter är två skilda kollektiv som delar den avgränsade yta som en sluten psykiatrisk avdelning innebär:

*Visst finns det en patientgemenskap vid avdelningen. Patienter kommunicerar mer med varandra än med personal. Man kommunicerar dessutom andra saker. Jag som peer supporter har möjlighet att komma in i denna gemenskap. Men som vårdgivande personal är det väldigt svårt.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 3

Då peer supportern lyckas med att skapa kontakt med en patient ges hen också tillgång till en mer ofiltrerad och komplex bild av patientens tillstånd. Patienten känner sig i detta mer sedd än i ett samtal med läkare eller sköterska som kanske koncentrerar sig på symtom och hälsotillstånd. Peer supportern å sin sida får en helare uppfattning om patientens allmäntillstånd och dagsform. Både intervjuade peer supportrar och personal vittnar om att det gått till på detta vis, ändå från projektets början.

*Här sitter vi som är vårdpersonal, och vi sitter även på en viss maktposition. Vi kanske inte är de man vågar lite helt på. Men peer supportern är väldigt uppskattad av våra patienter. Och det är ju inte den lättaste patientgruppen heller! Just för att det är mycket misstänksamhet, och att man kanske inte öppnar upp sig så gärna. Men det har hen lyckats väldigt bra med, hos många.*

Personal, materialinsamlingsomgång 2

Vad kan peer supportern berätta vidare för personalgruppen?

Att patienten känner sig mer sedd är en av de önskade positiva effekterna av PEER Support; en annan effekt av samma sak är att personalgruppen får tillgång till en mer helhetlig bild av patienten. Huruvida båda dessa effekter uppträder beror på just hur väl peer supportern lyckas vara en brygga mellan patientkollektivet (alltså ges tillträde till patientgemenskapen) och personalkollektivet.

*Många patienter är egentligen jättesjuka men orkar på något sätt hålla ihop det ändå då de träffar personal. Upprätthåller fasaden, även om det inte skulle ha behövts. Peer supportern närmar sig patienten på ett annat sätt och kan få information som kan förmedlas till personal på ett sätt som både är diskret och respektfullt mot patienten, men som ändå ger personalen en mer realistisk bild av patientens hälsoläge.*

Personal, materialinsamlingsomgång 2

Vilken information som kan ges vidare samt på vilket sätt är en omdömesfråga som peer supportern över tid arbetar fram en känslighet för. Att urskilja och till vårdgivande personal förmedla den information som är viktig för dem, på ett sätt som ändå inte utlämnar patienten eller bryter ett förtroende, är en balansgång. Här är det svårt att styra peer supportern med riktlinjer eller rutiner – ofta är det en fråga om vilken typ av psykiatrisk avdelning vederbörande verkar på, och kännedom om det diagnosområde som behandlas där. Detta är ett vanligt och återkommande samtalsområde mellan peer supportrarna och deras handledare från NSPHiG.

*Peer supportern har ju liksom förstått allteftersom. Det var ju inte en självklarhet för hen i början vad som var vettig information för oss som vårdpersonal att få till oss. Ibland kan patienter öppna upp sig med saker för hen. Men vad är det som är viktig information att vi får fram, utifrån vilken typ av avdelning vi är. Är det som peer supportern ser kanske uttryck för nya symptom, som patienten visar för hen men inte för oss? Patienten kan ju hålla ihop sig vid läkarsamtal och kontaktpersonsamtal. Men det är så mycket lättare att prata med hen, är det väldigt många som har uttryckt.*

Personal, materialinsamlingsomgång 2

PEER Support – barriär eller brygga?

Alla intervjuade, vid alla intervjutillfällen, sade sig ha sett hur peer supporterns speciella position givit vederbörande en unik tillgång till patienterna. Samtliga personalgrupper erkände också hur detta givit peer supportern information nyttig även för behandlande personal. Vid en avdelning som vid intervjutillfället haft PEER Support i tre månader aviserades dock en viss skepsis bland personalen gällande hur denna funktion fungerat i praktiken. De menade att deras peer supporter förvisso fått tillgång till patientgemenskapen, men att de saknade en tydlig återkoppling till personalsidan. En farhåga fanns om att effekten kunde bli en oönskad "vi-mot-dem"-situation mellan de olika grupperna. På frågan om hur patienterna reagerat på PEER Support ställer en vårdare en retorisk motfråga.

*Föreställ dig detta. Du är patienten, jag är personal. Jag säger att du inte får äta några kakor nu. Peer supportern säger att det är klart att du skall ha kakor om du vill ha, och att det är en absurd regel att de inte får det. Vem tror du att du kommer att närma dig – mig som personal, eller peer supportern?*

Personal, materialinsamlingsomgång 2

Vårdaren menade att denna situation, som ägt rum på avdelningen, även var illustrativ för hela den problematik de sett; hur peer supportern kunde ta patientens parti i en situation som i vårdarens fall begränsades av en regel, och vars bakgrund peer supportern inte kände till (i detta fall att kakor inte delas ut på vardagar, då man sett att de intagna patienterna inte ökat lika dramatiskt i vikt under vistelsen om man bara serverar kakor på helgen). Peer supportern menade sig ha gjort rätt, och hade även i personalens ögon reagerat välvilligt och i patientens intresse.

Denna personalgrupp ville förtydliga hur problematiken inte handlade om *PEER Support* som koncept eller att den anställde peer supportern hade "fel" egenskaper. De menade i stället att ett tydligare, dubbelriktat informationsflöde skulle kunna avhjälpa situationen: å ena sidan att peer supportern redan från början hade mer kunskap om generella regler, rutiner och former för arbetet vid en vårdavdelning; å andra sidan att peer supportern tydligare vidarebefordrade de viktigaste delarna av den information som givits dem i deras patientinteraktioner. Under intervjun efterlystes former för sådana informationsflöden och att NSPHiG skulle ta en tydligare position för att inrätta sådana former redan inledningsvis.

Denna personalgrupp, vid detta tillfälle, var den enda som aviserade viss skepsis mot hur PEER Support yttrat sig i praktiken. I slutet av utvärderingsperioden hade dock situationen förändrats vid avdelningen. Mer stabila former för informationsflöden hade kommit till.

Peer supportern: en anställd "good cop"

En sjuksköterska som vid intervjutillfället haft PEER Support i 1,5 år reflekterade över hur man kunde se ytterligare en sorts funktion som uppträtt i och med det att Peer supportern som ensam personal ges tillgång till patientgemenskapen:

*Peer supportern är inte med i medicinering, i tvångsåtgärder, i andra känsliga situationer. Hen behöver inte rapportera allt hen hör, som övrig personal faktiskt måste. Hen är en som patienten vet inte kommer att utsätta vederbörande för något mot dess vilja; hen är en anställd good cop. Vi andra blir bad cop. Men det är vi vare sig peer supportern finns eller ej, och jag tror att det är väldigt bra att det finns en good cop ibland oss också. Hen slipper varje typ av myndighetsutövning, vilka vi måste hålla oss till. Arbetsterapeuten och kuratorn har också good cop-funktioner, men hos peer supportern blir det mer renodlat. En kompis och personal på samma gång.*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

En chef som tagit över en avdelning som redan då haft peer supporter i flera månader gör en reflektion över hur PEER Support passar in i ett historiskt skeende inom den psykiatriska vården. Vederbörande menar att Peer supportern kommer in i en situation där moderniseringar inom psykiatri i sig kommit att skapa en beklaglig klyfta mellan personal och patient.

*Jag upplever att det var på ett annat sätt på den avdelningen som jag var på då jag började inom psykiatri. Både skötare och sjuksköterskor då hade lite samma funktion som peer supportern har idag. Det är ett annat upplägg idag; mer handfasta saker som skall fixas runt omkring patienterna. Det gör att man inte har så mycket tid att faktiskt sätta sig med patienterna och prata med dem. Det är min uppfattning.*

[...]

*Man pratade ju förr i tiden om rökrumsgemenskapen. Där var alla på samma nivå, alla är lika inne i rökrummet. Och då kunde patienter prata med anställda och behandlare på ett annat sätt. Jag tror att PEER Support gått över lite i den funktionen, på något sätt. Rökrummen försvann ju i samband med nya psykiatri.*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

### *Sammanfattning*

Peer supporterns första kontakt med patient har bestämts av villkor såsom huruvida hen arbetar vid en öppen eller sluten avdelning. Vissa peer supportrar har kunnat ta personlig kontakt direkt med patienter. Ibland medierades peer supporterns väg till patienterna av att de kunde forma goda relationer till personalen. De resulterande mötena har dock haft samma mekanismer; samtalen mellan likar, som inte i sig åsyftar att generera information. En mer ofiltrerad och komplex bild har i dessa möten kunnat framträda av patienten, som också kunnat komma behandlande personal till godo. Omdömet för vilken information som är relevant för personalen men inte bryter ett förtroende från patienten har varit en känslighet som för peer supporterna vuxit fram med tiden i arbetet.

Den särskilda närheten till patientgruppen möttes ibland med misstänksamhet och farhågor om att peer supportern skulle komma att innebära en barriär mellan personal och patient istället för en

brygga, såsom avsetts. En personalgrupp som tidigt hade dessa farhågor efterlyste ett tydligare informationsflöde mellan NSPHiG, peer supportrar, personal, handledare och chef. Mer kunskap hos peer supportrarna om vårdens generella rutiner och regler efterlystes. Efter några månader hade ett förtroende växt fram, och det som kunde ha blivit en konflikt gått över i att bli en situation där peer supportern kom att fungera som den brygga mellan patient och personal den var avsedd som.

Med året av erfarenhet bakom sig kom både personal och chefer att betrakta det som en särskild kvalitet hos PEER Support att peer supporterna saknade varje typ av myndighetsutövning. De har kommit att verka i det tomma utrymme som uppstått då sjukvårdspersonal givits mer och mer av vardagliga markserviceuppgifter och mindre utrymme till mänsklig kommunikation och samtal.

## Peer support, personal och behandlingssätt

### Strukturell ensamhet

Den första omgången intervjuer, med peer supportrar som varit aktiva vid avdelningar mellan en och åtta veckor, präglades av ensamhet i en situation där PEER Support som funktion ännu inte hade satt sig i organisationen. Övrig personal visste inte hur de skall införliva den nya yrkeskategorin med det existerande arbetssättet, där alla redan hade väl definierade positioner i ett färdigt system. Hur man i vad en av peer supportrarna metaforiskt kallade en "väloljad maskin" infogar en ny maskindel är inget som ter sig som självklart.

*Den övriga personalen, den har ju sitt system som funkar. Visst har de hälsat och vart artiga, men det är ju inte direkt så att de har huggit tag i oss och sagt "Häng med här!" Så har det inte varit, utan de gör vad de skall helt enkelt.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Även om de flesta var nöjda med det mottagande de fått av personalen uttryckte en första generationen peer supporters under intervjuerna således en viss vilshenhet.

En peer supporter berättade om en dramatisk händelse som utspelat sig vid arbetsplatsen; vederbörande hade uppfattat en situation vid avdelningen som att en redan väldigt utsatt patient tryckts ned ännu mer av vårdpersonalen. Vem skall denna upplevelse ventileras med? Vårdlaget, där de individer ingick som uppfört sig på ett vis man uppfattat som kränkande? En chef, som själv inte var där och såg vad som utspelade sig? Peer supportern saknade en strukturellt jämställd, som kunde ha samma perspektiv och där hjälp och stöd kunde sökas.

*Hade vi varit två när vi såg detta hade vi kanske vågat säga till. Men jag sitter själv, och jag har den lägsta rollen. Jag har inget stöd, jag har ingen som kan backa upp mig. Vad skall jag göra i en svår situation, skall jag springa in där och ropa "STOPP!" Det vågar man inte göra när man är själv! Så det finns många saker som visar på att det blir inte bra när man är själv. Man hamnar väldigt utsatt.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Just detta tema, avsaknaden av en jämställd (eller, för de två som arbetade tillsammans, fördelen av det), återkom i alla intervjuer under den första intervjuomgången. De tre som arbetar vid angränsande avdelningar menar att den geografiska närheten till de andra är omistlig, men att de önskar någon som arbetade ännu närmare, ytterligare ett par ögon som såg allt som hände vid avdelningen, en strukturellt jämställd som kunde ge en stöd i diskussioner eller behandlingskonferenser, en kollega tillsammans med vilken man mer lättvindigt kunde planera gemensamma aktiviteter. Den peer supporter som arbetar ensam vid sin psykiatriska klinik uttrycker denna saknad allra starkast.

### Inkorporering med vårdavdelningarnas arbetssätt

Vid den andra intervjuomgången har peer supportrarna arbetat mellan två och nio månader. Strukturellt har ingenting förändrats; de som arbetar vid angränsande avdelningar hade fortfarande varandra som närmaste kollegor, den som anställts ensam hade ännu ingen kollega. Även om önskemålet fanns kvar så hade samtliga funnit sätt att hantera den initialt upplevda vilshenheten och sysslolösheten, samtidigt som de alltmer blivit delar av det vårdgivande arbetslaget vid sina



respektive arbetsplatser. En av peer supporterna talar om att ha blivit ”varm i kläderna”, och att vårdlaget nu alltmer hade tagit in PEER Support i sin egen planering då de sett att peer supporterna faktiskt lyckats skapa en kontakt med patienterna som var svår för den ordinarie vårdpersonalen.

*Peer supportern har liksom växt in i rollen. Jag upplever det också som väldigt positivt. Hen är också ett extra stöd för våra patienter, för hen är liksom inte vårdpersonal på det sättet som vi är. Hen är någon som är utomstående, och just erfarenhetsbiten är superviktig för våra patienter. Vi som är vårdpersonal, vi sitter även på en viss maktposition. Kanske vågar man inte lite helt på oss. Och det är ju inte den lättaste patientgruppen heller! Just för att det är mycket misstänksamhet, och att man kanske inte öppnar upp sig så gärna. Men det har hen lyckats väldigt bra med, hos många.*

Personal, materialinsamlingsomgång 2

Ju längre peer supporterna arbetat, desto mer har vederbörandes roll och dess eventuella användbarhet satt sig bland den ordinarie personalen. Det var alltså inte bara peer supporterna som växt in i en given roll; personalen hade också mognat in i att kunna använda PEER Support som resurs, och som komponent i hur vården på bästa vis skulle sättas samman för den individuella patienten.

Vid den sista materialinsamlingsomgången, då de som arbetat längst har varit aktiva i ett och ett halvt år, fanns tropen om ”två peer supportrar vid varje avdelning” till viss del kvar men är underordnad. Alla pionjärerna hade funnit sina allierade inom personalgrupperna och på olika vis lyckats inkorporera sin uppgift med det ordinarie behandlingsarbetet.

Komplement till existerande metoder

Vid de flesta avdelningarna hade det också bland personalen framträtt flera starka anhängare av peer supportkonceptet, som menade att peer supporterna hade möjlighet att ge den viktiga del av vården som ordinarie vårdpersonal var strukturellt förhindrade till – av arbetsålägganden, rapporteringsplikter och tidsbrist.

*PEER Support är ett komplement, ett jättebra komplement. Sedan gör de ju inte sådant som vi gör, men att de inte dokumenterar och liknande... det har faktiskt ett värde i sig!*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

Det generella behandlingssättet hade enligt personalgrupperna inte förändrats vid dessa avdelningar, men det hade kunnat göras mer effektivt i de fall peer supporterna kunnat samverka med personalen under hela behandlingsförloppet. Närvaron av de synpunkter som kunde framföras av en peer supporter med insyn i en patients tillfälliga dagsform och generella livssituation kunde göra viktig skillnad. Det kunde komma att få en väldigt konkret utkomst i själva behandlingen i form av medicinering, det kunde även göra så att personalen lättare kunde veta vad de skulle prata om, undvika att prata om eller helt enkelt hur en patient i ett känsligt läge skulle behandlas med största hänsyn.

*Det kan vara att patienten beskrivit för peer supporterna vilka situationer hen får ångest av, något hen kanske kan ha lättare att berätta för någon hen samtalar informellt med men som känns svårare att förklara i ett samtal som hen har med*

*en sköterska och som handlar om medicinering eller behandling. Får jag denna information till mig då jag sedan skall jobba kvällen kan jag vara observant på när det uppstår sådana situationer. Det kan alltså vara sådant patienten säger till peer supportern och som känns jobbigt men som inte är något stort förtroende, som jag sedan får veta vilket hjälper mig att läsa av patienten och underlätta för vederbörande. Jag har då inte behövt skriva ut någon mer medicin men kunde ändå fånga upp patienten snabbare.*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

Vad personalen nu framhävde som de största vinsterna med PEER Support var att många patienter blir mer avslappnade då de känner sig sedda, att personalen via peer supportern fått tillgång till en bättre helhetsbild av patienterna samt att peer supporterns annorlunda perspektiv faktiskt inneburit att vårdgivarens eget perspektiv berikas och förskjuts en aning. Flera av peer supporterna själva menar sig även ha haft viss influens över själva arbetsplatskulturen vid sina avdelningar; då en diagnosbärande finns med i sällskapet för den också in nödvändigheten av att tala om patienterna med respekt.

*Jag tror att det skojades lite elakare förut. Om patienter, diagnoser och sådant. Jag tror alltså att detta har dämpats, det går inte att skoja om personer med diagnos då det sitter en vid fikabordet. Och jag tror faktiskt att detta gör något vad gäller den generella respekten för patientgruppen.*

Peer supportern, materialinsamlingsomgång 3

Då personalen med tiden fått större förståelse för vad vinsterna med PEER Support kan vara har de också fått starkare uppfattningar om vilka kvalitéer de behöver att peer supportern har för att kunna samverka i vårdteamet på bästa sätt. Inte sällan handlar detta om att ha mer detaljerad kunskap om specifikt diagnosområde och dess vidhäftade utmaningar.

*De samtalar, spelar spel, har riktiga möten med ögonkontakt. De kan ofta dämpa patienten vid oro. Det har funkat bra, men det finns nackdelar också. De måste veta hur man pratar med psykopatienter. Hur man hanterar och agerar under en kritisk situation med patienten. Det är viktigt att de samarbetar med sjuksköterskor och skötare vid avdelningen.*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

Att vårdpersonal och peer supportern med tiden närmat sig varandra alltmer var dock i mycket resultat av deras egna hårda arbete. Under utbildning och i arbetsbeskrivningar får peer supporterna veta att de idealt skall vara med på läkarsamtal, nätverksmöten, vårdplaneringar, inskrivningar, utskrivningar, anhörigsamtal och alla andra möjliga ytor där vården har ett gränssnitt mot patienten. Varje sådant möte är dock något var individuell peer supportern måste arbeta för att få tillträde till; vårdpersonalen bjuder inte in peer supportern spontant och utan anmodan.

Framgångsfaktorer och utmaningar för personalsamarbetet

Vad personalgrupperna verkade vara överens om är att en stark resurs för peer supportern är den speciella kombinationen tystnadsplikt utan rapporteringsplikt. I praktiken innebär detta att peer supportern har sedvanlig tystnadsplikt gentemot omgivningen utanför vårdteamet, och har inget krav på att varken dokumentera eller förtälja allt som framkommer i samtalen mellan dem och

patienterna till övrig personal - såvida detta inte av peer supportern bedöms vara av vikt för patientens behandling eller tillfrisknande. Detta öppnade för att föra samtal på en mindre instrumentell nivå än de samtal som fördes mellan patient och vårdpersonal. Just detta hade också öppnat för samarbeten mellan vårdpersonal och peer supportrar, som till exempel ett projekt där en skötare som även hade utbildning som bildlärare kunde ha ett löpande konstarbetesprojekt med patienterna i den lokal peer supportrarna hade till sitt förfogande. Skötaren själv menade att detta projekt varit svårt utan peer supporterns understödjande arbete, lokalen själv och vad den tack vare peer supportrarnas arbete betytt för patienterna; alltså en plats utanför själva vårdavdelningens slutna rum, där de tilläts vara på ett helt annat sätt än inne på avdelningen.

Som en svag punkt framstod dock efter ett år den arbetsbeskrivning som av vissa kan uppfattas som diffus och otydlig. Vissa peer supportrar har upplevt hur personal tagit vad de uppfattade som en alltför aktiv roll i handledandet på själva avdelningen. På en avdelning hade individer ur personalen haft svårt att hantera gränsdragningen mellan peer supporterns uppgifter och de egna, och situationer hade där uppstått då skötare ensam gjort uppgifter som borde ha inkluderat peer supportern. I dessa fall hade avdelningschefen satt sig ned med peer supportern och den berörda personalen och lagt upp en plan. I detta förtydligades hur PEER Support inte skulle uppfattas som ett segment som organisatoriskt befann sig "under" den gängse vårdhierarkin, utan i stället som en vital del i vårdteamets organisation med egna och unika kompetenser och ansvarsområden.

*Vi hade en organisationsdag några månader innan peer supportern började här, och som inte alla som arbetar här nu var med på. Det kan vara skälet till att vissa inte är införstådda helt med vad peer supportern kan användas till. Men de nyutbildade som har börjat här sedan peer supportern började har redan haft en väldigt positiv och avslappnad inställning till att hen fanns här! I övrigt har vi arbetat med att informera alla som kommer hit, som ny personal eller vad det nu kan vara. Peer supportern själv sätter sig ner med dem när de kommer. Jag har också sett hen ta tag i läkarstudenter då de kommer hit. Men vi har arbetat för att peer supporterns roll skall vara normaliserad, att den skall ingå i vårdlagets dagliga arbete på ett otvunget sätt.*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

Rollerna, dess gränsdragningar och speciella ansvarsområden var alltså inget självklart heller i detta vårdteam, som ändå haft PEER Support i 1,5 år vid intervjutillfället. Här låg framgången i hur PEER Support arbetats in och kontinuerligt definieras i vårdlaget, inom ramen för det kontinuerliga arbetet, och hur det är på detta vis chef och arbetslag tagit sig an problemet då konflikter uppstått. Samma chef talar om hur man förarbetat internt på avdelningen innan peer supportern tillträtt.

*Det var den förra avdelningschefen som först talade om det här, att det skulle komma en person med brukarerfarenhet. Många i personalen ryggade något då, men senare hade vi en organisationsdag då konceptet presenterades mer. NSPH var där och pratade och vi fick en stund själva att ventiler och diskutera saken. Efter det fanns diskussion vid avdelningen. Men när peer supportern väl kom några månader efter den där organisationsdagen var alla fördomar bearbetade och personalen hade en bra beredskap. Jag tror att detta var väldigt viktigt i att det blev en bra introduktion av peer supportern vid avdelningen. Vi hade haft en process av aktiv förberedelse.*

Under den sista omgångens gruppintervju med de anställda vid samma avdelning berättade personalen om hur värdefull denna förberedande process ett och ett halvt år tidigare varit, och hur mycket den betytt för att senare kunna få ut så mycket som möjligt av sin Peer support. Men samtalet visar också hur man fortsatt att bearbeta området; även om personalen var förberedd är det inte alltid givet hur gränsdragningarna går, och vad som kan upplevas som respektlöst. Den sju personer stora fokusgruppen som var med vid intervjun är dock otvetydigt positiv till peer supportens arbete och funktion vid avdelningen, och de berömde rekryteringen från NSPHiG. Det framstår som om den inledande processen lagt grunden för ett fruktbart vidare aktivt arbete med hur PEER Support på optimalt vis kan komma till godo för både patienterna och personalen.

*Personal 1: Jag var jätteskeptisk till det här från början, fördomsfullt inställd till hela funktionen. Men jag har verkligen blivit motbevisad. Jag har fått lära mig någonting av det istället. Det berörde just gränsen mellan patient och personal. Jag kände oro för att peer supportern skulle bli kränkt ibland. Av hur vi handlar, hur vi agerar i vissa situationer, att vi ibland sinsemellan måste ge utlopp för frustration och vanmakt. Att vi med annan personal visar våra mänskliga sidor på ett vis som är omöjligt med patienterna. Jag kände oro för peer supporterns reaktion vid mötet med denna sida av vårdarbetarnas vardag.*

*Personal 2: För att det lika gärna kunde vara hen som vi pratade om, i hans forna roll som patient. Det ingår ju i ett sådant här arbete; bemöter man människor så krockar man ju alltid, på något sätt, med någon. Varje möte är ju dynamiskt, och det som dyker upp i ett patientmöte kanske måste ventileras med annan personal.*

*Personal 1: Men vår peer supporter har varit förstående mot oss i det här. Hen har fått höra saker men haft förståelse för behovet att ventileras det här med kollegor. Kanske delvis för att hen har varit väldigt öppen med sin egen problematik och sina egna upplevelser; hen har kunnat säga att hen kan känna igen sig i vissa svåra patientbeteenden, men ändå tyckt att vi hanterade en svår situation väl efter omständigheterna. Hen fattar att vi också är människor, liksom patienterna.*

I denna dialog ges mycket erkännande till peer supportern och vederbörandes förmåga att se personalen i deras mänsklighet. De individer som anställs genom NSPHiG skall vara återhämtade och bedömts som förmögna att klara av den situation de ställs inför vid arbetsplatsen. Men ju mer personal och chef engagerar sig i det pågående bearbetningsarbetet kring Peer support, båda före introduktionen av PEER Support och i det fortgående arbetet, desto mer kan funktionen optimera vårdlagets arbete.

Konflikt eller harmoni?

Både chefer och personal hos de avdelningar som länge haft PEER Support talade vid sista intervjuomgången om hur det inte förelåg någon konflikt mellan ordinärt behandlingsarbete och peer support. Möjligtvis fanns det en komplementär relation, där PEER Support understödde behandlingen samt försåg patienter med den uppmärksamhet de inte kunde få av vårdpersonalen. Vissa informanter menade att det varken var komplementärt eller i konflikt; PEER Support var i

stället att betrakta som en del av behandlingen, och peer supportern som en likställd behandlare med unikt kompetensområde.

*Som jag ser det har ju även peer supportern en form av behandlande roll. Just det peer supportern håller i, aktiviteter och så, tycker jag är en stor och vital del av behandlingen på avdelningen. Sedan återkopplar ju vår peer supporter och vänder sig till personalen om det är några frågor om nånting, med synpunkter på vad de olika patienterna verkar klara av och så vidare. Så jag tycker att de ser ju något som inte alla andra ser. Och då tycker jag att kontakten där emellan är viktig. De får med delar som kanske inte behandlare får.*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

Av de intervjuade cheferna uttryckte ingen något missnöje med vare sig peer supporterns roll eller hur deras individuella peer supporter fungerat i avdelningens arbete. Den besvikelse som det möjligtvis givits utrymme för i vissa av dessa intervjuer rörde snarast att personalen inte släppt in peer supportern tillräckligt mycket i deras egna aktiviteter och därmed saktat ned en positiv utveckling. Att peer supportern fört med sig ett annat perspektiv, ett som utgick från patienternas bästa, var bara att betrakta som positivt, något som kunde berika vårdpersonalen och dessutom effektivisera deras arbete.

*Att andra chefer ser att peer supportern finns, och att hen reagerar på vissa saker som de oreflekterat kan tycka är självklar vårdpraxis, det är bara bra. Hen blir ett bra exempel. Ibland kunde hen, vad mig anbelangar, reagera ännu hårdare på vissa saker. Det betyder också att hen för in ett perspektiv som verkligen behövs och att det finns en kraft vid vår avdelning som för verksamheten i en mer brukartillvänd riktning. Men vår peer supporter är duktig på att balansera kritiken med ett diplomatiskt sätt i mötesituationer.*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

Detta citat illustrerar också en annan sak: hur denna chef arbetade horisontellt, på sin nivå av chefer, för att sprida ordet om hur PEER Support kan användas i vårdens arbete. Perspektivskillnaden gentemot gängse personal var här en tillgång, både i det dagliga arbetet och för att generellt göra vården mer brukartillvänd – och detta är något andra chefer, enligt denna informant, borde ta efter.

Här är det värt att notera att de som var chefer vid den sista intervjuomgången hade två olika generella erfarenheter av att leda en avdelning med peer support, och därmed olika ingång. Av de som är chefer då projektet varit aktivt i 1,5 år är det några som har varit med från början och några som tillträtt under resans gång. De som sett hela projektet var att betrakta som starkt engagerade i just brukarmedverkansfrågor och hade personligen varit de som initierat att avdelningen skulle ha en peer supporter. De som tillträtt senare hade tagit över avdelningar där det redan fanns en fungerande peer supportverksamhet. Denna skillnad märktes inte av i informanternas inställning till peer support. Dock märktes den i hur cheferna sa att de arbetade med Peer support. De som varit chefer under hela tiden förde ett mer aktiv, fortgående arbete för att påverka andra chefer i riktning mot mer brukarmedverkan i given vård. De som tagit över avdelningar var nöjda med hur PEER Support fungerat och arbetade fortgående med att PEER Support skulle fungera i samklang med övriga vårdlaget, men hade inte brukarmedverkan som ett eget personligt intresse.

### *Sammanfattning*

Initialt fanns det hos både peer supportrar och personal en otrygghet i hur peer supporternas arbete passade ihop med den ordinarie personalen. Flera peer supportrar sökte sig då än starkare till patienter eller till andra peer supportrar som arbetade vid samma eller angränsande avdelningar. Främst i situationer där peer supportrar upplevde att deras lojaliteter prövades efterlyste de att ha en annan peer supporter jämte sig som stöd; en strukturellt jämställd, som delade perspektivet. Under de senare intervjuomgångarna fanns efterlysningen kvar, men då arbetsuppgifterna kommit att etableras har också samarbetsformer med övrig personal växt fram organiskt. Samtidigt som peer supportern funnit plats för sina aktiviteter hade personalen alltmer kommit att begripa hur PEER Support kan användas i samt i anslutning till befintliga aktiviteter.

Vid slutet av utvärderingsperioden hade de peer supportrar som arbetat länge lyckats befästa PEER Support som en del av befintliga arbetssätt, där PEER Support fungerade som ett komplement som förstärkte det arbetssätt som redan fanns vid avdelningarna. Förutsättningarna för detta har förstärkts i och med att personalen fått större förståelse för vad PEER Support är och hur det kan användas. Mot slutet av utvärderingsperioden var de personalavdelningar som arbetat mest aktivt med att inkorporera PEER Support, både före och efter introduktionen, också de som starkast uttryckte stöd för funktionen och önskan om att få ha sin peer supporter kvar.

## PEER Support och brukarrörelsen

I NSPH:s peer supportkoncept ligger att peer supporterna rekryteras, utbildas, handleds och eventuellt anställts av NSPH. I Västra Götalands fall har de sina arbetsplatser vid vårdavdelningarna men sin anställning och organisatoriska hemhörighet i brukarrörelsen. Orsaker till detta är att de skall ha tillgång till andra peer supportrar för stöd och diskussion, att de skall hålla fast vid rollen och arbetsuppgifterna som peer supportter (snarare än att bli ytterligare ett vårdbiträde vid avdelningen) och att de skall känna att de i sitt arbete har brukarrörelsen i ryggen. För arbetsplatserna blir detta samtidigt en försäkran om att den peer supportter de anställt kommer att ägna sig åt arbetsuppgifter som är specifika för peer supporttern, samt att det unika förhållningssättet med den egna erfarenheten som arbetsverktyg vidmakthålls genom kontinuerlig kontakt med brukarrörelsen. Att peer supporterna utbildas tillsammans, jämte att de senare hållna utbildningarna gästas av de redan utbildade och anställda peer supporterna, tillser sedan att peer supporterna redan känner varandra då de kommer ut i arbete.

Månaderna efter att peer supportern introduceras vid arbetsplatsen avses kontakten med NSPHiG via handledaren vara tät, varefter den fasas ut. Dock skall den finnas kvar under hela anställningen och peer supportern skall ha full tillgång till de andra peer supportrar som också finns anställda i regionen, likväl som till handledning. På så vis skall en levande kontakt med kollegiet och en förankring i brukarrörelsen försäkras.

### Peer Supportern – vårdens eller brukarrörelsens?

Då den första generationen utbildade peer supportrar kommer ut på arbetsplatserna benämnde de båda tillhörigheter – som del av avdelningens personalstab och som del av NSPHiG:s peer supportkollegium – som viktiga. Stor vikt låg vid den egna avdelningens personal, som man delade vardagen med, men peer supporterkollegorna upplevdes som närmare den egna positionen och viktiga både i konkret stöd, diskussioner och för yrkesidentitet.

*Man är så involverad på arbetet på avdelningen, så rent mentalt eller känslomässigt så är de mina närmaste kollegor. Jag känner ju en stor sammanhållning med mina kollegor här vid NSPH, de är ju den kanske största resursen.*

Peer supportter, materialinsamlingsomgång 1

Citatet visar de dubbla tillhörigheterna till avdelningspersonal och peer supporterkollegor. Hur och om peer supporterna bjöds in i arbetet av vårdpersonalen blev tongivande för hur positivt de uttryckte sig om möjligheterna för sitt arbete. De två som anställdes tillsammans vid samma avdelning uttryckte att just detta, att de var två peer supportrar anställda vid samma avdelning, var en enorm resurs och möjliggjorde för dem att snabbt komma in i arbetet. De övriga peer supporterna gav redan vid första intervjun uttryck för önskningar om att ha en annan peer supportter jämte sig vid samma avdelning. De som arbetade vid närliggande avdelningar menade att kontakten med de andra peer supporterna var omistlig. Samtliga menade också att hemhörigheten vid brukarrörelsen var viktig; den försåg dem med en trygghet i och med handledning och kollegor, möjlighet att träffas och diskutera genom de inledningsvis månatliga mötena vid NSPHiG:s kansli. Dessutom gav det deras yrke legitimitet i en situation där ingen historisk sådan fanns. I anslutning till detta kommenterades den besläktade frågan om anställningsformen, alltså att under projektiden vara anställd av NSPHiG.

*Det här projektet kommer ju att avslutas i sin nuvarande form, någon gång under överskådlig framtid. Jag har pratat mycket med en av mina kollegor om det. Vi resonerar så här: skulle sjukvården vilja behålla peer supportfunktionen skulle vi fortfarande vilja vara anställda i NSPH. Faran i att vara anställd av sjukvården är ju att vi skall bli en av dem, en i den ordinarie personalen. PEER Support är tänkt att vara något annat – vi skall göra det vi fått utbildning för, det är så vi vill jobba. Vi har båda två uppfattningen att detta kan bli svårare om vår anställning är direkt vid sjukvården.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Här signalerades en viss oro över hur arbetet skulle kunna påverkas om peer supporten är underställd avdelningens ordinarie arbete. I detta resonemang är anställningsformen, kollegialiteten och förankringen vid brukarrörelsen mer eller mindre synonyma.

Under den andra materialinsamlingsomgången hade pionjärerna blivit mer stabila vid sina avdelningar. Ännu hade ingen ur nästa utbildade årskull anställts, men en av pionjärerna hade slutat och vid en annan avdelning hade en ny kommit till. Båda dessa fanns bland de peer supportrar som arbetade vid grannavdelningar. Vederbörandes anställning skedde under en period då NSPHiG hade trappat ned den initialt höga takten på avstämningsmöten och andra gemensamma aktiviteter. Nykomlingen hade därför i praktiken fått mycket vägledning och stöd av de två angränsande avdelningarna som varit med sedan starten.

Peer supportrarna blir en yrkesgrupp

Under de intervjuer med peer supportrar som gjordes vid den andra materialinsamlingsomgången finns förfrågan om ytterligare en peer supporter vid varje avdelning kvar, men har tonats ned i sin intensitet. Alla peer supportrar har funnit egna vägar till patienterna och skapat strukturer att arbeta i. Med tiden har därmed också en viss egen yrkesstolthet vuxit fram hos de då sex aktiva peer supportrarna, inte minst i relation till övrig personal vid vårdavdelningarna. Peer supportrarnas arbete hade kommit att alltmer integreras i vårdlagets, i de flesta fall utan att gränserna mellan professionerna för den sakens skull blivit mer otydlig. Den vårdpersonal som använde sig av PEER Support hade bejakat den nya yrkeskategorin. Peer supportrarnas behov av kontakt med NSPHiG hade minskat något, men fanns fortfarande kvar.

Vid den tredje materialinsamlingsomgången har vikten av att det är NSPHiG som samordnar blivit något mindre i peer supportrarnas omdömen. De peer supportrar som fanns kvar sedan pionjärtiden hade även tagit en mer aktiv roll i att kontakta och samordna de övriga i regionen, och till viss del arrangerade de nu egna aktiviteter, baserade på den erfarenhet de gjort under ett drygt år i arbete som Peer support.

*Vi stöttar varandra väldigt mycket och hälsar på varandra flera gånger i veckan. Vi har stor nytta av varandra. Vi känner varandra och delvis också varandras patienter. Vi bollar och diskuterar om allt möjligt och har stor nytta av varandra. Jag har det i alla fall.*

*De utanför vårt kluster av avdelningar träffar jag mer sällan, men ibland gör vi utflykter och liknande tillsammans. Inte minst sådana som vi anordnat på egen hand! Sist vi träffades var förra veckan. Då åkte vi på vårt eget initiativ och besökte ett aktivitetshus tillsammans. Vi peer supportrar behöver se de olika*



*aktivitetshusen och deras respektive profiler för att veta vilka som kunde vara  
lämpliga att peka vilka patienter emot.*

Peer support, materialinsamlingsomgång 1

Även om alla peer supporterna ännu efter ett års arbete hade en positiv uppfattning om kvalitén på den handledning de kontinuerligt erhöll från NSPHiG, så låg en större tonvikt för alla peer supportrar på det stöd de kunde få av peer supportkollegorna. För alla kvarstod fortfarande den principiella lämpligheten av att ha brukarrörelsen, i skepnad av NSPHiG, sin arbetsgivare. Dock var flera osäkra på hur det i praktiken skulle bli då projektet upphörde, vilket gjorde att de uttryckte osäkerhet i de intervjuer som gjordes i halvtid. Idealbilderna var då, och fortfarande i heltid, ett NSPHiG som medierade en fast anställning vid vårdavdelningen. Hur anställningen skötts administrativt av NSPHiG finns det inga klagomål på; dock är det en påfrestning i sig att arbeta på projektbasis då peer supporterna upplever en frånvaro av information om framtiden och därmed otrygghet. Det som premierades i intervjuvarna från den sista materialinsamlingsomgången är trygghet; alla önskar en varaktig, fast anställning. Peer supporterna är generellt nöjda med hur deras anställningar skötts av NSPHiG men är trötta och något desillusionerade över en upplevd frånvaro av information om hur framtiden kommer att se ut.

*Haha, jo, jag får mina pengar... men jag skulle ju vilja se lite mer och lite bättre information. Sådant som hur länge projektet löper. Och om vi kommer att jobba kvar efter jul.*

Peer support, materialinsamlingsomgång 1

Den peer support som i november 2016 gav det förra citatet talade fortfarande i december 2017 om saken på samma sätt som innan.

*Jag är mycket nöjd med att anställningen går genom NSPH. Och jag vill att det skall fortsätta att vara så. Om det blir fortsättning på det här med Peer support, då vill jag fortfarande att anställningen skall gå genom NSPH. Det ger en trygghet.*

Peer support, materialinsamlingsomgång 3

Personal och chefer om peer supporternas tillhörighet

Vad personalen beträffar var de generellt omedvetna om peer supporterns anställningsvillkor och uttryckte att det lät som en bra idé att anställa peer supportern genom brukarrörelsen, men att de inte märkt av det och inte vetat om det.

Cheferna uttryckte ett och ett halvt år efter projektets början en inställning som i mycket var analog med peer supporternas egen. Att peer supportern var anställd genom brukarrörelsen var bra för funktionens legitimitet, men anställningsformen kunde innebära att peer supportern olyckligtvis fick mindre tid än övrig personal med avseende på sådant som utvecklingssamtal och handledning vid avdelningen. De chefer som tagit över avdelningar med verksamma peer supportrar upplevde en viss frånvaro av kontakt mellan den egna verksamheten och projektledningen vid NSPHiG.

*Det har inte varit mycket återkoppling mellan NSPH och avdelningen, i alla fall inte med mig. Mer kontakt med handledaren hade nog varit bra. Men jag hade kanske inte haft så mycket att säga, för allt har ju funkat.*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

En annan chef menar att det torde ligga på NSPHiG:s ansvar att se till att det finns en kontinuerlig kontakt med avdelningsledningen. NSPHiG borde kontinuerligt informera och följa upp då nya chefer tillsätts eller vid andra strukturella omfördelningar; det borde också alltid finnas uppdaterad information till vem vid NSPHiG personalen skulle höra av sig till om något skulle hända.

En av de chefer som själv initierat PEER Support vid sin avdelning menar att man, för att säkra PEER Support som funktion i vården, borde anställa peer supportern direkt vid avdelningen.

*Vår peer supporter har själv uttryckt att detta är en fördel att ha sin anställning vid NSPHiG. Det ger en friare roll. Och jag själv vill egentligen också att hen skall ha tillgång till brukarrörelsen, för att inte bli "förstörd" av vårdkulturen. Men det jag personligen hoppas på är att peer supportern skall kunna få en permanent, fast anställning inom vårdens struktur – dock att PEER Support skall bli mer spritt, och att det skall finnas peer supportrar vid många psykiatriska avdelningar, som kommer att bli vår peer supporters kollegor.*

*Dock tror jag att det är bra att det är en aktör som NSPH som tar ansvar för utbildning och samordning av PEER Support över hela regionen. Kopplingen måste få finnas kvar. Utbildas peer supportern inom vården så utbildas densamme in i den lokala vårdkulturen, och det enda sättet att förändra psykiatri i en mer brukarorienterad riktning är via brukarna. Länken till organisationerna kommer att behöva finnas kvar långt framöver, på olika sätt – inte bara genom Peer support.*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

För peer supportrarna var kollegiet vid brukarrörelsen alltså viktigast i början av utbildningen, innan de hunnit etablera sig socialt vi vårdavdelningarna och deras arbetsområde ännu inte harmonierats med den övriga personalgruppen. Med tiden blev tillhörigheten till brukarrörelsen i sig mindre viktig – åtminstone för de som hade peer supporterkollegor nära till hands. För dessa fortsatte dock dessa kollegor att vara den viktigaste tillgången i arbetet, så när som på den egna erfarenheten. Principiellt fanns det dock en uppfattning om att det är en bra sak att det är brukarrörelsen i form av NSPHiG som driver projektet, utbildar personalen och samordnar de peer supportrar som kommit ut i arbete. Personalen såg inget hinder i att PEER Support ägs och förvaltas av brukarrörelsen utan bejakade denna koppling.

Cheferna var generellt positiva till PEER Support och såg inga större problem med att deras anställning ligger hos NSPHiG. Ingen skulle dock tycka att en anställning vid vårdavdelningen själv i sig skulle innebära något problem för peer supporterns arbete. Dock såg de vinster i att, även i det hypotetiska fallet att anställningen av peer supportern av okänd anledning skulle övergå till vården, behålla en stark koppling till NSPHiG och även andra delar av brukarrörelsen. En viss skillnad förelåg mellan de chefer som själva initierat PEER Support vid avdelningen och de som tagit över chefskapet över en avdelning med Peer support. De tidigare tryckte mer på att länken till brukarrörelsen i sig är viktig, medan de senare själva inte märkt mycket av NSPHiG och inte nödvändigtvis lägger stor vikt vid denna koppling. Meningen förekom att det var NSPHiG som själva skulle upprätthålla kopplingen för att den skall kunna vara någon tongivande del av konceptet Peer support. Önskemålet fanns att NSPHiG skulle komma ut till arbetsplatserna och kontinuerligt informera om vad som är Peer supportens uppgifter, då det ofta är en viss rulljäng på personal på vissa avdelningar.

### *Sammanfattning*

Då den första generationen utbildade peer supportrar kommer ut på arbetsplatserna benämnde de båda tillhörigheter – som del av avdelningens personalstab och som del av NSPHiG:s peer supportkollegium – som viktiga. Hur och om peer supportrarna bjöds in i arbetet av vårdpersonalen blev tongivande för hur positivt de uttryckte sig om möjligheterna för sitt arbete. Vissa upplevde osäkerhet i denna dubbelhet, främst beträffande de tidsbegränsade formerna för deras anställning då dessa var knutna till det tidsbegränsade projektet PEER Support vid NSPHiG. Efter ett och ett halvt år framstod fortfarande tillhörigheten till brukarrörelsen som viktig för Peer supportrarna, och de visade upp ett fortsatt stöd för NSPHiG som projektägare, arbetsgivare och samordnare, även om det bekymmersamma med att gå under tidsbegränsad anställning kvarstod. Vidtalade chefer sekunderade och styrkte dessa åsikter.

## Utbildningen

Då peer supporttrarna kommit ut vid avdelningarna har de i regel ingen erfarenhet av att själva ha arbetat inom vården. De tolv dagars utbildning de givits skall ha kunnat förbereda dem tillräckligt på vad de möter när de väl kommer ut på avdelningarna, vare sig det handlar om öppna eller slutna vårdavdelningar och oavsett psykiatriskt diagnosområde. De skall ha tillräckligt med kunskap att kunna hantera problematiska situationer som kan uppkomma och att se var i vårdavdelningens arbete de själva är bäst lämpade att infoga sin kompetens. NSPH har tagit del av och använt de erfarenheter som gjorts på annat håll, liksom även iakttagit befintlig forskning på området vid designen av utbildningen. Hur väl har den lyckats bereda den första generationen peer supporters på verkligheten ute vid de psykiatriska avdelningarna?

## Reaktioner på utbildningen

*Jag tycker att den var jättebra. Den var variationsrik och tät, hann med väldigt mycket på en kort tid. Inga glapp utan det var fullt med utbildning hela tiden.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Utbildningen fick uppskattning av alla peer supportrar, givet det innehåll den faktiskt hade. Det fanns också en förståelse för att den inte haft utrymmer för mer under de begränsade förhållanden den tidsmässigt givits. Dock fanns det redan från början idéer för vad som skulle kunna inkluderas mer och vad man kunnat få ännu mer användning för.

*Utbildningen var ju riktad mot oss som skulle komma att hamna lite var som helst i psykiatri, så den lärde ju ut en väldigt generell bild av vad PEER Support kan innebära. Hade den varit riktad enbart mot personer som skall arbeta med den patientgrupp jag gör så skulle den ha behövt modifieras en del, det märkte jag då jag kom hit. Jag skulle nog ha varit hjälpt av att man pekade på vissa diagnosspecifika svårigheter, och att inte ha alltför höga förväntningar på vad jag kan uträtta. Patientgruppen är utsatt och behoven specifika.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

*Utbildningen var bra, men de praktiska övningarna skulle ha varit mer orienterade efter vad vi verkligen kommer att råka ut för. Istället för att på ett abstrakt vis handla om samarbete och sådant. En sådan sak som den skulle kunna innehålla i framtiden är: Hur vänder man ett samtal? Hur gör man så att ett samtal med en aggressiv ton går över i en av samförstånd, eller åtminstone laddas av? Det skulle ha varit väldigt bra att veta. Precis så praktiskt skulle jag också velat ha haft det.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

*Utbildningen var helt suverän. Det var mycket teori, och det kanske det måste vara. Att vi fick besök från några av de som redan arbetar som peer supporters i England var mycket bra. Men det skulle ha varit bra att veta lite mer om hur det rent praktiskt fungerar. Till exempel det här med skillnaden mellan sluten- och öppenvård... jag hade först ingen aning om vad det var jag kom ut till och vad jag skulle göra av det jag lärt mig! Studiebesök på både sluten- och öppenvård under*

*utbildningen skulle ha kunnat förtydliga väldigt mycket för mig. Om hur jag skulle använda utbildningens innehåll.*

#### Peer support, materialinsamlingsomgång 1

Diagnosspecifika inriktningar, praktiska övningar inför svåra situationer, kunskaper om vårdens struktur och studiebesök var några av de önskemål som kom fram. Man kan konstatera att förslagen på olika sätt handlade om att, på olika vis, befästa utbildningsmaterialets teoretiska innehåll i arbetsplatsens verklighet. Och det var också de mest praktiska övningarna, såsom rollspel, som fick mest positivt bifall då peer supporterna efter några månaders anställning talade om utbildningen.

Då de efter ett år kommenterade utbildningen hade pionjärerna själva givits möjlighet att medverka under den andra utbildningsomgången, som gavs under våren 2017.

Då personalen under den andra och tredje omgången intervjuades om utbildningen återkom två generella åsikter; att peer supporterna kunde haft med sig mer specifika kunskaper om avdelningens diagnosområde och mer generella kunskaper om vårdens struktur, regelsystem och praktik. Dessa åsikter är inte olika de som peer supporterna framförde själva. En sjuksköterska vid en slutenavdelning, som var en av de som upplevde vissa konfliktområden med avdelningens peer support, uttryckte det så här:

*Jag tycker att projektidén är väldigt bra, men jag tycker att de som kommer ut på arbetsplatserna som peer supportrar skall ha mer utbildning med sig. Detta för att det är så olika beroende på vart i psykiatri man hamnar; psykos, affektiv, beroende... De behöver veta mer om vilka patienter som finns och vilka arbetsuppgifter de skall ha på avdelningen. Vi kan lära dem våra regler och rutiner här vid avdelningen, hur de skall hantera våra patienter, på vilket sätt de skall jobba och hur vi skall samarbeta med varandra. Men vårdens regelsystem skall de ha med sig, och även något om hur man hanterar just våra patienter.*

#### Personal, materialinsamlingsomgång 2

Då en ny kategori skall introduceras vid en arbetsplats är det ju dock inte bara dessa som skall introduceras i något nytt, utan även arbetsplatsen. Tidigare har en avdelning beskrivits där hela personalen inkluderats i en aktiv förarbetsprocess. Denna inleddes redan då NSPH presenterade Peer supportkonceptet vid en organisationsdag för personalen. Därefter fortsatte personalen att diskutera och ventilera på ett sätt som gjorde att beredskapen var god redan då peer supporterna kom till avdelningen. Detta är en avdelning som förvisso upplevt konflikter angående personalkategoriernas gränsdragningar under projektets gång, men dessa konflikter har relativt friktionsfritt kunnat lösas med samtal. Peer supporterna har givits möjlighet att, med personalens stöd, göra ett effektivt arbete som fungerar i god harmoni med den övriga personalgruppens. Framgången i detta är att tillskriva att både peer supporterna och personalen båda gjort aktivt förarbete och att de sedan upprätthåller en aktiv samarbetsprocess. Även arbetsplatsen har här givits en form av utbildning redan vid introduktionen.

Kan vårdavdelningen utbildas ytterligare?

Under den första intervjuomgången uttryckte flera peer supportrar just en önskan om att arbetsplatsen skulle ha varit mer förberedd på vad PEER Support innebar och hur det kunde utnyttjas på bästa sätt – men även hur Peer supporterna skulle kunna introduceras vid arbetsplatsen på bästa sätt.

*Jag tror att inlotsningen måste vara bättre. Man måste förbereda personalen mer, och förbereda dem på att de måste lotsa oss – som de gör med studenterna! Studenterna får ju gå bredvid länge, och kommer det ett möte med en patient så kommer de och hämtar studenten, "Kom, nu skall du vara med på det här mötet!" Men vi som peer supportrar blir lämnade lite mer till oss själva.*

Peer supportrar, materialinsamlingsomgång 1

De som arbetar vid en vårdavdelning har själva någon gång blivit introducerade vid arbetsplatsen som vårdpersonal. Men ingen har blivit introducerad som peer supportrar, vilket gör att ingen egentligen själv har någon kunskap om vad peer supportrarna behöver för att komma igång med sitt arbete. Därför kan just detta moment komma att underlätas, eller göras på ett mindre optimalt vis. Även "gå bredvid", som är standard för vårdpersonal och som även peer supportrarna oftast givits möjlighet till, är inriktat på just vårdpersonalen och deras uppgifter varför det inte nödvändigtvis blir klargörande för en peer supportrar att gå bredvid en sjuksköterska eller en mentalskötare.

Dock är det ju vid arbetsplatsen själv som personal eller chef avgör hur mycket resurser det skall läggas på förberedelser inför peer support. Inte all personal har heller nåtts av de förberedande möten och konferenser NSPHiG har givit inför introduktionen. Under hela projektets gång uttryckte peer supportrar i intervjuer att det verkade som om främst de som själva sökt sig till informationen hade någon beredelse inför peer supportrarnas ankomst. Vad som förefallit vara den smidigaste arbetsplatsintroduktionen har upplevts av en peer supportrar som ersatt en tidigare, vid en avdelning som alltså redan haft en peer supportrar anställd. Vid intervjun, två månader efter introduktionen vid avdelningen, fanns det egentligen inget att klaga på. Den tidigare peer supportrarnas närvaro hade försett avdelningen med vad den behövde för att kunna ta emot hens ersättare.

Att all personal inte skulle ha nåtts av NSPHiG:s förberedande informationsmöten speglas även i personalens svar under gruppintervjuerna. De flesta har varit med vid informationsmötena men efterlyst att de skulle ha haft ännu mer information (alternativt att deras peer supportrar skulle varit mer utbildade vid ankomst). Vissa menar dock att det bara varit NSPHiG:s verksamhetsansvarige som har varit där och givit rudimentär information, andra minns inte detta heller utan menar att det skulle ha varit bra om NSPHiG varit där och introducerat hela personalen och de fått ställa frågor. (Vilket ju faktiskt är en del av den introduktion som erbjuds alla arbetsplatser, och som de fått.)

Gruppintervjun med den personal som arbetat mest med PEER Support hade, med ett och ett halvt års erfarenhet av Peer support, förslag om vad en personalgrupp behövde veta innan de tog emot en peer supportrar.

**Intervjuaren:** *Vad behöver en personalgrupp veta innan de tar emot en peer supportrar?*

**Personal 1:** *Att det bara varit en tillgång. Bara en komplettering som underlättat vårt arbete.*

**Personal 2:** *Att de fördomar man kan ha, de som jag hade, är helt onödiga. Detta är något man kan använda sig av för att bredda sitt eget perspektiv. Det berikar personalgruppen.*

**Personal 3:** *Det bästa sättet att introducera PEER Support är att ta med någon från någon personal av de avdelningar som jobbat med det.*

*Personal 2: Ja! Då vi blev introducerade hörde vi att detta var något som givit bra utdelning, något som påverkat resultatet av arbetet som görs. Någon personal som arbetat med PEER Support skulle kunna komma med och ge en mer konkret bild av vad det innebär att ha en peer supporter med i arbetslaget, hur arbetet kan påverkas av att denna resurs finns.*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

Om utbildningen och introduktionen av peer supporterna kan man säga att ingen egentligen klagat på det innehåll som givits. Peer supporterna efterlyste mer konkretion, studiebesök och fler praktiska övningar i utbildningen. Vissa önskade även större kunskap om diagnosområden, om vårdens struktur samt om de regelsystem som finns inom vården. Personalen å sin sida hade liknande önskningar om att den peer supporter som hamnar hos dem skall veta mer om diagnosspecifikt bemötande och om de regler som gäller inom vården. Vad förberedandet av arbetsplatserna beträffar skulle peer supporterna generellt gärna se att personalen hade mer kunskap om vad PEER Support innebär, och gärna hade givits tillfälle att kontempera vad en peer supporter hos dem skulle kunna innebära. Personalen, å sin sida, menade att NSPHiG:s information till arbetsplatsen kunde ha varit tydligare och utförligare. Den personalgrupp som fortfarande efter 1,5 år arbetade mest aktivt med sin peer supporter, och samtidigt verkar vara den som får ut allra mest av arbetet, menar dock att de faktiskt skulle ha varit allra mest hjälpta av att redan från början ha fått träffa annan personal som kunde berätta om hur arbetsvardagen tillsammans med en peer supporter fungerar.

#### *Sammanfattning*

Den utbildning NSPHiG givit peer supporterna fick gott efterhandsomdöme av alla verksamma peer supportrar givet det innehåll den hade och hur de tolv utbildningsdagarna förvaltat tiden. Det som i efterhand givit mest positivt bifall var de praktiska övningarna, såsom rollspel. Peer supportrar och personal hade sedan likartade önskningar om innehåll i framtida utbildningar. Dessa utgjordes av diagnosspecifika inriktningar, praktiska fallövningar inför svåra situationer, studiebesök samt kunskaper om vårdens struktur, regelsystem och praktik.

Den vårdavdelning som mest aktivt förarbetat, och som under hela processen uttryckte sig mest positivt om PEER Supportens möjlighet att förbättra och förstärka avdelningens arbete, var också den som lagt mest tid och resurser på att förbereda sig inför introduktionen och även att fortsätta att aktivt arbeta för en fungerande dialog vid arbetsplatsen.

### Om framtiden: förhoppningar, reflektioner och idéer

De önskningar och förhoppningar inför framtiden som peer supporterna uttryckte handlade dels om det personliga, såsom att bli anställda med en högre lön eller att få en annan peer supporter vid sin sida och helst vid samma avdelning. Det var också förslag för framtida utbildningar och temakonferenser, såsom att ha en temadag om sådant som att äska pengar till aktiviteter, att samordna en vidareutbildning om bemötande kurser såsom interaktivt bemötande eller att samla medel till en pengapott som kan användas då peer supportrar från olika delar av regionen kan samordna sina patientinriktade aktiviteter. Men det var också idéer som berör större förhoppningar om Peer supportens vidare framtid i samhället; hur PEER Support skulle kunna expanderas och bli en del av all vård och allt socialt arbete. Idéerna om detta var mer eller mindre utbroderade men har en gemensam nämnare: att peer supporters inom många områden skulle vara ett eget nätverk som agerade inom den existerande strukturen men också fungerade som en länkande funktion mellan institutionerna.

*Jag tror att om det här med PEER Support får fäste, till att börja med, så kommer det att sprida sig till socialkontor, social resurs, det kommer att sprida sig till beroendekliniken... jag tror och hoppas det i alla fall. Om det sprider sig på det viset så kommer inte lika många dö varje år av överdos. Inom socialt utanförskap över huvud taget. Efter hand, tror jag, att peer supporterna kommer att bli ett eget nätverk. Att de är sammanlänkade.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 1

Några peer supportrar hade vid den sista intervjun under en längre tid bearbetat de psykiatriska öppenvårdsavdelningarna i syfte att bygga en bro över dit, som skulle underlätta patientens övergång mellan avdelningarna.

*Jag skulle vilja jobba med en fot i slutenpsykiatri och en i öppenpsykiatri. Hamnar man i öppenpsykiatri glömmar man ganska fort av hur det är i den verklighet som finns här inne. Att ha med sig detta och att träffa patienter som känner igen det. Detta skulle ge förtroende i båda lägren. Idealiskt skulle vara att ha ett större nätverk av peer supportrar, som sträcker sig över hela vården och kanske socialtjänsten också.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 3

En annan peer supporter påpekade att "alla" talar om att skapa en brygga mellan slutenvården och öppenvården, mellan vilka inte mycket kommunikation i nuläget enligt vederbörande existerar.

*Den uppgiften skulle kunna vara skraddarsydd för just Peer supportfunktionen. Här skulle NSPHiG kunna komma in. Arrangera diskussionsträffar, ordna möten med inblandade parter och allt möjligt.*

Peer supporter, materialinsamlingsomgång 3

Att PEER Support skulle bli standard i psykiatri men också sträcka sig ut till andra delar av det sociala skyddsnätet är en förhoppning som uttrycktes av både peer supportrar, personal och chefer under hela den materialinsamlade perioden.

*Ja, jag hoppas ju att PEER Support blir etablerat inom psykiatriens alla verksamheter, slutenvård såsom öppenvård. Dagvårdsavdelningar och allt man*



*kan tänka sig. Och jag vill definitivt ha kvar vår peer supporter. Snälla, får vi behålla hen?*

Personal, materialinsamlingsomgång 3

Denna idé fanns även på chefsnivå, anpassat till denna nivå's förutsättningar. Att låta brukare vara med och utforma vården är en modern idé som har sina starka förespråkare även bland chefer. Men en av cheferna menade att det behövs mer än engagerade eldsjälur, och att PEER Support inte kan vara det enda sättet detta kan utföras – men om allt går i den riktningen att konceptet kan etablera sig inom vård och socialt arbete kan det utgöra en bra och effektiv början.

*Vi måste släppa in brukare i högre utsträckning. Vårdens företrädare måste bli bättre på att lyssna på de som skall använda vården. Vi måste ha mer samspel. NSPHiG är jättebra. Ett nätverk som är en riktig motor. Det är trögt att få in dessa tankegångar i vården, och vi måste arbeta på många fronter. NSPHiG blir ett exempel på hur vi kan agera med brukarerfarenhet.*

*Men brukarmedverkan får inte bli ett isolerat område. Det måste finnas i hela uppbyggnaden av vården. Det är beklagansvärt att brukarinflytande blir ett område som handhas av vissa eldsjälur, som får rollen att vara den brukartillvände. För det måste finnas i hela strukturen.*

Chef, materialinsamlingsomgång 3

En sköterska uppmärksammade under en gruppintervju vid halvtid hur PEER Support ändå var något som inte talade till alla brukare på samma villkor. För hennes egen del hade peer supporternas närvaro och deras samarbete medfört att hennes eget tänkande hela tiden nu interagerade med ett annat perspektiv, ett som hon inte kunnat se och formulera själv. Detta gjorde en stor och nyttig skillnad. Men samtidigt, och i och med detta, hade hon också insett att detta med annorlunda perspektiv i sig inte var universellt inbjudande; peer supporternas ålder, kön och etnicitet var sådant som ställde vederbörande i olika typer av relation till olika människor. En medelålders svensk man som peer supporter, menade hon, innebär inte automatiskt samma tillgänglighet för en ung kvinnlig med främmande modersmål som till en annan medelålders svensk man. Detta, menade hon vidare, var något man bör ta i största möjliga beaktande då man anställer flera peer supportrar vid samma avdelning eller vid avdelningar jämte varandra.

### *Sammanfattning*

Inför framtiden hade peer supportrarna förhoppningar på det personliga planet liksom för hela yrkets framtid. Förutom önskingarna om en fast anställning, kollega vid samma avdelning och framtida aktiviteter finns det idéer om ett framtida nätverk av peer supportrar som binder samman alla psykiatriska och psykosociala verksamheter och bildar bryggor mellan dem. Personal och chefer såg också vinster med att brukare själva bildar ett sådant kitt och att PEER Support skulle vara en viktig komponent i ett sådant skeende. En sista reflektion tillfogar perspektivet att man i anställandet av individer till ett sådant nätverk i största möjliga mån skulle ta mångfald i beaktande - beträffande sådant som kön, etnicitet, funktionssätt och ålder. Detta skulle öka tillgängligheten och ytterligare förstärka nätverkets effektivitet.

## Attityder till återhämtning

Det statistiska material som i olika omgångar inhämtats består främst i de två standardiserade enkäterna RKI och DREEM (utsnitt). De två första har ställts till samtliga grupper vid flera tillfällen för att kunna mäta eventuella fluktuationer över det första år projektet pågår. Den tredje har bara ställts till peer supporttrarna. Bilderna (Figur 1 och Figur 2, följande sidor) ger den generella bilden av personalen som grupp över tid (DREEM) och peer supporttrar respektive personal som grupp över tid (RKI). Detaljerade kommentarer med avseende på vissa avdelningar ges i framställningen här nedan.

Resultatet visar en långsam men stadig tendens mot en mer positiv inställning till återhämtning och till den egna avdelningens förmåga att arbeta återhämtningsorienterat. Figur 1 visar hur inställningen till den egna avdelningen som återhämtningsorienterad förändrats från den första till den tredje materialinsamlingsomgången och den tredje för peer supporttrar, samt från den andra till tredje för personal.

Vad som framstår som iögonenfallande vid detaljstudier är inte fluktuationen över tid, utan istället hur två olika personalgrupper sticker ut. Den första (personalgrupp Y) är den som under gruppintervjuerna aviserade farhågor om att PEER Support skulle kunna innebära en viss polarisering av patienter och personal och undergräva personalens auktoritet. Den andra (personalgrupp Z) är den som under intervjuerna var allra mest positiv till hur PEER Support fungerade vid avdelningen – och var även den grupp som, trots erkänd inledande skepsis, både förarbetat tillsammans och sedan fortsatt detta arbete då peer supportern börjat arbeta vid avdelningen.

Ser man till hur Personalgrupp Y besvarat enkäten RKI, som mäter informantens attityd i återhämtningsrelaterade frågor, så märker man också en tendens mot ett mer traditionellt förhållningssätt visavis patienter. På enkätens femgradiga skala (1=instämmer inte alls, 5=instämmer helt) skiljer denna femmannagrupp sig på tre av 20 frågor runt ett helt steg från medlet hos den 19 personer stora hela gruppen under materialinsamlingsomgång 2. Dessa är fråga 2 (helhetens medel 2,29, gruppens medel 3,2), fråga 9 (helhetens medel 1,9, gruppens medel 3) och fråga 18 (helhetens medel 2,15, gruppens medel 3). I alla dessa frågor befinner sig gruppens medelvärde mot det mer auktoritativt orienterade förhållningssättet, där patientens ansvar för – och därmed också möjlighet till inflytande över – den egna situationen är minimalt i början av sin behandling för att bli successivt större i takt med att symtomen minskar. Som referens kan också nämnas att de sju personer från alla de fyra avdelningar som arbetat aktivt med personcentrerad vård har medelvärdena 1,71 (fråga 2), 1,42 (fråga 9) och 1,67 (fråga 18). Denna senare grupp närmar sig därmed en uppfattning av återhämtning som något patienten bör betraktas som förmögen till under hela behandlingsprocessen, och där återhämtningen inte har en självklar och linjär relation till klinisk symtomförbättring.

Ser man till hur personalgrupp Y besvarat enkäten DREEM är inte skillnaden lika markant. Dock finns den där. De 14 frågorna i DREEM är utformade som påståenden om organisationens förmåga att tillgodose brukarnas återhämtning, om vilket man kan hålla med helt och hållet (1) eller inte alls (5). Om alla informanter höll med helt och hållet om att organisationen hade ett idealiskt återhämtningsfrämjande klimat skulle alltså hela gruppens medeltal vara 1. Om alla tyckte att det var det sämsta tänkbara skulle medeltalet istället vara 5. Helhetens medeltal (18 personer) över alla avdelningar är i den andra materialinsamlingsomgången 2,3. I personalgrupp Y (fem personer) är medlet 2,69. Detta uttrycker ett förtroende för organisationens förmåga att arbeta återhämtningsorienterat som är lägre än hela gruppens medeltal, under alla materialinsamlingsomgångar. Som referens är medlet hos personalgrupp Z 1,57 under samma

materialinsamlingsomgång, vilket alltså uttrycker ett betydligt större förtroende för den egna verksamhetens förmåga att förse att arbeta återhämtningsorienterat med brukaren.

Figur 1

DREEM, sektion Organisationens klimat					
Medeltal för de tre materialinsamlingsomgångarna					
1=håller med helt och hållet, 5=håller inte med alls					
	PEER SUPPORTERS			PERSONAL	
	Omg. 1	Omg. 2	Omg. 3	Omg2	Omg3
1. Verksamheten främjar lärande, blomstrande och tillväxt.	2,6	2,33	3	2,36	1,85
2. Verksamheten är en hoppfull miljö som främjar positiva förväntningar.	3	2,67	1,67	2,43	2,05
3. Verksamheten är inspirerande och uppmuntrande.	2,8	2,33	2,33	2,29	1,921
4. Personal i denna verksamhet är omtänksamma och medkännande.	1,8	1,67	2,67	1,86	1,7
5. Verksamheten har tillräckligt med resurser för att möta människors behov.	2,6	2,33	2,33	2,86	2,436
6. Verksamheten erbjuder möjligheter till meningsfullt deltagande och bidrag	2,75	1,67	2,67	2,64	2,143
7. Verksamheten hjälper människor att känna sig värdefulla, respekterade och starka	2,25	2,5	2,33	2,07	1,821
8. Verksamheten hjälper människor att känna sig sammanhängande med andra på ett positivt sätt	2,25	2,33	2,67	2,29	1,771
9. Verksamheten är säker och tilltalande	2,5	2	2,67	2,43	1,821
10. Alla personalgrupper är välkomnande	1,5	2	3,67	1,71	1,471
11. Det händer kreativa och intressanta saker i verksamheten.	3,5	2	3	2,64	2,071
12. Verksamheten erbjuder verkliga valmöjligheter, önskvärda alternativ och möjligheter.	3,25	2,5	2	2,38	2,286
13. Verksamheten efterfrågar respons från de personer som använder verksamheten	2,75	2	1,5	2,31	2,157
14. Verksamheten gör förändringar utifrån de utvärderingar som brukarna ger	2	2,33	2	2,31	2,386
<b>MEDELVÄRDE:</b>	<b>2,54</b>	<b>2,19</b>	<b>2,46</b>	<b>2,33</b>	<b>1,992</b>

Figur 2

<p style="text-align: center;"><b>RKI, Recovery Knowledge Index</b> Medeltal för materialinsamlingsomgångar 2 och 3: Personalens generella inställning till återhämtning</p> <p style="text-align: center;">1 = Instämmer inte alls, 7 = Instämmer helt och hållet</p>			
1 = Instämmer inte alls, 7 = Instämmer helt och hållet		ALL PERSONAL	
		Omgång 2	Omgång 3
1	Återhämtningsperspektivet är lika viktigt i alla delar av behandlingen	4,29	4,06
2	Personer som är i psykiatrisk behandling kan sannolikt inte fatta beslut och sätta upp egna mål för sin behandling och rehabilitering	2,29	2,06
3	Alla som arbetar inom vård- och stödsektorn bör uppmuntra sina patienter att våga förverkliga sina drömmar, även om det kan innebära att patienten behöver ta vissa risker	3,64	3,93
4	Det första steget mot återhämtning är att patientens symptom är under kontroll	3,79	3,56
5	Det finns patienter som inte har förmåga att aktivt delta i återhämtningsprocessen	3,29	4,06
6	Psykiskt funktionshindrade/missbrukare bör inte tvingas ta ansvar i sitt dagliga liv	1,5	1,1
7	Psykiskt funktionshindrade / missbrukare återhämtar sig genom att följa vissa förutbestämda steg	3,57	3,71
8	En hobby/fritidsverksamhet är viktig för patientens återhämtningsprocess	4,57	4,91
9	Alla som arbetar med psykiskt funktionshindrade/missbrukare bör se till att deras patienter skyddas från motgångar	1,86	1,37
10	Det är endast patienter som mår relativt bra som bör ges möjlighet att fatta beslut om sin egen behandling	1,64	1,53
11	Återhämtning är inte lika viktigt för dem med en aktiv psykos/missbruk	1,36	1,67
12	En viktig del i återhämtning är att patienten definierar ett nytt sätt att se på sig själv. Ett sätt som inte hör samman med de symptom som patienten lever med	3,5	3,3
13	Det påverkar patienten negativt om det ställs för höga förväntningar på honom/henne	3,5	4,3
14	Om inte patienten kan acceptera sin sjukdom eller behov av behandling är det inte mycket personal inom vård, stöd och servicesektorn kan göra för att stödja dennes återhämtningsprocess	2,14	2,23
15	Återhämtning karakteriseras av att patienten gör framsteg utan att ta för stora steg tillbaka	3,21	3,64
16	Symptomminskning är en absolut nödvändig komponent i återhämtning	3,79	4,36
17	Förväntningar och hopp om återhämtning bör anpassas utifrån hur allvarlig patientens tillstånd är	3,69	4,42
18	Tanken om återhämtning är mest relevant för de patienter som har genomfört eller är nära att avsluta sin behandling	2,15	2,29
19	Ju mer en person fogar sig i behandlingen, desto större är sannolikheten att han/hon återhämtar sig	2,77	2,44
20	Andra personer som återhämtat sig från psykisk ohälsa/missbruk kan vara lika behjälpliga för en patients återhämtning som personal som arbetar inom vård, stöd och servicesektorn	4,38	4,85

## Patientperspektiv

Inom ramen för utvärderingen förekom även en rudimentär patientenkät som delades ut vid fyra berörda avdelningar. Syftet med frågorna var att ringa in hur och i vilken grad patienten upplever att PEER Support haft inflytande över vederbörandes tid vid kliniken, med avseende både på direkt stöd i återhämtning och eventuella effekter på vårdmiljön.

Enkäten, som gick ut under juni 2017 och samlades in i augusti 2018, administrerades av kontaktperson i personalen vid tre avdelningar och av peer supportern själv vid den fjärde. Kontaktpersonerna var ombedda att tillfråga de patienter som de såg kommit i kontakt med avdelningens peer supporter om de kunde tänka sig att fylla i en enkel enkät. Frågan har ställts till alla patienter som varit i kontakt med peer supporterna, inte bara de som använder tjänsten mycket.

Enkäten i sig är komponerad av fyra frågor, om i tur och ordning 1) patientens tid vid avdelningen har påverkats av att det finns en peer support där, 2) om patienten upplevt stöd från vederbörande, 3) om patienten tror att närvaron av PEER support påverkar personalens arbete, samt 4) om det påverkat den egna återhämtningen. Svaret på varje fråga graderas på en skala där 7 betyder "i hög grad", 1 betyder "i låg grad" och 0 betyder "inget alls". I anslutning till varje fråga kan patienten även välja att kort utveckla sig skriftligen. Avslutningsvis ställs även den öppna frågan om det finns något de vill berätta eller kommentera angående att avdelningen haft PEER Support.

Det statistiska resultatet av enkäten ger för handen att peer supporterna generellt har bidragit positivt till de tillfrågade patienternas återhämtning, att de underlättat vistelsen vid vårdavdelningen samt att Peer supportfunktionen får stöd och är välmotiverad. Medelvärdet för hela gruppen och alla frågor ligger vid 4,67. Detta betyder att medelvärdet ligger närmare "i hög grad" än vad det ligger "i låg grad". Endast två nollor och fyra ettor har delats ut. Fjorton sjuor har delats ut.

Av de 18 svarande har 15 valt att besvara frågan med en eller flera kommentarer. Kommentarererna ger för handen att patienternas uppfattning om peer supporterna sträcker sig från att PEER support inte haft någon inverkan alls till att det haft en mycket stor positiv inverkan på deras återhämtning.

På *fråga 1* har 18 svar genererat ett *medelvärde* av 4,78 och en *median* av 5. Tre personer har angivit värdet 7, alltså att deras tid vid avdelningen i mycket hög grad påverkats av PEER support.

*Jag har inte varit på avdelningen så länge, men hittills har det varit helt positivt!*

*Peer supportern får mig lugn.*

*Peer supportern har varit väldigt aktiv i sitt arbete. Har samtal på avdelningen hela tiden.*

På *fråga 2* har medelvärdet blivit 4,83 och medianen 5. Fyra personer har angivit värdet 7, alltså att patienten i hög grad upplevt stöd från peer supporterna.

*Jag har inte bett om något stöd.*

*Bra samtal. Kommunikation, helt enkelt.*

*Man blir mer aktiv. De pratar och stöttar oss.*

På fråga 3 är medelvärdet 4,89 och medianen 5. Fem personer har angivit värdet 7, alltså att de tror att närvaron av PEER support i hög grad påverkar personalens arbetssätt. Å andra sidan har två personer angivit värdet 1 (i låg grad) och två har angivit värdet 0 (inte alls/vet ej).

*Jag vet faktiskt inte!*

*-De samarbetar med och ger stöd till personalen.*

*De kan föra fram det jag vill ha sagt till personalen*

På fråga 4 är medelvärdet 4,18 och medianen 5. Två personer har angivit värdet 7, alltså att förekomsten av PEER support i hög grad medverkat till det egna återhämtandet. Två personer har angivit 1 och en har angivit 0.

*Kanske. Jag har svårt att uttala mig efter så kort tid som jag varit här.*

*Jag har inte använt mig av dem. Men de är trevliga att prata med!*

*Jag sover sällan dagtid eftersom peer supportern finns. Är mer aktiv.*

Den öppna fråga 5 har besvarats av elva av de 18 patienterna. Svaren spänner från väldigt enkla (*Bra och finurliga samtal!*) till några meningar.

*Nej, det hjälper inte så mycket.*

*Det är bra för vissa personer men inte så bra för andra. Det beror på vad patienten är inlagd för.*

*De är väldigt duktiga. Men jag tror att mån måste ha en viss personlighet för att bli peer supporter.*

*Den ena dagen blir aldrig den andra lik tack vare de underbara peer supporterarna!*

Som bäst menar man att de har mycket stor påverkan på den egna återhämtningen, att deras närvaro gör att man kommer upp på morgonen och får saker gjorda även en dag på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning, att peer supportern kan vara ens språkrör mot personalen, eller att deras närvaro gör en lugn. Värt att notera är att ingen har skrivit något direkt negativt om PEER support; som mest negativt tror man att de inte påverkat vare sig den egna återhämtningen eller personalens arbetssätt. Man förhåller sig alltså i dessa fall neutralt.

Resultatet tyder på att Peer supporterna generellt har haft betydande påverkan med upplevt stöd och hjälp för återhämtningen hos de personer som besvarat enkäten. Medelvärdet av alla frågor och insamlade enkäter är 4,67 (3) och medianen 5 (3,5), vilket tyder på att peer supporterarna lyckats nå fram väl till de tillfrågade patienterna. Givet att detta är patienter mestadels på slutna psykiatriska avdelningar där individer hamnar då de är i stor kris kan detta betraktas som ett resultat som vittnar om att peer supporterarna kunnat bidra med att patienter känt sig sedda, givits en känsla av lugn, haft aktiviteter och fått ha samtal som de inte gjort om inte peer supporterarna funnits där. Det är också tydligt för tillfrågade patienter att peer supporterarna avlastar den övriga personalen.

## Konklusion

Att implementera peer support vid en vårdavdelning är en omvittnat komplex process som behöver ta hänsyn till både patienter, peer supportrar, chefer och personal (Davidson m.fl. 2012), samt gärna definiera peer supporternas uppgift så tydligt som möjligt men ändå lämna utrymme för att utveckla arbetets form utifrån avdelningens behov (Silver & Nemeč 2016, Crane m.fl. 2016). I dagsläget (februari 2018) arbetar tio peer supportrar vid åtta psykiatriska avdelningar i Västra Götalandsregionen. Under projektperioden har NSPHiG fungerat som arbetsgivare för samtliga peer supportrar. Knappt ett och ett halvt år efter att de första fyra peer supportrarna började arbeta vid sina respektive vårdavdelningar är nu tio av NSPHiG certifierade peer supportrar verksamma inom psykiatri i Västra Götalandsregionen. Perioden har inte drabbats av några långtidssjukskrivningar eller avsked. Av tolv som har börjat är det endast två som har slutat (varav en av dem påbörjade studier vid högskola och den andra arbetar med personalutbildning inom psykiatri). Rekryteringarna har fått beröm av vidtalade personal och chefer.

### Modellen PEER Support och internationell forskning

Projektet är unikt i sin ansats att låta brukarrörelsen handha hela förfarandet med att peer supportrarna rekryteras, utbildas, utplaceras, handleds, samordnas och om så önskas anställs av brukarrörelsen. Detta gör projektet svårt att direkt jämföra med internationell forskning på området peer support. Dock kan man konstatera att lärdomar som dragits internationellt har kommit till god användning i projektet. I en genomgång av vilka förutsättningar peer support, vårdavdelning och chefer har givits i implementerandet av peer support ställer Davidson et al upp nio strategier som använts vid de avdelningar där peer support haft ett belagt positivt resultat på psykiatripatienters återhämtning. Strategierna handlar om sådant som att förtydliga peer supporternas arbetsbeskrivning, ge stöd åt både chefer och personal och utbilda samt involvera dem i genomförandet av implementering. (Davidson et al 2012) Samtliga dessa strategier har motsvarigheter i konceptet PEER Support och utgör delar av den aktiva modellen.

Även i sitt direkta stöd till de rekryterade peer supportrarna utgår projektet från stöd i internationell forskning. Moran et al menar att utmaningar för peer supportern ofta uppträder inom de tre domänerna arbetsmiljö, yrkesbana och personlig psykisk hälsa. De menar också att alla dessa utmaningar är beroende av den organisatoriska kontexten och kan bearbetas därifrån (Moran et al 2013). Modellen PEER Support utgår från konceptet att brukarrörelsen ansvarar för utbildning, certifiering och handledning. Detta ger en kontinuerlig och tät kontakt mellan peer supportrar, psykiatriska verksamheter och projektledning. Peer supporternas villkor har därmed utformats i samverkan med verksamheternas förutsättningar.

### Erfarenheter av Peer support

Peer supportrar, personal och chefer har för denna utvärdering intervjuats i tre omgångar för att implementeringsprocessen skall kunna följas. Dessa grupper har även besvarat enkäter. Evaluatorn har även närvarat vid handledningar och möten.

### Inställningen till PEER Support

Hos både peer supportrar och personal framträder mellan de tre intervjutillfällena en *alltmer positiv inställning* till möjligheterna för PEER Support som komplement till given vård. Tendensen syns i det insamlade enkät materialet, som visar att det under projektiden sker en stadig förskjutning mot en alltmer positiv inställning både till den egna avdelningens förmåga att arbeta

återhämtningsorienterat liksom till återhämtning som sådan. Tendensen är än tydligare uttryckt i intervjumaterialet.

#### Arbetsroll och arbetsuppgifter

Hos flera peer supportrar fanns initialt en oro för sådant som t.ex. att deras egen diagnos inte stämmer överens med avdelningens inriktning, eller att det skulle bli problematiskt att finna egna arbetsuppgifter och aktiviteter vid den nya arbetsplatsen. Ett år senare har de funnit olika sätt att hantera detta. För vissa har ett ökat samarbete med andra peer supportrar varit vägen. För andra har det varit att utöka sitt arbetsfält geografiskt till andra, angränsande psykiatriska vårdverksamheter. Över tid har en trygghet i peer supporterrollen infunnit sig, vilket lett till minskad osäkerhet om arbetsuppgifterna på en avdelning. En yrkesstolthet och kollegial trygghet har även vuxit sig starkare i gruppen.

I takt med att peer supportrarna blivit ett alltmer givet inslag på avdelningarna har också det sätt på vilket personalen talar om peer supportrarnas aktivitet förändrats. Under de tidiga intervjuerna har personalen talat om *peer supportrarna som avlastning för personalen* och om *de konkreta aktiviteter peer supportrarna utför*. Efter ett år med peer supportrar beskriver de mer hur peer supportern tydligare blivit en del av vårdteamet, och epeer supportrarnas aktiviteter som ett medel att nå ett annat mål - en jämlik kontakt där patienter känner sig sedda och bekräftade.

#### Chefernas roll i implementeringen

I projektets inledningsfas har *cheferna* spelat en avgörande roll, då initiativet att anställa kommit därifrån, i samverkan med NSPHiG. Ju längre projektet sedan framskridit, desto mindre har cheferna behövt ha en stödjande eller drivande roll. Då den sista insamlingsomgången sker har vissa avdelningar haft peer supporter anställd i femton månader. Här har chefsens aktiva roll i projektet minskat. Den positiva aspekten av detta är att peer supportrarna funnit sig så pass väl i verksamheten att verksamhetscheferna i stort sett inte behöver engagera sig för att hålla det pågående. Det negativa med när engagerade chefer byts ut är att de som de ersätts av inte nödvändigtvis har samma grad av engagemang i just denna fråga, och därmed inte påverkar horisontellt, det vill säga bearbetar andra chefer på samma nivå. Eftersom implementeringen av PEER Support initialt behöver ett engagemang på chefsnivå kan alltså färre avdelningar komma att initiera PEER Support, som en följd av chefsbyten. De chefer som tillsatts efter projektets uppstart efterlyser en mer aktiv och kontinuerlig kontakt med NSPHiG, något som möjligtvis kunde påverka dem i riktning mot att arbeta än mer aktivt för PEER Support även gentemot andra chefer. Samtliga vidtalade chefer uttrycker en positiv inställning till PEER Support som funktion..

#### Peer support och brukarrörelsen

*Anställningsformen*, att peer supportrarna utbildas av och anställs genom NSPHiG men har sina arbetsplatser vid vårdavdelningar, var för peer supportrarna viktigt i början av projektet. Efter projektets första år uttrycker dock många att en tillsvidareanställning skulle vara att föredra gentemot osäkerheten i projektanställningen. Bland chefsgruppen finns det å sin sida en önskan att kunna anställa peer supportrarna på samma villkor som övrig personal.

Peer supportrarna är nöjda med både den utbildning, den handledning och den länk till brukarrörelsen som garanteras genom att det är NSPHiG som äger projektet. Denna länk ger PEER Support legitimitet som brukarstyrt patientstöd och har starkt stöd bland alla intervjuade grupper. Det finns bland alla grupper också en önskan om att denna starka koppling skall bevaras.



### Framgångsfaktorer och hinder i implementeringsprocessen

Något som framstår som hinder för projektets implementering är en *upplevd klyfta* mellan personal med en mer återhämtningsorienterad approach (där PEER Support ses som ett välkommet och naturligt inslag i avdelningens arbetssätt) och personal med en mer auktoritetsorienterad syn, ofta kallad "Den gamla skolan" (där PEER Support betraktas med misstänksamhet eller ignoreras), och som återfinns hos vissa personalgrupper. Denna klyfta finns även belagd i det kvalitativa och kvantitativa materialet till denna rapport. Klyftan mellan de två grupperna/attityderna har inte försvunnit under året, men får mindre betydelse i materialet under de senare insamlingsomgångarna, ju längre tid peer supportern varit anställd vid verksamheten. Vid de vårdavdelningar där man redan under flera år *arbetat medvetet med ett mer återhämtningsorienterat förhållningssätt* till patienterna har PEER Support haft lättare att bli en del av arbetslaget. Här har man uppfattat PEER Support som något som harmonierar med ett redan existerande arbetssätt. Den avdelning som vid intervjuerna uttrycker allra störst uppskattning för peer supporterns bidrag är också den som gjort mest förarbete inför introduktionen av PEER Support, och fortsatt aktivt arbetat vidare på samma sätt.

En viktig insikt är här också att *implementeringen kan ta tid*. Det tar tid för peer supportern att finna hur hens kompetenser på bästa sätt kommer till användning på den arbetsplats hen hamnat. Det tar tid att forma relationer med personal och att integrera sin egen funktion med vårdlagets arbetssätt. Vid slutet av utvärderingsperioden hade de peer supportrar som arbetat längst lyckats integrera sin verksamhet som en del av befintliga arbetssätt, så att PEER Support kommit att fungera som ett komplement som förstärkte det arbetssätt som redan fanns vid de respektive avdelningarna.

### Effekter av peer support

En särskild styrka med konceptet PEER Support ligger enligt personalen i det faktum att samtalet mellan peer supporter och patient inte har något instrumentellt syfte; det måste inte skapa någon speciell sorts information utan är bara det samtal det utger sig för att vara. Intervjuad personal ser att detta, i kombination med peer supporterns egen erfarenhet av psykisk ohälsa, gör det lätt för många patienter att känna ett särskilt förtroende för peer supportern.

En av de *oväntade effekter* som efter det första projektåret nämns av flera ur personalen är att samarbetet med peer supportern inneburit ett nytt perspektiv, som kommit att införlivas med det egna tänkandet. En annan är att de genom peer supportern kunnat få tillgång till generell information om patienters hälsolägen som hade varit svår att få som personal. Med tiden arbetar peer supportern upp en känslighet inför vilken information som är viktig för personalen att få, utan att relation till och förtroende från patienten bryts.

Andra effekter som nämns av personalen handlar om sådant som en upplevd *lägre frekvens av tvångsåtgärder och vidbehovsmedicin*. En liknande effekt, som kunnat iakttas av personal redan tidigt, är att patienter inte lika ofta upplever att de behöver gå till läkaren med alla sina behov. Ett samtal med peer supportern har ofta kunnat räcka för att ge en upprörd patient trygghet och lugn.

Många patienter har *fått ökade möjligheter till aktivering* som de inte haft tillgång till före introduktionen av PEER Support. De har exempelvis fått tillgång till mer utevistelse, i form av promenader, besök på aktivitetshus och andra utflyktsmål. Inne på avdelning har aktivitetsutrymmen skapats för bland annat sånggrupper, filmvisning, bakning och annat kreativt skapande. Detta har för vissa patienter kunnat betyda att de tillåter sig att vara på ett annat sätt än inne på avdelningen; flera

peer supportrar vittnar om hur patienter pratar om helt andra saker och med andra personer i aktivitetsrummet än på avdelningen och hur stämningen är annorlunda.

#### Önskemål och reflektioner

Ett tema som peer supportrarna återkommer till under perioden har varit *vikten av fler peer supportrar i sin närhet*. Initialt under projektet kom detta till uttryck som en önskan att ha ytterligare peer supportrar anställda vid alla de avdelningar där de arbetade, alltså två peer supportrar per avdelning. I slutet av den undersökta perioden framhålls istället värdet av att det finns andra peer supportrar vid grannavdelningar.

Både personal och peer supportrar efterlyste att *peer supportrarna försågs med mer kunskaper om vårdens generella rutiner och regler*, samtidigt som det fanns önskemål att *personalen skall ha mer kunskap om peer support*. Vid vissa avdelningar har mindre konfliktsituationer vuxit fram till följd av att peer supportern inte haft tillräckligt med förtrogenhet med arbetsplatsens rutiner. Personalen å sin sida har kunnat ha svårt att hantera detta då de själva inte haft tillräckligt klar uppfattning om vad peer support innebär och vad funktionen kan användas till. Efter några månader har ett förtroende växt fram, och det som kunde ha blivit en konflikt har gått över i att bli en situation där peer supportern kommit att fungera som den brygga mellan patient och personal den var avsedd som. Samtidigt som peer supportern funnit plats för sina aktiviteter har personalen alltmer kommit att förstå hur PEER Support kan användas i verksamheten..

Både chefer, peer supportrar och vårdpersonal uttrycker i den sista insamlingsomgången hur funktionen PEER Support borde finnas i alla psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter. En tanke som presenterades redan vid den första materialinsamlingen var att dessa peer supportrar - inom öppenvård, slutenvård samt socialpsykiatri - skulle samarbeta tätt och fungera som ett nätverk och brygga för patienter mellan dessa olika verksamheter. Denna idé finns kvar ännu i slutet av perioden och får stöd av representanter inom både peer support-, personal- och chefsgruppen.

## Metoddiskussion

Internationell forskning har visat att peer support kan innebära stora potentiella hälsovinster för patienter med allvarliga psykiska tillstånd (Vayshenker et al 2016) och att närvaron av peer supportrar kan öka patienters känsla av hopp, kontroll och möjlighet att förändra sina liv, ökad självkänsla och känsla av tillhörighet samt tillfredsställelse med olika livsområden (Davidson et al 2012). Patienternas hälsovinster är förstuds den utkomst vårdverksamheter bör eftersträva och den önskade effekt både personal, chefer och peer supportrar talar om i intervjuerna. Det är det ultimata värdet på att en vårdinsats är lyckad, varför helst patienter också bör få komma till tals i en undersökning av detta slag.

Ett flertal metoder har använts för att nå patienterna inom ramen för denna utvärdering. Av olika skäl har denna utmaning blivit övermäktig. Flera av de peer supportrar denna undersökning avser arbetar vid den psykiatriska vårdens slutna avdelningar. Patienterna vid många av dessa avdelningar är ofta mycket utsatta människor som hamnar vid avdelningen då de är i akut fas i ett allvarligt psykiskt tillstånd. Så fort de återhämtat sig något flyttas de till en annan avdelning. Så länge peer supportrar och personal har direkt kontakt med dem är de alltså ofta inte vid tillräckligt god hälsa för att klara en intervjusituation, och när de blir det försvinner de från avdelningens räckvidd och därmed även evaluators.

På flera sätt försökte evaluators nå patienter under projektiden. Att nå patienterna personligen visade sig snabbt problematiskt. Evaluators har kontinuerligt fört diskussioner med personal vid avdelningarna om huruvida det kunde berika studien att ta del av det mer generella uppföljningsmaterial som vissa avdelningar själva tar fram, såsom utskrivningsenkäter med avseende på patientnöjdhet med vårdupplevelsen. Beslutet togs dock att inte använda det material som ställdes till förfogande; att försöka urskilja vad i resultatet som var effekter av PEER Support skulle vara ett alltför spekulativt tilltag.

Initialt var det även vanskligt att rekrytera personal till intervjuer och fokusgrupper. Att rekrytera via kontaktpersoner gav ingen framgång, varför även kontaktväg till personalen redogörs enligt nedan. Den metod som lyckades generera ett visst material var nedanstående metod, som evaluators tog fram tillsammans med utvecklingspersonal vid en av de psykiatriska klinikerna.

## Metodförslag för framtida undersökningar

För liknande framtida undersökningar föreslås att evaluator eller forskare använder följande kontaktvägar.

För att nå *peer supportrarna*: gå genom det kansli som samordnar dem. Boka möte med peer supportrarna och intervju dem, helst genom individuella intervjuer med var och en för sig. Rekrytera inte andra informanter (patienter, personal) direkt genom dem – detta kan ge ett för filtrerat urval.

För att nå *personalen*: kontakta avdelningschef eller dylikt inledningsvis för att få tillträde till morgonmöte, APT eller liknande. Vid inbjudan, gå dit själv och ge presentation av din uppgift och av projektet. Skicka runt en lista där den personal som är intresserad av att medverka i en individuell eller grupp-intervju får skriva upp namn och kontaktuppgifter. Be någon att vara din kontaktperson vid avdelningen. Samordna sedan mailledes (eller via kontaktpersonen) framtida intervjuer eller fokusgrupper vid avdelningen. Se till att klustra intervjuerna och fokusgrupperna vid samma dagar i det fall det är många som inte kan samtidigt.

För att nå *patienter*: Bered en enklare patientenkät med ett fåtal frågor som direkt fokuserar på patienternas möten med PEER Support. Se till att det finns utrymme på enkäten att skriva namn och kontaktuppgifter om patienten kan tänka sig att bli intervjuad om PEER Support. Skaffa sedan en kontaktperson vid avdelningen som kan vara ditt gränssnitt gentemot patienterna. Be kontaktpersonen att fråga de patienter som vederbörande ser ha kontakt med peer supportern om de kan tänka sig att vara med i en undersökning, där de får fylla i enkäten. Enkäten kan ligga vid avdelningen en begränsad tid eller en längre, beroende på hur mycket tid kontaktpersonen kan lägga på ärendet. Samla in enkäterna med jämna intervaller (en gång i veckan eller månaden), gå igenom svaren och kontakta de som lämnat kontaktuppgifter för intervju.

## Formalia

### Referenser

Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(2), 96-103.

Crane, D. A., Lepicki, T., & Knudsen, K. (2016). Unique and common elements of the role of peer support in the context of traditional mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 282-288.

Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):123–8.

Dinniss S, Roberts G, Hubbard C, et al (2007) User-led assessment of a recovery service using DREEM. *Psychiatric Bulletin* 31: 124–7.

Meehan, T., & Glover, H. (2009). Using the Recovery Knowledge Inventory (RKI) to assess the effectiveness of a consumer-led recovery training program for service providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 223–226. doi:10.2975/32.3.2009.223.226

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

Silver, J., Nemeč, P. B. (2016). The role of the peer specialists: Unanswered questions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39, 289-291.

Vayshenker, B., Mulay, A. L., Gonzales, L., West, M. L., Brown, I., & Yanos, P. T. (2016). Participation in peer support services and outcomes related to recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39, 274–281.

### Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide ställd till peer supporter

Bilaga 2: Intervjuguide ställd till personal

Bilaga 3: Intervjuguide ställd till chef

Bilaga 4: Patientenkät om projektet PEER Support

Bilaga 5: Information om projektet PEER Support och förfrågan om samtycke

*Bilaga 1: Intervjuguide ställd till peer support*

PEER Support - - Intervjufrågor/teman för fokusgruppintervju gällande upplevelse av Peer Support på arbetsplatsen.

- Vad har du generellt för *upplevelser, intryck och erfarenheter* av att arbeta som peer supporter?
- Kan du se några *effekter* av peer supporter i verksamheten på arbetsplatsen? Positiva/negativa?
- Vilka är dina *uppgifter/aktiviteter* som peer supporter? Hur har de tagits fram? (Eget initiativ, tillsammans med chef/personal, på annat vis?)
- Har *upplägget av dina uppgifter* som peer support förändrats under denna tid? Vad har fungerat bra/mindre bra? (Vad var bra, vad var dåligt? Något man vill lyfta ut? Någon som skulle tillföras?)
- Har några *nya samarbetsformer* med övriga kollegor på arbetsplatsen vuxit fram under denna tid?
- Vilka *resurser* har ställts till ditt förfogande på arbetsplatsen? (Utrymmen, material, tid, annat?)
- Hur upplever du att *patienterna* du möter har sett på formen PEER Support?
- Hur har patienterna *tagit del av* PEER Support? (Vad har de erbjudits, hur har de funnit peer supportern på avdelningen, hur har peer support presenterats?)
- Upplever du att *anhöriga* har reagerat på något särskilt vis på att ni finns som peer supporter i er verksamhet?
- Vilken betydelse har arbetsplatsens *chef* haft för ditt arbete som peer supporter?
- Upplever du att dina *kollegor och behandlingssättet på arbetsplatsen har förändrats* under din tid som peer supporter? Om ja, på vilket sätt?
  - Återhämtning
  - Sociala relationer
  - Synen på vården
- Hur ser du på den *utbildning* ni har fått i samband med anställning som peer supporter? (Något som borde ha ingått? Eller som borde finnas med nästa gång den ges?)
- Hur ser du på det *handledarstöd* du fått från NSPHiG?
- Upplever du att du har tillgång till och stöd från *kollegor vid brukarrörelsen/NSPHiG*?
- Anser du att din *anställningsform som peer supporter* genom NSPHiG har betydelse för formen av ert arbete – om ja, på vilket sätt?
- Minns du dina *förväntningar* på att vara peer supporter (om man hade några) innan du startade på arbetsplatsen – har dessa infriats?
- Vilka är dina *förhoppningar* för peer supportverksamheten i framtiden?
- Har ditt arbete som peer supporter bidragit till din *egen återhämtning*?

*Bilaga 2: Intervjuguide ställd till personal*

Personal - - Intervjufrågor/teman för fokusgruppintervju eller individuell intervju gällande upplevelse av PEER Support på arbetsplatsen

- Vad har ni generellt för *upplevelser, intryck och erfarenheter* kring att ha peer Support på arbetsplatsen?
- Vilka *positiva* och/eller *negativa effekter* anser ni att peer Support har gett i er verksamhet?
- Hur ser ni på *upplägget/innehållet* av peer supporternas uppgifter? Vad har fungerat bra/mindre bra? (Vad var bra, vad var dåligt? Något man vill lyfta ut? Någon som skulle tillföras?)
- Hur ser ni på peer support *i relation till ordinärt behandlingsarbete* och *i relation till er egen yrkesroll*?
- Vad hade ni för *förväntningar* på peer support (om det fanns några) innan peer supporten startade på arbetsplatsen – har dessa infriats?
- Anser ni att *anställningsformen* av peer supporten har betydelse för formen av dennes arbete – om ja, på vilket sätt?
- Har *behandlingsättet på er arbetsplats förändrats* under eller efter peer support har introducerats? Om ja, på vilket sätt?
  - Återhämtning
  - Sociala relationer
  - Synen på vården
- Vilken roll har er *chef* haft i introduktionen av peer support på er arbetsplats?
- Upplever ni att *anhöriga* har reagerat på något särskilt vis på introducerandet av peer support i er verksamhet?
- Hur kommer ni att *arbeta framöver* med er kunskap kring peer support?
- Finns det något som *ni hade behövt veta* innan introduktionen av peer support på arbetsplatsen, men som ni inte fått information om?
- Finns det något *peer supporterna behövt kunna eller veta* då de introducerades, som de inte hade med sig från sin utbildning?
- Finns det något mer ni vill berätta gällande peer support som inte berörts under intervjun?

*Bilaga 3: Intervjuguide ställd till chef*

Chef - - Intervjufrågor/teman för fokusgruppintervju eller individuell intervju gällande upplevelse av PEER Support på arbetsplatsen

- Vad har du generellt för *upplevelser, intryck och erfarenheter* av att ha haft en peer supporter anställd vid avdelningen?
- Varför valde avdelningen att introducera peer support?
- Kan du se några *effekter* av peer support i verksamheten på arbetsplatsen? Positiva/negativa?
- Vilka var dina förhoppningar på peer supporterns insats? Har de infriats?
- Tror du att peer supportern kommit att påverka avdelningens arbetsklimat?
- Vilka var dina och personalens farhågor inför introducerandet av en peer supporter? Har dessa infriats?
- Hur ser du på peer support i relation till ordinärt behandlingsarbete? Hur har det kommit att fungera?
- Hur har peer supportern kommit att fungera i arbetslaget?
- Vilka har personalens reaktioner varit på avdelningens peer support?
- Har du några andra kommentarer eller funderingar kring peer support?



*Bilaga 4: Patientenkät om projektet PEER Support*

**1. Har Din tid som patient påverkats av att det finns peer supportrar vid avdelningen?**

i hög grad 7 6 5 4 3 2 1 i låg grad 0 inte alls/vet ej

Beskriv .....

**2. Har Du upplevt stöd från avdelningens peer supportrar?**

i hög grad 7 6 5 4 3 2 1 i låg grad 0 inte alls/vet ej

Beskriv .....

**3. Tror du att det påverkar hur personalen arbetar att det finns peer supportrar anställda?**

i hög grad 7 6 5 4 3 2 1 i låg grad 0 inte alls/vet ej

Beskriv .....

**4. Har det hjälpt din egen återhämtning att det finns peer supportrar i verksamheten?**

i hög grad 7 6 5 4 3 2 1 i låg grad 0 inte alls/vet ej

Beskriv .....

**5. Är det något du skulle vilja kommentera eller berätta angående att avdelningen har peer supportrar?**

.....  
.....  
.....

Skulle du kunna tänka dig att vara med i en kvalitativ utvärdering av projektet PEER Support? Utvärderingen sker genom intervju på det vis som passar dig bäst. Intervjun tar mellan 15 minuter och en timme och din insats bidrar till att förbättra ditt inflytande över din egen vård.

Kontakta undertecknad själv eller genom avdelningens personal, så bokar vi en tid. Du kan också skriva ditt namn och mobilnummer eller e-postadress på detta papper.

Vänliga hälsningar,

**Jakob Wenzer**

Fil. dr. i etnologi vid Göteborgs universitet

Utvärdering av Peer support för NSPHiG och Västra Götalandsregionen

E-post: [Jakob@nsphig.se](mailto:Jakob@nsphig.se)

Telefon: 0703 - 70 15 19

[www.nsphig.se](http://www.nsphig.se)

*Bilaga 5: Information om projektet PEER Support och förfrågan om samtycke*

Under 2015, 2016 och 2017 finansierar Västra Götalandsregionen projektet PEER Support genom nätverksorganisationen NSPHiG. Projektet utvärderas för Västra Götalandsregionen av Jakob Wenzer, FD i etnologi, med handledning från Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser vid Lunds universitet och med plats vid NSPHiG. Medverkan i utvärderingen av NSPHiG:s projekt PEER Support sträcker sig från 2016-10-01 till 2017-12-30. Medverkan är frivillig och samtycke till medverkan kan när som helst återkallas.

Uppgifterna förvaras av forskaren vid NSPHiG:s kansli. Uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt vilket betyder att intervjuer och enkätdata kommer att aidentifieras och behandlas i enlighet med bestämmelser i Sekretesslagen.

NSPHiG ansvarar för hanteringen av personuppgifter i systemet. Du har rätt att begära ett registerutdrag med den information som behandlas om dig. Du har även rätt att begära att personuppgifter rättas.

I utvärderingen ingår flera former av datainsamling. Detta samtycke gäller medverkan i intervjuer, fokusgrupper och enkätundersökningar som utförs inom ramen för utvärderingen.

### *Samtycke*

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka. Jag samtycker till att uppgifterna får användas för uppföljning och utvärdering av projektet PEER Support. Samtycket gäller till 2017-12-30 vilket är så länge uppgifterna behövs för att kunna följa upp och utvärdera projektet. Jag är informerad om att behandling av mina personuppgifter kommer att ske, samt att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan återkalla mitt samtycke.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Namnsteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

## Författarpresentation

Jakob Wenzer är doktor i etnologi vid Göteborgs universitet. Sedan sin disputation 2007 har han arbetat tvärvetenskapligt inom många projekt vid det nationella forskningscentrumet CFK (Centrum för konsumentvetenskap). Jakob har arbetat på uppdrag av nätverksorganisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHiG) i flera projekt på området brukarmedverkan inom psykiatrisk vård.