



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan jeg som ansatt i et boligfelleskap, med utgangspunkt i en systemisk tilnærming, styrke pasientenes mulighet til å leve et selvstendig liv?

Beate Strøm- Rindal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 20.04.2016



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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 plagiattrollert 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: 20.04.16

Antall ord: 9668

Sammendrag:

Ungdommer som tidlig har fått en psykisk lidelse trenger ofte hjelp til å komme seg tilbake til samfunnet. Flere har hatt rusproblemer i tillegg til psykiske lidelser og har behov for å lære seg grunnleggende ADL funksjoner. Andre har lange institusjonsopphold bak seg og trenger å øve på å bli selvstendige. Ved å flytte inn i et døgnbemannet boligfellesskap for å få bo trening håper man at rehabiliteringsprosessen vil bli lettere. Som Borg (2009) skriver, bedringsprosessen er en lang prosess og at det er viktig å sette opp oppnåelige delmål underveis.

Problemstillingen i denne oppgaven er: *«Hvordan kan jeg som ansatt i et boligfellesskap, med utgangspunkt i en systemisk tilnærming, styrke pasientenes mulighet til å leve et selvstendig liv?»*

Teorien som blir presentert er begreper hentet fra det systemiske perspektivet. Videre presenteres teori om recovery, brukermedvirkning og anerkjennende kommunikasjon.

I drøftingsdelen tas det utgangspunkt i 2 narrativer om en jente ved boligfellesskapet som er i en rehabiliteringsprosess. Det vil si at hun bor i boligfellesskapet med mål om å kunne bo for seg selv. Først presenterer jeg en samtale mellom henne og meg og så et nettverksmøte. Deretter diskuteres disse møtene i lys av problemstillingen og presentert teori.

Hovedfunnet i denne oppgaven er at med systemisk tilnærming, ved hjelp av systemisk intervju metodikk og nettverksmøter, kan vi få pasienten til å finne sine ressurser. Dette fører til at pasienten kan få håp og tro på et meningsfullt liv. Siden alle har behov for å være en del av et fellesskap er nettverket rundt personen også viktig.

Innhold:

1.0 Innledning	1
1.1 Litteratursøk	3
2.0 Teori	3
2.1 Det systemiske perspektivet og systemteori.....	3
2.1.1 1.ordens kybernetikk	4
2.1.2 2. ordens kybernetikk	5
2.1.3 Systemiske begreper.....	5
2.1.4 Systemisk intervjumetodikk.....	8
2.1.5 Terapeuten i systemisk perspektiv	9
2.1.6 Nettverk.....	10
2.1.7 Nettverksmøte	11
2.2 Recovery og brukermedvirkning.....	11
3.0 Empiri	13
3.1 Frida.....	13
3.2 En samtale med Frida	14
3.3 Et møte med nettverket.....	15
4.0 Drøfting	17
4.1.1 Frida	17
4.1.2 Nettverksmøtet	20
5.0 Konklusjon	23

1.0 Innledning

Jeg er sykepleier og begynte å jobbe i psykiatritjenesten for 2 år siden. Jeg jobber i et boligfellesskap for personer med psykiske lidelser. Vi jobber i 1. linje tjenesten. I boligfellesskapet er det blant annet rehabiliteringsleiligheter for ungdom. Botiden i rehabiliteringsleilighetene er i utgangspunktet inntil 2 år og hovedmålet er at ungdommene skal flytte ut i egen bolig. Kriteriene for inntak er at pasienten er rusfri ved innflytting og har en psykisk lidelse. Boligfellesskapet er døgnbemannet. Det er ansatt både sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagog, aktivitør og hjelpepleiere der. De fleste har videreutdanning i psykiatri og mange har årelang erfaring innen feltet. Vi samarbeider med spesialhelsetjenesten, NAV, fastlege og andre om det kreves. Jeg velger i denne oppgaven å bruke termen pasient på grunn av at det er praksis på min arbeidsplass.

Det vi vet, og har erfart, er at endring tar tid og 2 år er relativt kort tid for rehabilitering innenfor psykisk helse. Det jeg vil se nærmere på i denne oppgaven er hvordan vi kan styrke selvtilliten og selvstendigheten hos pasientene, for å øke sjansen for at de skal nå hovedmålet som er å flytte ut i egen bolig.

Jeg har erfart at noen rehabiliteringspasienter vi har hatt, har respondert bra på å bo i boligfellesskapet med de rammene, forutsigbarheten og tilgjengeligheten de har der. Men det erfarer dessverre at når de flytter fra disse trygge rammene, er det lett at de faller tilbake i «det gamle mønsteret». Rehabiliteringspasienter er blant annet ungdommer som trenger grunnleggende ADL trening, ungdommer som har blitt grovt sviktet og må lære seg å stole på andre igjen og noen har hatt lengere opphold på psykiatrisk sykehus/DPS og trenger støtte til å bli selvstendige igjen. Vi har som nevnt mange forskjellige utfordringer med rehabiliteringspasientene, men alle trenger botrening. Det er nødvendig med en god relasjon mellom terapeuten og pasienten. Vi har også sett at det er en fordel med et støttende nettverk rundt pasienten i en rehabiliteringsprosess.

Det er fort gjort å komme med gode råd eller prøve å overbevise pasientene om at måten de tolker problemene eller situasjonen på er feil. I systemisk perspektiv skal vi skape nye historier sammen med pasienten ved å stille de riktige spørsmålene og få de til å reflektere over egne svar. Pasienten er ekspert og sitter med svarene mens terapeuten blir en del av systemet med sine meninger og observasjoner som ikke mer sanne enn pasientens. Det er viktig å gjøre pasienten oppmerksom på at det er han som er hovedpersonen i sitt eget liv, brukermedvirkning er et sentralt begrep.

Ungdommene som bor i boligfellesskapet har som nevnt psykiske lidelser, jeg har valgt å ikke fokusere på diagnose i denne oppgaven. Jeg vil fokusere på utfordringer de fleste pasientene kan møte i en rehabiliteringsprosess og belyse dette gjennom måten jeg jobber med narrative mitt på. Jeg har valgt å skrive om Frida, en av mine primærpasienter.

Ingen mennesker står helt alene. Alle har vi relasjoner til mennesker rundt oss, og alt som skjer har en sammenheng. I denne oppgaven har jeg valgt å anvende det systemiske perspektivet, der beveger de seg bort fra individperspektivet og årsak- virkning tenkning og fokuserer på relasjonsperspektivet og gjensidig påvirkning. Målet er å frigjøre informasjon og å skape en sirkulerende kommunikasjon som skaper ny mening og dermed nye historie. En forståelse av nettverket og omgivelsene er avgjørende for å forstå pasientene og se helheten. Alt henger sammen, endring i en del av systemet kan føre til endring i andre deler av systemet. Vi ser ofte at ungdommen er bærer av symptomet som skaper systemet. Eksempelvis; når en ungdom flytter ut fra familien og inn i en rehabiliteringsleilighet fører dette til at hele familie systemet endrer seg. Det er derfor viktig å involvere nettverket for at ungdommen skal ha størst mulig mulighet til å lykkes med å stå på egne ben. Ungdommene trenger både å erfare hvem de har «på lag» med seg og eventuelt hvem som hinder deres utvikling. I det systemiske perspektivet vektlegges også at det er ingen som er problemet, hele systemet eier problemet.

Problemstillingen min er:

«Hvordan kan jeg som ansatt i et boligfellesskap, med utgangspunkt i en systemisk tilnærming, styrke pasientenes mulighet til å leve et selvstendig liv?»

Med et selvstendig liv mener jeg et liv i egen bolig med minst mulig hjelp av hjelpeapparatet. Jeg mener at denne problemstillingen er relevant med begrunnelse i *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, som har som mål at alle psykiatriske pasienter skal behandles i lokalmiljøet. I følge planens verdigrunnlag er målet å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Boligfellesskap ble opprettet som et resultat av opptappingsplanen. Det ble bestemt at det i boligfellesskapet skulle være rehabiliteringsleiligheter. Alle rehabiliteringspasienter har en rehabiliteringsplan som vi jobber ut fra. Dette er det samme som Ulvestad m fl (2007) i teoridelen beskriver som individuellplan.

1.1 Litteratursøk

Jeg har valgt å benytte meg av pensum og noe selvvalgt litteratur i denne oppgaven. Karl Tømm (2003) og Haugsgjerd m fl (2009) er blant andre brukt i min oppgave.

Jeg har søkt i ulike databaser i BIBSYS. Jeg har søkt i NORART på bedringsprosesser. Jeg har også søkt i MEDLINE og PSYCINFO. Søkord jeg har brukt er for eksempel: familiy therapy, recovery, mental disorders, youth, rehabilitation, group homes i ulike kombinasjoner.

2.0 Teori

Jeg har valgt det systemiske perspektivet som psykoterapeutisk tilnærming i denne oppgaven. I teoridelen skal jeg presentere det systemiske perspektivet og jeg beskriver noen sentrale begreper og relevant teori. Jeg har også valgt å presentere brukermedvirkning og recovery siden jeg ser på dette som sentrale metoder for å styrke pasientenes muligheter til et selvstendig liv.

2.1 Det systemiske perspektivet og systemteori

Haugsgjerd m. fl (2009) skriver at i det systemisk perspektiv står relasjonen mellom terapeut og pasient sentralt og vi kan se på denne relasjonen som et system. Denne retningen går mer bort fra den tradisjonelle årsak- virkning tenkning og fokuserer på relasjoner og gjensidig påvirkning. Enhver handling vil ha effekt på andre deler av systemet. Der det er et problem er det hele systemet som eier problemet. Målet er å frigjøre informasjon og om mulig skape endring.

I følge forfatterne brukes begrepet systemisk i dag som en slags paraplybetegnelse for en rekke beslektede teorier, idéer og kunnskapstradisjoner. Felles for disse er perspektivet om at det ikke er mulig å forstå et menneskets opplevelser, tanker, følelser, handlinger og liv uten at man vet hvilken sammenheng, eller hvilke relasjoner han/hun befinner seg i. Dette er velkjent fra de forskjellige roller eller posisjoner som vi befinner oss i. Vi er kollegaer, foreldre, partnere, venner etc. I alle disse situasjoner opptrer vi forskjellig. På jobben forventes det at vi som for eksempel kollega oppfører oss noen lunde likt de andre kollegaene. Det er derfor utilstrekkelig å si at vi er på en spesiell måte. Relasjonene vi inngår i er vesentlige for forforståelsen av hvordan vi handler, føler, tenker og opplever og således også for hvordan «problemer» oppstår. Grunnideen er å skape en sirkulerende kommunikasjon som skaper ny mening og dermed nye historier. Bateson sier at vi ikke

kan løse problemer, med løse dem opp ved å gi dem ny betydning. Hensikten er å finne sammenhenger ikke årsaker. Det tas utgangspunkt i pasientens forutsetninger, og pasienten er eksperten (Haugsgjerd m. fl, 2009).

Hårtveit og Jensen (2004) hevder at i det systemiske perspektiv er fokuset på relasjoner. Det vil si at fenomener (problemer) ikke blir sett på som et individuelt problem, men blir forstått som en del av et samspill. Alt som lever er en del av en større sammenheng. For å forstå et fenomen, er konteksten det opptrer i viktig. Om ikke synsfeltet er vidt nok når man skal studere et fenomen, kan man heller ikke helt forstå det. Med det synet gir det liten mening å studere enkeltindividet. Det er samspillet (mønsteret) som må stå i sentrum for oppmerksomheten.

Haugsgjerd m. fl (2009) hevder at å betrakte et problem ut fra et systemperspektiv innebærer å søke forståelse av individer og sosiale fellesskap ut fra helheten og samspillet med omgivelsene. Hensikten med en systemisk tilnærming er å finne sammenhenger mellom individets handling eller atferd og omgivelsene, ikke årsakene. Videre vil systemteorien hevde at et ensidig individperspektiv, ikke vil være tilstrekkelig. Systemteori bygger på en forståelse av sirkularitet i hvordan ting og hendelser henger sammen.

Haugsgjerd m. fl (2009) skriver videre at det systemiske perspektivet har vært sterkt knyttet til familierapi som arbeidsform. Det hadde opphav i det psykodynamiske miljøet, men fant allerede på 1950-tallet sin egen teoretiske plattform, som var kybernetikk og systemteori. Det systemiske perspektivet har bredt seg overalt der det arbeides med familier, og har gjennomgått en rask teoretisk utvikling. Familierapi har utviklet seg i mange retninger som for eksempel strukturell familierapi, språkssystemisk retning, narrativ terapi og strategisk og løsningsfokusert familierapi.

2.1.1 1.ordens kybernetikk

Haugsgjerd m.fl (2009) skriver: 1. ordens kybernetikk går i retning av positivismen, det vil si at en tenker at det er en årsak- virkning. Det finnes en sannhet om problemet. Den systemiske familierapien arbeidet i 1960-70 årene ut fra en homøostasemodell (likevekt). En familie finner sin måte å fungere på i familiesystemet, og sterke tilbakemeldingsmønstre (feedbacksløyfer) sørger for å opprettholde en status quo.

Terapeutens oppgave ble å forsøke å forstå hvordan homøostasen ble opprettholdt, samt finne måter å forandre samspillet på ut i fra egne erfaringer og kunnskap. Denne tenkingen gjør behandleren til en ekspert som skal forstå, og ut fra denne forståelsen gripe inn og instruere en forandring. Man tenkte seg at terapeuten var en observatør som hadde en plass utenfor systemet, og at det var mulig å gjøre uavhengige observasjoner. Terapeuten kunne skape en forståelse og sette i verk intervensjoner som ikke involverte terapeuten, og han var i en 1. ordens posisjon.

Etterhvert begynte man stilte spørsmål ved selve homøostasemodellen og ved forestillingen om behandleren som ekspert. Og som Hårtveit og Jensen (2009) hevder, terapeuten påvirker uansett samspillet han observerer. Familien hadde oppført seg annerledes hjemme hos seg selv enn i et terapirom.

2.1.2 2. ordens kybernetikk

Haugsgjerd m. fl (2009) sier at andreordens kybernetikk fikk sitt gjennombrudd i familierapifeltet i begynnelsen av 1980-årene. Dette går mot den hermeneutiske retningen i vitenskapsteorien. Det finnes ikke bare en sannhet, men like mange sannheter som det finnes medlemmer av et system. Sosial konstruksjonisme er kort sagt at virkeligheten skapes av språket i kommunikasjon mellom mennesker. Det går for eksempel ikke an å sette en diagnose uten å snakke med mennesket.

Det sentrale begrepet her er «det observerende system». Med dette begrepet markeres den viktigste forskjellen mellom første- og andreordenskybernetikk. Med andreordenskybernetikkens begrep «det observerende system» framstår enhver plass utenfor systemet som en umulighet. Det er ikke mulig å innta en nøytral og objektiv posisjon. Forklaringen sitter i øyet til den som ser, og alt som blir sagt, blir sagt av en observatør. Terapeuten er selv en del av systemet og har en egen versjon som ikke er mer gyldig eller sann enn de andres. Her er terapeuten i 2. ordens posisjon.

2.1.3 Systemiske begreper

System: Haugsgjerd m fl (2009) definerer et system som et sett komponenter med relasjoner mellom komponentene og mellom deres egenskaper. To kriterier for å avgrense et system er: Systemets komponenter interagerer med hverandre på en måte som er forskjellig fra interaksjonen med komponentene utenfor systemet, og interaksjon må vare over tid.

Subsystem er en undergruppe av et system. Et sykehus har for eksempel sykepleier og lege subsystem. En familie har for eksempel ektepar, foreldre og søsken subsystem. Relasjon er den minste delen i et system.

Kontekst: Ifølge Hårtveit og Jensen (2004) er det når hendelser settes inn i en ramme at de får mening. Denne måten å beskrive observasjoner og erfaringer på kalles kontekst. Familien kan være en slik observasjonsramme. Forfatterne hevder at Bateson forklarer kontekst som den kommunikasjonsmessige, meningsbærende rammen rundt vår forståelse, den som hjelper oss å tolke det vi skal forstå innenfor rammen. Kontekst sier noe om hvordan et budskap eller adferd skal forstås. Det kan eksempelvis være at vi sier at «Dette er en lek» og da skal alt innenfor oppfattes som lek. Samspillet mellom mennesker rammes inn av kontekstmarkører og forstås ut fra den rammen vi velger. Rammene vi har begrenses av kulturen vi lever i og av den erfaringen og kunnskapen vi har fått, vår forforståelse. Kontekst er bakgrunnen for punktuering.

Punktuering: Hårtveit og Jensen (2004) skriver at hvordan vi punktuierer er avhengig av kontekstforståelsen. Interaksjon er en kontinuerlig og sirkulær prosess. Når vi punktuierer vil det si at vi forstår noe som årsaken til noe annet, vi stopper prosessen og lager en forståelse av samspillet. Begrepet innfører ideen om at hendelser og samspill også kan forklares på en annen måte. Om vi punktuierer annerledes kan vi få nye ideer om hvordan vi kan endre det. Problemer oppstår når vi punktuierer forskjellig og vi låses i interaksjonsmønstre. Det finnes like mange virkeligheter som medlemmer i et system.

Helhet: Hårtveit og Jensen (2004) beskriver at samspillet ikke burde studeres i sine enkelte deler men heller oppfattes som helheter eller systemer. Ethvert system er noe mer enn summen av delene. Forfatterne referere her til Ludvig von Bertalanffy som hevder at det ikke gir mening å studere delene hver for seg.

Forandring: I Haugsgjerd m fl (2009) skriver de at å være i forandring er en del av det å leve. Et system kan opprettholde sin organisering selv om dets struktur er i kontinuerlig forandring. I et system er det et kontinuerlig vekselspill mellom stabilitet og forandring. Stabilitet blir opprettholdt gjennom systemets organisering, og gjennom deltakernes ideer om sin egen rolle i systemet.

Man opererer med to typer forandring: førsteordens- og andreordensforandring. Førsteordensforandring er den type forandring som kan finne sted innenfor den selvforståelse familien allerede har. Når en terapeut får presentert et problem som ikke

utfordrer familiens rammer eller selvforståelse, kan ofte et godt råd eller en god instruksjon løse problemet. Så kan det hende at løsningen ikke ligger innenfor rammen av familiens idéverden, og terapeuten kan da stå overfor et problem som krever en annen type forandring der også noe av familiens grunnleggende struktur og selvforståelse må endres -altså en andreordensforandring.

Kommunikasjon: Haugsgjerd m. fl (2009) skriver at Watzlawick beskriver at kommunikasjon foregår på flere nivåer, og alt vi gjør er kommunikasjon. Digital kommunikasjon foregår når vi snakker sammen og er verbal kommunikasjon i betydningen utveksling av meninger, synspunkter, beskjeder osv. og vi kan tenke digitalt. All digital kommunikasjon går parallelt med analog kommunikasjon. Analog kommunikasjon gir seg uttrykk gjennom kroppsspråk, gester, rytme, kroppsholdning og tonefall og er med på å skape kontekst for det digitale budskapet. Problemer oppstår når det ikke er samsvar mellom den digitale og den analoge kommunikasjonen. Når vi for eksempel sier at vi har det bra, men har tårer i øynene. Dette kalles dobbeltbinding.

Nøytralitet: Tomm (2003) skriver at i denne sammenhengen er nøytralitet den aksepten, respekten, nysgjerrigheten, fasinasjonen og beundringen terapeuten møter familien med. Terapeuten skal ikke ta parti, heller ikke ha meninger om at familiens problemer. Nøytraliteten kommer til uttrykk gjennom de spørsmålene som stilles. Om familien klager på at de krangler mye. Kan et spørsmål være: Hva ville dere savne om alle kranglene ble oppklart? Å være nøytral handler også om at terapeuten ikke skal ha spesifikke mål for familien. Målet er å bistå med å øke familiens mulighet til å forandre seg, men også mulighet til å la være å forandre seg.

Sirkularitet: Haugsgjerd m fl (2009) hevder at det er gjensidig påvirkning mellom mennesker og hendelser i et sosialt system som ligger til grunn for forståelse av sirkularitet. Det sirkulære prinsipp, går ut på at i stedet for å tenke at en begivenhet er årsaken til en annen, kan den andre like godt være årsaken til den første. Kjefter læreren for at elevene bråker, eller bråker elevene for at læreren kjefter? Systemisk terapi handler om å løse opp i den fastlåste forestillingen vi har om hverandre, for å se hverandre med et nyansert blikk. Som forhåpentligvis vil føre til at handlingsmønsteret endres. Når du for eksempel endrer på egen atferd, gir du andre nye muligheter til å endre sin atferd.

Feedback: Haugsgjerd m fl (2009) definerer feedback som tilbakemelding systemet får på hvordan det fungerer i omgivelsene. Tilbakemeldingen fungerer på en slik måte at det

påvirker systemets handlinger både innad og utad. Positiv feedback fører til at systemet fortsetter som før, mens negativ fører til endring. Interaksjonen i et system virker som kontinuerlig feedback som hele tiden enten stabiliserer eller forandrer systemet. Denne feedbacksløyfen fører til at man i en sirkulær modell er mer opptatt av hvordan fenomener henger sammen.

2.1.4 Systemisk intervjumetodikk

Jensen (2009) skriver at et kjennetegn på den gode samtalen er at alle blir hørt. At det å lytte er å vise anerkjennelse og nysgjerrighet.

Tomm (2003) har utarbeidet fire forskjellige spørsmålsformer som kan hjelpe til med å organisere samtaler. Det finnes ingen riktige eller gale spørsmål, bare spørsmål som er mer eller mindre hensiktsmessige. Men det er viktig å kunne tenke gjennom hvordan forskjellige spørsmål fører til forskjellige typer svar og prosesser. De fire spørsmålstypene har forskjellige hensikter. Lineære og strategiske er lukkede spørsmål. Sirkulære og refleksive er åpne og pas må gjerne tenke seg om før han svarer. Lineære og sirkulære brukes for å få informasjon, og strategiske og refleksive brukes for å påvirke og skape endring.

Tomm (2003) beskriver spørsmålene slik:

Lineære: Dette er problemforklarende spørsmål som vi bruker når vi er ute etter årsak eller vi leter etter lineære årsak- virkning sammenhenger. Det er viktig å være oppmerksom på at spørsmål om årsak også kan sees på som spørsmål om skyld, noe som kan oppleves fordømmende. Er man interessert i å forstå hvordan den andre tenker eller forstår et bestemt problem, er lineære spørsmål nyttige. Da kan en utdype empati og forståelse. Hvem gjorde hva? Når? Hvor? Hvorfor?

Sirkulære: Kalles også adferds og effektspørsmål. Sirkulære spørsmål har en orienterende hensikt, de brukes for å finne ut hvordan en situasjon kan forstås om vi ser den i et nytt lys. Med sirkulære spørsmål forsøker vi å utforske tilbakevendende mønster og sammenhenger. Sirkularitet innebærer at en hendelse ses i sammenheng med andre begivenheter som foregår samtidig, griper inn i hverandre og gjensidig påvirker hverandre. Hensikten med metoden er å få informasjon om relasjonene i familien. Hvorfor møtes vi her i dag? Hvem andre er urolige? Hvem er minst/mest urolig?

Strategiske: Dette er ledende og konfronterende spørsmål som har som hensikt å påvirke pasienten i en bestemt retning. Spørsmålene kan ofte inkludere et forslag til svar eller peke mot en bestemt forståelse. Strategiske spørsmål kan redusere mulighetene for å ta egne valg og reduserer handlingsrommet til den som skal svare. Det betyr at terapeuten ved å stille sånne spørsmål både kan påpeke problemet og hva som skal gjøres. Når skal du begynne å ta ansvar for livet ditt? Er den vanen med å komme med unnskyldninger noe nytt?

Refleksive: Kalles også hypotetiske og framtidsspørsmål. Dette er spørsmål som har som hensikt å hjelpe til med å se nye muligheter og alternativer til en situasjon som man sitter fast i, men har ingen innebygde svar. Disse åpne spørsmålene inviterer til en refleksjon hvor man ønsker å se problemet eller situasjonen fra flere kanter og selv finne sin egen vei videre. I denne refleksjonen spørres det etter hvordan noe forstås og hvilke følelser knyttes til det. Hvis vi skulle begynt på nytt, hvor vil du begynne? Om depresjonen plutselig forsvant, hvordan ville livet deres blitt annerledes?

2.1.5 Terapeuten i systemisk perspektiv

Jensen (2009) hevder at terapeuten i det systemiske perspektiv skal løse problemer ved å intervensere i samspillet, legge vekt på menneskets helhet. Ha fokus på konteksten problemet oppstår i og på relasjoner. Han skal skaffe kunnskap/informasjon ved å studere konteksten, forstå at problemene må behandles i den sammenhengen de opptrer. Ha en forståelse for at lidelser både gir kroppslige og/eller psykiske uttrykk og se at mennesket er i forandring. Han skal se på seg selv som en del av systemet.

Vigrestad og Hellandshølen (2012) skriver at terapeutens oppgave er å skape rom for dialogen og da må terapeuten innta en ikke-vitende posisjon og aktivt lytte med ord, kroppsspråk, mimikk, øyekontakt og holdninger. For å utforske skal han stille utdypende spørsmål for å vite mer om tanker og følelser den andre har. Terapeuten skal være nysgjerrig og aksepterende.

Hårtveit og Jensen (2004) hevder, som tidligere nevnt, at alle er aktører og at det ikke er mulig å stille seg utenfor et system. En terapeut kan aldri innta et nøytralt eller objektivt ståsted, alle går inn med en forforståelse. Terapeuten har sitt eget faglige, personlige og kulturelle utgangspunkt, men denne er ikke mer sann eller mer gyldig. Det er bare en annen versjon. Målet er ikke å forandre i en bestemt retning, men å skape rom for endring.

2.1.6 Nettverk

Vigrestad og Hellandshølen (2012) hevder at vi står i relasjon til menneskene rundt oss på en eller annen måte. Disse relasjonene gir mening og sammenheng i vår tilværelse. De forholdene vi har til andre former hvem vi er, våre livsbetingelser og måten vi forholder oss til verden på. Dette betyr også at selv i individuell terapi befinner vi oss i et nettverk av relasjoner som påvirker våre indre dialoger og dermed også det som foregår mellom oss.

Seikkula (2012) beskriver et sosialt nettverk som de samhandlingsforhold som gjør at pasienten bevarer sin sosiale identitet. Samhandlingen viser seg som samtale siden all mening oppstår i språket. I sosiale nettverk fører samhandlingen til at individet får åndelig støtte, materiell hjelp, tjenester, kunnskap og nye relasjoner. Disse nettverksdialogene, kalles åpne samtaler. For å kartlegge et individs nettverk kan en bruke et nettverkskart. Hensikten med å lage et nettverkskart er å få oversikt over relasjoner og finne ut hvem som kan delta på et nettverksmøte.

Seikkula (2012) deler nettverkskartet i 4 sektorer der familie (de som bor under samme tak), slekt (mindre kontakt), skole og arbeid (daglig kontakt) og andre (personer pasienten selv velger å ha kontakt med). Det er de relasjonene som nettverkets medlemmer har til hverandre som danner et sosialt nettverk. Nettverkskartet deles også opp i soner. Der graderes personene utover etter hvor nærmere han opplever de er. De nærmeste innerst mot pasienten.

Et eksempel på nettverkskart (lister.no):



2.1.7 Nettverksmøte

Vigrestad og Hellandshølen (2012) skriver at i et nettverksmøte er det fokus på relasjoner og hensikten er å mobilisere nettverket. Et nettverksmøte skaper en dialog mellom pasienten, det private nettverket og det profesjonelle nettverket. Dialogen er det viktigste terapeutiske virkemiddelet og en god dialog skaper ny forståelse som kan gi grunnlag for nye tanker, følelser og handlinger. Deltakerne utvikler ny kompetanse ved å lytte til hverandre, reflektere og dele synspunkter. Det er å fokusere på, forløse og bidra til å styrke den enkeltes ressurser og selvhelbredende krefter som er intensjonen. Nettverksmøtet består av en samling ressurser som sammen skaper mulighet for forandring.

2.2 Recovery og brukermedvirkning

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid definerer recovery som:

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv»

(Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne)

Ulvestad m. fl (2007) skriver at folk med alvorlige psykiske lidelser vektlegger bolig, penger, varige og gode relasjoner og meningsfull hverdag som forutsetninger for bedring. Disse elementene kan relateres til Maslows behovshierarki. Materielle og relasjonelle behov må oppfylles før bedringsprosesser kan komme i gang. Dette støttes av informantene til Borg (2009) som mener at betydningen av hverdagslivet ikke gis nok oppmerksomhet. De mener at hverdagens trivialiteter er det viktigste for å starte bedringsprosessen.

Ulvestad m fl. (2007) presiserer at endringsarbeid er hardt arbeid. De pasientene som lykkes er aktive til å prøve forskjellige tiltak og hjelpere. Å skape håp og holde håp, går til oppdagelse og mening og kjenne seg forbundet med samfunn, relasjoner og seg selv er viktige begreper. Hva kan gjøre forskjellen fra full håpløshet til et ørlite håp. Hvordan fremme egenansvar til pasienten? På hvilken måte kan hjelpeapparatet best hjelpe? Det viser pasienten at han har en verdi. Det framheves som viktig at det er fleksibilitet og at utfordringene kommer i et tempo som passer den enkelte. Noen kan dra nytte av et mildt press, andre må gjøre det i eget tempo.

Forfatterne hevder videre at for å få til endring må pasienten reflektere over hva han vil skal være annerledes og hvordan endring har kommet tidligere, dette kalles pasientens endringsteori. Pasienten må bli oppmerksom på hva som allerede er forsøkt, hvilke ressurser og erfaringer han har og hva han trenger av andre. Målene må pasienten ha kommet på selv i overenstemmelse med sin endringsteori. Uten pasientens erfaring og innsats skjer ingen endring. Fokus må være på hva han kan bidra med (Ulvestad m fl. (2007)). Individuell plan kan være et skritt i tråd med pasientenes erfaringer dersom den utformes og gjennomføres sammen med pasienten. Terapeuten sin oppgave blir da og å gå inn i en trygg, tydelig, god og hjelpsom kommunikasjon med pasienten. Sammen utforskes mulige veier klienten tror kan hjelpe han til målet. Dette er i tråd med en ikke- vitende posisjon. Ved å anerkjenne pasientens endringsteori skapes et felles mål, et emosjonelt bånd mellom terapeut og pasient og enighet om mål og hensikt med behandling. I sin artikkel skriver Borg (2009) også om dette, det er vesentlig med en livskontekstforståelse hvor oppmerksomheten trekkes bort fra sykdom og avvik, og gir oppmerksomhet til ressurser, ferdigheter og kreative løsninger.

Karlson og Borg (2013) hevder at recovery handler om en grunnleggende holdning om at vi alle har de samme rettigheter, og vi har ressurser, kompetanse og vekstpotensial til tross for en psykisk diagnose. Recovery handler om å finne sine ressurser, alene eller sammen med andre. Det handler om å bygge håp, tro på et bedre liv og en meningsfull framtid. Recovery er personens egen prosess og arbeidsinnsats først og fremst. Men siden alle har behov for å være en del av et fellesskap, bli verdsatt, få bekreftelse, kjenne at noen trenger oss og at vi kan bidra er personer og miljøer rundt pasienten også viktig. Det trekkes fram at det å kunne bestemme selv, ha frihet til å velge hvilke små og store skritt som skal tas til enhver tid er viktig i recovery. Det handler om å ta kontrollen tilbake, leve det livet en selv ønsker, retten til å ha valgmuligheter og rett til et reelt samarbeid med fagpersoner.

Recovery referer til hva pasienten selv kan gjøre for å bli bedre, det fokuseres på at det er en prosess og målet er ikke nødvendigvis å bli symptomfri. Det viktigste er at man klarer å akseptere sine begrensninger og oppdage sine muligheter hevder Karlson og Borg (2013)

En utfordring kan være at pasienten legger fram den informasjonen de tror er forventet og som rettferdiggjør at de søker hjelp, og venter på ekspertens uttalelser og løsninger. Da er det nødvendig å spørre om mestringsopplevelser, ressurser og løsninger. Det kan bidra til bedre samarbeid, når terapeut og pasient drar samme vei mobiliseres pasientens håp og forventninger og motstand mot endring blir mindre. Det er en maktulikhhet i alle former for behandling, men ved å tydeliggjøre pasientens stemme og perspektiv og åpne for brukermedvirkning i praksis kan det skapes et reelt samarbeid.

3.0 Empiri

I boligfellesskapet hvor jeg jobber bor det flere ungdommer i rehabiliteringsleilighet. Disse ungdommene har ulike psykiske lidelser og ulike forutsetninger for å komme seg ut i egen bolig. Jeg har valgt å skrive om en jente i begynnelsen av 20 årene som tilsynelatende har gode forutsetninger for å rehabiliteres. Underveis i oppholdet ble det avdekket ulike problemstillinger som gjorde det utfordrende å jobbe med henne. Jeg har valgt å kalle henne Frida. Dette for å bevare hennes anonymitet. Jeg vil heller ikke avsløre navnet på boligfellesskapet.

3.1 Frida

Frida er en jente i begynnelsen av 20 årene. Hun har i flere år hatt psykiske og fysiske utfordringer som har ført til flere innleggelseser både på somatisk og psykiatriske sykehus. Disse utfordringene har ført til at hun ikke har klart å fullføre videregående og at hun til sin fortvilelse har havnet bak sine jevnaldrende. De fleste av hennes venner har flyttet fra byen for å studere ol.

Når Frida flytter inn i boligfellesskapet blir det blant annet raskt avdekket at det er et sterkt bånd mellom mor og henne. For eksempel sier Frida sjelden «jeg» i samtaler, hun snakker om «oss» og «vi». Hun forklarer at «vi» er mor og henne selv. Vi ved boligfellesskapet (og flere i hjelpeapparatet) har sett er at mor har stor makt i henhold til Frida og hun føler seg dratt mellom ønsket om å tilfredsstille sin mor og det å finne ut hva hun selv vil, og realisere egne drømmer og planer.

3.2 En samtale med Frida

Frida har avtale om fast samtale en gang i uke. Når jeg kommer til henne til en slik samtale og hun åpner døra, ser jeg straks at noe er galt. Hun har en avvisende holdning, samtidig som det er tydelig at hun har grått.

Jeg sier at jeg kommer som avtalt, hun nøler noe men hun slipper meg inn. *Ok*, svarer hun. Vi setter oss i sofaen og begynner med å snakke om maten hun holder på å lage. Jeg sier jeg synes at det lukter godt og spør hva hun lager? Jeg opplever da at hun slapper litt mer av. Jeg ikke kan overse at hun ser lei seg ut og sier: Frida, jeg oppfatter at det er noe som har skjedd, har du lyst til å fortelle om det? Hun forteller at hun nettopp har snakket med bestevenninnen sin som har bestemt seg for å studere i utlandet. *Dette er noe vi har drømt om siden vi var små. Og jeg kan ikke være med!* Jeg skjønner at det er sårt for deg, har du lyst til å snakke om det? *Nei det er uansett ikke noe vi kan gjøre noe med. Mamma sier at jeg bare må lære å leve med problemene mine og så kan jeg dra også.* Hva tenker du om det Frida? *Mamma tror det er så enkelt, hun forstår ingenting!*

Jeg spør om det bare er dette med venninnen som er vanskelig eller er det noe annet også? Frida tenker seg litt om og svarer at mamma og pappa krangler mye. Jeg spør om hun har lyst til å fortelle mer om det? Hun svarer: *Mamma og pappa krangler om økonomi og så er det mye styr med lillebroren min. og så kommer jeg med mine problemer i tillegg.* Jeg skjønner at dette er mye å bekymre seg for Frida. Hva tenker du at du kan bidra med? Jeg tenker at problemene du snakker om er dine foreldres problemer. Det er kanskje ikke så mye du alene kan gjøre? Frida ser ned og mumler: *Nei..*

Nå har du flyttet hjemmefra Frida, sier jeg. Hva tenker du at du kan gjøre nå som du bor for deg selv? Frida begynner å gråte høyt og ukontrollert.. *Jeg får ikke til noe*, hikster hun. Jeg sier: Du sier at du ikke får til noe, hva mener du med det? Frida trekker på skuldrene, så sier hun: *Jeg føler meg som en byrde for alle.* Jeg sier: Jeg ser det ikke på den måten. Jeg tenker at du har fått til en hel del den tiden jeg har kjent deg. Du har vært med på å utarbeide rehabiliteringsplanen din og har satt deg mål. Du har startet på en utdanning og jeg opplever at du har mye kunnskap. Du har en praksisplass hvor du får mye skryt og du er en god miljøskaper på boligfellesskapet. Det er voksent av deg og ta imot hjelp og jeg ser på det som om at du vil noe med livet ditt.. Etter dette velger jeg å ikke si mer og vi sitter lenge uten å si noe. Frida bryter stillheten med å si: *Takk.* Jeg spør hva hun mener med det. *Det er godt å høre at jeg får til noe, for jeg ser det ikke sånn*, svarer hun. *Mamma*

sier ofte at jeg ikke kan klare å bo alene på grunn av problemene mine. Du forteller at mor mener du ikke kan flytte for deg selv på grunn av problemene dine, hva tenker du om det? *Jeg vet ikke*, svarer Frida. *Det har jo gått bedre når jeg har vært her.* Tenker du at du har problemene dine blir større når du er hos foreldrene dine, enn når du er her? *Nei! Hvorfor sier du det?* Jeg ser at Frida blir irritert. Jeg ser at du ikke trenger så mye medisiner som før, svarer jeg. Kanskje det kan være lurt å holde litt avstand til foreldrene dine ei stund? *Nei*, svarer Frida sint. *Du har ikke noe med å bestemme over min familie!*

3.3 Et møte med nettverket.

Frida og jeg bestemmer oss for å invitere nettverket hennes til en samtale. Vi setter oss ned for å lage et nettverkskart. Det kommer fram i nettverkskartet at behandler i 2.

linjetjenesten, kontaktene ved boligfellesskapet, bestevenninnen Janne, far og mor er de vi ser er hensiktsmessige å invitere. Frida ordner selv innkallelsene og vi avtaler å ha møtet på et møterom i boligfellesskapet. Grunnen til det er at Frida ikke har plass i sin egen leilighet.

Frida ønsker velkommen og alle presenterer seg og forteller hvem de er for henne.

Jeg begynner med å spørre mor. Hva gjorde at du ville komme hit i dag? Mor svarer at: *Jeg er hennes mor og jeg kjenner henne best. Jeg vet at Frida ikke blir frisk og jeg vil at det skal søkes om ung ufør.* Jeg spør: Hva er det som gjør at du tenker at Frida aldri blir frisk? Mor svarer at Frida har vært slik i mange år og hvorfor skal det endre seg nå?

Jeg ser at Frida blir lei seg og velger å gå videre til far. Jeg spør han hva som gjorde at han ville komme i dag? Far svarer: *Jeg er her for å støtte Frida. Jeg er ikke enig med mor, jeg ser at Frida nå får god hjelp og jeg ser positive forandringer hos henne den siste tiden.* Jeg spør: Hvilke forandringer ser du? *Jeg ser at Frida har blitt gladere og at hun har mer selvtillit.* Hva tenker du er grunnen til denne forandringen? *Jeg tror det er bra for henne å flytte for seg selv og oppdage at det er mye hun mestrer. Jeg vet hun har mange ressurser.*

Jeg spør Frida: Hva tenker du om det du hørte nå? Hun svarer: *Jeg synes det er godt å bo alene og at det er trygt å bo her. Jeg ønsker å bli ferdig med videregående og begynne å studere. Jeg vil ikke ha uføretrygd!* Mor bryter inn og sier: *Ja, men du er jo syk.* Jeg spør mor om hva hun tenker om hva far og Frida sier? Mor svarer ikke.

Jeg velger å gå videre til Fridas behandler. Hva tenker du om Fridas situasjon? Han svarer: *Du har forandret deg mye den siste tiden Frida. Du har fått til mye. Du har blitt en helt annen jente.* Jeg spør: Hva ser du at hun har fått til? *Jeg mener å se at du har fått mer selvtillit. Du har begynt på skolen igjen. Du har begynt i arbeidstrening. Jeg opplever også at du har bedre humør og at du har framtidsplaner.*

Jeg spør den andre kontaktpersonen hva hun har observert. Hun svarer: *Jeg ser at Frida har mange ressurser og at hun er en intelligent jente, får gode karakterer på skolen og at hun har begynt å planlegge reiser og besøk hos venner. Hun får også gode tilbakemeldinger fra praksisplassen. Hun har også aktivt vært med på å utarbeide rehabiliteringsplanen sin og begynt å følge den.*

Jeg går videre til venninnen Janne: Hva gjorde at du ville komme hit i dag? Janne svarer: *Jeg og Frida er bestevenninner og vi har det så morsomt sammen. Jeg er veldig glad i henne og vi har vært venninner i mange år.* Jeg spør: Du som venninne, ser du noen forandringer hos Frida? *Jeg synes Frida har blitt tryggere på seg selv og det er så kjekt å komme å besøke henne i leiligheten. Nå har vi en plass for oss selv.* Du sier at Frida har blitt tryggere på seg selv. Kan du si noe mer om det? Janne tenker seg litt om. Jeg ser på Frida og opplever at hun ser litt spent ut. Janne sier: *Frida deltar på flere ting og vi treffer flere venner. Tidligere var det bare oss to som satt hjemme.*

Jeg spør nå Frida: Hva gjør du og Janne nå? Frida svarer: *Vi går på kino, vi trener og nå skal vi på konsert. Vi har det artig.* Behandleren hennes sier: *Det er veldig mye positivt som kommer fram her Frida. Det er så godt å høre. Ja,* svarer Frida, *når det blir sagt sånn så hører jeg at det har vært forandringer, men jeg synes det er vanskelig å forstå.* Jeg ser at Frida blir litt brydd, men samtidig stolt over tilbakemeldingene.

Mor tar ordet og sier at Frida har problemer hun ikke blir frisk av og at hun må søke om ung ufør for å ha noe å leve av. Far avbryter mor og sier: *Nå må du høre på hva de andre sier. Det er bare du som har dette synet på Frida. Jeg mener at Frida har kommet langt og at hun vil klare seg godt. Det har allerede vært store forandringer.* Jeg sier: Det høres ut som om du tror på Frida. Hvor ser du Frida om 5 år? *Jeg håper og tror at Frida har startet på en utdanning og at hun gjør det hun ønsker. Jeg vet hun kan klare det,* svarer far.

4.0 Drøfting

I denne drøftingen velger jeg først å reflektere over samtalen Frida og jeg hadde. Deretter blir nettverksmøtet drøftet. Hva har vært bra og mindre bra i møtene? Hva kunne vært sagt eller gjort annerledes?

Ut i fra egen arbeidspraksis har jeg erfart at det kan være vanskelig å få pasientene til «å eie» sin egen rehabilitering. For å få et selvstendig liv, som er målet i problemstillingen min er, ser jeg det som en forutsetning for en vellykket rehabilitering at pasienten er hovedpersonen i bedringsprosessen. Karlson og Borg (2013) hevder at recovery handler om å ta kontrollen tilbake, leve det livet en selv ønsker, retten til å ha valgmuligheter og rett til et samarbeid med fagpersoner.

Ulvestad m fl. (2007) hevder som nevnt at mange pasienter mener at hverdagens betydning er undervurdert. De legger vekt på sammenheng og gode relasjoner. Positive relasjoner som bidrar til bedring framheves. For å bygge en god relasjon trenger vi tid, likeverdighet og gjensidighet i relasjonen også mellom pasient og terapeut.

4.1.1 Frida

Jeg tenker at det er på grunn av at vi har en fast avtale at Frida slipper meg inn i leiligheten. Bakgrunnen for faste samtaler er at Frida skal oppleve forutsigbarhet i hverdagen og lære seg å holde avtaler. Det at vi har faste samtaler utgjør konteksten i denne sammenhengen. Det vil si at Frida og jeg tidligere har kommunisert sammen og satt rammen for samtalen. Hårtveit og Jensen (2004) beskriver kontekst som rammen møtet skal forstås innenfor.

Vi har sammen bestemt at disse møtene skal være i Fridas leilighet, leiligheten er her en del av konteksten. Jeg tenker at det oppleves tryggere for Frida å møte meg hjemme hos seg selv, enn på et kontor, og at det gjør noe med vår relasjon. Jeg møter Frida på en annen måte hjemme hos henne vil jeg tro, det blir lettere å se henne som person. Gode relasjoner mellom pasient og terapeut er beskrevet som sentralt i teorien for å fremme endring, ifølge Haugsgjerd m fl. (2009).

Da jeg kom til Frida mente jeg å se at hun var lei seg. Jeg startet med å ufarliggjøre samtalen med å snakke om mat, noe jeg tenkte kunne få Frida til å slappe mer av. Jeg valgte å fokusere på noe positivt, i dette tilfellet maten hun laget. Dette er noe hun mestrer og liker å snakke om. Jeg gjorde dette bevisst for å få innpass hos Frida og for å styrke

relasjonen. Jeg opplevde da at stemningen ble lettere og hun ble mer tilgjengelig for samtale. Jeg tenker at dette er et eksempel på at konteksten har betydning for utfallet av samtalen. Jeg ser ikke for meg at Frida hadde møtt opp om møte hadde vært på kontoret. Da hadde jeg for eksempel ikke kunne fokusert på maten. Jeg tror også utfallet hadde blitt annerledes om jeg ikke hadde satt meg ned, men bare stått ved døra. Plassering i rommet mener jeg har betydning. Når vi begge sitter i sofaen mener jeg at vi blir mer likeverdig i dialogen. Pasientene selv trekker fram viktigheten av å føle seg likeverdig i relasjonen. At terapeuten av og til «trår utenfor boksen» (Borg, 2009).

Det er viktig å være bevisst den analoge og digitale kommunikasjonen. Haugsgjerd m fl. (2009) skriver at analog kommunikasjon gir seg uttrykk i blant annet kroppsspråk og tonefall som skaper kontekst for det digitale budskapet, som beskrives som samtalen. Jeg tenker at jeg må være oppmerksom på kontekst, analog og digital kommunikasjon for å få en god dialog med Frida.

Jeg nærmer meg problemet ved å spørre om hun har lyst til å snakke om at hun er lei seg. Hun forteller om bestevenninnen, men jeg aner at det ligger noe mer bak. Det er på grunn av kroppsspråket hennes jeg mener det. Frida sier at hun er lei seg for at mor ikke viser forståelse for hennes livssituasjon. Jeg ser at jeg kunne ha spurt mer om Fridas forhold til mor her. For å vise henne at jeg har forstått, kan jeg spørre: Jeg oppfatter at du ikke føler deg forstått av mor. Hva tenker du om det? Å bruke Fridas ord med en vri for å vise at jeg har forstått. Tomm (2003) skriver at fra et systemisk ståsted er den eneste personen en kan forandre seg selv. Ved å bruke refleksive spørsmål, kan pasienten se problemet i et nytt lys. Som terapeut tenker jeg at ved at Frida reflekterer over situasjonen med mor, kan hun endre sitt syn på forholdet. Dette kan gjøre noe med relasjonen mellom dem, da forandring i en del av systemet kan føre til forandring i en annen del (Haugsgjerd, 2009).

I samtalen med Frida sier jeg «Men hva tenker du at du kan bidra med?» I følge Tomm (2003) er det viktig å tenke gjennom hvordan forskjellige spørsmål fører til forskjellig svar og prosesser. Det er viktig å gi pasienten tid til å svare. I denne samtalen med Frida mener jeg at jeg gikk for raskt videre. Jeg både svarte for henne og fortalte at det ikke var mye hun kunne gjøre. Jeg burde gitt Frida tid til å tenke seg om og å svare. Ved å stille spørsmålet på en annen måte kunne vi fått en annen dialog. Jeg kunne spurt et lineært spørsmål. Lineære spørsmål bruker jeg for å orientere meg om problemet (Tomm, 2003). For eksempel: Tenker du mye på dette? Om Frida sier ja, kan jeg gå videre med å spørre om hva hun er mest bekymret for. Ved å spørre et sirkulært spørsmål åpner jeg for at hun

kan fortelle om tankene sine og finne ut hvordan ting henger sammen. Noe som kan føre til ny kunnskap og nytt syn på en vanskelig situasjon (Tomm 2003).

Videre i samtalen kunne jeg ha spurt: Nå når du har flyttet hjemmefra, hva ønsker du for framtiden? Dette er ifølge Tomm (2003) et refleksivt spørsmål med hensikt om å se nye muligheter og å få Frida til å se en alternativ framtid. Ved å spørre på denne måten åpner jeg for at Frida *har* muligheter til å skape en ny historie. For å utforske mer kunne jeg ha spurt hva Frida skulle ønske var annerledes i livssituasjonen sin. Et hypotetisk spørsmål som kunne ført til nye spørsmål som hva hun har prøvd tidligere for å få til endringer. Hvordan endringer skjer i livet hennes? Hvem hun trenger hjelp av? Her kommer jeg også inn på det Ulvestads m fl (2007) skriver om endringsteori.

Frida sier i samtalen: *Jeg får ikke til noe*. I stedet for å be henne utdype hva hun mener med å ikke få til noe, skulle jeg heller ha spurt om hun kunne tenke på noe hun har fått til og lyktes med. Om hun har sett noen forandringer i den siste tiden. Ved å fortelle Frida at hun har fått til en god del de siste årene vil jeg at hun skal se sine egne ressurser, men dette blir mine ord. Vi vil så gjerne at pasienten skal se seg selv som vi ser dem, men det tar tid å endre den forestillingen de har av seg selv. De må komme på det selv, og på den måten få eierskap til forandringen. (Jmf Vigrestad og Hellandshølen, 2012.) En sån forandring blir da en andreordens forandring som ifølge Hausgjerd m fl (2009) krever at pasientens selvforståelse også må endres.

I slutten av samtalen stilte jeg et strategisk spørsmål til Frida, hvor jeg hentydet at problemene hennes blir større når hun er hos foreldrene. Et strategisk spørsmål brukes når terapeuten har som hensikt å påvirke pasienten i en bestemt retning (Tomm, 2003). Frida har muligens kunne kommet fram til dette selv om jeg hadde stilt spørsmålet annerledes. Jeg sa også at hun burde ta avstand til dem. Her ser jeg at jeg som terapeut går inn i en 1.ordens posisjon (Haugsgjerd m fl, 2009), hvor jeg mener å vite at grunnen til smertene er familien og løsningen er å holde seg borte. Det åpner ikke for dialog og samtalen låser seg. For å forstå hvorfor hun reagerer som hun gjør kunne jeg videre brukt sirkulære spørsmål.

Ved å bruke systemisk intervju metodikk (Tomm, 2003) inntar jeg det som i dette perspektivet kalles en ikke-vitende posisjon (Vigrestad og Hellandshølen, 2012).

Spørsmålene er viktig for blant annet å få vite hvilke erfaringer pasienten selv har med problemet og få til en dialog. Som Ulvestad m fl. (2007) beskriver i avsnittet om recovery gir det mulighet til å finne ut hva pasienten har av kunnskap, ressurser og egenskaper. Ved

å finne sine egne ressurser kan pasienten få større tro på bedring og egen løsning på problemet. Erfaringer Frida kan relatere til sine egne ressurser, betyr mer enn om terapeuten foreslår det samme.

Vår jobb har vært slik jeg ser det å styrke selvtillit sånn at Frida kan stå på egne bein. Det har vært utfordrende å la utviklingen skje i Fridas tempo. Frida flyttet ut i egen leilighet, men har møtt flere utfordringer underveis. Dette har fått meg til å tenke at 2 år ikke er nok til rehabilitering. Jeg undrer på om boligfellesskap er riktig vei å gå for Frida. Kan det være at det blir for institusjonslignende? Vi er tilgjengelige døgnet rundt. Mange problemstillinger må de stå i selv når de flytter ut. Jeg tenker at det er viktig å reflektere over dette, vi må la ungdommene gjøre mest mulig selv, og på den måten oppleve mestring. Vi kan ikke gjøre dem «bjørnetjenester» ved å ta over, men av og til kan det lønne seg å for relasjonen sin del å gi litt ekstra. På den andre siden, hadde det vært bedre om de flyttet rett ut i egen bolig? Det kan diskuteres om det da blir en for brå overgang, spesielt for de med lange opphold bak seg. En annen problemstilling blir om vi som jobber ved boligfellesskapet har litt «vanskelig» med å gi slipp på dem. Vi ser at de responderer bra på struktur, rammer og at vi er tilgjengelige. Og hva vil pasientene selv? I Borgs artikkel (2009) forteller en av informantene om at det er viktig å ikke føle seg som en pasient. Så selv om vi oppmuntrer til et liv utenom boligfellesskapet kan adressen få dem til å føle seg utenfor. Det er viktig at de føler seg likeverdige og at de de skaper en mening for seg selv.

4.1.2 Nettverksmøtet

Alle som var invitert kom til møtet. Min oppfatning var at alle som var der hadde en intensjon om å hjelpe Frida. For å finne ut hvem som skulle være tilstede på møtet hadde Frida og jeg valgt å bruke nettverkskart som metode. Vi hadde gått gjennom spørsmål som: Hvem er viktige personer for deg akkurat nå? Hvem ser du for deg kan være til hjelp videre? Det er selvfølgelig flere fra det offentlige nettverket det kunne ha vært hensiktsmessig å invitere for å lage et støttende nettverk til etter utflytting. Det kunne vært for eksempel vært NAV, fastlege og arbeidsgiver. I dette møtet velger vi å fokusere på å finne fram Fridas ressurser i samarbeid med nettverket, og å styrke relasjonene med tanke på utflytting. Vigrestad og Hellansdhølen (2012) skriver at et nettverksmøte har som hensikt å mobilisere nettverket og sette fokus på ressursene medlemmene har.

Det innkalles til et nettverksmøte for å tydeliggjøre hvem Frida har på lag og hvem som er hennes støttespillere. Seikkula (2012) hevder at det er det sosiale nettverket som skaper identiteten til pasienten. I det systemiske perspektiv er det viktig å se pasientenes relasjon til nettverket. Nettverk trenger som nevnt ikke bare være familie. Hårtveit og Jensen (2004) skriver nettopp at et samspill ikke burde studeres i enkelt deler, men som en helhet.

Nettverksmøtet startet med at Frida ønsket velkommen og alle fikk presentere seg. Det tenker jeg er viktig for å bygge relasjoner og for at alle skal føle seg sett og hørt. Jeg valgte videre å inkludere alle ved å spørre hva som gjorde at de ville komme i dag.

Jeg valgte å starte med å spørre mor hva som gjorde at hun ville komme hit i dag? Mors svar, som blant annet var at Frida aldri ville bli frisk, mener jeg ga lite håp for Frida. Om jeg hadde stilt et oppfølgingsspørsmål som for eksempel et refleksivt spørsmål tror jeg dialogen ville blitt en annen. Hva tror du Frida tenker om det du sier? Jeg undrer på om det kunne ha fått mor til å sette seg inn i Fridas perspektiv? Hva gjør det med Frida å høre at hun aldri skal bli frisk? I ettertid kan jeg lure på hvordan utfallet av møtet hadde blitt om mor hadde snakket sist, hva ville hun sagt da? Hvordan ville det påvirket Fridas situasjon? Jeg ser at det kan være av betydning i hvilken rekkefølge deltakerne snakker. Jamfør Haugsgjerd m fl (2009) beskrivelse av feedback. Om mor hører disse tilbakemeldingene kunne de påvirke henne? At hun får negativ feedback på sine synspunkter? Jeg tenker også at det kan ha betydning hvor i rommet den enkelte sitter. Det kan for eksempel være fordelaktig å tenke spesielt på plasseringen av mor, far og Frida rundt bordet. Plassering i rommet og rekkefølgen medlemmer snakker i beskrives i teorien som kontekst (Haugsgjerd m fl. 2009). Kontekst er også stedet møtet avholdes. Jeg kan undre meg over om møtet kunne hadde blitt annerledes om det hadde vært hjemme hos Frida, på poliklinikken eller hjemme hos foreldrene?

Far har en annen oppfatning av Fridas utvikling enn mor. Lineære spørsmål brukes for å forstå hvordan den andre tenker eller forstår et bestemt problem (Tomm, 2003). Jeg kunne brukt lineære spørsmål her for å utdype fars svar: Hvilke forandringer ser du? På hvilken måte synes du hun er gladere? Hvordan opplever du at hun har fått mer selvtillit? Det ville jeg ha gjort i et forsøk på å øke Fridas selvtillit.

De fleste i nettverket ga uttrykk for at Frida har endret seg i positiv retning og fått til mye i løpet av det siste året. Dette er eksempler på ulike punktueringer, at vi forstår Fridas situasjon ulikt (Hårtveit og Jensen, 2004). Mors forforståelse er kanskje Frida når hun var

«frisk», mens min er Frida som «syk». Mor tenker hvor langt Frida har igjen før hun blir frisk, mens jeg tenker på hvor langt hun er kommet. Hvis dette er våre forforståelser kan vi forstå at punktueringen er ulik. Ved å utdype våre forforståelser kan vi unngå låsinger i samtalen. Terapeutens oppgave blir her sørge for at alle får mulighet til å dele sin forforståelse, og virkemiddelet er å være nysgjerrig, spørrende og ikke- vitende. Selv om jeg på grunn av min forforståelse i denne situasjonen kanskje er mer enig med far enn mor må jeg være bevisst på kroppsspråk, mimikk og holdninger for at alle skal føle seg ivaretatt.

Et nettverksmøte er en arena der allianser blir testet ut. Nettverket kan gi konkrete råd og kritikk, noe terapeuten ikke kan i et ikke- dirigerende perspektiv. Terapeuten skal, som Tømm (2003) skriver, være aksepterende, ha respekt og være nysgjerrig. Han skal ikke ta parti, og nøytraliteten skal komme fram gjennom spørsmålene. Utfordring er at dette trenger øvelse. Jo tryggere terapeuten er i situasjonen jo lettere blir det å få gode resultater. Medlemmene i nettverket trenger å oppleve at de er i trygge hender. At konflikter kan ordnes opp i om de oppstår og at alles historier er like viktige.

5.0 Konklusjon

Det å være opptatt av å stille gode spørsmål, undre seg over sammenhenger og tilbakevendende mønster er styrken til det systemiske perspektivet. Pasientene blir ansvarliggjort og bevisstgjort ved å selv tenke ut løsninger basert på egne erfaringer. Man kan si at å spørre er hjelp til selvhjelp.

Min hensikt med denne oppgaven var: Hvordan kan jeg som ansatt i et boligfelleskap, med utgangspunkt i en systemisk tilnærming, styrke pasientenes mulighet til å leve et selvstendig liv. Jeg har erfart at å sette pasienten i førersetet, å gi hans perspektiv, ideer og mål prioritet i arbeidet gir gode resultater. Det å tro på pasientenes ønsker, intensjoner og anvisninger for hvordan de vil endre sine liv. Hva ønsker Frida av forandring? Hva har vært gjort tidligere? Hva har fungert? Hvem trenger hun hjelp av? Ved å spørre fram endringsteorien hennes blir vi begge bevisste hennes historie. Det vi kommer fram til skrives ned i en rehabiliteringsplan, som er redskapet vi bruker i min arbeidshverdag. Det er vanskelig å forstå helheten i Fridas problemer om vi ikke ser hele konteksten. Det kan i mange tilfeller være nyttig å innkalle til nettverksmøte for å skape og forsterke Fridas relasjoner både til det personlige og profesjonelle nettverket. For å klare å stå på egne ben trenger hun å vite at hun har noen i «bakhånden». En utfordring med å jobbe systemisk kan være når nettverket er slitne, utestengte eller ikke interesserte. Vi må huske at det ofte har vært en lang sykdomshistorie i forkant. Noen ganger kan det være vanskelig å skape sirkulasjon i det personlig nettverket. Selv om jeg ser nytten ved å bruke nettverksmøter forstår jeg også utfordringen med å finne tid for det.

I den systemiske tilnærmingen er terapeutens oppgave er å skape en dialogisk samtale. Det er viktig å stille spørsmål på en ydmyk, nysgjerrig og ikke-vitende måte. Terapeuten er del av systemet og deltar på lik linje med de andre medlemmene. En dialog, preget av sirkularitet og samarbeid, kan føre til at problemer oppløses og nye forståelser, sammenhenger og historier blir til. Det er ikke mulig å påvirke eller instruere til endring, pasientene hører det de hører. Det er også umulig å forutsi hva spørsmålene fører til i ettertid, prosessen med sirkulære spørsmål slutter ikke ved møtets slutt. Målet er at pasienten skal få ny forståelse av seg selv i kraft av spørsmålene.

I forhold til å bruke denne metoden i vårt arbeid med rehabiliteringspasienter ser jeg at det er viktig å gi rom for at de blir sett, hørt og verdsatt. Pasientene tas med i utarbeiding av rehabiliteringsplan, som vi evaluerer underveis og at vi hele tiden har en dialog. Vi skal

finne deres styrker og ressurser sammen. En utfordring i å jobbe på denne måten er at pasientene kan «legge seg bakpå» og la terapeuten ta styringen. Systemisk tenkning stiller krav til begge parter, om å endre synet på relasjonen mellom terapeut og pasient.

Det er vanskelig å være helt nøytral, vi bruker vår egen forforståelse, vår kontekst, til å mene hva som er best for pasienten. Vi må passe oss for å få pasienten til å passe inn i våre standarder. Hva som er et godt liv er subjektivt. Vi må huske at bedring er en menneskelig prosess og innebærer at pasienten utvikler en tilfredsstillende måte å leve på, tross vansker/symptomer pasienten har.

Vi vil skape en ny historie som står i kontrast til sykdomshistorien. Vi vil ha Frida i førersetet for sitt eget liv. Utfordringen er å få Frida til å tro på seg selv. Vi legger grunnmuren med å hjelpe henne med å få et fast sted å bo, få økonomien på plass, hjelpe henne inn i et miljø både når det gjelder i boligfellesskapet, jobben og skolen. Når Frida opplever mestring kan hun lag på lag bygge opp sin egen identitet og finne ut hvem hun er. Ved å bruke det systemiske perspektivet kan vi endre grunnholdningen til pasienten. Gi henne mulighet til å se alternative historier. Hvem er Frida om 5 år? Hva gjør hun? Hva kan hun gjøre/endre for å komme dit? Frida ønsker å være autonom men blir irritert over at hun er avhengig. Vi tar i bruk de ressursene Frida har og stiller krav til at hun er deltakende i egen behandling ved å anvende systemisk tilnærming. Det gjelder også å ha medbestemmelse i forhold til hvilke tjenester som blir gitt.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven, sitter jeg igjen med en oppfatning at den systemiske tilnærmingen er en god metode for å styrke relasjoner mellom pasient og nettverket. Ved å bruke denne metoden, får vi pasienten til selv å reflektere og bli bevisst på sine valgmuligheter.

Litteraturliste:

- Borg, Marit. 2009. *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser* Tidsskrift for norsk psykologforening vol 46.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlson, B., og Løkke, J. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse-å forstå, beskrive og behandle* 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Hårtveit, H. og Jensen, P. 2004. *Familien- pluss en*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Jensen, Per. 2009. *Ansikt til ansikt. Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse og sosialarbeid*. 2.utg. Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS
- Karlsson, Bengt og Borg, Marit. 2013. *Psykisk helsearbeid* Oslo. Gyldendal Akademiske
- Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er beskrevet i St.prp. nr. 63 (1997-98)
- Seikkula, Jaakko. 2012. *Åpne samtaler*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tomm, Karl. 2003. *Systemisk intervjumetodik. En utveckling av det terapeutiska samtalet*. Smedjebacken. Bokforlaget Mareld
- Ulvestad, A., Henriksen, A., Tuseth, A-G. og Fjeldstad, Tor. 2007. *Klienten- den glemte terapeut* Oslo Gyldendal akademiske
- Vigrestad, Torunn og Hellandshølen, Anne Marit. 2012. *Åpne samtaler i nettverksmøter. En veileder*. Oslo. Universitetsforlaget.

Nettsteder:

<http://www.napha.no/content/13883/Recovery>

http://www.lister.no/phocadownload/2015/Aktiv_Hverdag/Tema/Sosialt_nettnettverk/Presentation_sosialt_nettnettverk.pdf