



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Korleis kan pårørande vere ein ressurs innan psykisk helsearbeid ? Fokuset er det systemiske perspektivet.**

Margunn Jørgensen Bjørke

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

Molde, 18.04.12



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Tor-Johan Ekeland

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 01.04.12

**Ord : 8337**

## **Samandrag**

I denne oppgåva har eg sett fokus på pårørande-involvering og nettverks-arbeid i psykisk helsevern. Mange pårørande har tidlegare opplevd avvising, når dei har tatt kontakt med helsepersonell. Lovverket gir klare retningslinjer når det gjeld teieplikt, samtykke og unntak frå teieplikt. Pårørande er viktige støttespelarar for brukaren og ein del av brukaren sitt nettverk. Den kunnskapen pårørande har fått, gjennom samspel med brukaren, er viktig informasjon for helsepersonell. Skal kommunikasjonen mellom pårørande og helsepersonell bli god, krev det tidleg kontakt, god informasjon og plan for informasjonsutvekslinga. Det er viktig at helsepersonell også set fokus på pårørande si meistring av eigen situasjon. Nettverksarbeid er eit godt verktøy når pårørande skal involverast. Det systemiske perspektivet set fokus på relasjonar og sirkulære prinsipp. Å samle brukaren og nettverket til samtale og refleksjon, kan ha stor verdi for brukaren, pårørande og profesjonelle hjelpearar.

Tom Andersen har skreve i boka «Åpne samtaler» av Jakko Seikkula :

Samtalene og språket er ikke bare hjelpemidler til å forstå, men samtaler og språk har så stor kraft at de skaper. Skaper nye meninger, skaper nye forhold mellom mennesker, ja faktisk (om)skaper menneskene til nye mennesker

(Seikkula, 2008, 10).

## Innhald

<b>1.0 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 Empiri - narrativ</b> .....	<b>3</b>
<b>3.0 Pårørande</b> .....	<b>4</b>
3.1 Teieplikt.....	5
3.2 Pårørande sine rettar og oppgåver.....	6
<b>4.0 Brukarmedverknad</b> .....	<b>9</b>
<b>5.0 Det systemiske perspektivet</b> .....	<b>9</b>
5.1 Kommunikasjon.....	13
5.2 Nettverks-samtale.....	14
5.3 Sirkulær spørsmålsstilling.....	16
<b>6.0 Drøfting</b> .....	<b>17</b>
<b>7.0 Konklusjon</b> .....	<b>24</b>
<b>8.0 Kjeldeliste</b> .....	<b>25</b>

## 1.0 Innleiing

Historisk sett har pårørande-rolla vore lite verdsett i psykiatrien, grunnane til det kan vere mange. Som tilsett i psykiatriske institusjonar, har eg møtt mange brukarar, som aldri får besøk. Mange av dei som får besøk, kan oppleve at det går lang tid mellom kvart besøk. Eg har jobba mange år i somatiske sjukehus, der fekk dei fleste besøk og kontakta mellom pårørande og helsepersonell var veldig god. Innan psykisk helsevern, er det mange pårørande som vegrar seg for å ta kontakt med personalet. Dette er noko eg har reflektert ein del over. Kvifor opplever mange pårørande å bli møtt på ein annan måte innan psykisk helsevern, enn det som er vanleg praksis innan somatiske sjukehus? Kvifor kan mange pårørande fortelje om avvising, kjensler av å ikkje bli høyrte eller tatt på alvor?

Psykolog Kari Bøchmann gjorde i 1998 ei studie av kva haldningar helsepersonell hadde, til pårørande til pasientar med schizofreni. Ho intervjuar 483 tilsette i 7 psykiatriske sjukehus i USA. Studiet viste, at miljøpersonalet såg på psykologiske faktorar, som den viktigaste årsaka til at sjukdomen utvikla seg. Ho fann også at, dei som såg på familiemiljøet som hovudårsak til sjukdomsutviklinga, hadde den mest fiendtlege holdninga til pårørande (Vaaland, 2007). Eg trur det har skjedd ei haldningsendring dei siste åra, når det gjeld synet på pårørande. Men framleis eksisterer oppfatningar av at, pårørande kan vere ein del av problemet. Eg tenker pårørande kan vere ein ressurs og ein del av løysinga, dette vil eg skrive meir om i denne oppgåva.

Til Psykisk helse (2002 nr1) sa Kari Bøchmann at pårørande ikkje ber om så mykje:

Dei treng først og fremst støtte og omsorg, litt informasjon, høve til å møte andre pårørande og ein telefon no og då, for høyre korleis dei har det. Og dei treng hjelp i krisesituasjonar. Dei tilsette i psykiatrien må sjå på dei som ein ressurs, for det er nettopp det dei er (Vaaland, 2007, 78).

Boka : «Brev til en minister. Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen», inneheld brev frå fortvile pårørande, skreve til dåverande helseminister. Brev skildra mangeårig kamp, for deira nærmaste. Pårørande fortel at dei har følt seg avviste. Mange følte at dei og brukaren ikkje vart tatt på alvor. Pårørande har vore fortvilte og sinte, når deira rop om hjelp ikkje har blitt høyrte. Det pårørande og brukarar ynskjer, er

å bli møtt med respekt, likeverd, kunne ha medverknad og kjensle av å vere heile menneske (Vaaland, 2007).

I denne oppgåva vil eg presentere eit narrativ, som er henta frå kommunehelsetenesta. Eg vil skrive om lovgrunnlaget, statlege tilrådingar, teieplikt, samtykke og unntak frå teieplikt. Ordet pårørande vert definert, og pårørande sine rettar vert omtala og diskutert. Utanom brukaren sjølv, er det ofte pårørande som har best kjennskap til og kunnskap om brukaren sin livssituasjon. Dei kjenner brukaren sine ressursar og nettverk, og dei kan kome med nyttig informasjon om brukaren si historie. Pårørande kan ha erfaring, som gjeld tidlegare behandling og tiltak (Bøchmann og Kjellevold, 2010).

Eg vil skrive noko om kva forskning seier om pårørande-involvering. Ordet brukarmedverknad vert definert. I teoridelen vil eg skrive om det systemiske perspektivet, kommunikasjon, nettverk-samtale og sirkulær spørsmålstilling. Eg vil drøfte narrative opp mot den teoretiske referanseramma, som er det systemiske perspektivet. Vidare vil eg drøfte, korleis pårørande kan vere ein ressurs og om det er forhold der dei ikkje er eller ikkje kan vere det.

Eg har valt det systemiske perspektivet, då det representerer eit brot med individperspektivet og ei lineær årsaksforklaring og introduserer relasjonperspektivet og sirkulære prinsipp. Interaksjon med miljøet ein er i, er eit vilkår for alt liv. Alt ein gjer, kan ein forstå i eit kommunikasjons-perspektiv. Interaksjon og kommunikasjon er ein kontinuerlig, sirkulær prosess. I følge Jaakko Seikkula, er nettverks-sentrert arbeid ei arbeidsmetode, der hjelparen rettar merksemda mot ulike stemmer og prøver å ta omsyn til brukaren sitt sosiale nettverk i alle situasjonar. Desse nettverks-dialogane, kallar Seikkula for opne samtalar (Jensen, 2009).

Korleis kan nettverk-møter vere ein viktig del av pårørande-involveringa? Nettverks-møter er eit møte mellom brukaren, nettverket hans og profesjonelle hjelparar. Dialogen er det viktigaste terapeutiske hjelpemiddelet i eit nettverks-møte, som også kan vere ein nettverks-intervensjon. Gjennom å dele erfaringar kan ein opne opp for ny forståing og nye konstruktive tiltak. Her er det brukaren sin identitet og kompetanse på eige liv, som er

grunnlaget for læring, utvikling og behandling (Jensen, 2009).

Korleis kan pårørande vere ein ressurs? Korleis kan helsepersonell møte pårørande på ein god måte? Korleis kan helsepersonell hjelpe pårørande til å meistre sin eigen situasjon? Korleis kan pårørande kome i dialog med profesjonelle hjelparar? Kan brukaren og nettverket oppleve utvikling og vekst gjennom opne samtalar i eit nettverks-møte? I denne oppgåva vil eg drøfte om pårørande er ein ressurs og om det er forhold der dei ikkje er eller ikkje kan vere det.

**Tema:** Pårørande-involvering og nettverksarbeid.

### **Problemstilling:**

Korleis kan pårørande vere ein ressurs innan psykisk helsearbeid ?

Fokuset er det systemiske perspektivet.

## **2.0 Empiri - narrativ**

Empirien i denne oppgåva, er henta frå kommunehelsetenesta, frå praksis i tenesta for psykisk helse. Der kom eg i kontakt med Bente, som er 58 år og gift med Helge. Bente og Helge har to vaksne born, som har flytta heimanfrå. Dei to døtrene er gifte, og Bente og Helge har fått 3 barnebarn. Bente er veldig opptatt av barnebarna sine. Ho er sosial, likar godt å vere saman med veninner og vere med i lag og organisasjonar. 3 dagar i veka er ho på Dagsenteret, som er opne for personar som har eller har hatt psykiske lidningar. På Dagsenteret har ho mange vener og trivest godt.

Bente har ei lang sjukehistorie, ho har ei kjent bipolar lidning, noko som har ført til mange sjukehusinnleggingar. To gongar har ho vorte tvangsinnlagt, noko ho har opplevd som svært traumatisk. Bente sin fastlege meiner ho har liten innsikt i eigen sjukdom. Fleire gongar har ho auto-seponert medisin, noko som har ført til forverring, maniske episodar og akutte sjukehus-innleggingar. Bente kan oppleve svingande stemningsleie, frå djupe depresjonar til maniske periodar. Familien har opplevd at Bente ikkje merkar det, når sjukdomen forverrar seg. Teikn på at Bente vert dårleg, er at ho ikkje møter på Dagsenteret, eller at ho oppfører seg annleis eller litt merkeleg.



Då eg høyrde om Bente, hadde ho vore innlagt på psykiatrisk avdeling i vel ein måned. Psykiatrisk sjukepleiar fekk telefon frå psykiatrisk avdeling, meldinga var at Bente skulle reise heim neste dag. Bestillinga til psykiatrisk sjukepleiar var oppfølging, medisinadministrering og samtalar. Bente seier ho har eit bra forhold til Helge, men ho vegrar seg for å snakke med mann og born om sjukdomen sin. Helge er hennar viktigaste støttespelar. Han kontakta tenesta for psykisk helse og uttrykte sterk fortviling, etter at Bente hadde vore innlegging siste gong. Kvifor vart han ikkje kalla inn til ansvarsgruppe-møte før utskrivning? Kvifor får han ikkje informasjon om Bente sin sjukdomen? Kva kan han og Bente gjere når det oppstår kriser? Helge har tenkt, at det kunne vore lettare å hjelpe Bente, om borna fekk informasjon om mora sin sjukdom.

### **3.0 Pårørande**

I Lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-3 b, står det at pårørande er den, som brukaren har gitt opp som nærmaste pårørande. Hovudregelen er at det er ein person som er nærmaste pårørande. Men brukaren kan også velje to foreldre eller to myndige born. Helsetenesta ynskjer ofte å ha ein dei kan kontakte, som kan gir informasjonen vidare til andre pårørande. Om brukaren vil gi opp ein person, som sjølv ikkje ynskjer å vere nærmaste pårørande, er det viktig at helsepersonell diskuterer dette med brukaren. Kanskje er det andre i nær familie, som kan ha denne rolla. Brukaren kan også velje andre, til dømes ein ven eller ein nabo, dersom dette er ein person brukaren har varig og kontinuerlig kontakt med. Valet kan endrast, ei slik endring må helsepersonell respektere. I journalen eller andre sentrale dokument, skal det kome klart fram kven som er nærmaste pårørande, då desse har spesifikke rettar og oppgåver i helsetenesta (Bøchmann og Kjellevold, 2010).

Dersom brukaren ikkje er i stand til å gi opp pårørande, skal nærmaste pårørande vere den, som i størst grad har varig og kontinuerlig kontakt med brukaren, dette må vurderast individuelt. Ein går ut i frå denne rekkefølga: ektefelle, registrert partner, personar som lever i ekteskapsliknande eller partnerskapsliknande sambuarskap med brukaren, myndige born, foreldre eller andre med foreldreansvar, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær. Helsepersonell kan peike ut ein nær ven, som

nærmaste pårørende, om ein trur det ville vere brukaren sitt ønske (Bøchmann og Kjellevold, 2010). Dersom brukaren ikkje gir opp nærmaste pårørende og det ikkje er familiemedlemer eller vener, som har varig og kontinuerlig kontakt, vil verje eller hjelpeverje verte oppnemnd, som nærmaste pårørende. Det er helsepersonell som må ta initiativ til oppnemninga, men det er overformynderiet som er ansvarleg for denne ordninga (Helsedirektoratet, 2008).

### 3.1 Teieplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningar om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlege forhold, som de får vite om i egenskap av å vere helsepersonell ( Lov om helsepersonell §21 ).

Konkret informasjon om brukaren sin helsetilstand, helsehjelp og andre opplysningar om personlege forhold er underlagt teieplikt. Om Helge skal få slik informasjon, må Bente gi samtykke til det. Det kan bli gjort unntak frå teieplikta, på grunn av Bente sin helsetilstand (Bøchmann og Kjellevold, 2010). Det er unntak frå teieplikta, om Bente ikkje kan gi samtykke, på grunn av nedsett medvit, medvitsløyse, psykisk forstyrning eller rus. I Helsepersonelloven §24 nr. 4 står det at informasjon, som kan hindre fare for liv eller alvorleg helseskade, er så tungtvegande at omsynet til teieplikta må vike.

Om Bente hadde vore i ei manisk fase, der ho var ute av stand til å ta vare på seg sjølv, kan det verte gjort unntak frå teieplikta. Unntak er det også når brukaren har fysiske eller psykiske forstyrningar, demens eller psykisk utviklingshemming. Dersom Bente gir samtykke, kan informasjon verte gitt til andre personar, som har omsorg for henne eller nær kontakt med henne. Helge har rett til å få opplysningar om helsetilstanden og den helsehjelpa, som vert gjeve, når Bente har gjeve samtykke til det (Lov om pasient- og brukarrettigheter §3-3).

Helsepersonell må rutinemessig å spørje Bente, om ho samtykker til at Helge kan få informasjon. Bente har rett til å gi eit avgrensa samtykke, ho har også rett til å trekke det tilbake. Det å innhente samtykke, bør vere ein prosess, samtykket skal vere frivillig og informert. Ein praktisk måte å gjere dette på, er at Bente fyller ut ei samtykke-erklæring.

Denne skal gjelde for eit avgrensa tid, den skal innehalde opplysingar om kva informasjon Helge kan få og den skal signerast med tid og stad. Helsepersonell må vere tilstades ved signering (Bøchmann og Kjellevold, 2010). I Lov om pasient- og brukarrettigheter § 4-3, står det kven som har samtykke-kompetanse. Det gjeld myndige personar og mindreårige etter fylte 16 år. Det er helsepersonell, som avgjer om Bente manglar samtykke-kompetanse. Fysiske eller psykiske forstyrningar kan vere grunnar til det. Avgjerda om manglende samtykke-kompetanse, skal vere grunngeven og skriftlig, og leggst fram for Bente og Helge så snart som råd (Helse- og omsorgs-departementet, 2001) .

Dette er, etter mitt syn, eit område der helsepersonell kan gjere ein viktig jobb. Om helsepersonell tek seg tid, til regelmessige samtalar med brukarar som Bente, som ein kontinuerlig prosess, trur eg fleire kunne fått heilskapleg helsehjelp. Om Helge er informert om Bente sin helsetilstanden, kan han gi henne betre omsorg og støtte, enn det ho kunne fått utan informasjonsutveksling. Dersom pårørande og brukaren har ei felles oppleving av situasjonen, kan det vere med å skape ein ny og betre røyndom for dei og nettverket deira, slik eg ser det.

### **3.2 Pårørande sine rettar og oppgåver**

Helsetenesta har alltid plikt til å gi generell informasjon om rettar, vanleg praksis og behandling, sakshandsaming og opplæringstilbod. Det er helsepersonell sitt ansvar, at informasjonen er tilpassa mottakaren sin alder, mogning, erfaring, kultur og språk-bakgrunn (Helsedirektoratet, 2008). Korleis Helge vart møtt og involvert, i dei første møta med helsepersonell, er svært viktig for korleis kontakta og samarbeid vil verte vidare. Helsedirektoratet hevder i informasjonsheftet «Pårørande- en ressurs», at helsepersonell bør signalisere at pårørande er ein sentral ressurs for brukaren. Det er viktig å lytte til Helge si historie og vise interesse for den situasjonen han er i. Klare avtalar med Helge, om informasjonsutveksling og medverknad, kan auke den opplevinga han har av kontroll og meistring (Helsedirektoratet, 2008).

Når det gjeld pårørande-involvering, vil Bente og Helge sine egne ynskjer vere avgjerande. Pårørande-samtalen vil vere grunnleggande og starten på samarbeidet mellom

Helge og helsepersonell. I starten er det viktig å avklare kva ønsker og forventingar han har til helsetenesta. Ein må spørje Helge kva han kan og kva han ønsker å delta med. Ein må også avklare, om han personleg har behov for helsetenester eller andre tenester frå det offentlege. Informasjonsutveksling vil vere sentralt i samtalar mellom Helge og helsepersonell. Det er viktig å stille spørsmålet, om korleis heile familien har det, både i starten av pårørande-involveringa og i ulike fasar utover i sjukdomsutviklinga. Helsepersonell må vere tilgjengeleg og imøtekomande (Bøchmann og Kjellevold, 2010).

I boka "Pårørande i helsetjenesten" skriv Bøchmann og Kjellevold (2010), at i vanskelege livssituasjonar, er det ingen som er viktigare for Bente, enn det Helge er. Han har sterke kjenslemessige band til henne, kjenner ressursar hennar og deler kvardagen med henne. Han har nyttig informasjon om Bente si historie. Helge står i ei særstilling som støtte- og omsorgs-person, det er vanskeleg å erstatte han (Bøchmann og Kjellevold, 2010).

Helge, som har store omsorgsoppgåver i heimen, har behov for å verte sett og høyrte. Han treng at nokon har fokus på situasjonen hans og dei utfordringane han står i. Skal han klare omsorgsoppgåvene sine, treng han hjelp til å sette grenser for seg sjølv og hjelp til å få tak i avlasting, om han treng det. Dette er viktig, som førebygging mot eigne helseproblem. Helsepersonell bør bruke tid til å verte kjent med Helge, snakke med han om endra roller og rutinar i familien, om korleis det har påverka han, at ein i familien er sjuk.

Normalisering av Helge sine reaksjonar, må vere eit viktig tema i pårørande-samtalar. Helge opplever å få støtte og omsorg, når helsepersonell kan tåle kjensleuttrykk, er interesserte, kunnskapsrike, trygge, nærverande og viser tolmod. Helge kan oppleve kaotiske og uhandterlege situasjonar når akutt sjukdom oppstår. Bøchmann og Kjellevold (2010) skriv at, opplæring og råd om sjukdom, rettar og reaksjonar vil kunne auke opplevinga av kontroll hos pårørande. Rådgjeving og undervisning vil kunne hjelpe Helge til å handtere utfordrande situasjonar som kan oppstå. (Bøchmann og Kjellevold, 2010).

Forsking har vist at det å involvere pårørande, når nokon vert alvorleg sjuk, er viktig på mange område. Systematisk involvering av pårørande, kan føre til færre sjukdoms-periodar og mildare symptom. Menneske som har ei alvorleg psykisk lidning, vil fungere

betre sosialt, når pårørende er involverte (Dyck, Short, Hendryx et al., 2000; Zhao, Shen, Shi et al., 2000; McFarlane, Dixon, Lukens og Lucksted, 2003; Magliano, Fiorillo, Malangone, De Rosa og Maj 2006; McFarlane, 2007; Pilling, Bebbington, Kuipers et al., 2002; Pitshel-Walz, Leucht og Bäumi, 2001). Forsking viser også, at pårørende kan vere ein ressurs i forhold til praktisk og kjenslemessig meistring av sjukdomen. Symptom, utvikling og behandling av enkelte sjukdomar kan påverkast av forhold knytt til dei pårørende (Bøchmann og Kjelleevold, 2010).

Bøchmann og Kjelleevold (2010) skriv at det er gjort lite forskning på dette feltet i Norge. Ei forskingsgruppe ved Universitetet i Stavanger, leia av dr. jur Alice Kjelleevold, har gjennomført ei Pårørende-undersøking i 2011 (Napha, 2011). Analyse-data viser, at helsepersonell i liten eller ingen grad er interessert i kva pårørende har å seie. Dosent Rita Sommerseth, som er ein del av forskargruppa, trur årsaka kan vere at helsevesenet føler dei har for mange oppgåver, og at arbeidet overfor pårørende derfor sviktar (LPP, 2011).

Når ein i familien vert sjuk, vil det påverke alle i nettverket. Helge kan oppleve rolla si som ei belastning. I samtalar med Helge, må helsepersonell opne opp for å snakke om vanskelege og motstridande kjensler, som kan vere naturleg reaksjon på sjukdom i familien. Mange pårørende vil etterkvart utvikle større meistring og nokre gongar modning, når dei har lært seg til å leve med sjukdomen og dei utfordringane den gir i kvardagen. For Helge kan det vere viktig å få snakke med nokon om livet, som ikkje vart slik han hadde tenkt. Det kan vere ein tung prosess, å forsone seg med at livet ikkje vart slik han hadde ønska (Bøchmann og Kjelleevold, 2010).

Mange brukarar ynskjer at pårørende skal ha ei sentralt rolle, når behandling og rehabilitering skal planleggast. Bøchmann og Kjelleevold (2010) skriv at, grad av involvering avgjer korleis pårørende opplever si eiga belastning. Pårørende kan ta del når individuell plan skal lagast, dei kan også vere med på ansvarsgruppe-møter og samtalar ved utskriving. Bøchmann og Kjelleevold (2010) hevder at, det ikkje er pårørende sitt ansvaret å koordinere dei tenestene brukaren mottek. Helge er ein del av Bente sitt nettverk, og Helge si viktigaste oppgåva er å vise omsorg (Bøchmann og Kjelleevold, 2010).

## 4.0 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad handlar om kjente verdiar som likeverd, autonomi og integritet (Bøchmann og Kjellevold, 2010). Uttrykket medverknad er knytta til situasjonar, der brukarar sjølv er ansvarlege, når ei avgjerd skal takast. Det omhandlar forhold som medråderett, det å ha innverknad og makt. Det vert brukt til å omtale relasjonar mellom partar, som har ulike interesser i eit saksforhold. Brukarmedverknad kan vere ein prosess, som fører til sjølvstyre og ansvar for eige liv. Brukarperspektivet utfordrar samhandlinga mellom helsepersonell. Ei ny gruppe, brukarane gjer seg gjeldande i kampen om den rette definisjonen av problema og den rette behandlinga. Informasjon, undervisning og gjensidig utveksling av informasjon, er vesentleg, over ei lengre tidsperiode, slik at brukaren etterkvart skal få styre livet sitt (Vatne, 2007).

Brukarmedverknad i pårørende-arbeid tyder, at Helge vert inkludert og involvert i utforminga og gjennomføringa av Bente si helsehjelp, når det er behov og rettsleg grunnlag for det. Det kan styrke Bente si sjølvkjensle og verke motiverande, når Bente får innverknad gjennom sjølvstendige val og eigen ressursar. Medverknad kan styrke både Bente og Helge, dei kan føle seg nyttige, verdsett og sett (Bøchmann og Kjellevold, 2010).

## 5.0 Det systemiske perspektivet

Medisinsk og systemisk forståing har to ulike grunnidear. Tradisjonell medisinsk psykiatri er ei medisinsk-biologisk retning, med eit individ-perspektiv og fokus på eigenskapar. Ein må finne årsaka, før ein kan løyse problemet, dette er ei lineær årsaksforklaring. Innanfor dette perspektivet, kan ein samanlikne menneska med maskiner. Oppstår det maskinfeil, kan det reparerast. Innan tradisjonell medisinsk psykiatri, er institusjon-behandling den mest vanlege behandlinga (Jensen, 2009).

I boka «Ansikt til ansikt» skriv Jensen (2009) at, det systemiske perspektivet representerer eit brot med individ-perspektivet og ei lineær årsaksforklaring. Ein fokuserer på relasjonar og den konteksten problemet oppstår i. Fenomen (som til dømes angst), er ikkje eit individuelt problem eller ein spesiell eigenskap, men noko som oppstår i eit samspel. Når ein skal prøve å forstå eit fenomen, må ein utforske konteksten (Jensen, 2009). Konteksten er ei psykologisk ramme for forståing. Det kan vere ei personleg eller kulturell

observasjons-ramme, ei ramme som er meningsberande og som kan hjelpe oss å tolke det vi ser (Berg, 2011). Innanfor det systemiske perspektivet, er ein opptatt av å forstå dynamikken i samspelet mellom menneska (Haugsgjerd et. al., 2009).

Gregory Bateson (1904 – 1980) er ein av dei fremste representantane for det systemiske perspektivet. Han hevda at menneska er ein del av ein heilskap, samspelet mellom menneska er sirkulært og alt vi gjer kan vi forstå i eit kommunikasjons-perspektiv. Det er systemteori og kommunikasjonsteori, som har vore viktigast, når ein skal skildre og forklare det som skjer i familiar og sosiale system. Kommunikasjonsteori bygg på hermeneutikk og fenomenologi, som er eit alternativ til positivistisk vitskapsteori. (Jensen, 2009). Fenomenologi er vitskapen om menneskelege opplevingar og erfaringar. Samtalar om opplevingar, er sentralt innan den hermeneutiske tradisjonen. Fokuset vert retta mot det å tolke opplevingar og erfaringar, og skape mening i det som er samansett og uforståeleg. Vår oppleving av samanheng og mening, og vår forståing av oss sjølve, andre og verda, er skapt i interaksjon med omverda, det er dette ein kallar sosialkonstruksjonisme (Røkenes og Hanssen, 2002).

Hall og Fagen (1956) definerer eit system, som eit sett av komponentar med relasjon mellom komponentane og mellom deira eigenskapar. Interaksjonen er innanfor ei grense, det er flyt av informasjon inn og ut av systemet.

Det er tre systemnivå;

1. suprasystem (eks. samfunn, kultur)
2. system (eks. familie, gruppe, sjukehus, )
3. subsystem (eks. foreldre, barn, sjukepleiar)

Det er den forståinga vi har av systema, som skaper vår konstruksjon av verda. Når ein skal studere sosiale fenomen, er ingen i observatør-posisjon, alle er deltakarar. Ein vil alltid vere ein del av det ein skal studere. Det er måten ein fortel ei historie på, som gir menneske, eit par eller ei familie identitet (Jensen, 2009). Menneske lever i eit sosiale nettverk, det er relasjonane i nettverket som skaper menneske sin sosiale identitet. Sosial identitet er ingen permanent eigenskap hos eit menneske, den vil endre seg heile tida, i ulike situasjonar. I sosiale nettverk er menneska i samhandling, dei gir kvarandre andelege

støtte, materiell hjelp, tenester og nye relasjonar. I alle system, syner samhandlinga seg som samtale, då all meining oppstår i språket. (Seikkula, 2008).

Det finst mange retningar innan det systemiske perspektivet. Salvador Minuchin (1921 –) er opphavsmannen til strukturell familieterapi. Han hevda at individet påverkar omgjevnadane sine og vert heile tida influert av feedback frå andre i systemet (Jensen, 2009). Feedback vil seie, at systemet får tilbakemelding på korleis det fungerer i forhold til omgjevnadane. Positiv feedback fører til at ei endring i systemet vert forsterka, då vil systemet endre seg. Negativ feedback er det når systemet gir seg sjølv tilbakemelding, som sikrar at systemet ikkje endrar seg. For å kunne halde fram som før, må systemet sette inn tiltak som motverkar endring (Haugsgjerd et. al., 2009).

I eit system er det kontinuerleg vekselspel mellom stabilitet og endring. Stabiliteten vert halde oppe gjennom organisering i systemet og gjennom dei ideane deltakarane har om rollene sine. Strukturen i familien endrar seg etter som tida går. Førsteordensendring er ei type endring, som finn stad innanfor den idé-verda eller sjølvforståinga familien alt har. Dersom den grunnleggande strukturen og sjølvforståinga til familien må endrast, kallar vi det det andreordensendring. Dette er endringar, der familien må finne nye roller eller funksjonar innan familien (Haugsgjerd et. al., 2009). Familien har to hovudfunksjonar, internt skal den verne om medlemmane sine psykososiale liv, den eksterne funksjonen er tilpassing til samfunnet (kulturen) utanfor familien (Jensen, 2009).

Minuchin er opptatt av grenser, dette er sentralt i hans analyse av familiar. Når rollene er klart definerte og fleksible, er det ei tydeleg grense. Er det uklare grenser, vil det oppstå rolle-forvirring. Rigide grenser er det når kontakta over grensene er relativt liten. I strukturert familieterapi er terapeuten ein aktiv deltakar i eit nytt terapeutisk system, som oppstår når han og familien møtest. Minuchin nyttar tre strategiar i terapien; å utfordre systemet, å utfordre familiestrukturen, å utfordre familien si oppfatning av røyndomen (Jensen, 2009).

Det narrative perspektivet er forankra i forteljingane om oss sjølve og vår eigen kultur. Tom Andersen og Harold Goolishian er representantar for dette perspektivet. Her er ein ikkje opptatt av å intervenere i familiesystema, men av samtale og refleksjon. Både



terapeutar og brukarar ber på ei føre-forståing av situasjonar (Jensen, 2009). Desse føre-forståingane ligg i oss og vert utfordra av ny informasjon. Møtet mellom denne føre-forståinga og den nye informasjonen, gir potensiale for endring. Terapeuten skal vere respektfull, lyttande, undrande og bekreftande, og ekspert-posisjonen skal vere nedtona. Her er brukaren ekspert på eige liv (Haaland, 2007).

Tom Andersen og gruppa hans i Tromsø utvikla det reflekterande team. Reflekterande prosessar er ulike måtar å organisere santalar på. Det vert lagt vekt på veksling mellom det å lytte og det å tale. Det vil vere ein ytre samtale, der deltakarane høyrer stemmene til kvarandre og ein indre samtale, i kvar enkelt. Den indre samtalen får stor plass, og tankar og refleksjonar vert uttrykt og delt med andre. I denne tradisjonen ynskjer ein å stille spørsmål. Som menneske kan vi ytre oss gjennom draumar, indre dialog, ytre dialog og skrivning. Goolishian var opptatt av observerande system, der kan ein endre det ein observerer, ved å observere. Problemet er i språket og i samtalen. Forandring kan vere å utvikling ny mening, gjennom dialog. Problemet kan løysast når ein snakkar annleis, forstår annleis og gir fenomen ny mening. Å skape ei ny historie, å opne for ny forståing og ny handling, kan vere vegen til forandring (Jensen, 2009).

Michael White og David Epston har utvikla narrativ terapi, dei ser på problema som heilt frittstående. Problemet er ikkje inne i brukaren, det er utanfor, det er eksterialisert. Problemet kan personifiserast, det vil seie at terapeuten kan snakke om det som ein person, med identitet, vilje, taktikk og intensjonar. Det er ikkje brukaren som er problemet, det er problemet som er problemet. Når brukaren fortel historia si, fortel han om draumane og motiva sine. Saman må ein leite etter unntak, situasjonar då brukaren ikkje var dominert av problemet (Haugsgjerd et. al., 2009). Det er mulig å kjempe ein kamp mot eksterialiserte problem, og kampen kan lukkast (Jensen, 2009).

Innan det strategiske perspektivet, er Jay Haley, Paul Watzlawick og Cloe Madanes sentrale teoretikarar. Symptoma som viser seg i ei familie, er ei tilpassing til den situasjonen familien er i. Det kan vere ein naturleg reaksjon, i ein spesiell situasjon. Haley hevder at kontroll og hierarki styrer familie-dynamikken. Strategisk familierapi har spesielt vore opptatt av dysfunksjonelle familiar, her er det symptoma som kontrollerer

relasjonane i familien. Krisene kan kome i overgangen mellom ei fase i livssyklusen til den neste (Jensen, 2009). Problem i familiar kan løysast, ved at ein gjer meir av aktivitetar ein likar (Haugsgjerd et. al., 2009). For ein strategisk terapeut er det viktig å kome med intervensjonar raskt, gjerne som heimelekse til neste time.

I løysing-fokusert perspektiv er løysinga i fokus, det er ikkje fokus på problemet. Då løysinga ligg i framtida, er fokuset på framtida. Terapien går ut på å snakke meir om løysingar og mindre om problema. Denne terapi-forma er for brukarar som er motiverte for endring. Røyndomen vert skapt som ein sosial konstruksjon, røyndomen er eit produkt av språket og i språket. Ein kan finne nye løysingar ved å endre språket. Ved å ha fokus på unntak, der problemet ikkje eksisterer og på løysingar, vert det konstruert ei ny røyndom (Jensen, 2009).

## **5.1 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er mykje meir enn orda vi seier eller kroppsspråket vårt. Alt vi gjer kan tolkast som kommunikasjon (Jensen, 2009). Kommunikasjonen kan vere på to nivå, det kan vere analog kommunikasjon eller digital kommunikasjon. Er kommunikasjonen på eit digitalt nivå, dreier det seg om innhaldet og forståinga som vert utveksla. Digital kommunikasjon er verbal kommunikasjon, der ein utvekslar meiningar, synspunkt og beskjedar. Analog kommunikasjon vert uttrykt gjennom kroppsspråk, gestar, rytme, kroppshaldning og tonefall, og det er med på å skape kontekst til den digitale budskapet.

I kommunikasjonsteori er kart og terreng bilde vi kan bruke, når vi skal forstå røyndomen. Terrenget er røyndomen og kartet er dei ideane vi har om røyndomen. Forholdet mellom kartet og terrenget, er som forholdet mellom meningsinnhald og handling. Vi konstruerer røyndomen gjennom språket. Innan det systematiske perspektivet ser ein ikkje på brukaren som er problemet, problemet ligg i språket i systemet. Når ein person i familien har problem, vil alle i familien dele problemet, på ein eller annan måte. Å skape ein ny røyndom, er å lage eit nytt kart (Haugsgjerd et. al. 2009). Om skilnaden mellom kart og terreng vert stor, vil kartet vert ubrukeleg og familien vil slite med problem (Jensen, 2009).

Etter forskning, publiserte Bateson-gruppa i 1956 dobbelbinding-teorien, som beskriv ei

spesiell type paradoksal og sjølvmotseiande kommunikasjon i familiar. Ein person er fanga i ein situasjon der orda (digitalt nivå), kjem med ein bodskap, medan kroppen (analogt nivå), uttrykke ein motsett bodskap. Personen er ute av stand til å meta-kommunisere om den motstridande bodskapen eller rømme frå situasjonen. Bateson-gruppa hevda at forvirring og tilbaketrekking er adekvate reaksjonar på paradoksal kommunikasjon (Haugsgjerd et.al., 2009).

Dersom ein flyttar fokus frå eigenskapar til relasjonar og interaksjonar, må ein omtale fenomen på ein ny måte. Interaksjon er ein kontinuerlig og sirkulær prosess. Noko av kommunikasjonen vert oppfatta som informasjon, det skjer når ein rettar merksemda mot visse punkt i den sirkulære prosessen. Punkttering er å stoppe prosessen og gi informasjonen eit namn. Det namnet vi gir eit fenomen, er vår tolking av situasjonen og vår punktering (Jensen, 2009).

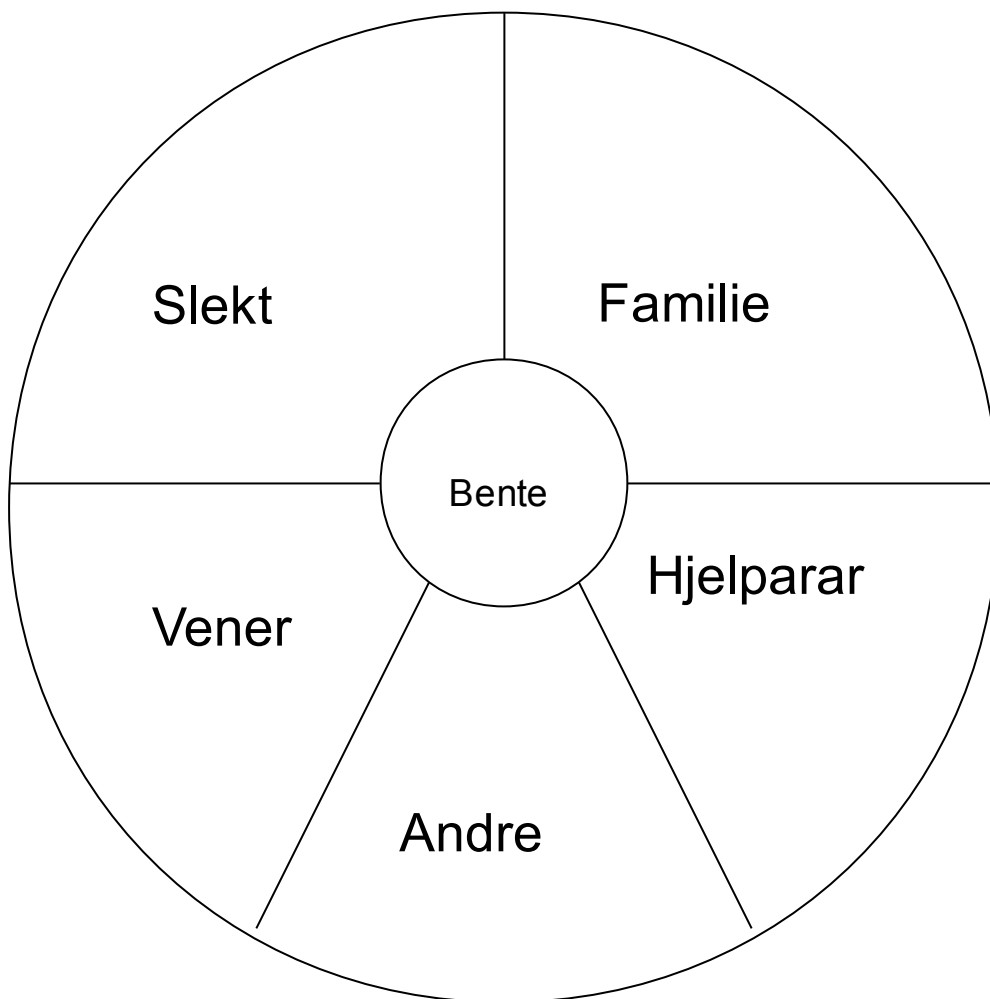
Watzlawick viser til to typar interaksjonar, det er symmetrisk og komplementær interaksjon. I symmetriske relasjonar, prøver personane å likne kvarandre, dei punktuerer på det som er likt. Desse personane har felles interesser, gjer dei same tinga, føler likt, tenker det same osv. I ein symmetrisk relasjon, kan det oppstå konkurranse mellom personane, om kven som til dømes er mest glad i den andre, kven som er flinkast eller kven som er sjukast. I komplementære relasjonar, punktuerer personane på det som er ulikt. I slike relasjonar vil personane utfylle kvarandre. Dei har ei arbeids- og funksjonsfordeling. Dei ulike funksjonane blir verdsett ulikt og får ulik makt. Den eine parten blir ofte sett på som den sterke, leiaren, den som betyr mest, den andre vert sett på som svak og underlegen. Endring kan ikkje kome, utan at ein av partane punktuerer på ein annan måte. Dei fleste samspel, som varer over tid, vekslar mellom symmetri og komplementaritet (Jensen, 2009).

## **5.2 Nettverks-samtale**

Eit nettverks-møte er eit møte og ein dialog mellom brukaren, nettverket til brukaren og det profesjonelle nettverket. Dialogen er det viktigaste terapeutiske verkemiddelet. Det er eit møte, der ein opnar opp for ny forståing og nye konstruktive tiltak, gjennom å dele erfaringar (Seikkula, 2008). Det er brukaren sin identitet og kompetanse på eige liv, som er

utgangspunktet for læring, utvikling og behandling. Terapeuten har ansvar for prosessen og dynamikken i møtet. Då alle er likeverdige deltakarar, er det viktig å skape ein dialog, der alle stemmer vert høyrte. Det er Bente som avgjer kven som skal innbydast til nettverks-møte, om eit slikt møte skal haldast. Bente og psykiatrisk sjukepleiar kan saman lage eit nettverks-kart (sjå figur), dette er eit hjelpemiddel til kartlegging av Bente sitt nettverk.

Nettverks-kart : ( Berg, 2011).



Ein hjørnestein i nettverksarbeid, er å sjå på Bente som ansvarleg for eige liv og som aktiv deltakar, i samhandling med dei andre i nettverket. I staden for å fokusere på problem og manglar, vil ein i eit nettverks-perspektiv, fokusere på dei ressursane Bente og nettverket hennar har. Terapeuten prøver, ved hjelp av spørsmål, å dreie samtalen frå problem-orientering til ressurs-orientering. Målet med nettverks-møter er å få istand ein dialogisk samtale, der tankar og idear fritt kan utvekslast. Det er viktig å skape eit felles språk, basert

på det språket deltakarane nyttar. Innleiingsvis kan alle seie noko personleg, om korleis dei opplever situasjonen. Terapeuten må stille opne sirkulære spørsmål, som kan skape dialog og refleksjonar mellom deltakarane.

I ein nettverks-samtale ynskjer ein å få fram kunnskap om hendingar, som sette krisa i gong, om livet i familien og om deira verdsbilde. Alle som er tilstades, må føle at deira mening er viktig og at den vert verdsett. Målsettinga for nettverks-terapeutisk arbeid er å få i gong dialogen, delvis mellom menneska som er med i samtalen og delvis i deira indre. Dialogen er både middel og mål i ein nettverks-terapeutisk samtale (Seikkula, 2008) .

I forordet til boka «Åpne samtaler» av Jaakko Seikkula (2008) skriv Tom Andersen:

Samtalene og språket er ikke bare hjelpemidler til å forstå, men samtaler og språk har så stor kraft at de skaper. Skaper nye meninger, skaper nye forhold mellom mennesker, ja faktisk (om)skaper menneskene til nye mennesker

(Seikkula 2008, 10).

### **5.3 Sirkulær spørsmålsstilling**

Når ein stiller spørsmål innan det systemiske perspektivet, må ein sentrere samtalen om den som vert spurd. Terapeuten ynskjer å inspirere deltakarane til å gjere greie for oppfatningar, opplevingar, reaksjonar, uro, mål og planar. Spørsmåla skaper forventingar om eit svar, dei aktiverer, engasjerer og set tanken og refleksjonen i gong. Karl Tomm har skreve om sirkulær spørsmålsstilling, som er fire ulike måtane å stille spørsmål på.

**Lineære spørsmål** : er problem-definerande og problem-forklarande. Dei tek til med kven, kvar og når og dei har ei orienterande hensikt. Når terapeuten brukar slike spørsmål er han ein detektiv.

**Sirkulære spørsmål** : vert nytta når ein ynskjer å utforske korleis ting heng saman. Spørsmåla søkjer å avsløre tilbakevendande mønster, som bind saman oppfatningar og hendingar. Dette er spørsmål om forskjellar og handlemåte. Ein kan spørje om kven som er mest uroleg, om kven som er minst uroleg, kva som er best og kva som er verst. Desse spørsmåla er også i orienterande hensikt. Terapeuten er på oppdagingsferd, når han stiller

slike spørsmål.

**Strategiske spørsmål** : har som siktemål å korrigere og påverke. Her vert det nytta leiande og konfronterande spørsmål. Om terapeuten tenker, at det er noko som ikkje fungerer, kan han prøve å få brukaren eller familien til å endre seg, ved å stille strategiske spørsmål. Desse spørsmåla er i påverkande hensikt og terapeuten kan oppfattast som ein domar, når han nyttar desse spørsmåla.

**Refleksive spørsmål** : har også ei påverkande hensikt. Målet er å få brukaren eller familien til å reflektere over oppfatningar og handlingar, og vurdere nye alternativ. Desse spørsmåla er hypotetiske og spørsmål om framtida. Det er her ein kan stille mirakel-spørsmål eller magiske spørsmål, som kan skape den andre si framtid i ein augeblink. Terapeuten er her ein guide, han kan gi brukaren eller familien håp, og invitere til refleksjon om alternative handlingar (Berg, 2011).

## 6.0 Drøfting

Om ein tek utgangspunkt i tradisjonell medisinsk psykiatri, ville eg tenke at Bente er alvorleg, psykisk sjuk. Årsaka til problema hennar, ville ein prøve å finne hos henne sjølv. Ein ville ha eit individ-perspektiv og vere opptatt av lineære årsaksforklaringar. Når ein har funne rett diagnose, vil Bente få behandling. Eg har sett i praksis at medikamentell behandling og institusjonsopphald, er den mest brukte behandlinga ved bipolar lidning. Eg tenker Helge, som pårørende er uroleg for Bente, når ho er innlagt på sjukehus. Men han vegrar seg for å snakke med personalet. Han har prøvd mange gongar før, og då har svaret vore, at dei har teieplikt, dei kan ikkje seie noko. Eg tenker Helge har viktig informasjon, som han ynskjer å gi til personalet. Men denne informasjonen kjem ikkje fram, då det er ingen som snakkar med han eller høyrer på han. Undersøkinga K. Bøckmann gjorde, viste at mange tilsette i psykisk helsevern meinte at pårørende var medverkande til sjukdomsutviklinga. Dette kan vere noko av grunnen til at pårørende har vore lite velkomne i psykiatriske institusjonar, tenker eg.

Det systemiske perspektivet ser på Bente, som ein person eit sosialt nettverk. Ho lever i relasjon til menneska i nettverket sitt. I det narrative perspektivet er alle i nettverket involvert i problemet. Helge som pårørende, er ei viktig brikke i nettverket hennar, han er hennar viktigaste støttespelar, eg tenker det er viktig å lytte til det han seier. Bente

kommuniserer med personane i nettverket sitt, uansett kva ho gjer. Ho kommuniserer gjennom samtale, gjennom handlingar, eller gjennom mangel på handling. Eg tenker at alt er kommunikasjon, også når Bente vil administrere medisinen sin sjølv eller når ho ikkje vil prate med Helge og borna om sjukdomen sin. I ein nettverks-samtalen har pårørande ein naturleg plass, dersom Bente ynskjer at pårørande skal vere med. Eg har opplevd at pårørande vert veldig positivt overraska over innbyding til nettverks-møte, då dei tidlegare har opplevd at teieplikta har hindra all deltaking og informasjonsutveksling.

Det er helsepersonell som er ansvarlege for pårørande-involvering, dei må ta kontakt med Helge, informere om rettar og plikter og legge tilrette for samtalar, nettverks-møter og anna informasjons-utveksling. Eg trur at det er viktig for psykisk helsevern, å sjå kvar brukar og pårørande som unik, med sine spesielle ynskjer og behov. Ein må vere lydhør og ta seg tid til å lytte etter det Helge og andre pårørande har å fortelje. Bøckmann og Kjellevold skriv at grad av involvering, avgjer korleis pårørande opplever si eiga belastning, dette trur eg helsepersonell må ta omsyn til, når pårørande-arbeidet skal planleggast.

Mange av Solveig Bøhler sine informantar, i boka «Det viktige håpet», har sagt at dei vert utruleg slitne og oppgitt, når dei ikkje vert høyrte. Ein pårørande har sagt, at det er måten ein vert møtt på, når ein er i krise, som avgjer kva ein klarer å mobilisere av ressursar. Boka viser kva kjensler av avmakt, skam og skuld pårørande kan overveldast av. Det dei pårørande ber om er informasjon, openheit, deltaking og respekt. Ho skriv også at pårørande ikkje alltid har rett, dei kan vere vanskelege, urimelege, ekle og ufyselege, men det er dei som har kunnskapen om brukaren. (Bøhler, 2005).

Eg tenker det er utruleg tøft å stå i ei pårørande-rolle, år etter år. Det å oppleve avmakt, skuld og skam er for mange ei tung bør. Eg tenker at sinne og irritasjon mot brukaren, når pårørande er slitne og oppgitte, kan vere det som kan utløyse kjensler av skuld og skam. I nokre situasjonar kan irritasjonen og sinne verte så sterkt, at det kan føre til partnervald eller anna vald. Dette tenker eg, kan auke kjenslene avmakt, skuld og skam, då eg trur det er vanskeleg for pårørande å snakke med nokon om dette. Eg trur enkelte pårørande kan vert sett på som dominerande, dersom dei ofte tek kontakta med personalet og seier tydeleg kva dei meiner eller ynskjer.

Bente har vore sjuk i mange år. Helge kan bli sliten og deprimerte, etter mange år med uro og tunge omsorgsoppgåver. Den belastinga Helge og andre pårørande opplever, kan vere langvarig. Eg trur helsepersonell må bruke meir tid til å samtale med pårørande, om deira eigen livssituasjon, om personleg behov, og om dei treng hjelp eller støtte på nokon som helst måte. Den store belastinga Helge har opplevd som pårørande, kan føre til fysiske- eller psykiske plager. Det er mange pårørande som har fortalt meg om eigne helseplager, som dei har fått etter mange slitsame år som pårørande. Eg tenker det er viktig at pårørande kan få prate om korleis det er å vere pårørande, få snakke om ekteskapet eller livet som ikkje vart slik dei hadde tenkt. Å forsone seg med livshistoria, slik den vart, trur eg kan vere nyttig for mange. Til dette kan mange pårørande trenge profesjonell hjelp.

Kven skal vere ein ressurs for Bente, om Helge også vert sjuk? I enkelte tilfelle trur eg pårørande ikkje kan eller bør vere ein ressurs for brukaren. Eg meiner nokon må fortelje pårørande, at det er viktig å sette grenser for seg sjølv og vurdere grundig kva dei kan og kva dei ikkje kan gjere. Dersom Helge ikkje lenger kan vere ein ressurs, tenker eg at andre i nettverket kan stille opp. I praksis har eg møtt mange brukarar, som har mist all kontakt med familie og nettverk, etter langvarig sjukdom. I slike tilfelle vil det berre vere profesjonelle hjelpearar, som kan vise omsorg og fungerer som pårørande.

Eg trur familiar, som opplever sjukdom og problem i nettverket sitt, kan ha nytte av nettverks-samtalar. Då kan alle fortelje historia si, og dele opplevingar og tankar med dei andre. Når alle i nettverket er i dialog, trur eg nye og uventa tankar kan dukke opp, medlemene i nettverket kan sjå nye handlingsalternativ og nye kommunikasjons-mønster kan utvikle seg. Seikkula (2008) skriv at alle må føle at deira meining er viktig og at den vert verdsett. Alle som deltek i samtalen må føle seg sett og høyrte. Eg trur det er veldig viktig at terapeuten stiller opne spørsmål, som kan invitere til refleksjon.

Ei nye nettsida for pårørande vart oppretta den 8. februar 2012, den ligg under den offentlege helse-portalen; [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Rettleiaren «Pårørnde-en ressurs», Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB og stortingsmeldingar er eit teikn på at styresmaktene ynskjer at pårørande skal vere ein viktig ressurs innan psykisk helsevern. Arbeidsgruppe i Nasjonal strategigruppe, kom i mars 2012 med utkast til tiltak, som kan



betre pårørende-involveringa innan psykisk helsevern. Eg vil omtale nokre av desse tiltaka. Oppretting av pårørende-ansvarleg på alle sjukehus og DPS, er eit tiltak eg tenker kan ha stor verdi. Større vekt på opplæring og kurs for pårørende, er også noko eg meiner ein må satse på framover. Å hjelpe pårørende til å ta kontakt med brukar- og pårørende-organisasjonar og gjere dei merksame på sjølvhjelpsgrupper, er også tiltak eg meiner er viktige. Mykje kan tyde på at styresmaktene ynskjer at pårørende skal verte sett, høyrte og verdsett. Dette meiner eg er gledeleg. Men det er enno ein lang veg å gå, før pårørende-involvering innan psykisk helsevern fungerer så bra, som eg trur brukarar og pårørende ynskjer.

Etter at Bente hadde vore heime to veker, kom det eit ønske om eit nettverks-møte. Eg kunne ikkje vere med på dette nettverks-møtet, difor vil eg skildre planlegging og gjennomføring av eit nettverks-møte. Bente fekk spørsmål om ho ønska eit møte og om kven ho ville innby til møtet. Bente har ein juridisk rett til å avgjere kven som skal vere med på møtet. Eg tenker helsepersonell må informere Bente om kva eit slikt møte er og samtale om kven som er viktig for henne, og kven ho vil innby. Psykiatrisk sjukepleiar og Bente laga eit nettverks-kart (sjå teoridelen) saman. I kartet vart det teikna inn ulike symbol for kvinner eller menn. Avstanden mellom Bente og dei innteikna personane, seier noko om kor nært forhold Bente har til dei, den dagen kartet vart laga. Det vart sett dato på kartet, for å vise at det var slik Bente opplevde nettverket sitt akkurat då.

Bente ønska at Helge skulle vere med, ho ville også at fastlegen, psykiatrisk sjukepleiar og psykologen skulle kome. Eg vil vise korleis eit tenkt nettverks-møte for Bente og hennar nettverk kan vere. Møtet vart halde på psykiatrisk poliklinikk, det var psykologen som leia møtet. Innan det systemiske perspektivet, er terapeuten ein deltakar i samtalen, på lik linje med dei andre deltakarane. Han er ikkje i ekspert-posisjon. Eg tenker det er viktig at alle kjem opne og undrande, utan ferdig uttenkte løysingar og råd.

### **Nettverks-møte :**

Då går eg rett inn i nettverks-møtet. Namna er forkorta og det kjem kommentarar til samtalen undervegs. Samtalen i nettverk-møtet står i *kursiv*.

Dei som er med :

Bente - B , Helge - H, psykologen - P, psykiatrisk sjukepleiar - PS, fastlegen - F.

*P : Velkomen til nettverks-møte, kjekt at alle kunne kome. Eg heiter (presenterer seg), det er fint om vi kan ta ei presentasjonsrunde.*

Alle fortel litt om seg sjølv, eg tenker det er viktig å bygge relasjonar i starten. Eg tenker også det er viktig at alle vert sett og høyrte. Terapeuten skal halde seg nøytral, og lede samtalen ved hjelp av spørsmål. Han skal vere akseptierende, engasjert, undrande og vise respekt. Han kan også leite etter punktueringar, det tenker eg kan vere med å opne samtalen.

*P : Kven var det som tok initiativet til dette møtet?*

*H : Det var eg, har vore så uroleg for Bente, ho vart så dårleg i sommar.*

*P.S : Eg synest også det er bra at vi kan ha dette møtet, trur det er viktig at vi pratar saman.*

*P : Kva er grunnen til at vi er samla i dag?*

Ein kan starte samtalen med lineære (årsak-verknad) spørsmål, desse spørsmåla er problem-definerande eller problem-forklaringar. Ein nyttar lukka spørsmål, som tek til med kven, kvar og når. Svaret ein får, kan vere utgangspunkt for neste spørsmål. I det systemiske perspektivet, ser ein problemet som språkleg skapt. Eg tenkjer ein kan løyse problemet, ved å snakke på ein annan måte. Målet for samtalen er å skape rom for endringar, tenker eg.

*H : Eg har vore så bekymra for Bente, føler alt ansvaret ligg på meg, det er ingen som fortel meg kva eg kan gjere, når Bente vert dårleg.*

*P : Er det andre som har vore bekymra?*

*F: Eg har også vore veldig bekymra for deg Bente, etter at du vart dårleg.*

*P.S : Eg vart veldig overraska då eg høyrde at du var innlagt, har ikkje snakka med deg på lenge.*

*P : Kven er mest bekymra?*

Sirkulære spørsmål får fram skilnader og handlemåtar. Ein nyttar spørsmål som til dømes : kven er mest, kven er minst....? Personar i eit nettverk kan oppfatte ting ulikt, det kan vere forskjellar mellom personar, mellom relasjonar. Dei kan ha ulik historie og ulik oppfatning av problemet, eg tenkjer det er viktig å få fram forskjellane. Eg tenkjer at dersom Bente gjer noko, kan det fører til at Helge gjer noko anna. Då kan Bente byrje å tenke, kvifor gjorde han akkurat dette? Alt heng saman, det er dette som er sirkulær tenking.

*P.S : Det som har bekymra meg mest, er at du har hatt ansvaret for medisinen din sjølv, utan at nokon har kunne minne deg på å ta medisinen.*

*H : Eg har trudd at psykiatrisk sjukepleiar har delt ut medisin, slik som tidlegare.*

*F : Bente meinte ho kunne klare dette sjølv, så vi vart einige om at ho kunne prøve.*

*P : Kva tenker du Bente, når du har høyrer det som vert sagt?*

*B : Det er ikkje kjekt å vere avhengig av andre, eg vil helst klare meg sjølv, vil ikkje vere til bry.*

*P : Kva betyr det for deg å klare deg sjølv?*

*B : Eg likar å vere sjølvstendig, ordne opp i ting på eiga hand.*

*H : Det er det som har vore problemet, eg veit ikkje kva eg kan gjere når Bente vert dårleg. Kven skal eg snakke med?*

*P : Har du Bente tenkt på korleis det er, for mannen din, når han ser at du vert dårleg, og ikkje veit kva han kan gjere for å hjelpe deg?*

Dette er døme på strategiske spørsmål, dei kan vere leiande og konfronterande og eg trur mange kan oppfatte dei som kritikk. Dersom terapeuten har ei oppfatning av at noko ikkje fungerer, kan han prøve å få familien til å endre seg, ved hjelp av strategiske spørsmål (Berg, 2011) .

*B : Det har eg ikkje tenkt på. Eg trudde det berre var mitt problem.*

*P : Kva likar du best å gjere på ?*

*B : Eg synest det er kjekt å vere saman med familien, gå på dagsenteret, og vere saman med vener.*

*H : Vi har opplevd mykje kjekt saman med familien. Men det er så leit når Bente vert dårleg, då har ho berre lyst til å vere for seg sjølv.*

*P : Har du Bente snakka med døtrene dine om sjukdomen din?*

*B : Nei, det har eg ikkje gjort, dei har så mykje å gjere, dei må få sleppe å tenke på mine problem.*

*H : Men dei også er bekymra, dei har også lyst til å hjelpe, men dei seier, dei ikkje veit korleis.*

*P : Kva skulle til for at du kunne prate med døtrene dine om sjukdomen din?*

Dette er eit refleksivt spørsmål, dette kan vere spørsmål om framtida eller hypotetiske spørsmål.

Eg tenker at desse spørsmåla kan gi opning for refleksjon. Det er her ein kan finne mirakel-spørsmål. Slik eg ser det, er det viktig å gi tid og rom til den indre samtalen og refleksjonar. Det kan godt vere pause mellom spørsmåla, det kan gi tid til refleksjon. Eit døme på mirakel-spørsmål er : Kva ville hende om du vakna i morgon tidleg og problemet var heilt vekke, korleis ville du ha merka det?

*P : Kva trur de Kari (dotter) hadde sagt, om ho var her i dag?*

Ein kan spørje kva ein person, som ikkje er tilstades, ville sagt, om personen hadde vore med på møtet. Det å gi andre stemmer rom, tenker eg kan gi nye tankar og refleksjonar.

Målet for nettverks-samtalen er å frigjere informasjon, auke rommet for handling og skape heilande prosessar. Om det skjer, tenker eg nettverket sjølv kan finne eigne løysingar. Når det kjem fram ny informasjon i ein nettverks-samtale, vil det vere noko nytt, som kan utgjere ein forskjell. Denne forskjellen kan vere uventa og gjere ein forskjell, i måten Helge og Bente kan oppfattar kvarandre og situasjonen på (Berg, 2011). Eg tenker det er viktig å stille passeleg, uvanlege spørsmål, det kan gi nye og uvanlege svar, som igjen kan føre til ny refleksjon og nye handlingar.

Eg tenker at terapeuten skal inspirere deltakarane, til å gjere greie for oppfatningar, opplevingar, reaksjonar, uro, mål og planar. Eit fokus for samtalen, tenker eg er å skape håp, ansvar, grunnlag for aksept, løyse opp skuld og skam og opne for tilgjeving og forsoning. Eg tenker det kan vere viktig å få med andre frå nettverket i framtidige samtalar. Ein kan spørje Bente, om det er andre viktige personar, i eller utanom familien, som ho trur har ei historie å fortelje.

## **7.0 Konklusjon**

I denne oppgåva har eg diskutert pårørande-rolla, om pårørande kan vere ein ressurs innan psykisk helsevern og om det er forhold som gjer dette vanskeleg. Eg har også diskutert nettverks-basert tilnærming og nettverks-samtalar. Eg ser klart at det systemiske perspektivet har ei tilnærming, som legg betre tilrette for pårørande-involveringa enn tradisjonell medisinske psykiatri. Bente lever i samspel og relasjon med dei andre i nettverket sitt. Dersom ein i familien vert sjuk, har eg sett at det vil involvere heile familien. Eg tenkjer det er bra for Bente og Helge som familie, å møtest i felles nettverks-samtalar, på den måten kan Helge involverast som pårørande. Det er i språket problemet ligg, eg tenker nettverket kan skape ei ny forståing av røyndom gjennom samtalar og felles refleksjon. Gjennom samtalar kan dei teikne eit nytt kart og skape ein ny og betre røyndom for Bente og familien.

Det er gjort like forskning innan pårørande-involvering i Norge. Eg trur framleis det er mykje som kan gjerast, for å betre pårørande-involveringa i psykisk helsevern. Pårørande-involvering meiner eg vil vere eit viktig forskning-område, i tida som kjem.

## 8.0 Kjeldeliste

Berg, Jogeir. 2011. Systemteori og Systemisk intervjumetodikk. Førelesingar på Høgskolen i Molde. 17.01.11 og 18.01.11, Molde.

Bøchmann, Kari og Kjellevoid, Alice. 2010. *Pårørande i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bøhle, Solveig. 2005. *Det viktige håpet*. Oslo: Medlex Norsk helseinformasjon.

Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlsson, Bengt og Løkke, Jon A. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Helsedirektoratet . 2008. *Pårørende - en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2012. *Tema: Pårørendesider*.

<http://helsenorge.no/sykdomogbehandling/sider/parorende.aspx> (Lest 16.02.2012)

helsenorge.no. 2012. *Pårørende - psykiske lidelser og rusproblemer*

<http://helsenorge.no/sykdomogbehandling/sider/parorende.aspx> (Lest 09.11.2011)

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Jensen, Per. 2009. *Ansikt til ansikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kjellevoid, Alice. 2011. *Forsker på pårørendes rolle*.

<http://www.napha.no/content/2725/Forsker-pa-parorendes-rolle-> (Lest 09.11.11)

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse. 2011. *Helsepersonell ikke interessert i pårørende?* <http://www.lpp.no/nyheter.asp?meny=4&act=read&recno=1282>  
(Lest 26.03.12)

Nasjonalt strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB. 2012.  
<http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/Konferanser/La%20oss%20f%C3%A5%20det%20til%20%C3%A5%20virke/Ferdige%20rapporter/2012%20Arbeidsgruppe%201%20P%C3%A5r%C3%B8rende%20som%20ressurs.pdf> (Lest 20.03.2012)

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per Halvard. 2002. *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Siekkula, Jaakko. 2000. *Åpne samtaler*. Otta: Tano Aschehoug.

Vaaland, Tor Øystein. 2007. *Brev til en minister*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.