



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Et samarbeidsmøte; et møte mellom en yngre person med demens og helsearbeidere

Torunn Edøy

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 24.april 2014



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 checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" 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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjell Erik Tveten

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: 24.04.2014

Antall ord: 10 421

Sammendrag

Yngre personer med demens er en relativt liten pasientgruppe. Det finnes få tilrettelagte tilbud for de som rammes av demens midt i livet. De fleste utredes og får sin demensdiagnose i regi av spesialisthelsetjenesten. Det er fra nasjonalt hold anbefalt at spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med kommunehelsetjenesten når det gjelder oppfølging og behandling av yngre personer med demens etter at de har fått sin diagnose. Dette samarbeidet er ofte organisert i form av samarbeidsmøter som igangsettes i regi av spesialisthelsetjenesten. Det finnes imidlertid ingen retningslinjer eller metodiske beskrivelser som sier noe om innhold eller utdyper hvordan dette arbeidet skal gjøres.

Problemstillingen i denne oppgaven handler om hvordan vi som helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å hjelpe den yngre personen med demens i et samarbeidsmøte, med forankring i annenordens systemisk teori. Oppgaven søker å belyse fordeler den yngre personen med demens kan oppleve, ved at vi som helsearbeidere jobber med utgangspunkt i en slik forankring. I tillegg vil utfordringer ved å bruke en slik tilnærming for oss som helsearbeidere bli omtalt.

Teorien som er brukt i oppgaven er i hovedsak basert på begreper hentet fra den språkssystemiske retningen i systemteorien. Vitenskapsteoretiske utgangspunkt er også belyst.

I oppgavens diskusjonsdel tas det utgangspunkt i et narrativ som omhandler et samarbeidsmøte hvor en ung kvinne med demens er hovedpersonen. Møtet blir ledet av helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten og flere andre aktører er til stede. Samarbeidsmøtets forløp og innhold gjennomgås og drøftes i lys av teoretiske begreper det er redegjort for i oppgavens teoridel.

Innhold

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1.0 | Introduksjon | 2 |
| 1.1 | Problemstilling | 3 |
| 1.2 | Litteratursøk | 4 |
| 1.3 | Begreper, avklaringer og begrensninger | 5 |
| 2.0 | Oppgavens oppbygning | 6 |
| 3.0 | Teori | 6 |
| 3.1 | Demens hos yngre personer | 6 |
| 3.2 | Bakgrunn for valg av psykoterapeutisk perspektiv | 7 |
| 3.3 | Vitenskapsteori | 8 |
| 3.4 | Sentrale begreper i systemisk teori | 9 |
| 4.0 | Empiri | 14 |
| 4.1 | Jenny..... | 14 |
| 4.2 | Samarbeidsmøtet | 15 |
| 5.0 | Diskusjon | 19 |
| 5.1 | Jenny..... | 19 |
| 5.2 | Samarbeidsmøtet | 20 |
| 6.0 | Konklusjon | 26 |
| 7.0 | Etterord | 29 |
| 8.0 | Referanser | 30 |

1.0 Introduksjon

Jeg arbeider som sykepleier ved en Alderpsykiatrisk poliklinikk. Dette er en sykehusavdeling på 2.linjenivå, og er således en del av det vi kaller spesialisthelsetjenesten. Et av våre hovedarbeidsområder er utredning og behandling av personer med demens. Demens er for de aller fleste en sykdom som assosieres med gråhårede, sløv sinnede og skrøpelige gamle mennesker. Men demenssykdom rammer også vitale mennesker som er midt i livet. Ved vår avdeling har vi kontakt med personer som har fått demenssymptomer allerede før 40 års alder. På landsbasis regner man med at demens rammer mellom 2-3000 personer under 65 år (Haugen 2012). Dette er altså ingen stor gruppe i vårt samfunn. Trolig er dette også en av grunnene til at det foreløpig finnes få tilrettelagte tilbud for personer som rammes av en slik sykdom (Gausdal 2012). Enda finnes det heller ingen retningslinjer eller forskrifter for hvordan disse menneskene skal hjelpes etter at de har fått sin demensdiagnose (Rosness et al., 2011). Rapporten «Glemsk, men ikke glem!» (Sosial – og helsedirektoratet 2007) vektlegger imidlertid behovet for samhandling i forhold til yngre personer med demens. Det anbefales at spesialisthelsetjenesten skal jobbe sammen med kommunehelsetjenesten i oppfølgingsarbeidet i forhold til denne pasientgruppen, og det skisseres at det bør utvikles modeller for hvordan samarbeid skal gjøres i forhold til yngre personer med demens. I Demensplan 2015 (Helse – og omsorgsdepartementet 2012) fremheves behovet for en demensomsorg som: «...handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie.» I tillegg legges det også her vekt på samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Dette er positivt, men jeg savner å finne innhold som sier noe mer om hvordan vi skal tilnærme oss disse målsettingene i den kliniske hverdagen.

Selv har jeg i flere år jobbet med oppfølging av yngre personer med demens, deres pårørende og hjelpere. Ved vår poliklinikk har vi foreløpig heller ingen retningslinjer eller nedfellede rutiner for hvordan vi skal hjelpe disse menneskene på best mulig måte. Vi har i løpet av de siste årene erfart at det å jobbe tett sammen med pasient, pårørende, fastlege, kommunehelsetjeneste og andre aktører har vært hensiktsmessig. Derfor har vi stadig oftere tatt initiativ til samarbeidsmøter hvor vi jobber i felleskap for å bidra til at pasienten og dens pårørende kan leve best mulig med de utfordringene en demenssykdom fører med seg.

I vårt fagmiljø mener jeg at vi etter hvert har opparbeidet oss god erfaring og kunnskap om yngre personer med demens. Dette gjelder særlig arbeidet som omfatter utredning og medikamentell behandling, men når det gjelder psykososial behandling og oppfølging har vi også etter hvert en god del erfaring, lite av det er imidlertid systematisert eller forankret i teori. Min oppfatning er at dette særlig gjelder arbeidet vi gjør i forbindelse med samarbeidsmøter. Gjennom studiet i psykisk helsearbeid har jeg blitt kjent med ulike fagområder og teoretiske retninger som jeg mener kan være relevant i forhold til dette arbeidsområdet. Jeg ønsker derfor gjennom denne oppgaven å se nærmere på hva systemisk perspektiv kunne tilføre i denne sammenhengen. Når jeg skriver systemisk perspektiv tenker jeg i første rekke på nyere systemteori, som tar utgangspunkt i annen ordens posisjon og i en sosialkonstruksjonistisk tilnærming. Først og fremst vil jeg fokusere på fordeler for den yngre personen med demens. Videre vil jeg se nærmere på utfordringer vi som helsearbeidere kan møte ved bruk av denne tilnærmingen. Spesielt er jeg interessert i vår rolle som «spesialister» sett opp imot det å skulle være i en ikke-vitende posisjon.

1.1 Problemstilling

Tema for denne oppgaven er hvordan vi som helsepersonell i spesialisthelsetjenesten møter den yngre personen med demens i forbindelse med et samarbeidsmøte. Jeg har derfor valgt å formulere følgende problemstilling med to underspørsmål:

«Hvordan kan vi som helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten, bidra til å hjelpe den yngre personen med demens i et samarbeidsmøte, med forankring i annen ordens systemisk perspektiv?»

Underspørsmål:

1. Hvilke elementer i denne systemiske tilnærmingen kan bidra til at den yngre personen med demens faktisk opplever å ha blitt hjulpet i et slikt møte?
2. Hvilke utfordringer kan vi som helsearbeidere møte i forhold til det å skulle være i en ikke-vitende posisjon i en slik setting?

1.2 Litteratursøk

For å finne aktuell litteratur i forhold til oppgavens problemstilling gjorde jeg et litteratursøk. Jeg søkte i Ovid Medline og brukte kombinasjoner av følgende søkeord: *psychosocial intervention, family therapy, network intervention, social support, systemic therapy, younger people with dementia, young onset dementia, early onset dementia*. Søket gav 10 treff, jeg leste gjennom alle sammendragene, men fant at ingen av artiklene belyste det aktuelle tema, de fleste hadde hovedfokus på de pårørende. Jeg gjorde også et søk i Norart med søkeordene *demens* i kombinasjon med *systemteori* eller *familieterapi*, her fikk jeg 0 treff. Jeg kontaktet derfor spesialbibliotekar Vigdis S. Knutsen ved Nasjonal Kompetansetjeneste Aldring og helse. Hun hjalp meg med søk, med de samme søkeord som jeg hadde brukt i Ovid Medline, og gjorde i tillegg søk i PsychInfo, SweMed+ og Cinahl. Hun fant de samme artiklene i Ovid Medline, og fikk 4 treff PsychInfo. Heller ikke disse artiklene hadde en vinkling som jeg finner relevant i forhold til oppgavens tema. Ved søk på «ikke-vitende posisjon» i Google, fant jeg to aktuelle artikler fra tidsskriftet «Fokus på familien», begge skrevet av Randi Frieda Bagge (2007 og 2011). I den ene artikkelen gir forfatteren et innblikk i egne og andres refleksjoner omkring begrepet «ikke-vitende posisjon». I den andre artikkelen omtales bredde, variasjon og nyanser i forståelsen og anvendelsen av en «ikke-vitende posisjon».

Ved søk i Google, med søkeord *Rosenborgsenteret, systemteori* fant jeg en rapport, skrevet av Siri Nørve og Steinar Østby (2002), som blant annet inneholder en evaluering av dette senterets arbeid basert på en systemteoretisk tilnærming. Bakgrunnen for at jeg gjorde dette søket er at jeg tidligere har arbeidet ved Rosenborgsenteret, og var derigjennom kjent med deres anvendelse av systemteori.

I oppgaven har jeg støttet meg mest på litteratur i form av bøker om systemteori og demens, i tillegg til noen artikler og rapporter som jeg har blitt kjent med i jobbsammenheng. Jeg har også brukt psykolog Kjersti Wogn-Henriksens doktorgradsavhandling som har tittelen; «Du må...skape deg et liv» (2012). Dette er en kvalitativ studie som handler om hvordan yngre personer med Alzheimers demens opplever og lever med demens. Et av hovedfunnene er at informantene er opptatt av å forstå og å skape mening i sin situasjon. Wogn-Henriksen understreker at det å leve med demens er så mangfoldig at man ikke kan generalisere funnene i studien. Hun sier

imidlertid at: «Funnene utfordrer en ensidig defekt-forståelse av demens og kan sees som å gi støtte til en mer livsverdensnær person- og relasjonsbasert tilnærming» (2012, 304).

1.3 Begreper, avklaringer og begrensninger

Annen ordens systemisk teori.

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt den delen av systemteorien som går under begrepet annen ordens systemisk teori. I denne retningen har man fokus på «det observerende system», som terapeuten er en del av. Man er opptatt av at det er problemet som skaper systemet, det «problemdefinerte system». Dette i motsetning til førsteordens systemteori hvor terapeuten står på utsiden av, og kan observere systemet. Her forutsetter man at det er systemet som skaper problemet, det systemskapte problem (Johnson og Torsteinsson 2012).

Yngre personer med demens.

Yngre personer med demens er personer som er 65 år eller yngre, idet de får sin demensdiagnose (mer utfyllende om dette i kapittel 3.0 Teori).

Samarbeidsmøte.

Med samarbeidsmøte menes her et møte mellom den yngre personen med demens, dens pårørende, fastlege, hjemmesykepleien, andre aktuelle aktører som eksempelvis støttekontakt, og spesialisthelsetjenesten. Det er oftest vi i spesialisthelsetjenesten, som også har utredet og diagnostisert personen, som tar initiativ til slike møter.

Om min egen rolle.

Som tidligere nevnt er jeg utdannet sykepleier. Gjennom denne oppgaven vil jeg likevel benytte meg av andre betegnelser som eksempelvis hjelper, helsearbeider, profesjonsutøver og terapeut. I oppgaven vil jeg variere mellom å bruke jeg/meg og vi/oss. Dette er fordi vi nesten utelukkende jobber i team, ofte en lege sammen med en sykepleier og/eller en ergoterapeut.

Om behandling.

Med behandling og oppfølging i denne oppgaven mener jeg tiltak av relasjonell og psykososial karakter, jeg vi altså ikke komme inn på medikamentell behandling.

2.0 Oppgavens oppbygning

Denne oppgavens problemstilling vil bli belyst ved hjelp av aktuelle teoretiske begreper og et narrativ. I kapittel 3 vil jeg først gjøre rede for teori knyttet til demens hos yngre personer. Videre har jeg valgt ut noen sentrale begrep i systemteorien som det vil redegjøres for. I kapittel 4 presenteres et narrativ som omhandler et samarbeidsmøte mellom en ung kvinne med demenssykdom, og oss som helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, samt flere andre aktører. I oppgavens diskusjonsdel, kapittel 5, vil jeg belyse sentrale poeng i narrativet, ved hjelp av aktuelle begreper fra systemteorien. I konklusjonen vil hovedelementene fra diskusjonsdelen trekkes frem. Her vil jeg også dele mine tanker om muligheter for videre fagutvikling og forskning knyttet til oppgavens tema.

3.0 Teori

Dette kapitlet vil i hovedsak omhandle en redegjørelse for teoretiske begreper knyttet til annen ordens systemisk perspektiv. Jeg vil også si litt om hvorfor jeg har valgt akkurat dette perspektivet, samt at jeg vil si noe om aktuelle vitenskapsteoretiske tilnærminger. Aller først vil jeg imidlertid presentere litt teori om demens hos yngre personer.

3.1 Demens hos yngre personer

I Engedal og Haugen (2004) går det frem at demens i følge de internasjonale klassifikasjonssystemer (DSM 4 og ICD-10), er et syndrom som skyldes sykdom eller skade som påvirker hjernen. Videre betegnes demens som en kronisk og progressiv sykdom, kjennetegnet ved svikt i flere funksjoner; hukommelse, orientering, språk, innlæring og evne til å regne, samt dømmekraft. I tillegg opptrer også emosjonelle, atferds- og personlighetsmessige endringer. For å fylle kravene til en demensdiagnose må disse symptomene ha innvirkning på evnen til å utføre daglige gjøremål eller influere på sosialt liv (Engedal og Haugen, 2004).

Det er de samme sykdommer som gir demens hos yngre som hos eldre. Yngre personer med demens er de som har fått sin diagnose før de fyller 65 år. Dette skillet er et historisk skille, ikke vitenskapelig (Rosness et al., 2011).

Wogn-Henriksen (2012) sier at det å få en demens i ung alder står i kontrast til livsfaseforventet funksjon. Det å få demens midt i livet kan aktualisere andre tema enn hvis man får demens i alderdommen. Å leve med demens i ung alder kan medføre utfordringer knyttet til arbeid, økonomi, barn og familie som er annerledes enn hos eldre. Det å få en demenssykdom medfører kognitive endringer og funksjonssvikt som kan gjøre kommunikasjon problematisk (Wogn-Henriksen 1997).

Wogn-Henriksen (2012) påpeker at faglitteraturen i stor grad har vært fokusert på demens som en pårørendes sykdom. Samtidig har det fokus som har vært rettet mot personen med demens, gjerne vært dominert av en biomedisinsk sykdomsforståelse: «Det er på tide å erstatte sjablong-aktige stereotypier om «demente» med mer autentiske og differensierte bilder av «personen med demens» i et førstepersons - perspektiv.» Wogn-Henriksen (2012, 9).

Den engelske sosialpsykologen Tom Kitwood (2010) har vært en viktig bidragsyter nettopp i forhold til en personsentrert forståelse av demens. Han hevder at demens ikke bare kan forstås som en nevrobiologisk størrelse, og vektlegger at vår forståelsesramme også må romme menneskets personlighet, dets livshistorie, samt sosiale og relasjonelle forhold. Kitwood er opptatt av at personer med demens kan være utsatt for det han kaller «ondartet sosialpsykologi», som kan bidra til at personen med demens blir oversett, umyndiggjort, utsatt for objektivisering, stigmatisering osv. (Kitwood 2010, 56). Han fremholder at: «Vores referenceramme bør ikke lenger være person-med-DEMENS, men PERSON-med demens.» (Kitwood 2010, 17).

3.2 Bakgrunn for valg av psykotераapeutisk perspektiv

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i annenordens systemisk perspektiv. Systemteorien har sitt utgangspunkt i mange ulike vitenskaplige disipliner og har siden midten av 1900-tallet utviklet seg i flere retninger. Jeg imidlertid valgt å ha mitt hovedfokus på det som kalles den postmodernistiske retningen av systemteorien, ofte kalt språkssystemisk tilnærming, hvor blant annet sosialkonstruksjonisme, språk, samtaler og samskapning er sentrale begreper (Nielsen, von der Lippe 2002). Jeg vil likevel komme inn på en del begreper som er hentet fra andre tradisjoner innenfor systemteorien. Bakgrunnen for mitt valg av psykotераapeutisk perspektiv er at denne systemiske tilnærmingen representerer et vitenskapsteoretisk syn som står i ganske stor kontrast til den vitenskapsteoriske forankring

som tradisjonelt har påvirket vår arbeidsform ved min arbeidsplass. Min opplevelse er at vi i stor grad er preget av den gamle skolemedisinske tenkningen, som hovedsakelig representerer et positivistisk vitenskapssyn. Dette er kanskje vel og bra i forbindelse med utredningsarbeid og diagnostisering, men jeg er tvilende til om denne formen for grunnlagstenkning er den best egnede når det kommer til oppfølging og ikke-medikamentell behandling av personer med demenssykdom. Dette er særlig fordi demens er en sykdom rammer svært ulikt, og dermed finnes det heller ikke «én medisin» eller en fasit som kan gjelde for alle. Behandling og oppfølging må være individuell, fleksibel og tilpasset hver enkelt person og situasjon. Når jeg har valgt annen ordens systemisk perspektiv som teorisk tilnærming i denne oppgaven, er det også fordi jeg har tro på at det å ha en slik forankring vil kunne tilføre noe viktig og verdifullt, både for oss som helsepersonell, og ikke minst for de vi har som mål å hjelpe. Men samtidig ser jeg at det å skulle ha en slik forankring vil gi oss krevende utfordringer, særlig fordi det vil medføre at vi må tilegne oss mer kunnskap om vitenskapsteori og systemteori, og ikke minst fordi dette også vil innebære at vi må revurdere vårt syn på vår egen rolle og vårt syn på dem vi skal samhandle med, inkludert den yngre personen med demens, dens pårørende og andre aktuelle aktører.

3.3 Vitenskapsteori

Før jeg gjør rede for noen aktuelle begrep innenfor det psykoterapeutiske perspektivet jeg har valgt, vil jeg gjerne si litt om det vitenskapsteoretiske ståsted som ligger til grunn for den språkssystemiske tilnærmingen. Postmodernismen er et begrep som ofte knyttes til den språkssystemiske tilnærmingen. I følge Anderson (2003) vokste denne filosofiske retningen frem som en kritikk på modernismen, og tok avstand fra universelle sannheter og objektiv viten. Hun sier videre at i følge postmoderne tenkning; «...konstrueres viden sosialt, og viden og den vidende er inbyrdes afhængige, og viden forudsætter en innbyrdes sammenheng mellom kontekst, kultur, sprog, erfaring og forståelse.» (Anderson 2003, 64).

Sosialkonstruksjonismen er også en viktig vitenskapsteoretisk retning innenfor den språkssystemiske tilnærmingen. Begrepet ble først anvendt av Berger og Luckman i 1967 (Johnsen og Torsteinsson 2012). Likevel er sosialpsykologen Kenneth Gergen av mange regnet som opphavsmannen til begrepet sosialkonstruksjonisme. I følge Anderson (2003) mener Gergen at viten et resultat av en felles konstruksjon, altså et produkt av sosiale

relasjoner. Språket og konteksten har stor betydning. Burr oppsummerer noen felles kjennetegn ved sosialkonstruksjonismen slik (Johnsen og Torsteinsson, 2012);

- Retningen stiller seg kritisk til objektiv kunnskap og sannhet
- Synet på kunnskap vil være avhengig av kulturell og historisk kontekst
- Kunnskap skapes gjennom sosial interaksjon
- Det er en direkte sammenheng mellom forståelse og sosial handling

3.4 Sentrale begreper i systemisk teori

I denne delen vil jeg gjøre rede for de begreper jeg senere vil benytte for å analysere problemstillingens tema.

Språk, kommunikasjon og hermeneutikk

Språk, kommunikasjon og hermeneutikk er begreper som er av stor betydning i systemteorien. Slik jeg ser det henger disse begrepene tett sammen. Jeg har derfor valgt å presentere disse under samme kapittel.

I følge Anderson (2003) blir vi født inn i språket, og gjennom språket skaper vi betydning og tilfører våre liv mening, og vi setter oss i forbindelse med hverandre gjennom språket. Språket er skapende, gjennom språket kan vi skape viten. Både det som er sagt og det usagte, samt andre former for språk eller handling som kan kommuniseres med, er vårt viktigste middel til å konstruere våre verdener.

Også Andersen fremhever språkets skapende kraft, han sier at språk og samtaler er hjelpemidler til å forstå, og i tillegg kan de skape nye meninger og nye relasjoner (Seikkula 2002)

Gjennom språklig aktivitet eller kommunikasjon kan vi dele våre tanker, følelser, meninger og spørsmål med andre. Kommunikasjonen kan være digital, det vil si at kommunikasjonen representerer det vi sier eller uttaler med ord. Men kommunikasjonen kan også være analog. Den analoge kommunikasjonen kan for eksempel komme til uttrykk gjennom stemmeleie, kroppsholdning, ansiktsuttrykk og gestikulering. Analog kommunikasjonsuttrykk kan for eksempel ha en forsterkende effekt på det en person uttaler, eller en kroppsholdning kan gi et forvirrende budskap dersom det ikke samsvarer med det verbale budskapet (Haugsgjerd et al., 2010).

Språklig aktivitet mellom to eller flere individer kan betegnes som kommunikasjon. Wogn-Henriksen beskriver kommunikasjon som «...alle de prosessene mennesker påvirker hverandre gjennom». Hun betegner også kommunikasjon som «...det som bygger, utvikler og opprettholder relasjoner» (i Rokstad og Smebye 2008, 88-89).

Bateson sier at; «Kommunikasjonen er mye mer enn ordene vi sier og vårt kroppsspråk. Vi kommuniserer på flere plan samtidig. Alt vi sier og gjør kan forstås som kommunikasjon.» Han hevder at kommunikasjon ikke kan forstås som en lineær prosess hvor et budskap sendes mellom en sender og en(eller flere) mottaker(e), men mener menneskelige samspill må forstås sirkulært (Jensen 1994).

Jensen (1994) hevder at både systemisk forståelse og hermeneutikk handler om helhet og sirkularitet. Hermeneutikk betyr fortolkning og metoden søker å finne svar på hva forståelse er, og hvordan denne kan oppnås, og fokus er på fortolkning for å kunne skape meningssammenhenger. Jensen (1994) beskriver den hermeneutiske sirkel med tre nivåer; den første sirkelbevegelsen har sin bakgrunn i at all erkjennelse er subjektivt betinget, en kan si at det handler om vår forforståelse. På det andre nivået er fokus på bevegelsen fra én del, til helheten og tilbake. Det tredje nivået omhandler spørsmål- svar-sirkelen. Et spørsmål søker et svar, som igjen kan føre til nye spørsmål, nye svar og nye fortolkninger og forståelser. Anderson og Goolishian (1992) sier at den hermeneutiske sirkel i terapi refererer til en dialogisk prosess, hvor tolkningen starter med terapeutens forforståelse, som vil bidra til å skape terapeutens forventninger om hva som vil bli omsnakket. Dette vil prege starten på en samtale, videre vil meninger sirkulere mellom terapeut og klient, slik at nye forståelser kan skapes gjennom denne dialogiske prosessen.

Kontekst

Jensen (1994, 35) definerer kontekst på følgende måte; «En kontekst er den sammenheng fenomenet opptrer i, og denne sammenhengen består av menneskene, stedet der det foregår og tiden det foregår i.»

Gregory Bateson knyttet begrepet kontekst til en psykologisk ramme eller en mental tilstand. Man kan si at konteksten handler om vår forforståelse i forhold til en gitt situasjon, som vi anvender oss av for å tolke det vi opplever (Haugsgjerd et al. 2010).

System

System er et vanlig begrep som benyttes i mange forskjellige sammenhenger og kan derfor defineres på mange ulike vis. I systemteorien benyttes betegnelsen system på mennesker som på et eller annet vis står i et forhold til hverandre, og har mulighet til å påvirke hverandre. Bateson hevder at «...mennesket er en del av et større hele som det ikke kan sees uavhengig av.» (Jensen 1994).

Anderson (2003) ser på sosiale systemer som språkssystemer, hun beskriver de som relasjonelle nettopp fordi de er basert på språklig interaksjon. Videre sier hun at; «Sociale systemer og enheder dannes, når mennesker slutter sig sammen om temaer, der er særlig viktige for dem.» (Anderson 2003, 105).

Boscolo og Cecchin var opptatt av signifikante systemer. Et signifikant system kan bestå av flere enn familien. Venner, bekjente eller profesjonelle hjelpere kan være involvert i det signifikante systemet (Jensen 1994). I Rosenborgsenteret ble de signifikante andre kalt *de betydningsfulle andre*, og henviser til hele nettverket rundt personen med demens, uavhengig om disse står i et privat eller profesjonelt forhold til personen med demens (Nørve og Østerby 2002).

Punktuering

Punktuering er et mye brukt begrep i systemteorien, og betegner et utsagn som gjør at en samtale stopper opp eller låses. Punktueringen kan ha et negativt eller positivt innhold, men funksjonen punktueringen har i samtalen kan uansett være den samme. Jensen definerer punktuering slik; «Å fastholde sitt punkt kalles å punktuere. Å punktuere er altså å «stoppe» prosessen og å gi informasjonen et navn.» (Jensen 1994, 60).

De fire spørsmålstyper

Karl Tomm (2000), professor i psykiatri, er opphavsmannen til «de fire spørsmålstyper» som er en viktig bestanddel innenfor systemisk intervjuetodikk. De fire spørsmålstypene er;

1. **Lineære spørsmål** som kan sies å ha en orienterende/utredende hensikt i forhold til det aktuelle, de kan være problemforklarende og/eller problemorienterende. Denne typen spørsmål starter ofte med; Hvem, hvor, når og hvorfor. Spørsmålene kan ha en konserverende effekt på klienten og en oppklarende effekt for terapeuten.

2. **Sirkulære spørsmål** er utforskende og tar sikte på å avdekke sammenhenger eller mønster, ettersom alt antas å ha en sammenheng med noe annet. Sirkulære spørsmål kan betegnes som effektspørsmål eller forskjellsspørsmål. Slike spørsmål kan eksempelvis være; Hvem er mest bekymret? Hva skjer når du er redd? Effekten på klienten kan være av frigjørende karakter, mens effekten på terapeuten kan være aksepterende.
3. **Strategiske spørsmål** har til hensikt å påvirke eller å korrigere, de kan være ledende eller konfronterende. Eksempler på slike spørsmål kan være; Hvorfor gjør du det ikke på en annen måte, i stede for å gjøre det slik du alltid har gjort det? Slike spørsmål kan ha en begrensende effekt på klienten og en opposisjonell effekt på terapeuten.
4. **Refleksive spørsmål** er egnet til å påvirke, på en direkte eller indirekte måte. Refleksive spørsmål kan være hypotetiske eller fremtidsrettede. Denne typen spørsmål kan eksempelvis formuleres slik; Hvordan skulle ville du hatt det dersom du ikke hadde denne smerten? Hva tror du at du tenker om dette om et halvt års tid? For klienten kan slike spørsmål ha en generativ effekt, mens de for terapeuten kan ha en kreativ effekt.(Fritt etter Tomm 2000, 156-172).

Anderson og Goolishian er imidlertid mindre opptatt av akkurat hva slags type spørsmål som skal stilles, de ser ikke på terapeuten som en «intervjuer». Derimot vektlegger de samtalen som det terapeutiske virkemiddelet. De har fokus på at samtalen skal være en samskapende virksomhet, hvor terapeuten sammen med klienten(e), gjennom språklig aktivitet, skal finne nye måter å snakke om problemer på, slik at de derigjennom kan gå i oppløsning (Høstmark Nielsen og von der Lippe 2002).

Andersen derimot legger vekt på bruk av bestemte spørsmål og effekten av disse. For eksempel er han opptatt av hva slags type spørsmål man skal starte en samtale med fordi disse spørsmålene bidrar til å etablere selve samtalen i møtet. Eksempel på slike spørsmål kan være: *Hva er de tilstedeværendes hensikt med dette møtet? Hvem fikk først ideen til dette møtet? Hvem er forbeholden til møtet?* Andersen er også opptatt av spørsmål som kan gi flere beskrivelser, slike spørsmål kan blant annet inneholde; *sammenlignet med, i relasjon til, til forskjell fra*. Han understreker også betydningen av å stille spørsmål på en slik måte at man får tak i personens opplevelse eller forståelse, slik at en unngår en ytre beskrivelse. Eksempelvis kan man i stede for å spørre; «*Hva handlet det om?*» spørre om; «*Hva opplevde*

du?» eller; «*Hva var din oppfatning?»*. Andersen sier også noe om betydningen av å kunne stille *passee uvanlige spørsmål*. Vanlige spørsmål skaper ingen bevegelse hos mottakeren, mens et for uvanlig spørsmål kan bidra til å lukke personen som får spørsmålet. Det er terapeuten selv som må finne ut om et spørsmål er *passee uvanlig*, gjennom å være åpen for reaksjonene som kommer når spørsmålene stilles. (Andersen 2005).

Terapiens hensikt og terapeutens rolle

Anderson (2003) sier at terapi er kjennetegnet ved samtale og dialog mellom klient og terapeut. Den terapeutiske prosess betegner hun som en dialogisk samtale. En dialogisk samtale er en samtale hvor klient og terapeut i samarbeid undersøker det som er tema for samtalen. Anderson sier at en slik felles undersøkelse forutsetter et dialogisk rom. Målet med terapien er ikke å komme frem til ny viten eller informasjon, men å skape nye sammenhenger og gjensidig forståelse. Om vellykket terapi sier Anderson;

Vellykket terapi er etter min oppfattelse ensbetydende med at afdække klientens version af sin historie ved i felleskap at udforske velkendte historier, som er blevet fortalt, for derefter at skabe endnu ikke fortalte historier. (Anderson 2003, 148)

Anderson og Goolishian (1992, 55) betegner terapeutens rolle som en «konversasjonsartist eller som dialogens arkitekt». Terapeutens ekspertise er å skape rom for, og å lette dialogen. De er også opptatt av at terapeuten er en deltagende observatør, og en deltagende leder av den terapeutiske samtalen. De viktigste virkemiddele for å kunne skape et dialogisk rom er terapeutens nysgjerrighet og ikke-vitende posisjon. I følge Anderson (2003) krever det å innta en ikke-vitende posisjon at terapeuten ikke må ta utgangspunkt i tidligere ervervet viten og erfaringer. Hun mener ikke at man skal se bort i fra dette, eller være helt nøytral, men terapeuten må delaktiggjøre de andre i samtalen i egen forforståelse. Anderson sier at gjennom å innta en ikke-vitende posisjon, blir terapeuten i stand til å la klienten informere seg, slik kan terapeuten oppnå en forståelse som til stadighet endrer seg. Ved å være ikke-vitende inntar terapeuten en fortolkende holdning som er basert på dialogen mellom klienten og terapeuten. Anderson ser på terapeutens posisjon som en etisk og filosofisk holdning, heller enn en teknikk eller strategi. Bagge (2011) er opptatt av den ikke-vitende posisjonen fordrer evne til selvrefleksjon og at terapeuten må ha god kjennskap til seg selv og sine intensjoner.

Bagge (2007), betegner kraften i den ikke vitende posisjon ved hjelp av tre poeng. Disse er for det første *selvfølgeligheten* som ligger i at du ikke kan vite noe om den andre, for det andre er det *overraskelsen* hos den hjelpetrengende som blir møtt av en slik holdning, og for det tredje den *nysgjerrighet* som kan vekkes hos den som blir spurt (altså klienten).

Seikkula (2002, 94) sier at hovedmålet for den terapeutiske samtalen er å oppløse problemet og det problemdefinerte systemet. Som Anderson er han også opptatt av å kunne skape et rom for samtaler, i følge Seikkula er dette terapeutens hovedoppgave. Evnen til å få dette til vil avhenge av terapeutens følelse for språk, som vil uttrykkes gjennom dennes evne til å stille spørsmål som åpner for nye meninger og samhandlingsformer.

4.0 Empiri

I det følgende vil jeg presentere et narrativ. Jeg har valgt å bruke egne erfaringer fra møter med ulike personer, som jeg har satt sammen til en historie. Bakgrunnen for dette er at jeg vil forsikre meg om at konfidensialiteten blir ivaretatt på forvarlig vis. Dersom jeg hadde valgt å fortelle en reel historie, ville den for noen kanskje være lett å identifisere. Jeg vil først presentere noen bakgrunnsopplysninger omkring hovedpersonen i fortellingen, deretter presenterer jeg bruddstykker fra samtalen omkring to forskjellige tema som er hentet ut fra et og samme samarbeidsmøte.

4.1 Jenny

Dette er del av en fortelling om Jenny, en kvinne på 44 år. Hun bor alene i et lite rekkehus, hun har ingen barn. Foreldrene og søsknene er bosatt i en by på en annen kant av landet. Jenny avsluttet et langt samboerskap for halvannet år tilbake. Den tidligere samboeren, Elling, har hun fortsatt en del kontakt med. Elling jobber i offshore- bransjen, slik at han er bortreist i lange perioder. Jenny har ingen stor omgangskrets, men hun har et par gode venninner som hun treffer i blant. Jenny er for tiden sykemeldt fra sin jobb i en stor fabrikk på grunn av sin demenssykdom.

Jenny ble for ca. et år tilbake i tid, utredet hos oss og fikk diagnosen demens. I etterkant av dette har vi hatt flere møter med Jenny. Før Jenny kom til oss hadde hun gjennomgått flere undersøkelser hos fastlege, psykolog og på sykehuset. Det ble derfor ganske raskt klart at hun hadde en demenssykdom. Dette hadde hun også sterk mistanke om selv, ettersom en nå

avdød tante også fikk demens i ung alder. For oss virket det som om Jenny mottok budskapet om denne diagnosen med fatning og overraskende stor ro.

I rapporten fra nevropsykologen gikk det frem at Jenny hadde en betydelig kognitiv svikt innenfor flere områder, og psykologen stilte spørsmål ved hvordan hun skulle kunne klare seg i dagliglivet. Vårt hovedfokus i møtene med Jenny ble derfor å lære Jenny å kjenne best mulig. Det var viktig for oss å få kjennskap til hvordan hennes demenssykdom påvirket hennes hverdag nå. Vi undret oss over hvordan hun klarte seg i forhold til praktiske daglige gjøremål, hvordan hun taklet det å få denne diagnosen, hvordan hun hadde det på jobb, og hvordan dette påvirket hennes sosiale kontakt med andre. Vi opplevde det som en viktig oppgave for oss å få kartlagt disse forholdene slik at vi eventuelt kunne bidra til å få satt i gang aktuelle hjelpetiltak. Jenny selv målbar ingen spesiell bekymring, men gav sitt samtykke til at vi kunne kalle inn til et samarbeidsmøte. Dette var noe vi ønsket å få i stand av flere grunner. For det første var det ikke så lett for oss å få kartlagt hvordan Jenny virkelig klarte seg i det daglige gjennom samtalene. Jenny selv fremholdt at det meste gikk bra, og men hun hadde ingen pårørende som hun hadde daglig kontakt med, som overfor oss kunne bekrefte opplysningene hun gav, eller bidra med annen relevant informasjon. Vi ønsket derfor at det skulle opprettes en kontakt i det kommunale hjelpeapparatet, som kunne lære Jenny bedre å kjenne, for eventuelt å kunne tilby aktuelle hjelpetiltak.

Det første samarbeidsmøtet ble avholdt og det ble der bestemt at hun skulle få oppnevnt en koordinator i hjemmetjenesten, og at hjemmesykepleien skulle se til Jenny morgen og kveld. Det ble også avgjort at Jenny skulle sykemeldes på heltid.

4.2 Samarbeidsmøtet

I denne delen vil jeg gå nærmere inn på hvordan det andre samarbeidsmøtet forløp. Dette møtet ble planlagt på slutten av det første samarbeidsmøtet, og skulle opprinnelig avholdes fire måneder etter det første. Det hadde imidlertid oppstått en situasjon hvor Jenny i en periode ikke hadde villet slippe hjemmesykepleien inn. Da Elling kom hjem til henne etter noen uker på jobb, viste det seg at hun ikke hadde spist noe særlig, hun hadde det rotete og kaotisk i hjemmet, og hadde helle ikke dusjet eller stelt seg slik hun vanligvis pleide. Han kontaktet derfor oss og ba om at det ble avholdt et samarbeidsmøte før det opprinnelig planlagte. Vi kalte derfor inn til møtet som ble avholdt i poliklinikkens lokaler.

De som var til stede i dette møtet var Jenny, hennes tidligere samboer Elling, Jennys koordinator i kommunen, som også er avdelingsleder i hjemmesykepleien, en representant for kommunens forvaltningskontor, Jennys arbeidsgiver og hennes fastlege. Fra vår poliklinikk stilte en overlege og jeg som sykepleier.

Samarbeidsmøtet startet med at overlegen ønsket alle velkommen, og refererte til at dette møtet ble avtalt ved forrige møte, men at det av ulike grunner ble fremskyndet. Deretter spurte han Jenny hvordan hun synes det gikk. Jenny satt urolig på stolen og var alvorlig i ansiktet, ikke blid og smilende som ved tidligere møter. Det hun sa var at hun var lei av at hjemmesykepleien kom hjem til henne hver eneste morgen. Dette ville hun ikke ha noe mer av, de gjorde jo ingenting heller mente hun, så det kunne da ikke være nødvendig at de bare kom innom og forstyrret henne. Koordinatoren svarte med å referere til at det jo ble avtalt på forrige møte at hjemmesykepleien skulle komme innom. Jenny svarte med å si at; «Det MÅ det bli en slutt på NÅ!». Elling tok ordet og sa til Jenny at hun måtte roe seg ned, og at hjemmesykepleien bare gjorde jobben sin, og at alt var kommet til ut av omsorg for henne. Jenny svarte med at; «Det kan vel ikke være noe omsorg i å forstyrre vanlige folk på denne måten...». Overlegen bryter inn med å si at han kan forstå at Jenny opplever dette oppleves irriterende. I fortsettelsen refererer han til at erfaringene tilsier at det kan være lurt å bli godt kjent med helperne i kommunen, før man er der at man faktisk trenger praktisk hjelp, men understreker at det jo kan ta tid før man blir skikkelig kjent. Jenny nærmest fnyser av dette innlegget også. Jenny er rød i ansiktet og legger hodet i hendene, samtidig som hun rister på hodet. Det blir stille i møtelokalet en liten stund. Da stiller jeg spørsmålet; «Hvordan skulle det ha vært hvis det ble slik du aller helst ville ha det?» Jenny løfter hodet opp fra hendene og ser rundt seg og sier; «Jeg vil jo helst klare meg sjøl, jeg er jo en voksen fornuftig person, og jeg vil ikke forstyrres hver bidige morgen...». Jeg spør videre åpent ut til forsamlingen; «Hva hvis hjemmesykepleien sluttet å komme innom i en periode, og at man heller forsøkte å få til noen meningsfulle aktiviteter for Jenny på dagtid?» Jenny svarer med en gang; «Ja, jeg skjønner jo ikke hva de egentlig skal der i det hele tatt...». Jeg spør så Elling hva han tenker omkring dette. Elling sier at han ville jo være bekymret for henne, særlig i de periodene han er på jobb og ikke kan stikke innom. Jenny svarer med et lite smil; «Bekymret for meg du liksom, du har vel annet å tenke på...». Koordinatoren kommer så med et innspill hvor hun påpeker at det kan oppleves litt vanskelig å skulle ha et «ansvar» for at Jenny klarer seg bra, uten å kunne se til henne. Overlegen kommenterer (i en ganske bestemt tone) at han også synes det ville være uforsvarlig å gå inn for en slik løsning. Jeg spør så Jenny hva hun tenker

om det de andre sier. Hun svarer at hun skjønner at de har en jobb å gjøre og at de bryr seg, men at det for henne likevel virker å være helt meningsløst. Elling bryter inn og forteller om da han fant henne nærmest forkommen. Jenny svarer at hun ikke hadde det så bra i den perioden der, men at det gikk bedre nå. Da stiller jeg Jenny spørsmål om hun kunne gå med på å ta i mot hjemmesykepleien på kveldstid som et slags kompromiss. Dette sier hun seg (mot?)villig til å gå med på.

I forkant av dette samarbeidsmøtet hadde Jenny snakket mye om jobben sin. Hun antydte at hun opplevde at hun var i ferd med å bli «frosset ut» av jobben sin. Vi tilbød oss å ta kontakt med arbeidsgiver med tanke på at det kanskje kunne være nyttig å gi litt informasjon om Jennys sykdom og symptomer. Jenny syntes dette hørtes fornuftig ut og gav sitt samtykke. Da vi kontaktet arbeidsgiveren fikk vi høre en litt annen historie. Sjefen og kollegaene var svært opptatt av og bekymret for Jenny, de hadde jevnlig kontaktet henne, invitert henne med på sosiale sammenkomster og de hadde hentet henne til lunsj flere ganger mens hun var sykemeldt. Sjefen fortalte at han hadde gjort *alt* han kunne for å finne arbeidsoppgaver som passet for Jenny nå. Hun klarte ikke lenger å stå ved samlebåndet, som krevde hurtig og presis håndtering hele tiden. Det å finne andre arbeidsoppgaver hadde ikke fungert, Jenny søkte stadig tilbake til sin faste plass, noe som resulterte i at hun forstyrret de andre som stod ved båndet. Dette var svært uheldig både med tanke på produktivitet og sikkerhetshensyn. Jennys sjef uttrykte et ønske om at vi som helsepersonell skulle si til henne at hun ikke lenger kunne være i jobb på grunn av sykdommen. Sjefen og kollegaene ønsket å beholde den gode relasjonen de hadde med Jenny. Overlegen og jeg diskuterte i forkant av møtet hvordan vi skulle håndtere denne problemstillingen. Overlegen fremholdt at det var jo ikke vi som satt inne med førstehåndserfaring om hvordan Jenny fungerte i jobb. Jeg oppfattet dette slik at han mente at dette var noe sjefen burde uttale seg om. Før jeg fikk tenkt ferdig denne tanken fortsatte overlegen med foreslå at vi fikk prøve å stille noen gode spørsmål slik at dette kommer tydelig frem for Jenny, men på en skånsom måte. Samtalen omkring dette temaet forløp på følgende vis:

Overlegen: Sykdommen din har gjort at det er vanskelig for deg å være i jobb Jenny slik at du nå er sykemeldt, hva tenker du om dette fremover?

Jenny: Ja....jeg vil jo gjerne tilbake til jobb, jeg klarer jo ikke å stå ved båndet lenger, men det er jo fortsatt mye jeg kan bidra med....

Overlegen: Hva slags erfaringer har dere gjort dere rundt dette i fabrikk(henvendt til sjefen)?

Sjefen: Ja, vi har jo forsøkt å tilrettelegge så godt som mulig men.... Vi synes jo det er veldig hyggelig at Jenny er hos oss. Det er jo derfor vi har hentet henne til lunsj og slikt...og det vil vi jo veldig gjerne fortsett med også.... Men når det gjelder jobb så har det dessverre vist seg at det har vært vanskelig å finne noe som passer for deg slik situasjonen er nå....

Jenny legger igjen hodet i hendene og sukker tungt.....før hun sier.....

Jenny: Jeg kan jo fortsatt bidra for eksempel med å hente ting til de andre og slikt....

Sjefen: Vi har jo prøvd en slik ordning, men....

Overlegen: Jenny, jeg tror dessverre jeg fra et medisinsk ståsted nå vil fraråde at du fortsetter i jobben, jeg er redd sykdommen din gjør at det vil bli en for stor belastning for deg.... Jeg vil heller anbefale at du fyller dagene med andre aktiviteter som kan være lettere for deg å mestre og som oppleves meningsfulle...

Jenny rister på hodet og sukker tungt igjen....

5.0 Diskusjon

5.1 Jenny

I fortellingen om Jenny skriver jeg litt om utredningen hun gjennomgikk før hun fikk sin diagnose. I denne prosessen har vi som helsepersonell en positivistisk vitenskapsteoretisk tilnærming. I en systemisk forståelse kan en diagnose karakteriseres som en slags punktuering. Jensen (1994) sier at en punktuering er å gi informasjonen vi har om et fenomen et navn. Slik kan vi også si at all den informasjon vi har innhentet gjennom samtaler med og undersøkelser av Jenny, gis et navn gjennom diagnosen. Mange er kritiske til bruk av diagnoser og hevder at bruk av diagnoser er å som ”å sette merkelapper” på folk. Den språkssystemiske tilnærmingen vil gjennom sin vitenskapsteoretiske forankring underkjenne at det finnes en objektiv sannhet, som en diagnose kan sies å representere. Anderson sier at: «Diagnoser fungerer som de profesjonelles koder, der har til formål at innsamle, analysere og systematisere data, der formodes å være der.» (Anderson, 2003, 109). Når hun sier at diagnoser er de «profesjonelles koder», kan en undre seg over hva slags funksjon diagnosen har for den personen som får den. Min erfaring er at mange av dem vi har utredet faktisk er glad for å få et navn, en diagnose, på sine symptomer og plager. Dette samsvarer med noe av det Kjersti Wogn-Henriksen finner i sitt doktorgradsarbeid, hvor hun skriver at enkelte opplever at det å få en demensdiagnose kan være befriende og at; «Diagnosen stadfester noe viktig, gir retning og fokus og forklaring.» (Wogn-Henriksen 2012, 182). Når det gjelder Jenny så oppfattet jeg henne slik at hun var fornøyd med å få sin diagnose, i den forstand at det gav henne en forklaring på alt det hun hadde slitt med over lengre tid. Imidlertid kan jeg ikke si at vi gjennom våre kontakter med Jenny, hadde snakket nok med henne, eller på en måte som var egnet til å få vite noe særlig om hva hun innerst inne tenkte og følte omkring dette. Kanskje kunne vi gjennom samtaler hvor vi som terapeuter inntok en ikke-vitende posisjon, fått et større innblikk i dette, og gjennom dialogisk samtale kunne vi sammen bidra til å skape en felles konstruksjon av en fortelling om Jenny. Anderson (2003) er opptatt av at slike samtaler kan bidra til å skape en ny historie og en ny fremtid, og jeg formoder at hun mener til det bedre. Når det gjelder Jenny tror jeg hun ville ha opplevd slike samtaler som god hjelp i sin situasjon.

I kapitel 4.1 skriver jeg også at vi er opptatt av å bli bedre kjent med Jenny. I denne forbindelsen kunne en kanskje tenke seg at vi var i ferd med å skifte vitenskapsteoretisk

ståsted henimot en fenomenologisk, konstruktivistisk eller sosialkonstruksjonistisk innfallsvinkel. Riktignok var vi opptatt av hvordan Jenny virkelig hadde det og hvordan hun håndterte sin situasjon nå, på den andre siden kan en nok se på dette fokuset som et ledd i en lineær forståelse. Man kan si at vi var opptatt av få gjort holdbare observasjoner som kunne tilsi om vi burde få satt i gang noen konkrete tiltak. Her tror jeg at vi som helsepersonell er preget av en slags iver etter å få gjort noe håndfast og at vi dermed kan stå i fare for å ha det ”for travelt” til å samarbeide med den det faktisk gjelder på en god måte. I en slik setting tror jeg mange kan føle seg overkjørt av velmenende helsepersonell. En av Kjersti Wogn-Henriksens informanter sier også noe om dette; ”*De kunne ha spurt meg om hvordan jeg hadde det eller om det var noe jeg tenkte på eller sånt noe*”. Wogn-Henriksen utdyper dette utsagnet og forteller at damen som sa dette ønsket og selv komme med sitt bidrag og sitt perspektiv (Wogn-Henriksen, 2012, 255). For Jennys del tror jeg at hun tross alt opplevde kontaktene med oss som vennligsinnet og velmenende. Hadde vi imidlertid møtt henne med en språkssystemisk tilnærming, tror jeg nok hun i større grad ville ha opplevd at vi først og fremst var interessert i henne som et helt menneske, som noe mer enn et menneske med sviktende funksjoner og hjelpebehov, som en følge av hennes sykdom. Kanskje kunne en nysgjerrig, samarbeidende og ikke-vitende holdning fra oss som helsepersonell bidra til at hun følte at hennes integritet ble ivaretatt og at hun dermed fikk et annet eierforhold og ansvarsfølelse for sin egen situasjon.

5.2 Samarbeidsmøtet

I samarbeidsmøtet var det mange tilstede. Min oppfatning er at alle som var der hadde som intensjon å være til hjelp for Jenny på et eller annet vis. Dette var altså en samling av mennesker som har kommet sammen omkring det samme viktige tema, slik Anderson beskriver at et sosialt system dannes (Anderson 2003). I samarbeidsmøtet kan vi altså si at Jenny og hennes situasjon var det «viktige tema». Hva hun selv opplevde i denne sammenhengen kan jeg ikke si at jeg vet så mye om. Om hun så på de som var tilstede som «betydningsfulle andre» er jeg usikker på. Kanskje kunne man i forkant av møtet ha stilt henne spørsmål som: «Hvem er viktige personer for deg nå?» «Hvem ønsker du at skal være til stede i møtet?» «Er det noen som bekymrer seg for deg?» Jeg tror en slik tilnærming ville kunne bidra til at Jenny kjente seg som en mer aktiv deltager i sitt eget liv, noe jeg tror at hun ville oppleve som positivt. Gjennom å stille disse spørsmålene til Jenny ville vi som terapeuter innta en ikke-vitende posisjon, vi ville se på Jenny som eksperten på hennes liv. Hvis Jenny i en slik sammenheng ville si at hun ikke ville ha

hjemmesykepleien tilstede, ville jeg nok ha opplevd dette som et problem, fordi jeg mener at de er viktige for Jenny i hennes situasjon nå og fremover. Men kanskje kunne også dette («mitt problem») ha blitt oppløst gjennom en dialogisk samtale med Jenny og de andre?

Jensen (1994) sier at kontekst handler om sammenhengen, stedet og tiden et fenomen opptrer i. I dette samarbeidsmøtet kan vi si at Jennys sykdom og situasjon er sammenhengen, jeg tenker også at hva som er sammenhengen kan oppleves ulikt av de enkelte deltakerne i møtet. Da kommer jeg over på dette med førforståelse som Haugsjerd et al. (2010) beskriver som kontekst. Han sier at førforståelsen er den rammen vi bruker for å tolke de fenomenene vi erfarer. Hvis jeg skal overføre dette til denne situasjonen så vil det si at de ulike deltakerne vil være i en ulik kontekst. Jenny vil ha sin ramme for å tolke det som foregår i møtet, Elling vil ha sin, koordinatoren vil ha en annen ramme, som igjen kan være forskjellig fra den førforståelse vi som helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten har. En kan stille spørsmål ved om ulik førforståelse, eller kontekst, kan være en grobunn for uenighet og utfordringer i et slikt samarbeidsmøte. Min erfaring er at det ofte er det, dessverre. Også i møtet med Jenny kom dette til uttrykk gjennom at ulike møtedeltakere bruker argumenter som baserer seg på deres førforståelse. Eksempelvis når overlegen refererte til sine erfaringer i forhold til hjemmesykepleien, eller når han senere argumenterer med; «...ut ifra et medisinsk ståsted...». Et annet eksempel er koordinatoren som henviser til det «ansvar» de har for Jenny. Min oppfatning er at når utsagn som referer til den enkeltes førforståelse ikke blir utdypet nærmere, så står de også i fare for å fungere som en punkttering eller låsning i samtalen. Anderson (2003) påpeker at terapeuten må sørge for å delaktiggjøre de andre i samtalen i sin egen førforståelse. Jeg tenker også at terapeuten gjennom sin rolle må bidra til at alle får mulighet til det samme. Terapeutiske virkemiddel i en slik sammenheng kan være en nysgjerrig, spørrende og ikke-vitende holdning.

Nørve og Østerby (2002) påpeker at deltakere i Rosenborgssenterets systemmøter representerer ulike systemer, formelle og uformelle. Dette ble av enkelte deltakere sett på som utfordrende i evalueringen av senterets samarbeidsform. De som ledet møtene ble ansett som den sterke part på grunn av sin faglige autoritet. Det ble også pekt på at systemmøtet av flere ble oppfattet som «de pårørendes møte». Jeg tror dette er faktorer som kan representere utfordringer knyttet til dette med kontekst. Kanskje er det først og fremst utfordringer som kan løses gjennom terapeutenes evner til å lede møtet.

I følge Seikkula (2002) handler disse evnene hos terapeuten om følelser for språk som igjen vil komme til uttrykk gjennom evnen til å stille de spørsmål som åpner for ny mening og samhandling. Slik jeg ser det ville en slik tilnærming kunne bidra til at samtalen foregikk på et språklig nivå som var tilpasset alle. Kanskje kunne noen av forskjellighetene ved deltakerne i møtet viskes ut eller forminskes gjennom dette? Jeg tror at dette ville oppleves positivt for Jenny, ved at hele settingen blir lettere å forstå.

Når det gjelder tid og sted, som også er en del av konteksten, så tror jeg stedet hvor samarbeidsmøtet avholdes har større betydning enn tiden. Det at møtet finner sted i poliklinikkens lokaler kan ha ulik betydning for møtedeltakerne. Vi vet ikke hva Jenny forbinder med det å skulle komme til poliklinikken, men en kan kanskje tenke seg at hun oppfatter det som litt fremmedgjørende sett i forhold til at møtet faktisk skal handle om henne. Hvis vi tenker oss at vi spurte henne hvor hun ønsket at møtet skulle være, hadde hun kanskje valgt at det skulle være i hennes hjem. Da ville den delen av konteksten som handler om sted, blitt en annen for alle. Fordelen for Jenny kunne være at hun følte seg på «hjemmebane», men kanskje ville det først og fremst medføre at de andre deltakerne i møtet forholdt seg på en måte som kunne oppleves bedre for Jenny. Kanskje ville det være lettere for oss som helsearbeidere å se Jenny som et helt menneske? I en sykehuskontekst vil det trolig være lettere og «se» henne som en pasient, og som en mer eller mindre passiv mottaker av vår behandling/hjelp.

Samarbeidsmøtet ble åpnet med at overlegen ønsket velkommen. Det første spørsmålet ble rettet til Jenny som ble spurt hvordan hun hadde det. På dette tidspunktet tolket jeg Jennys kroppsspråk i retning av at hun faktisk ikke hadde det bra, hun fremstod ikke komfortabel i situasjonen. Kanskje kunne man i stedet for å overse denne analoge kommunikasjonen, stille henne et spørsmål knyttet til dette, eksempelvis; «Jeg ser at du ikke smiler i dag, Jenny, jeg under meg på hva som gjør det?» Muligens ville hun gjennom en slik tilnærming oppleve at hun virkelig ble sett og at noen var interessert i høre om hennes verden. I stedet startet møtet med at hun fikk spørsmål om hvordan hun syntes det gikk. Hennes svar på spørsmålet kan sies å være en punktuering. Jeg opplevde at hennes utsagn hadde en låsende effekt i situasjonen. Jeg tror de fleste i forsamlingen hadde en felles førforståelse som tilsa at Jenny trengte hjemmesykepleien nå, og dermed oppfattet jeg at situasjonen ble litt vanskelig når hun var så klar og tydelig i sitt verbale uttrykk, som også ble understreket av hennes kroppsspråk. Det som videre skjedde var at

koordinatoren, Elling og overlegen svarte henne med ulike innspill. I denne situasjonen var det ingen av dem som stilte spørsmål til Jenny, alle snakket til henne. Jeg oppfattet sågar at de snakket til henne i en litt nedlatende tone. Kanskje kunne dette få Jenny til å føle seg umyndiggjort og nedverdiget, slik jeg ser det ble hennes stemme nærmest ugyldiggjort. Dersom vi som helsearbeidere, og møteledere, i denne situasjonen hadde møtt Jenny med en språkssystemisk tilnærming ville vi ha stilt henne spørsmål. Vår posisjon ville være ikke-vitende, og vi ville vist en nysgjerrighet omkring henne og hennes utsagn. Vår hensikt ville være å få til en samarbeidende dialog. En kunne ha formulert spørsmål som kunne gi både oss og Jenny selv en større innsikt. Et spørsmål kunne for eksempel være; «Hvor lenge har du kjent på besøkene fra hjemmesykepleien slik?» Dette er et lineært spørsmål som kunne ha gitt utdypende og kanskje også forklarende informasjon, som igjen kunne ha generert nye spørsmål. Kanskje ville Jenny svart at hun fikk hele hjemmesykepleien «i halsen» etter at en av dem «braste inn» uten en gang å ringe på. I en slik setting kunne det være naturlig å gå videre med spørsmål som kunne utforske denne hendelsens betydning for Jenny videre. Eksempelvis kunne man spurt; «Hva syntes du var det vanskeligste i denne situasjonen?» Dette er et sirkulært spørsmål som kan si noe om hvordan ting henger sammen. Det er også et forskjells-spørsmål som kanskje kunne ha fått frem situasjoner som fungerte bedre. En kunne også ha brukt et refleksivt spørsmål som; «Hvordan ville hjemmesykepleien ha oppført seg når de kom hjem til deg hvis du kunne bestemme?» Dette spørsmålet kunne bidra til at Jenny i tankene sine, åpnet opp for muligheten til at hun faktisk kunne ta imot hjemmesykepleien. Kanskje kunne svaret hennes også ha et innhold som sa noe om hva som måtte til for at dette kunne skje. Jeg opplever at det viktigste med en spørrende tilnærming er at man kommer nærmere Jennys egne forståelser og opplevelser i sammenhengen. I stedet for å bli en passiv mottaker av «meldinger» fra andre, blir hun en aktiv deltaker i en dialog, hvor en gjennom et samarbeid kan komme til felles forståelser, og kanskje kan dette bidra til oppløsning av problemstillingen knyttet til hjemmesykepleien. Disse elementene i den systemiske tilnærmingen tror jeg ville kunne bidra til at Jenny følte at hun fikk hjelp på en god måte. En utfordring for oss som helsearbeidere i denne sammenhengen vil være at vi står i fare for at løsningen kan bli at hjemmesykepleien skal slutte å se til Jenny. Vår førforståelse tilsier at Jenny er i behov for tilsyn fra hjemmesykepleien nå. Det å skulle gi slipp på denne «fasiten» opplever jeg vanskelig, men jeg ser samtidig at sjansen for at vi ville komme frem til en god løsning for alle parter, gjennom en dialogisk samtale er tilstede. Jeg tror nok også at det at jeg

opplever det å skulle gi slipp på denne «fasiten» har sammenheng med min vitenskapsteoretiske forankring. Det oppleves problematisk å skulle gå bort i fra at Jenny faktisk har noen hjelpebehov som følge av sin sykdom. Kanskje handler dette om at jeg anser at Jennys sykdom representerer noe mer enn et språklig og relasjonelt konstruert problem?

I samarbeidsmøtet stilte jeg noen spørsmål til Jenny. Det ene spørsmålet lød; «Hvordan skulle det ha vært hvis det ble slik du aller helst ville ha det?». Dette er et hypotetisk spørsmål. Jenny svarte at hun helst ville klare seg selv og hun gav også noen beskrivelser av seg selv som en voksen, fornuftig person. Jeg tror det ville ha vært av stor betydning hvis en kunne stille spørsmål omkring disse utsagnene. I følge Anderson (2003) er terapeutens nysgjerrige holdning og ikke-vitende posisjon viktige virkemidler for å kunne bidra til å skape dialogiske rom, hvor klienten og terapeuten i fellesskap kan utforske aktuelle tema. Jeg mener disse utsagnene Jenny kom med, godt kunne vært gjenstand for en slik felles utforskning, hvilket ville krevd at vi tok oss tid til å spørre Jenny om hva hun la i utsagnene. Svarene ville trolig kunne bidra til nye spørsmål. I følge Anderson og Goolishian (1992) kunne terapeutens vilje til å lære i en slik situasjon bidra til at en historie ble til, som igjen kunne bidra til ny forståelse og nye handlinger. Bagge (2007) sier at noe av kraften i den ikke-vitende posisjonen er terapeutens nysgjerrighet, som også kan vekkes i klienten når terapeuten viser en slik holdning. Hun mener dette kan være av stor positiv betydning for klienten, blant annet fordi det gir klienten verdi som menneske.

I samtalen omkring hjemmesykepleien uttaler Elling at han ville være bekymret dersom hjemmesykepleien skulle slutte å se til Jenny i en periode. Dette utsagnet kunne også vært gjenstand for en felles utforsking slik som omtalt overfor. Ellings utsagn ble det ikke mye snakk om i samarbeidsmøtet. En kunne tenke seg at dersom vi som terapeuter hadde jobbet med forankring i språkssystemisk tilnærming, ville grepet fatt i dette utsagnet. Det som skjedde var at samtalen gikk videre mer eller mindre av seg selv ved at koordinatoren grep ordet. Hun kom også med et utspill angående ansvar som kunne vært utdypet mer. Når jeg skriver om dette tenker jeg at vi som terapeuter i dette samarbeidsmøtet i liten grad var deltagende ledere av den terapeutiske samtalen som Anderson og Goolishian (1992) beskriver som terapeutens rolle. Jeg tror dette først handler om manglende kunnskap og erfaring fra vår siden. Vi har nok ikke per i dag den ekspertisen i forhold til dialogen som en språkssystemisk tilnærming forutsetter. Det å skulle tilegne oss slik kunnskap vil være en krevende prosess. I

en tid hvor vi som helsearbeidere stadig møter krav om produktivitet og effektivitet, stiller jeg spørsmål ved om det vil være rom for å utvikle en ”ny” praksis som kanskje vil innebære mer tidsbruk. Ved Rosenborgsenteret har man imidlertid utviklet en metodikk med utgangspunkt i systemteori (Nørve og Østerby 2002). Evalueringen av senterets metodikk viste at deres tilnærming i all hovedsak fungerte positivt. I møtene som ble evaluert i var imidlertid ikke personen med demens involvert, det var kun pårørende og andre aktuelle aktører, de betydningsfulle andre. Som tidligere nevnt har jeg selv arbeidet ved senteret, og har derigjennom litt erfaring fra deres måte å jobbe på. Jeg tenker at det ville være mulig å utvikle en lignende metodikk, også i møter hvor den som har demens selv er tilstede.

Tom Andersen (2005) skisserer ulike spørsmål som har til hensikt å etablere samtalen i et møte. Hvis en tenker seg at samarbeidsmøtet omkring Jenny ble åpnet med et spørsmål som; «Hva er de tilstedeværendes hensikt med dette møtet?», så er det rimelig å anta at møtet ville ha tatt en annen retning. Kanskje ville Elling grepet ordet og sagt at han var der fordi han brydde seg om Jenny og at han ønsket at hun skulle få den hjelpen hun trengte. Eller koordinatoren kunne ha sagt at hun synes at det var viktig at alle som ville hjelpe Jenny var samlet slik at alle kunne bli enige om hvordan det skulle være. Disse utsagnene kunne danne et utgangspunkt for sirkulasjon og spørsmål. Kanskje samtalen rundt disse utsagnene også beveget Jenny mot nye forståelser eller ny mening. Det ville nok være av avgjørende betydning at hun og hennes tanker også ble inkludert i samtalen som likeverdige innspill.

6.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg søkt å lære mer om hvordan vi som helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å hjelpe yngre personer med demens i et samarbeidsmøte, gjennom å ha en forankring i annen ordens systemisk teori. Det terapeutiske prosjekt i en slik forankring er å bidra til å skape en dialogisk samtale. Ved at terapeuten stiller spørsmål og inntar en nysgjerrig, og ikke-vitende posisjon, kan en bidra til å skape et dialogisk rom. Gjennom en slik samtale, preget av sirkulering og samarbeid, kan problemer oppløses og nye forståelser, sammenhenger og historier bli til.

Hvis en yngre person med demens blir møtt av en slik holdning, og deltar i en slik samtale, tror jeg at personen i større grad vil føle seg sett, hørt og verdsatt som menneske. Jeg tror personen vil kunne oppleve økt delaktighet og et sterkere eierforhold til egen situasjon. Faren for at personen opplever seg umyndiggjort og objektivisert vil være mindre.

Jeg opplever at vi som helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten i liten grad klarer å innta en filosofisk holdning som gjør at vi kan hjelpe gjennom denne typen samtaler. Jeg tror det største hinderet for oss i forhold til å skulle innta en ikke-vitende posisjon er vår vitenskapsteoretiske forankring. I arbeid med utredning og diagnostisering jobber vi ut ifra en positivistisk forståelse. Min formening er at dette er en fornuftig tilnærming i en utrednings-sammenheng, og jeg oppfatter at det å få en diagnose er viktig for mange. Jeg undrer meg over om det kan være slik at vi som helsearbeidere forblir «hengende» i en slik positivistisk forståelse også når det kommer til oppfølging og behandling. I så fall vil det innebære at vi oppfatter å være i besittelse av viten og sannheter om personen og dens situasjon. Dette står etter mitt syn i ganske så stor kontrast til den postmoderne tenkning og det sosialkonstruksjonistiske vitenskapssyn som den språkssystemiske retningen er fundamentert på. I denne retningen ser man bort i fra objektive sannheter og man er opptatt av kontekst, kultur, språk og relasjoner, og viten ansees å være et sosialt konstruert fenomen. Den franske filosofen Paul Ricoeur er kjent for å være en «brobygger» mellom ulike vitenskapsteoretiske retninger. Han peker på at mennesket både kan betraktes som et objekt, som kan forklares, og som et subjekt som fordrer forståelse (Thomassen 2006). Kanskje er det nettopp en slik erkjennelse vi som helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten trenger å ta innover oss? Jeg tror ikke en slik dreining i vitenskapelig forankring er gjort «over natten». Som nevnt innledningsvis har demensfagmiljøene i hovedsak vært rettet

mot en biomedisinsk forståelse av demens. Trolig har dette sammenheng med at det tradisjonelt sett har vært medisinskfaglige miljøer, som nevrologer og geriater, som hovedsakelig har beskjeftiget seg med denne sykdommen? Muligens kan dette også være en av forklaringene på at det finnes lite litteratur om systemisk teori knyttet til yngre personer med demens? De ovenfor nevnte faktorer mener jeg taler for at det finnes et grunnlag for fagutvikling og forskning innenfor dette feltet. Jeg tror også at dette er en nødvendighet, hvis vi som helsearbeidere skal evne og utvide vår vitenskapsteoretiske horisont, hvilket jeg mener er en forutsetning, hvis vi skal kunne tilegne oss kunnskap og erfaring som er nødvendig for at vi skal kunne hjelpe personer med demens med en forankring i systemisk teori. En begynnelse kan være at vi gjør oss selv bevisst på vår egen rolle og vårt syn på sykdom, og de personer vi ønsker å hjelpe.

Narrativet som ble presentert i oppgaven handlet om en ung kvinne med demenssykdom. Settingen var et samarbeidsmøte med flere aktører tilstede. Jeg tenker at slike møter er viktige for personen med demens, nettopp fordi de også inkluderer «de betydningsfulle andre», og idet en person får en demenssykdom, blir kanskje disse mer betydningsfulle en noen gang. Rosenborgsenteret har utviklet en metodikk basert på systemisk teori, som sier noe om deltakere, innhold og fremgangsmåte i samarbeidsmøter (Nørve og Østerby 2002). Meg bekjent er det ingen andre fagmiljøer innenfor demensfeltet i Norge, som har gjort noe liknende. Samarbeid, samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid er begrep som er «i vinden» i vår tid. Jeg tror at disse begrepene med fordel kunne ha vært utforsket nærmere, i lys av systemisk teori gjennom fagutvikling- og forskningsaktivitet.

Når det gjelder samarbeidsmøter er det viktig å tenke på at det for enkelte personer med demens kan være vanskelig og kanskje for krevende å delta i møter med et stort antall deltakere. For enkelte kan språkvansker, nedsatt evne til forståelse, og andre kognitive symptomer bidra til at det å delta i et slikt møte ikke oppleves meningsfullt, kanskje snarere smertefullt. Dette betyr ikke nødvendigvis at disse personene ikke kan ha utbytte av samtaler. Wogn-Henriksen (2012) peker på at terapeutiske samtaler burde ha en plass i demensfeltet. Hun mener dette også burde være et fagutviklingsområde. Hun påpeker også at selvhistorier kan være nyttig for å skape ny mening for personer med demens.

Kanskje kan retningen innenfor systemteorien som kalles narrativ terapi være interessant i en individuell terapeutisk sammenheng? Epston og White har utviklet en slik terapiform som legger vekt på at klienten hjelpes til å fortelle historien om seg selv på en ny måte. En

av tilnærmingene de bruker er *eksternalisering* som innebærer at man forsøker å plassere det som er vondt og vanskelig utenfor personen selv (Høstmark og von der Lippe 1993). Jeg tenker at det kunne være interessant og utforske slike terapiretninger overfor yngre personer med demens, særlig fordi jeg i samtaler med personer med demens ofte hører de snakke om ”han Alzheimer” som en person som er noe utenfor dem selv.

Som en oppsummering vil si at jeg tror at det systemiske perspektivet har mange elementer i seg som kan bidra til at yngre personer med demens føler seg hjulpet på en god måte. Først og fremst vil jeg tro at opplevelsen av å bli sett på som et helt menneske, med synspunkter, meninger og egenverd, på tross av demenssykdommen er verdifull. For oss som helsearbeidere tror jeg den aller største utfordringen ligger i det å være villig til å tenke annerledes om vår egen rolle. Klarer vi det, ja så tror jeg også at vi evner å tilegne oss kunnskap og erfaring slik at vi kan bruke en systemisk tilnærming. Dette vil nok være et stykke arbeid som krever både tid, mot og tålmodighet, men jeg tror det kan være en berikelse både for oss som helsepersonell, og ikke minst for de vi gjerne vil hjelpe.

Som en god huskeregel vil jeg ta med meg følgende sitat som jeg føler meg noe truffet av;

Man må unngå gjøre klienten til objekt for fagpersoners tiltaksiver, og behandle ham med verdighet og respekt.(Haugsgjerd et al. 2010, 330).

7.0 Etterord

Gjennom dette studiet og arbeidet med denne oppgaven, har jeg lært mye om mangt. Men det aller viktigste jeg har lært, er at det er så mye der ute som jeg ikke kan vite noe om....

Kanskje er det nettopp dette som kan gjøre meg i stand til å hjelpe de som trenger min hjelp på en bedre måte?

8.0 Referanser

Bøker

- Andersen, Tom. 2005. Refleterende prosesser: samtaler og samtaler om samtalerne. København: Dansk psykologisk forlag.
- Anderson, Harlene. 1997. Samtale, språk og terapi - et postmodernistisk perspektiv. 2003. København: Hans Reitzels Forlag.
- Anderson, Harlene, Goolishian, Harold A. 1992. The client is the Expert: a Not-Knowing Approach to Therapy. *I Therapy as a social construction*, Sheila McNamee og Kenneth J. Gergen K. (ed): s. 25-39. London, Sage publications.
- Anderson, Harlene, Goolishian, Harold A. 1992. Från påverkan til medverkan. Terapi med språkssystemiskt synsätt. Stockholm: Bokförlaget Marled.
- Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt; Løkke, Jon A (2002). "Perspektiver på psykiske lidelser: å forstå, beskrive og behandle" 2- utgave, 4. opplag Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jensen, Per. 1994. Ansikt til ansikt. System- og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Johnsen, Astri, Torsteinsson, Vigdis Wie. 2012. Lærebok i familieterapi. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kitwood, Tom. 1997. En revurdering af demens – personen kommer i første rekke. 1. udgave, 4. opplag 2010. København: Munksgaard Danmark.
- Nielsen, Geir Høstmark, Lippe, Anna Louise von der(red.). 2002. Psykoterapi med voksne: Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Pensumtjeneste A/S.
- Rokstad, Anne Marie Mork, Smebye, Kari Lislerud red. 2008. Personer med demens, møte og samhandling. 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Akribe AS.
- Seikkula, Jaakko . 2000. "Åpne samtaler". 2. opplag 2002. Otta: Tano Aschehoug.
- Svartdal, Frode. 2009. Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon. s. 136-150. 3. utg. 2. opplag 2011. Bergen: Fagbokforlaget.

- Tomm, Karl. 2000. "Systemisk intervjumetodik - En utveckling av det terapeutiska samtalet" Smedjebacken: Bokförlaget Mareld.
- Thommasen, Magdalene. 2006. Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. 1. utgave, 4. opplag. 2011. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wogn-Henriksen, Kjersti. 1997. "Siden blir det vel verre....?" Nærbilder av mennesker med aldersdemens. 1997. Sem: INFO-banken.
- Wogn-Henriksen, Kjersti. 2012. "Du må ... skape deg et liv" En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom. Doktoravhandling ved NTNU 2012:202. Trondheim 2012.

Artikler

- Bagge, Randi Frieda. 2007. Refleksjoner omkring begrepet "ikke-vitende posisjon". Fokus på familien 2- 2007 (113-126).
- Bagge, Randi Frieda. 2011. Hvordan bruke forforståelsen når jeg ikke kan vite noe om den andre? Fokus på familien 1- 2011 (25-44).
- Rosness TA, Haugen PK, Engedal K. 2011 Når demens rammer unge. Tidsskrift for den norske legeforening, vol 131, 1194-7.

Rapporter

- Haugen, Per Kristian. 2012. Demens før 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Nørve, Siri, Østerby, Steinar. 2002. Rosenborgsenterets samarbeid med pårørende og tjenestene – En evaluering. Prosjektrapport 334. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt.
- Gausdal, Margit. 2012. One size passer ikke alle! Behov for skreddersydde tilbud til yngre personer med demens og pårørende. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2012. Demensplan 2015 "Den gode dagen". Delplan til Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2007. Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tilbudet til personer med demens. Oslo: Oslo Forlagstrykk.

