

FAMILIESAMTALEN I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

Hva er det som avgjør hvilke brukere som får tilbud om familiesamtaler i kommunalt psykisk helsearbeid? Hvordan beskrives familiesamtalen og hvilke teoretiske referanser knyttes til tilbudet?

Ester Teigmo
Kull: MGFAM-H06

APRIL 2010

ANTALL ORD: 28577

FORORD

Det startet som en ide. Det må ha vært en god ide. Den har holdt meg engasjert gjennom to år. Tusen takk til dere som har bidratt til empirien i denne oppgaven! Jeg setter utrolig pris på at dere gjorde dette mulig og håper deres stemmer er ivaretatt på en god og gjenkjennbar måte.

En varm takk til min veileder, Per Jensen, som har vært der som en klippe gjennom denne prosessen. Takk for at du har loset meg, utfordret meg til å lete, utfordret meg til å lese og lyttet tålmodig til mine utfordringer og ikke minst for at du har vært så utrolig punktlig til å svare på mine henvendelser. Har du aldri ferie?

Foreldrene mine, Maina Serine og Amund, har vært den økonomiske støtten gjennom disse årene. Uten dere hadde dette ikke kunnet la seg gjøre! Mor var sammen med meg på Tenerife mens jeg arbeidet med analysen og bidro til mange verdifulle minner fra en ellers arbeidsom prosess. Tusen takk!

Jeg må takke alle kolleger som velvillig har stilt opp og lagt til rette for at dette kunne la seg gjøre til tross for fulltidsjobb. En varm takk til alle dere som har byttet vakter med meg, og som har lyttet til meg når jeg har boblet over av begeistring over ny teori og for litterære ”konfekt biter”. Jeg gleder meg til å kunne delta i den sosiale delen igjen.

Kjære Ellen, Anne-Line og Espen, det har vært godt å vite at dere i den nære familien har vært så forståelsesfulle og hjelpsomme. Jeg setter så pris på at jeg har fått lov til å være i fred når jeg hadde størst behov for det, og at jeg ble dratt ut når jeg hadde behov for det. Jeg lover å prøve å begynne å snakke i hele setninger igjen.

Det har vært en uvurderlig støtte å ha en god lesegruppe å dele denne prosessen med. Lisbeth Hernes og Morten Sanne Melvold har bidratt med kommentarer, vennlige innspill og trøst når det buttet imot. Det har vært godt å ha dere med i denne prosessen, og det anbefales framtidige studenter på det varmeste. Takk også til ALLE mine andre medstudenter som hver enkelt har bidratt til inspirasjon gjennom disse årene. Det har vært en utrolig reise! Det er godt å være framme. Jeg er takknemlig for reisen.

Greåker, april 2010

Ester Teigmo

SAMMENDRAG

Dette er en kvalitativ undersøkelse. Intervjuene ble foretatt med seks ansatte fra kommunalt psykisk helsearbeid i fem kommuner. Tidsrommet for undersøkelsen var 25.3.2009 til 6.5.2009 vel et halvt år etter at opptrappingsperioden for psykisk helsearbeid, var over.

Undersøkelsen omhandler hvilke teoretiske referanser og hvilke beskrivelser som erfarne medarbeidere i kommunalt psykisk helsearbeid, kommer med i forhold til å tilby familiesamtale til brukerne. Den ser også på hvilke faktorer som avgjør hvem det er som får disse samtalene. Elementer fra metoden Interpretative Phenomenological Analysis, IPA, er brukt til å bearbeide materialet.

Undersøkelsen er et bidrag inn i tiden i ”skyggen av psykiatireformen”, det vil si tiden etter at opptrappingsperioden er over. Undersøkelsen belyser også det spesielle ved kommunalt psykisk helsearbeid med vekt på brukermedvirkning.

Alle informantene har erfaring med familiesamtale. Mange faktorer avgjør om brukerne får tilbud om familiesamtale. Det er personlig faktor, erfaring og relasjonskompetanse. Andre faktorer er teoretisk ståsted fra grunnutdanning og systemisk tenkning gjennom videreutdanning i psykisk helsearbeid, nettverksutdanning, veilederutdanning og familieterapiutdanning. Alle så nær som en, mangler utdanning i familieterapi og systemisk praksis. Det er en kompetanse de ønsker. Det antydes ønske om et interkommunalt samarbeid. De som har gitt stemme til undersøkelsen sier at det først og fremst er bruker selv og familien som ønsker disse samtalene. Funnene i denne undersøkelsen forteller at man allerede nå på et tidlig tidspunkt, merker urovekkende endringer i det kommunale arbeidet. Krav om økonomisk effektivitet, tendens til nedtrapping i fagstillinger, omorganisering av tjenesten, er eksempler på dette. Ingen av kommunene driver forskningsarbeid. Det blir derfor lite synlig hva det kommunale arbeidet består i. Denne undersøkelsen ble vid. I et felt hvor det er forsket lite kan det forsvares, og jeg ser åpning for senere forskning i mer spesifikke områder blant annet i forskjeller mellom kommune og institusjon i praktisering av familiesamtale. Bruker og familiens egen stemme mangler i denne undersøkelsen, og det burde gjøres en lignende undersøkelse hvor deres stemme var med.

Innhold

1. INNLEDNING	6
1.1. Oppbygging av oppgaven	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema	6
1.3. Problemstilling.....	7
1.4. Annen forskning og plassering av min studie.	8
2. TEORI	11
2.1. Systemisk teori	11
2.1.1. Et språkssystemisk perspektiv	11
2.1.2. Presentasjon av noen teoretikere i det språkssystemiske perspektivet	12
2.2. Hva er psykisk helse?	14
2.3. Maktperspektiv	15
2.4. Brukermidvirkningsperspektiv	16
3. METODE	18
3.1. Slik plasserer jeg undersøkelsen	18
3.2. Intervju	21
3.2.1. Hva ville jeg undersøke?	21
3.2.2. Utvalg	22
3.2.3. Gjennomføring av undersøkelsen.....	23
3.2.4. Transkribering	24
3.3. Analyse	24

3.4.	Etiske betraktninger	29
3.4.1.	Selvrefleksivitet.....	29
3.5.	Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.	31
4.	FUNN OG DRØFTING AV FUNN	32
4.1.	Kommunen	32
4.1.1.	Organisering, muligheter og begrensninger	32
4.2.	Den erfarne medarbeider	35
4.2.1.	Presentasjon av personene i undersøkelsen.....	35
4.2.2.	Hvilken kompetanse snakker vi om?	35
4.3.	Bruker og familie.....	43
4.3.1.	Makt	43
4.3.2.	Brukers arena.....	44
4.4.	Familiesamtalen.....	48
4.4.1	Åpnende elementer.....	48
4.4.2.	Til hinder for denne type samtale.....	53
4.4.3.	To i samtale	56
4.5.	Visjoner	66
5.	DRØFTING AV PROBLEMSTILLING OG DE FUNNENE JEG HAR.....	69
5.1.	Kommuneperspektivets muligheter og begrensninger i forhold til familiesamtale	69
5.2.	Den profesjonelle samtalepartner og familiesamtale.....	71
5.3.	Brukerperspektivets muligheter og begrensninger	71
5.4.	Familiesamtalen som fenomen	72

6. AVSLUTNING OG OPPSUMMERING.....	75
6.1. Erfaringer ved min undersøkelse og mangler ved den	75
6.2. Invitasjon til senere undersøkelser	75
6.3. Oppsummering av oppgaven	76
VEDLEGG 1	86
VEDLEGG 2	89
VEDLEGG 3	90
VEDLEGG 4	93
VEDLEGG 5	98

1. INNLEDNING

1.1. Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven har i alt seks kapitler. Begrepsforklaringer kommer underveis. Kapittel 1 sier noe om hvilken kontekst denne studien plasseres i, hvilket forskningsspørsmål undersøkelsen har, og det formålet denne undersøkelsen har. Jeg presenterer min problemstilling og setter oppgaven inn i en sammenheng og presenterer annen forskning som er gjort. Det er valgt ut ganske ny forskning.

I kapittel 2 trekkes det fram teori i forhold til tema i oppgaven. Ulike syn på helse og psykisk helse presenteres. Sentral systemteori i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv finnes her. Det framkommer tanker om brukervedvirkning og makt.

I kapittel 3 gjør jeg rede for hvordan denne undersøkelsen plasseres vitenskaplig, og forskningen settes inn i en ramme ut fra en forståelse av hva Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) er. Erfaringer med bruk av metode samt analysen i lys av denne, kommer fram i dette kapitlet.

Kapittel 4 presenterer funn og drøfter dette i sammenheng med sentral teori, og kapittel 5 drøfter funnene opp mot problemstilling. Kapittel 6 sier noe om svakheter ved undersøkelsen, tanker for videre undersøkelser og gir en oppsummering av oppgaven.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Jeg arbeider i en avdeling i kommunepsykiatrien som psykiatrisk sykepleier. Jeg var ferdig utdannet i 1985, og vi ble utdannet med "Helseplan for 1980 åra" med tanker om at flere kunne bo hjemme, som et fokus (Grund 1982). Det tok en stund før psykiatrien fulgte etter i det å flytte klientene ut. Opptrappingsplanen for psykisk helse i tidsrommet 1998-2008, har inspirert til starten på en ny psykiatri både i stat og kommune. Nå sikres klientene i psykiatrien adresse og bosted og nødvendige tjenester i opprinnelsekommunen. Samtidig med dette har det blitt utdannet helsepersonell som skal tilpasses både tverrfaglighet og faglighet. Så lenge det har vært psykiatri i Norge, har det vært det medisinske perspektivet som har vært rådende i psykiatrien. Det kan bety at man enda leter etter årsak og virkning. Psykiatriplanen sitt budskap var **åpenhet og helhet** (St meld 25, 1996-97).

I kommunen omtales den som får tjenester som bruker. Alle kommer fra en familie av et eller annet slag, men det er tilfeldig hvordan vi som personale forholder oss til brukernes familie. Mange av brukernes bekymringer omhandler familiære tema. Ansatte i kommunepsykiatrien samarbeider ofte med andre i hjelpenettverket men oppdager stadig at familien til brukeren er mer borte fra hjelpenettverkets bevissthet. Det er svært tilfeldig, mener jeg å ha observert, om familiesamtalene blir tilbudt, hvem som får tilbudet og hvordan og hvor de får tilbudet. Selv har jeg i flere tilfeller oppdaget hvor spennende det er å være i samtale hvor vi er to likeverdige samtalepartnere til stede. Samtidig har jeg oppdaget at bruker har fått kraft gjennom familiesamtaler. Ved noen anledninger har jeg tilbudt regelmessige samtaler hvor både bruker og i hvert fall en fra familien, har deltatt. Jeg har observert gode endringer. Kan det være tilfeldig? Kan det hende at klimaet for endring er mer gunstig i slike samtaler? Hvorfor fortsetter vi med individuelle samtaler da? Jeg har en antakelse om at rene familiesamtaler hvor det er flere fra familien og flere av oss som er hjelpere til stede, kan være gode. Det kan hende at jeg tar feil og at det slett ikke passer i voksenpsykiatrien.

1.3. Problemstilling

I min praksishverdag i kommunen, i psykisk helsearbeid, er samtalen et svært viktig arbeidsredskap. Det er et paradoks at vi vet lite om hvordan hver enkelt bruker sitt arbeidsredskap, kanskje fordi vi arbeider mest alene. På bakgrunn av dette, antar jeg at det er nyttig med et søkelys på hvilke tanker som den enkelte fagperson, mener er rådende. Det kan være nyttig for oss alle å legge merke til om våre valg i samtale handler om brukermedvirkning, om økonomi, om teoretiske valg, om effektivitet, om normalitet, om kjønn eller etiske dilemma. Kanskje oppdages noe nytt. Kanskje påvirker vårt eget ståsted og vår egen forforståelse, vår måte å samhandle med brukerne på?

Vi er akkurat i ferd med å passere over i tiden som jeg vil kalle ”skyggen av psykiatrireformen”? Det kan være nyttig med skriftliggjøring av hva som skjer i kommunen etter psykiatrireformen. Det er spesielt nyttig i forhold til å kunne ta vare på og foredle det som virker. Det har jeg samlet i problemstillingen: **Hva er det som avgjør hvilke brukere som får tilbud om familiesamtaler i kommunalt psykisk helsearbeid? Hvordan beskrives familiesamtalen og hvilke teoretiske referanser knyttes til tilbudet?**

1.4. Annen forskning og plassering av min studie.

Sissel Sverdrup (2007) har i oppdrag fra Forskningsrådet som ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, skrevet en rapport som sammenstiller fem forskningsrapporter om brukermedvirkning. Hun konkluderer med at behandlerne i større grad må involvere brukere i beslutninger. Pårørende bør inkluderes i de deler av prosessen som angår dem og brukeren. Informasjon til bruker og pårørende er også et område hvor det er forbedringspotensialer, hevder hun. Sverdrup peker i sin rapport på at rollen til pårørende¹ til brukere i psykiatrien må avklares og tydeliggjøres og at hvem som regnes som pårørende kan diskuteres. Det er i følge hennes store forskjeller i kommunale tjenester.

I sin masteroppgave i verdibasert ledelse, peker Vørrang (2008) på at pårørende føler seg forbigått og svært maktesløse. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven sier at brukere har rett på informasjon, innflytelse og medvirkning. Det å møte pasienten hjemme sikrer brukermedvirkning på en annen måte. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998 -2008, setter brukermedvirkning sentralt. Det blir framhevet at det er viktig med respekt. Bruker har erfaring, kunnskap og innsikt. Brukermedvirkning defineres som en verdi i seg selv i Vørrangs (2008) oppgave. Det er viktig at ledelsen viser vei. Arbeidet må skje både ovenfra og nedenfra. Myndiggjøring, eller empowerment, betyr å gi makt til personer i en avmaktssituasjon. Brukermedvirkning er å sette brukerens behov i fokus. Bruker må aktivt være med på å ta beslutninger. Helsepersonell må anerkjenne bruker som en likeverdig part som har egne iboende ferdigheter og kan gjøre egne valg. Som pasient² blir en gjerne stående i et avhengighetsforhold. Bruker er et mer aktivt begrep. En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. Brukermedvirkning har ingen klart definert teori. På den ene siden tenker man på ideene om undertrykking av brukerne mens man på den annen side tenker på ut fra et perspektiv om kapitalisme og markedsøkonomi. Konkurransetsetting av tjenester er en del av dette. Velferdsstaten forstås av Vørrang som paternalistisk og undertrykkende. Vørrang konkluderer sin undersøkelse med at brukermedvirkning er mer reelt i litteraturen enn i virkeligheten. Det må det arbeides med på

¹ **LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). § 1-3:** pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. <http://www.lovdatab.no/all/h1-19990702-063.html#3-1> (lest 14.12.2009).

² Pasient: Pasientrettighetsloven§1.3 ” En person som henvender seg med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr hjelp i det enkelte tilfellet.”

mange nivåer slik at det ikke blir slik at møter med brukerne blir et sted hvor vi sluss om ansvar. Individuell plan³ (Sosial- og helsedirektoratet 2005) må inn som et verktøy som sikrer pasienten kvalitet i forhold til samarbeidspartnere. Holdninger må endres. Vi må arbeide med egne fordommer og huske at vi er en del av brukerens nettverk og verden. Det forutsetter at vi arbeider med respekt selv om vi ikke får samme respekt og tåle ytringer uten å gå i forsvar (Vørrang 2008).

Lillengen (2007) undersøkte i sin mastergrad, nettverkets betydning for behandlere i poliklinisk praksis. Hun har gjort sin undersøkelse i en poliklinisk praksis som ligger under spesialisthelsetjenesten. Jeg har plassert min studie i en annen kontekst, i kommunehelsetjenesten. Hun undersøkte nettverkets betydning, mens denne undersøkelsen har fokus på bruker og brukers familie i kommunehelsetjenesten. NIBR- rapport 2005:6 *Brukermedvirkning og psykisk helse*, sier noe om hvordan brukere og pårørende opplever medvirkning i psykisk helsearbeid med fokus på møtet med hjelpeapparatet, hvorvidt de får delta i utformingen av sitt eget behandlingstilbud, vurdering av samordning av hjelpetilbud, hvordan de vurderer individuell plan og hvordan pårørende opplever at de blir ivaretatt av hjelpeapparatet. NIBR rapport (2007:2) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*, presenterer hvordan tendensen videre ble. *Evaluering av opptrappingsplanen for Psykisk Helse* (2001-2009), ble skrevet mellom 1.1.01 og 30.6.09 og er en syntese og analyse av til sammen 20 delprosjekter og alle evalueringsrapporter (Forskningsrådet 2009). Det er den grundigste og mest helhetlige analyse av hva som skjedde på bakgrunn av St.prp.nr.63 (1997-98). Seikkula og Arnekil (2007) sin forskning viser at personalets grunnutdanning er altfor individ- og institusjonsorientert. De sier at det er viktig å komme i gang med behandling

³ Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-2a, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5 og lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1, jf. delegeringsvedtak 21. desember 2001 nr. 1478 og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) § 4-3a. Endret ved forskrift 15 des 2006 nr. 1425.

§ 2. Formål

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er: a)helhetlig, koordiner tilbud. b) Målet til bruker skal kartlegges. c) Styre samhandling mellom tjenesteyter, tjenestemottaker og eventuelt pårørende.

tidlig. Hos pasienter med dårlige resultater var pasienten sitt sosiale nettverk blitt redusert allerede da behandlingen begynte (ibid). De konkluderer med at både den som er bruker og brukers familie og nære pårørende, kunne hatt klarere definert plass. Det tas fremdeles ikke hensyn til den enkeltes individuelle behov, og det er nærmest fraværende å se bruker som en del av et system, av en familie. Samarbeidet i hjelpenettverket og med brukeren og brukers familie, kan gjøres mye bedre. Seikkula & Arnkil (2007) viser til færre innleggelser, raskere bedring og bedre resultater når hjelpen blir gitt tidlig og både familie, vennenettverk, naboer og profesjonelt nettverk møtes og snakker sammen.

2. TEORI

2.1. Systemisk teori

Medisinsk psykiatri og diagnosetenkning har utelukkende vært individfokusert. I systemteori, som er et svært ungt fagfelt, fokuseres det derimot på at problemløsning og løsninger ligger i det mellommenneskelige og i kommunikasjon. Samspill må forstås sirkulært. Gregory Bateson er sentral i systemteorien. Det som er konteksten det vil si psykologisk forståelsesramme eller den personlige observasjonsrammen, er forskjellig fra menneske til menneske. Som menneske har vi bare tilgang til vår subjektive erfaring, og denne er både ekskluderende og inkluderende. Noe rammes inn og noe annet lukkes da ute (Ølgaard 2004, Ulleberg 2005). Slik er det mulig at man grunnet kontekstforståelse, kan holde hverandre fast i uheldige samspill (Ulleberg 2005). Opphavsfamilie, foreldre/barn rolle og hvordan vi ser på kjønn er eksempler på dette. *"Kartet er ikke terrenget, sier Bateson* og mener med det at det ikke er sikkert verden er slik den framstår for oss (1972:449 referert hos Ulleberg 2005:54). I systemteori forholder en seg til at hver enkelt kan ha forskjellig perspektiv. Kommunikasjon er også vektlagt. Digital kommunikasjon, den entydige kommunikasjonen, må læres for å kunne brukes. Det er ikke noe samsvar mellom tegnet og betydningen. Ordene og tegnene skapt av mennesker. Det andre nivået, også kalt analog kommunikasjon, er alltid overordnet det digitale nivå, og det er ikke entydig men tolkes (Ulleberg 2005).

2.1.1. Et språkssystemisk perspektiv

I den første tiden var familierapien preget av metoder, intervensjoner og til dels en tro på at terapeuten kunne komme med forskjellige metoder og intervensjoner for familien. Flere har vært med i demokratiseringsprosessen av terapirommet gjennom en postmoderne tankegang. Postmodernisme vil igjen si, at det stilles spørsmål ved alle *tatt - for- gitt – heter*. Tanken er at kunnskap er i endring (Andersen 2002, Anderson 2003, 2007, 2009, Seikkula 2002, Seikkula & Arnkil 2007). Det er to grunnforestillinger i postmodernisme. Den ene er at menneskelig forståelse er kun mulig gjennom språket, og den andre er at all forståelse vil være avhengig av sosial, kulturell og historisk kontekst. Anderson sier at hun ikke tenker på det som bedre eller meta til noe annet. Hun sier med dette at det er bare en annen måte å se på. Diskurser er de mønster eller måter som vi tenker på. Anderson (2007) beskriver at postmodernismen bare er en av mange diskurser og sier at vi ikke skal forkaste noe. Alt er med fra vårt personlige

Filosofen Bakhtin hevder også dette (Dysthe 2001). I følge Tom Andersen, Jaakko Seikkula, Harold A. Goolishian og Harlene Anderson skjer endring gjennom språket, og problemet løses gjennom språket (Andersen 2002, Anderson & Goolishian 1992, Anderson & Gehardt 2007, Eliassen & Seikkula 2006).

Noen filosofiske linjer om dialogisme

Anderson (2007, 2009) benytter filosofen Shotter for å gjøre dette forståelig. "Witness" kaller Shotter det. Det er ikke *om* eller *til* men *med* (Shotter 2005). Det er i responsen hos den andre og ikke via kroppen, vi transformerer budskap. "Joint activity" er å følge den andre (Shotter, 2003 a, 2003 b, 2005, Olsson 2004). Alt som sies fra den spede oppstart av en samtale, er svar på noe som har skjedd tidligere (Bakhtin 1986, Dysthe 2001). Denne måten å snakke sammen på handler ikke om en teknikk. Det handler om en måte å være på, en livsfilosofi som ikke skiller profesjonelt og personlig liv. Vi er konversasjonspartnere i samforskning. Det er det som skjer mellom mennesker som er viktig, - altså en relasjonell ekspertise. Filosofen Bakhtin kaller det å snakke sammen uten "rang". Å være konverserende eller i en dialog, hevder Shotter og Katz (Anderson & Jensen 2008). I denne tankegangen gjenfinnes også tanker fra filosofen Wittgenstein som handler om å være i språket som en måte å være til stede på og ingen metode. Shotter sammenfatter tanker fra Bakhtin og Wittgenstein og formulerer det om til noe han har kalt dialogisme, det å være i en samtale med og ikke samtale om noen (2007). Shotter beskriver "embodied knowing" som at man responderer umiddelbart slik det føles riktig (Shotter 2007).

2.1.2. Presentasjon av noen teoretikere i det språkssystemiske perspektivet

Reflekterende prosesser hos Tom Andersen

Tilstrekkeligheten i familiens egne ord var nok (Andersen 2002). Han tilstrebet en fullstendig tilstedeværelse i samtaleøyeblikket. Lytting like mye som respons til det som ble sagt, vektlegges. Responsen skulle være positivt konnotert, og utgangspunktet var familiens ord. Han stilte nye spørsmål for å kunne få flere svar. Han forholdt seg til måten det ble sagt på og det kroppslige uttrykket (Andersen 2002, Hårtveit & Jensen 2004, Vedeler 2007). Ved å la hver enkelt få snakke etter tur får samtalepartene ro nok til å åpne for sine egne indre samtaler og til å lytte til både hverandre og til sin egen indre dialog. Likeverdigheten mellom menneskene i dialogen inkludert terapeuten, åpnet mulighet for at også terapeuten selv blir

beveget. De forhandlet om hvordan de skulle samarbeide om samtale. Måten å snakke på, var den passe uvanlig eller for uvanlig? Hvem i familie kom på tanken om å komme hit? Hvordan ønsker de som er til stede å bruke møtet? Til sist, hvem kan eller kan muligens eller burde snakke med hvem om hvilket spørsmål og på hvilket tidspunkt (Andersen 2002). Gjennom sin praksis med bevitning, altså arbeidet i nettverk som snakker om nettverk, så er dialogen på et føle - eller sansenivå, og det kroppslige har stor betydning. Det som oppstår som virkningsfulle øyeblikk (Rasmussen & Svarrer 2008, Anderson & Jensen 2008). Om dette sier Daniel Stern (2007) at gjennom å bevege seg samstemt og synkront i hverandres opplevelse, er det mulig å kunne oppleve forløsende *nå – øyeblikk*. Det kan oppleves som et sprang i et psykoterapeutisk forløp. Møteøyeblikket er rikt på felles opplevd historie selv gjennom et kort tidsforløp. Det blir trukket opp en grense mellom orden og kaos. Dette skiller seg fra andre tilnæringsmåter på mange områder. Intersubjektiv utveksling skjer hele tiden og er grunnbetingelse for sinn og relasjoner og er en grunnmotivasjon. Det er ikke nødvendig med verbalisering for å få terapeutisk effekt. Det implisitte er nok og ligger i de små mikrohandlingene i terapi. Prosessen er mellom mennesker i begge retninger. Shotter mente kroppsperspektiv, ”embodiness”, er i tråd med det Tom Andersen ville arbeidet videre med (Vedeler 2007). Anne Hedvig Vedeler hevder det er å skape en kontekst som er åpen for den tentative og midlertidige språkforståelsen (30.8.07 i forelesning).

Ikke – vitende posisjon hos Harlene Anderson og Harry Goolishian

Anderson og Goolishian (1992) hevder vi bør møte klienten ut fra *ikke – vitende posisjon* hvor vi fjerner oss fra alle de fordommer og forforståelser vi har lett for å ta med oss. Etter som vi er dyktige i kategorisering, bør vi minne oss om at vi behandler mennesker og ikke diagnoser. Den annens historie og lokale kunnskap bør vi minne oss på å ta med når vi sammen skaper ny kunnskap. I selve språket oppstår endring. *Ikke-vitende* er en holdning og å være alminnelig. Det er usikkerhet og et risikoprojekt for begge parter fordi begge risikerer transformasjon, tenkt som en forvandling mer enn en forandring (Anderson & Goolishian 1992, Anderson 2003, Anderson & Gehardt 2007).

Nettverksdialoger hos Jaakko Seikkula

Åpne samtaler med hurtig respons, er vesentlig sier Seikkula (2002, Seikkula & Arnkil 2007) Spørsmålene er om hvem som kjenner situasjonen og har uttrykt bekymring, hvem som har anledning til og kan være til hjelp og hvem som bør invitere, behandlingsteamet eller det

offentlige. Teamet bør bare følge opp så lenge det er nødvendig. Familiens eller nettverkets egne ressurser hentes fram for å hjelpe disse med å gjennomføre prosessen. I dette perspektivet er det åpent for mange måter å forstå samme problem på, og det er i orden at det er en viss usikkerhet. På mange måter er Seikkula og Tom Andersen sin måte å nærme seg samtalen litt i slekt. De har den samme tanken om å åpne for alle stemmer og for et rom og mulighet for refleksjon. Austrem som har arbeidet med familie til psykisk lidende, hevder at det å lese, skrive og å finne sine egne ord, også er en form for refleksjon som er høyst undervurdert (2005).

2.2. Hva er psykisk helse?

WHO⁴ har en definisjon på helse som for mange føles uoppnåelig, - *"en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyter."*

Den humanistisk – eksistensielle modellen sier at menneskets fulle selvrealisering og myndighet over sin livssituasjon, er det normale og ideelle. Det er en svært få som kommer inn under denne normalen, men det som er det vesentlige, er at dette fjerner seg fra sykdomsbegrepet (Haugsgjerd 2002).

Psykisk helsearbeid var først og fremst rettet mot de tunge lidelsene, de lidelsene som satte mennesker ut av spill og stengte dem ut av all deltakelse i samfunnet. Positivistisk tankegang har vært dominerende innen psykisk helsearbeid. Diagnosesystemet er skapt ut fra et prinsipp om konsensus. Fagfolk diskuterer seg fram til enighet, og dette nomotetiske kunnskapssynet er basert på at tilstander eller vansker som er sammenlignbare får et navn (Haugsgjerd 2002, Torsteinson 2000, Sundet 2006). Brukerperspektivet og de rettighetene som brukeren har, ideografisk kunnskap, kan kanskje sees i motsetning til den medisinske modell hvor det er behandlerne som vet best (Bruland Vråle et al. 2009:59). Aron Antonowsky (1991) tilbyr også et syn på helse. Han fokuserer på de faktorer som gjør at mennesker til tross for dårlig helse, kan føle seg i stand til å leve med og klare sin lidelse. Til tross for stor grad av lidelse, kan man klare å leve med sin lidelse dersom man forstår grunnen til det som skjer og at man læres til en måte å mestre sin lidelse på. Hva er psykisk helse? Sidsel Gilbert sin definisjon på psykisk helse er også brukt i denne undersøkelsen, *"god psykisk helse er evnen til å fordøye livets påkjenninger,"* (Berg 2005). Hennes begrunnelse er at det er forskjell på

⁴ WHO: verdens helseorganisasjon

hvordan dagliglivets stress tåles. Noen blir utsatt for ekstreme påkjenninger og utvikler ikke psykisk lidelse, mens atter andre ikke håndterer samme påkjenninger men utvikler en lidelse. Det skal kanskje mindre til i dagens samfunn før noe blir betegnet å være en psykisk lidelse. Lykke og helsebegrepet gjør kanskje at flere og flere faller utenfor det som er vår felles oppfatning av hva som er normalt.

Kommunene var et spesielt satsningsområde for psykisk helsearbeid i opptrappingsperioden mellom 1998 og 2008. Det ble sprøytet inn mye ressurser i kommuneøkonomien og i utdanningssystemet nettopp for å styrke førstelinjetjenesten. Alle de pasienter i institusjoner som nærmest hadde institusjonen som et hjem, skulle også få en adresse og den hjelpen de trengte i den kommunen som de hørte til. Endringer og at psykisk helsearbeid er i forandring, er kanskje den mest stabile faktor (Bruland Vråle et al. 2009). Samfunnsendringen medfører at mennesker lever mer og mer isolert. Støtten fra familien er kanskje ikke til stede på samme måte som for noen generasjoner siden. De alminnelige menneskelige reaksjonene på sorg og tap som familien tidligere ga hjelp til, blir fort et samfunnsansvar.

2.3. Maktperspektiv

To syn har vært kjent i det systemiske perspektiv. Bateson tenkte på makt som negativ og undertrykkende og avviste lineær makt og hevdet makt var skadelig (Flaskas et al. 1993 i Lundby 2003:90). Det er det tradisjonelle synet på makt. I den franske filosofen Michel Foucault sin omtale av makt er makt ikke bare utelukkende negativt, men også positivt og innebygd i alle sosiale forhold (Flaskas et al. 1993 i Lundby 2003:93). Dette maktforholdet kan endres kun fra innsiden. *Å ha makt handler om å kunne være i en posisjon både til selv å handle og til å la andre handle* (Sundet 2006:197). Makt kan sees mer som et maktforhold som viser seg gjennom hvordan vi organiserer dagliglivet vårt. Diskursene, de mønster eller måter som vi tenker på, er avgjørende for hvordan vi utøver makt. Makt er alltid til stede. Vi må bare kjenne til at den er der og at valgmuligheter finnes. De normer som vi lever etter og som vi tenker på som sannheter, er konstruert ved hjelp av makt. Makt og kunnskap henger nøye sammen. Noen ideer blir regnet som mer sanne enn andre og utløser handlingene våre. Foucault peker på vår egen kultur sin måte og å objektivisere og å tingeliggjøre på. Vi gjenfinner det i det som er diagnosesystemet og det som er skolesystemet hvor det er laget en norm for hvordan mennesker skal leve sitt liv (Lundby 2003, Mosgaard 2009, Sundet 2006).

2.4. Brukermedvirkningsperspektiv

Opptrappingsplanen (Sosial – og helsedepartementet 1998) sier:

En person med psykiske problemer må ikke ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. ...Brukerenes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjerne i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester (Sosial - og helsedepartementet 1998)

Brukermedvirkning skaleres hos Hansen (2007) slik: Tjenestetilbudet utformet av tjenesteyter til den enkelte bruker kaller han å ha brukerperspektiv. Når bruker derimot får delta i beslutningsprosessen, men tjenesteyter tar endelige avgjørelser, kalles det brukerdeltakelse. Brukerinnflytelse beskriver at bruker selv deltar i beslutningsprosesser og har reell innflytelse, mens den absolutte brukermedvirkning er brukerstyring hvor bruker selv tar beslutningene og tjenesteyteren utfører det som bruker har bestemt. Den hjelpetrengende blir beskrevet annerledes enn tidligere, og en kan se en ending i dagens psykiske helsevern fra pasientrollens passiv- mottaker til å bli mer aktive brukere (Ørstavik 2002). Brukerperspektivet krever at alle i det profesjonelle hjelpeapparatet rundt brukeren, gir slipp på mye av sin makt, hevder hun (ibid). Dette beskriver også brukermedvirkning:

Bruker eller brukerrepresentant går i dialog med politikere og/eller tjenesteytere og på lik fot med dem tilbyr kompetanse og spesialkunnskap – basert på egne og/eller andres erfaringer – for å løse ulike samfunnsoppgaver.” (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon 2001:s. 6 sitert av Antonsen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr.1, 2008).

Bruker som konsument, har frihet til valg på den ene siden men samme valgfrihet kan oppleves som kun et egenansvar, - en plikt til å velge. Det har tradisjonelt vært asymmetri mellom pasient og behandler. Mens pasienten søker hjelp og har en mer passiv rolle, er brukerens rolle å være medansvarlig i å få hjelp. Utydelige grenser for hvem som gjør hva gir en frihet uten muligheter til handling. Brukerne opplever at de får lite informasjon og synes at det er viktig og riktig at de er med på beslutninger. Pårørendegruppen faller også utenfor både i mulighet til deltakelse og i tilgang til informasjon. De uttrykker det i avmakt, resignasjon, bitterhet, raseri og oppgitthet. Det er et paradoks at hjelpeapparatet er avhengig av pårørende men overser dem (NIBR 2005:6, 2007:2). Det er en *ikke* holdning til pårørende, og aktive

tilbud til pårørende finnes ikke. NIBR- rapport (2005:6) viser sammenfallende erfaringer og er en relativt tung kritikk på mange ulike nivåer. Pårørende opplever det som et problem at ikke psykiatrien ser dem.

Og deres budskap er tydelig: For at ikke pårørende skal slite seg ut – og bli brukere med pasientstatus selv – er det nå å tide at det gjøres noen endrende grep som fører til at man også møter pårørende, og tar hensyn til deres behov og tar dem på alvor (NIBR Rapport 2005:6, s. 131).

Brukerne selv sier at de har behov for stabile hjelpere men beskriver at det er et stykke igjen til opplevelse av brukervedvirkning (Lauveng 2005). De pårørende har en viktig rolle, men i brukernes univers er behov for tilstedeværelse i hverdagen satt opp mot mangel på muligheter til å trekke pårørende inn fordi systemet begrenser. NIBR rapport (2007:2) viser at det har blitt en tendensendring og variasjon i hvem bruker regner som pårørende. Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) påpeker at det kvantitative målet langt på vei er nådd. Brukervedvirkning har fått en mer sentral plass, men brukerne har for liten innflytelse på egen behandling, og familien er nærmest usynlig. Dette til tross for at både lovverk og statlige føringer har hatt som hensikt å endre denne maktballansen.

Opptrappingsplanen er en struktur reform med svakt fokus på innhold og kvalitet framgår i rapporten. Det problematiseres at man vet lite om hva innholdet i tjenestetilbudet er.

Brukervedvirkning er enklere i teori enn i praksis (Ørstavik2002, Hansen 2007, Vørrang 2008).

I dette kapitlet er sentral systemteori er presentert med ekstra vekt på teori fra Tom Andersen, Harlene Anderson og Jaakko Seikkula. Filosofer som Wittgenstein, Bakhtin og Shotter er tatt med som støtte til dette. Psykisk helse er omtalt, samt teori på makt og brukervedvirkning.

3. METODE

Her vil jeg presentere hvordan denne undersøkelsen plasserer seg metodisk. Hvilket betyr begrunnelsen for at kvalitativ metode ble valgt, sett i lys av et postmoderne⁵ utsiktspunkt med sosialkonstruksjonisme som et viktig begrep. Fenomenologi og hermeneutikk forklares. Dette er en intervjuundersøkelse. I et forsknings intervju forholder Kvale (1997) seg til syv faser. De er å velge tema, planlegging av undersøkelsen i forhold til tema, selve intervjuet, transkripsjon av data, analysen, etiske betraktninger med troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet samt skriving av sluttrapport (ibid). Det blir gjort rede for hvordan arbeidet ble strukturert og hvorfor en analysemetode som Interpretative Phenomenological Analysis ble valgt. Interpretative Phenomenological Analysis omtales heretter som IPA.

3.1. Slik plasserer jeg undersøkelsen

Valget er kvalitativ metode. Hensikten er ikke å forklare men å få fram forståelse (Langdridge 2006). Deltakernes stemmer er det viktige (Dallos & Vetere 2005). Undersøkelsen favner brede beskrivelser, og det er forenelig med denne metoden (Kvale 1997). Det var ikke viktig for undersøkelsen å kunne prediktere hendelser men å avdekke prosesser. Avstand, nøyaktighet og objektivitet som kjennetegner kvantitative undersøkelser, er underordnet her. Kvantitativ metode er lite egnet i samfunnsvitenskapelige og psykologiske forskningsmetoder nettopp på bakgrunn av dette (Langdridge 2006). Det epistemologiske⁶ utgangspunktet er å plassere min tanke om kunnskap i en postmoderne sammenheng. Mennesker er ikke konstante og derfor ikke målbare. Det tar undersøkelsen høyde for. Positivistisk tankegang derimot forutsetter at det finnes noe målbart og konstant. Den modernistiske forståelsen av viten er at den er sann, ekte og målbar.

I kvalitative metoder derimot, vektlegges rike beskrivelser. Det er takhøyde for at alle skal høres og alle syn være likeverdige. IPA som metode er nær begreper som fenomenologi, hermeneutikk, sosialkonstruksjonisme og narrativ metode. IPA slik den beskrives av Jonathan Smith hos Langdridge (2006) er en retning som vektlegger hvordan mennesket i en situasjon

⁵ Beskrevet s. 11

⁶ Definisjon av epistemologi: Hvordan oppnår man kunnskap? Epistemologi kalles også ofte for erkjennelsesteori. (www.filosofi.no/epist.html, lest 10.07.2009).

opplever og gir mening til opplevelse. Hensikten er å få en så detaljert beskrivelse av hva deltakerne har erfart og deres oppfatning av undersøkelsens tema. Forskerens fortolkning er anerkjent innen denne retningen (ibid). I denne undersøkelsen fjerner jeg meg fra at jeg er ekspert. Jeg er en medforfatter av mening sammen med mine informanter, i relasjonen oss imellom, i det språket og den samtalen som vi har. Det er helt i tråd med IPA som derfor sees på som egnet metode.

Det er ytterligere begreper og forståelser som passer inn i postmodernismen. Både konstruksjonisme og sosialkonstruksjonisme hører inn i dette vitenskapssynet. IPA er nær knyttet sammen med begrepet sosialkonstruksjonisme. Det handler om hvem vi er: *our sense of self emerges from never ending flow of intersubjective communication (Eatough & Smith s.184)*. Kvale (1997) hevder at erfaring, mening, livsverden, samtale, dialog, fortelling og språk må forstås som en sosial konstruksjon som avhengig av historiske og sosiale sammenhenger, er det som ligger til grunn for hvordan vitenskap kan forstås. Det er valgt en retning innen fenomenologien som vektlegger den hermeneutisk fenomenologiske grunnmuren mer enn den forklarende fenomenologien. Forståelse er i IPA forstått som kulturelt betinget. Bakhtin ville sagt at vi har med oss alle tidligere samtaler inn i hver ny samtale (Dyste 2001). I møtet med andre og i språket skapes virkelighet, og det handler om å få tak i alle aspekter av levd opplevelse, - ønsker, følelser, atferd og handlinger (Lundby 2003). I fenomenologien ønsker en å gjengi livs verden og erfaring slik den beskrives. Fenomenologi er kort sagt erfaringsvitenskap. Tanken er å se på verden slik den fremstår (Langdridge 2006). I følge Dallos & Vetere (2005), er nøkkelfaktorene for fenomenologi å finne mening med handling og intensjon. Det er å få rike beskrivelser gjennom å se på handlinger i kontekst eller variasjon i tid og forskjellige kontekster. Ved hjelp av IPA, ser en på at teori oppstår ved induktiv metode⁷. I metoden holdes funnene opp mot eksisterende teori og lar leseren trekke slutninger med egen erfaring. Fenomenologiens hovedfokus er hvordan ting opptrer for oss og gjengir vår livs verden slik Husserl beskrev ”*Zu den Sachen*”, Heideggers ”Dasein” eller ved Merlau-Ponty sitt uttrykk: ”*man is in the world, and only in the world does he know himself*” (Eatough 2008, Langdridge 2006). Vi har med en førbevissthet eller forforståelse som gjør at vi aldri kan stille oss utenfor et fenomen som helt

⁷ Induktiv metode: det teoretiske perspektivet framkommer på grunnlag av analyse av dataene (Thagaard 2003,169)

objektive. En er bevisst dette "noe" ut fra "noe" en allerede har knyttet bevissthet til. Det er en utfordring å se bort fra egne ideer og egen forforståelse. Fenomenologien utfordrer oss i det å tvile på og sette spørsmål ved alle oppfatninger som ligger til grunn hos meg som forsker, i det aksepterte og i alle allmenne oppfatninger vi omgir oss med. Det betyr at all forforståelse må legges fram, gjøres transparent, og jeg som forsker må si noe om egen antakelse for at jeg så langt som mulig kan få øye på fenomenet i seg selv (Langdridge 2006). Den tyske filosofen Hans Georg Gadamer pekte på at tolkning er en del av å forstå et fenomen. I forskning kan mening forstås ved å se den i sammenheng med helheten den inngår i. Helheten forstås ut fra de delene som skaper den. Inn i dette medbringes egen forforståelse. Det nye en ser, ser en i lys av noe en har med seg. Samtidig vil dette nye en ser, skape en ny forståelse som gir ny kunnskap. Dette er det som vi forstår som den hermeneutiske sirkel. IPA som metode er influert av hermeneutikken.

The 'circle' in understanding belongs to the structure of meaning and the later phenomon is rooted in the existential construction of Dasein – that is, in the understanding which interprets. An entity for which, as Being-in-the-world, its Being is itself an issue, has ontologically, a circular structure (Heidegger 1962/2004:195 referert i Eathoug & Smith 2008 s.181).

Meningsdannelse er en pågående prosess, og kunnskap er mangfoldig. Det finnes altså ikke bare en sannhet, men noe er sant til en ny sannhet oppstår som følge av nye forståelser, et postmoderne ståsted. Kjentetegn ved IPA, er at det er en ideografisk metode. Det vil si at IPA ser på det unike og særpregede ved et fenomen. Slik sett er den forenelig med kvalitativ forskning. Her ønskes den bredest mulige beskrivelse av erfaring samt opplevelse om et avgrenset tema. I det motsatte, positivistisk forskning, nyttes hypotetisk deduktiv metode⁸ hvor forskeren skal være objektiv. Allerede tidlig i analyseprosessen med IPA, blir det tatt hensyn til allerede eksisterende teori samt forskerens forforståelse. Samtidig har den en induktiv tilnærming til empiri. Utvalget informanter er lite med godt kjennskap til temaet. Empiri, datamaterialet, samles ved hjelp av for eksempel intervju. Datamaterialet tolkes av forskeren. Informantenes opplevelse, deres erfaring samt i tillegg forskerens egen fortolkning, ligger til grunn. Data fra materialet analyseres tematisk i forhold til

⁸ Hypotetisk-deduktiv metode er: Hypoteser(spesielle antakelser, gjerne fra teori)som testes empirisk. Logiske slutninger trekkes på basis av disse testene (Langdridge s.24,2006)

meningsinnhold. Paralleller til metoden er foucaudiansk diskursanalyse, men i valg av IPA er fokuset hvordan diskursive konstruksjoner er implisitt uttrykt hos individet. Narrativ analyse er en annen parallell - også IPA fokuserer historien i hvert enkelt menneskes fortelling. Noen ser IPA som en slags bro mellom diskursiv psykologi og sosial kognisjonsforskning, og filosofen Merleau-Ponty trakk paralleller mellom kropp og følelse av selv *"simply put, we are our bodies"* (i Etanough & Smith 2008:186). IPA henvender seg også med interesse til kroppslig opplevelse.

3.2. Intervju

Ordet metode betyr oversatt veien mot målet (Kvale 1997:52). Undersøkelsen gjør bruk av intervju til datasamling. Undersøkelsen gjorde bruk av et semistrukturert intervju, det vil si en intervjuguide som har noen ferdige spørsmål. Den gir mulighet til å stå fritt i forhold til hvordan spørsmålene ble stilt og rekkefølgen. Det er meningsinnhold og ikke mengde som er vektlagt samt interesse for hva som oppstår i disse samtalene. Problemstilling og forskningsspørsmål har vært utgangspunkt for utarbeidelse av intervjuguiden. Etter innledende spørsmål som gikk rett på det området undersøkelsen fokuserte på, fulgte mer spesifikke spørsmål. Spørsmålene var åpne, og jeg benyttet muligheten til å kunne få stilt nødvendige oppfølgingsspørsmål. Etter utprøving av intervjuguiden, ønsket jeg å stå fritt til å gjøre nødvendige endringer. Jeg valgte å slippe intervjuguiden mest mulig og la intervjuet være som en samtale. Intervjuguiden var så godt kjent at jeg kunne frigjøre meg fra rekkefølge der det var hensiktsmessig. Gjennom intervjuet skulle jeg bli kjent med intervju-personenes livs verden. I tillegg måtte materialet være håndterbart på begrenset tid. Intervjuet kan lignes med en samtale hevder Kvale (1997). Det er anbefalt mellom 6 og 12 deltakere (Langdridge 2006), mens Kvale anbefaler 15 +/- 10 (1997). Det var naturlig å avslutte intervjurekken når det ikke kom nye opplysninger samtidig som det var nødvendig å fortsette til materialet var tilstrekkelig. Dette er i tråd med anbefaling (ibid).

3.2.1. Hva ville jeg undersøke?

"Hva er det som avgjør hvilke brukere som får tilbud om familiesamtaler i kommunalt psykisk helsearbeid? Hvordan beskrives familiesamtalen og hvilke teoretiske referanser knyttes til tilbudet?"

Jeg var nysgjerrig på hva erfarne medarbeidere innen psykisk helsearbeid rettet mot voksne ansatt i forskjellige kommuner, sa om å gi tilbud om familiesamtale. Videre var jeg nysgjerrig på hvem de som gir tilbudet er. - Til hvem gir de tilbudet? - Hvor får brukerne dette tilbudet? - Hva forteller disse erfarne medarbeiderne om egne valg i bruk av tilnærming i samtale, og hva begrunnet de dette med?

Det har vært undervist i systemisk praksis og om reflekterende prosesser i videreutdanning i psykisk helsearbeid de seinere åra. Jeg ville også se om det fantes spor av dette hos intervjupersonene. Til å begynne med var tanken å forske på egen praksisplass, men forskningsmessige utfordringer ble for store så valget ble kommunalt psykisk helsearbeid andre steder. En telefonrunde til kommuner fulgte. I prosessen med å finne kommuner som drev med familiesamtale, var det ikke alltid like lett å nå gjennom på telefon eller via e-post. Noen hadde dette tilbudet andre ikke. Det vakte nysgjerrighet hos meg hva denne forskjellen kunne bety. I undersøkelsen så langt er det elementer også fra Grounded Theory, GT. Gjennom nysgjerrige utgangsspørsmål til kommunene framkom opplysninger som i sin tur førte fram mot det som ble oppgavens forskningsspørsmål. Veien videre kunne vært annerledes dersom hele undersøkelsen hadde vært gjort med GT.

Av dem jeg snakket med på telefonen i november 2008, hadde fem kommuner et familieperspektiv. Det var en stor bykommune, en stor landkommune og tre små kommuner. To store bykommuner arbeidet ikke ut fra familieperspektivet.

3.2.2. Utvalg

Utvalget av kommuner var etter hvert tilstrekkelig og inneholdt både store kommuner, små kommuner, kommuner i indre strøk og i ytre strøk. Innen gruppen sykepleiere, vernepleiere, barneverbspedagoger og sosionomer, forventet jeg å rekruttere informanter. Ønsket var størst mulig variasjon i informanter. Så langt kan det kalles et strategisk utvalg (Thagaard 2003). Videre kontakt med kommunene var via e-post. De ble spurt om å møte meg til et intervju og fikk informasjonsskrivet (Vedlegg nr.1). Et par kommuner måtte kontaktes igjen flere ganger både via e-post og på telefon. Svar kom etter hvert. De fleste kommunene stilte med en person. En kommune stilte med to informanter som gjerne ville intervjues sammen. Dette utvalget kunne jeg ikke påvirke. Det var tilfeldig, og samlet materialet er en blanding av både strategisk og tilfeldig utvalg (Thagaard 2003).

3.2.3. Gjennomføring av undersøkelsen

Min egen arbeidshverdag begrenset når intervjuene kunne foretas. Intervjuet ble foretatt på intervjupersonens arbeidsplass. Jeg tok hensyn til når det passet intervjupersonene. De ga uttrykk for at det var greit å bli intervjuet på sin arbeidsplass. Utgangspunktet var å unngå at det forstyrret det daglige arbeidet. Informantene fikk en liste med tilgjengelighet og fikk velge fritt ut fra denne. Aller først foretok jeg et pilotintervju (vedlegg 3). Informanten undertegnet samtykkeerklæring som også er brukt videre i de neste intervjuene (se vedlegg 2). Jeg brukte opptaksutstyr. Intervjuet ga meg en ide om endring av spørsmålsrekkefølgen. Noen av spørsmålene i den første intervjuguiden lukket samtalen. De kom for tidlig i samtalen (se vedlegg 3). Pilotintervjuet ble transkribert, og informantene fikk et eksemplar av det transkriberte intervjuet til gjennomlesning. Pilotintervjuet ble analysert og er tatt med inn i materialet. På bakgrunn av erfaring i pilotintervjuet ble intervjuguiden endret noe, ikke i innhold, men i rekkefølgen. Noen spørsmål kom for tidlig, og jeg opplevde at de lukket samtalen. Andre spørsmål trengte en liten justering. Noen nye spørsmål ble til (se vedlegg 4). For å forsikre meg om at denne intervjuguiden passet bedre, ble det foretatt enda prøveintervju. Det var to med arbeid i skolesektoren som stilte til intervju. Begge har erfaring i arbeid med familier men i skolesammenheng. Denne måten å teste intervjuguiden på gjorde også at gyldigheten ved den ble forsterket fordi intervjuguiden var velegnet i lignende sammenhenger og andre arbeidskontekster. Tilbakemeldingen etter prøveintervjuet var at intervjuet var meningsfullt. Samtale og refleksjon over eget arbeid, hadde de ikke gjort før. Intervjuet ble tatt opp men ikke transkribert. Gjennom prøveintervjuene fikk jeg erfaring på at jeg trivdes best med intervjuguide kun som retningsgivende og i en åpen samtale. Informantene fikk lese gjennom intervjuguiden mens opptaksutstyret ble klargjort. Derigjennom visste de hva vi skulle snakke om. Hos Kvale (1997) kalles det briefing. Jeg ba dem fortelle om familiesamtale hos dem. De fortalte sin historie og jeg lyttet. Emnene som informantene tok opp var jeg oppmerksom og lyttende til. Dypere og videre beskrivelser ble etterspurt der det var viktig. Det medførte at spørsmålsrekkefølgen ble forskjellig for hvert intervju men spørsmålsinnholdet likt. Intervjuet var tidsbegrenset til å vare en til to timer. Det var kanskje en time for lenge. Det var en klar fordel at intervjuet ikke varte lenger enn en time. Av et intervju på en og en halv time ble det stort materiale og opplevelsen var at det ble krevende å sitte i en samtale så lenge både for meg og intervjupersonene. Etter intervjuet ble informantene debriefet (ibid) i forhold til om de hadde fått svart som de skulle, ønsket og om

opplevelsen av intervjuet var god. Jeg hørte lydbåndopptaket av intervjuet like etter at det var gjort. Det var viktig for meg å sjekke kvalitet og at jeg forsto det som ble sagt. Det ga meg mulighet til å reflektere over svarene i fred og ro.

3.2.4. Transkribering

Det er en utfordring i seg selv å gjøre om muntlig språk til skriftspråk, transkripsjon. I dette er det kvaliteter som kan gå tapt. Kroppsspråket og budskapet som kan ligge i bruk av stemme, i stemmestyrke og i rytme forsvinner. Det materialet jeg fikk, leste jeg gjennom flere ganger slik det er anbefalt (Dallos & Vetere 2005:59). Det som var uklart, tok jeg meg tid til å høre på om igjen. Jeg har selv transkribert alt slik det ble sagt, men allerede her ble navn og stedsnavn i materialet fjernet. Transkripsjonsprosessen var lang. Det hjalp meg en del at jeg kunne bruke transkripsjonsutstyr med fotpedal som forenklet prosessen noe.

3.3. Analyse

Analyseprosessen med elementer av analysemetoden IPA, pågikk hele veien også før og under intervjuet, i tråd med det Kvale (1997) hevder. Allerede i bilen tilbake hørte jeg gjennom intervjuet. Den aller første delen av min analyse omhandlet hvorvidt det hadde vært et intervju med en vennlig atmosfære og om jeg hadde latt informantene få komme med sine ord uten å forstyrre for mye. Jeg noterte noe, og valg av hva som ble notert, er også en del av analysen. Det å ha muligheten til å ta med egne tanker og refleksjoner inn i analysen, var svært nyttig for meg. Hovedanalyseprosessen startet med å gå gjennom intervjuene og notere egne tanker i den venstre margin. På den måten kunne egen forforståelse både være med og legges til side. Ideer om teori til drøftingsdelen ble notert allerede her. Ikke minst var det nyttig å knytte materialet til egen klinisk erfaring. Det hjalp meg til å være enda mer tro mot materialet. Egne refleksjoner var nedskrevet, og jeg kunne se på materialet en større ro fordi min egen forforståelse forstyrret mindre, for i IPA er hensikten er å forstå deltakernes kunnskap, - den lokale teori. Jeg var på jakt etter mine informanternes utsiktspunkt. Dallos og Vetere (2005) hevder at forskjellen mellom Grounded Theori og IPA, er at IPA vil *beskrive lokal teori* mot den andre som vil *utlede teori*. Det interessante var å stoppe opp og se på hva det var de som arbeidet i kommunepsykiatrien, tenkte og være tro mot dette også det som underkjenner det jeg selv trodde og tenkte. Det er anbefalt å la en kollega intervju om egen refleksiv posisjon (Dallos & Vetere 2005). Det er ikke gjort i denne undersøkelsen.

Til å begynne med leste jeg teksten for å finne det som er selve meningsinnholdet i teksten jeg hadde (Dallos & Vetere 2005; Langdridge 2006, Etanough & Smith 2008).

Materialet fikk ligge en stund og modne før jeg startet selve analysen. Det var nyttig å få litt tidsmessig avstand til materialet, trå et skritt tilbake, og se det fra metaperspektiv.

Analysemetoden medfører at arbeidet blir gjort nedenfra og opp (ibid). I tråd med hva man kan gjøre innen IPA, har analysemetoden fått et personlig preg. Hvert enkelt intervju ble gjennomarbeidet for seg. Det viste seg at intervjuene var noe forskjellige. Jeg ville så langt som mulig ha et åpent sinn, og ikke legge til noe mer enn det som står der (ibid). Slik gjorde jeg det: For å kunne finne tilbake til original tekst har jeg nummerert hvert avsnitt for enkelt å kunne gå tilbake til original tekst. Intervjunummeret står først, og 1.34, for eksempel, betyr intervju nummer en, avsnitt trettifire. Tre matriser ble laget. Original tekst er i midten.

Kodene i høyre marg er også nummerert tilsvarende originalteksten. Det jeg gjerne ville ha med som direkte sitat ble markert. Høyre del er brukt til nøkkelord og oppsummering av mening. Venstre del ble brukt til å notere egne tanker, refleksjoner, reaksjoner og eksisterende teori slik det er anbefalt hos Dallos & Vetere (2005)(vedlegg nr.5 viser dette). Tredje trinn omhandlet å strukturere temaer. Jeg fant klynger eller grupper av tema. Disse ble satt sammen helt og holdent ut fra det som jeg mener passer sammen. Eksempel:

IDE TIL SAMTALE(1,12)
HVA SLAGS SAMTALER(1,13)
REFLEKTERENDE PROSESSER(1,13)
SAMTALEERFARING(1,23)
HVA ER DET HUN HAR SOM OPPGAVE I SAMTALEN(1,28)
OM FAMILIESAMTALE(1,30)
PERSONALETS ROLLE(1,30)
SAMTALENS ART(1,30)
SAMTALEUTFORDRINGER(1,31)
FORBEREDELSE TIL SAMTALE(1,54)
TEMA FOR SAMTALE(1,56)
DETTE TALER MOT(1,57)
FREKVENS(1.13)
MÅL(1.14)
ANDRE FUNKSJONER(1.47)

I denne prosessen forsvant enkelte tema fordi de ikke hadde relevans, eller fordi de gled inn under et annet tema. Det kunne for eksempel være at informanten sa mye om arbeid med barn og unge. Mitt fokus i denne undersøkelsen var den voksne klienten. Et annet eksempel er at det kom fram informasjon om arbeid i institusjon. Mitt fokus er kommune. Det var svært viktig å være nær datamaterialet og ikke bli fristet til for tidlig å teoretisere (Langdridge 2006). Det ble en oppdagelse for meg underveis. Ved å la teksten selv stå fram, kode all tekst avsnitt for avsnitt, så oppdaget jeg både tema og kategorier som jeg ikke automatisk hadde sett som intervjuperson nummer to sine tanker om helse. Hvert intervju var forskjellig med hensyn til oppdagelser. Et intervju hadde mye fokus på brukers deltakelse (1). Et intervju hadde mer fokus på informantens egen fagpersonlige rolle (2). Et annet intervju hadde mye samfunnsfokus (5). Det var forskjeller som jeg lett kunne oversett om jeg kategoriserte for fort. Jeg ble fasinert av mine oppdagelser underveis. Når jeg helt sluttet å tenke på hva det var de ønsket å si og bare forholdt meg til den tekst biten som jeg hadde foran meg, ble det en utrolig oppdagelsesreise (vedlegg 5). Etter at kodene var satt opp kronologisk og det var funnet sammenhenger mellom disse, ble de overordnede kodene samlet i tema. Det er jeg som har gjort kategoriseringsarbeidet, og kategoriene mine ble noe forskjellige i hvert intervju. Kategoriene i materialet fra pilotintervjuet ble slik:

- Muligheter i lovverk, planer og føringer fra sentralt hold.
- Forhold til kunnskap.
- Samtale eller familiesamtale.
- Personalet i samtalen.
- Familien i samtalen.
- Makt.

Kategoriene i materiale to ble:

- Bakgrunn og erfaring.
- Helse, hva er helse.
- Erfaringskompetanse.
- Dialog.
- Familiesamtale.
- Kommunale oppgaver.

I det tredje materialet ble kategoriene slik:

- Terapeuten personlig.
- Dialog.
- Relasjon.
- Familiesamtale.
- Kommunens muligheter.
- Yrke og teori.

Det fjerde materialet hadde disse kategoriene:

- Kommuneorganisering og muligheter.
- Terapeuten som person.
- Makt.
- Dialog.
- Problem.

Det femte materialet viste disse kategoriene:

- Familiesamtale.
- Organisering i kommunen.
- Yrke og utdanning.
- Personlig.
- Bruker.
- Problem og endring.
- Makt.

Trinn fire i denne analysen var å lage en oppsummerende tabell, illustrert med sitater fra hvert tema og gruppe. I denne prosessen var det også nødvendig å være forsiktig da det kan være en fare å miste meningsenheter (ibid). Det har vært mitt valg ikke å skrive om det de har sagt. Mye direkte sitat er beholdt. Alle intervjuene ble gjennomarbeidet til og med trinn fire. Til slutt ble temaene samlet i overordnede tema og til slutt samlet til hovedtema (Dallos & Vetere 2005). Det femte og siste trinn i min analyse var å finne gjennomgående tema for alt datamateriale som ligger der og lage en tabell for tema med undertema som skal fange det som framkommer av mening i intervjuene. Hvor mange tema og undertema som

framkommer kan variere gjennom hver enkelt studie. Det var på forhånd ikke mulig å si noe om hvor mange disse kom til å bli (Langdridge 2006). Hvert tema har utspring i teksten. I mitt materiale var de gjennomgående. Det kom også fram en del underkategorier som var felles i materialet og som framkommer i presentasjonen av funn:

- ❖ Kommunen
 - Organisering
 - Muligheter
 - Begrensninger
- ❖ Den erfarne medarbeider, kompetanse og typen kompetanse
 - Den personlige faktor
 - Fagkompetanse
 - Erfaring
 - Relasjonskompetanse
 - Systemteoretisk kompetanse
 - Erfaringskunnskap i familiearbeid
- ❖ Bruker og familie
 - Makt
 - Brukers arena
- ❖ Familiesamtalen
 - Åpnende elementer
 - Til hinder for denne typen samtale
 - Hva tenker de om familiesamtale
 - Det å gå inn to
 - Personalets rolle
 - Den flerstemte dialogen
 - Fra hverdagsprat til samtale
 - Å dele perspektiv
 - Tema
 - Lytteposisjoner
 - Endringsprosesser
- ❖ Visjoner

Det er trukket ut og sammenfattet felles innhold og det som har vært forskjeller mellom informantene. Informantenes stemme har fått komme tydelig fram. Forskningsspørsmålet har vært overordnet i hele analyseprosessen, og jeg har hatt forskningsspørsmålet som rettesnor for hva som er relevant.

I denne delen av analyseprosessen fikk informantene mine fiktive navn, Cathrine, Dina, Eva, Frida, Grete og Hans. Det er den eneste hensikten med at jeg har brukt navn, er at det har gjort presentasjon av resultatet fra undersøkelsen enklere.

3.4. Ethiske betraktninger

Ethiske hensyn er tatt gjennom hele forskningsprosessen (Kvale 1997). For denne undersøkelsen ble det gjort slik: Søknad med orientering om prosjektet ble sendt til Regional etisk komité, REK, i slutten av februar 2009. Dette prosjektet var ikke meldepliktig og dermed godkjent. 30.03.09 kom det også en bekreftelse på dette fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD. Det er innhentet samtykke fra den som intervjues. Dette samtykket gjelder også bruk av opptak til mastergraden er avsluttet. Materialet er behandlet konfidensielt. Mine informanter ble forsikret om at jeg sletter lydbåndopptak etter bruk. Materialet er til avsluttet master, oppbevart i et låsbart arkivskap. Samtlige fikk beskjed om at de når som helst i prosessen kan trekke seg fra intervjuundersøkelsen. Da det kom en telefon om en informant som ønsket å trekke seg, var jeg nødt til å forholde meg til dette. Det var leit ikke å kunne bruke et godt datamateriale, men jeg var ikke et øyeblikk i tvil om at informanten var i sin fulle rett til å trekke seg uansett når det var i prosessen. Det formidlet jeg. Telefonsamtalen rundt dette, på initiativ fra informanten, gjorde at denne informanten likevel ønsket at intervjuet skulle brukes. I etterkant spør jeg meg selv om jeg påvirket dette og er sikker på at informanten ble forsikret om retten til å trekke seg. Deltakere og alle opplysninger som kan plassere mine informanter, er anonymisert i hele datamaterialet. Det har jeg gjort på den måten at alle kommunenavn er fjernet og at deltakere har fått oppdiktete navn.

3.4.1. Selvrefleksivitet

Om selvrefleksivitet sier Dallos & Vetere (2005) at forskeren under hele forskningsprosessen bør tenke på å føre en prosessjournal eller en prosessdagbok. I denne undersøkelsen valgte jeg dagbok hvor tanker, reaksjoner, avgjørelser, linker til teori og sammenhenger til praksis er

notert. Råd fra både fra Dallos og Vetere (2005) og fra Everett & Furseth (2004) samt IPA, regner med forskerens stemme inn i forskningen. Jeg har som beskrevet brukt høyre marg til egne tanker, egen tilknytning til teori, og disse notatene kunne også vært analysert (Dallos & Vetere 2005). Jeg har ikke gjort det, men min egen rolle samt det som er mitt eget i materialet er belyst (ibid). Andre studenter fra trinn C, lesegruppa, har gitt støtte og hjelp til å være refleksiv. Foruten å lese hverandres arbeider, har vi gitt hverandre kommentarer. Det vanskelige, de morsomme sidene ved prosessen, selve skrivearbeidet, og litteratur og skriveteknikk har jeg diskutert med dem. Timene med veileder har også vært en del i prosessen med å få til en god refleksjon over eget arbeid.

Det har vært viktig å være tro mot materialet jeg har. IPA som metode gjør at jeg er invitert til å ta med eget ståsted inn i arbeidet. Jeg skriver og tenker farget av det jeg selv har opplevd, av hvem jeg er og det jeg har tilegnet meg av kunnskap. Jeg er farget av alt det jeg har med meg. Det er fare for at materialet bærer preg av at jeg har arbeidet mitt i kommunalt psykisk helsearbeid, men jeg er oppmerksom på at jeg kjenner kun en kommune og den kommunens organisering. Jeg har alltid arbeidet ”ute” hos brukeren, og min tro på at det er en god måte å arbeide på, kan også farge arbeidet. Bakgrunn som kvinne, kone, mor, datter og tilhørende samisk og norsk kultur, kan være med på å farge min undersøkelse. I min egen kultur er det nære og tette bånd til familien. Det er noe som helt klart preger meg. Jeg har en forventning om at familie skal få være med. Yrkeserfaringen min som nåværende psykiatrisk sykepleier, mangeårig erfaring fra hjemmebaserte tjenester og fra neonatal avdeling, vil også prege min undersøkelse.

I arbeidet som utføres hjemme hos bruker, har jeg sett at det er nødvendig å regne med og ta hensyn til familie, og det har gitt meg noen forventninger om hvordan man bør ta familien med. Familien ble utelukket fra min behandling da jeg selv var pasient, og jeg følte meg alene uten familien. Jeg vært pårørende til barn, voksne og eldre. Noen av disse erfaringene er gode, men jeg har selv opplevd at psykiatrien stengte døren for oss som familie under sykdom. Den som var pasient ble ikke informert om sine rettigheter og ble heller ikke hørt i sitt ønske om at familien skulle få være med. Disse opplevelsene har jeg sett på. Jeg har forsikret meg om at det ikke var min egen opplevelse jeg la til grunn i undersøkelsen og som dominerte meg i den ene eller andre retningen, men noen reaksjoner er automatiske. Selv disse kan åpne og lukke for samtale. De er spontane og kan ikke filtreres. Holdningene mine og de fordommene jeg

har, vil også kunne prege intervjuet og analysen. Jeg ser for eksempel, at min litt forsiktige måte å intervjuer kanskje kunne være en utfordring. Jeg dro oss kanskje ikke kjapt inn på temaet når intervjuet tok en avstikker.

3.5. Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

Thagaard (2003) refererer til at troverdighet handler om hvorvidt undersøkelsen er gjort på en måte som er troverdig nok. Jeg har nøye beskrevet hvordan min undersøkelse er utført. Materialet ble sendt tilbake til respondentene for å forsikre om at de kjenner seg igjen. De fikk tilbud om å lese og å kommentere det de eventuelt ikke kjente igjen i det transkriberte materialet.

Jeg har gjort undersøkelsen med mitt utvalg av teori, empiri og utsagn fra teksten som er avgjørende for hvordan denne undersøkelsen ser ut. Jeg har min egen forforståelse som jeg har gjort rede for. Dersom undersøkelsen ble gjort av en annen kan det hende den hadde sett annerledes ut.

Jeg har nøye gjort rede for min prosess og mine valg som er gjort underveis som at intervjuguiden er testet ut i flere omganger. Jeg kunne ha vært fristet til å gå tilbake til informantene og be om flere opplysninger, men denne undersøkelsens størrelse og tidsfristene tillot ikke det. Underveis i prosessen har jeg diskutert med andre slik at prosessen skal være troverdig.

Informantene er få, og de forteller om sin opplevelse. Det vil sannsynligvis ikke representere hele denne gruppen, men jeg går ut fra at det vil gi gjenkjennelse hos andre som arbeider i denne arbeidskonteksten. En tilsvarende undersøkelse gjort et annet sted med samme måte å velge ut informanter på, samme intervjuguide og samme teorigrunnlag, ville sannsynligvis gitt et sammenlignbart resultat. Det er den virkeligheten mine informanter forteller om som jeg har prøvd å gjengi. Samtlige refleksjoner som jeg har gjort rede for om analyseprosessen, er også med på å gi undersøkelsen gyldighet.

Jeg har vist hvordan analyseprosessen har vært, og hva som er bakgrunn for de resultatene som jeg presenterer. Konteksten undersøkelsen ble gjort i og den trinnvise analysen er presentert. Informantene var kjente med målet for forskningen. Håpet er at de også kjenner seg igjen i de resultatene som er presentert og at funnene vil ha nytteverdi.

4. FUNN OG DRØFTING AV FUNN

4.1. Kommunen

I dette kapitlet presenterer jeg undersøkelsens hovedfunn ut fra min kategorisering. Den norske helsepolitikken er av mange regnet som en av verdens beste. Den er raus og rommer alle. Vi har et godt helsevesen og klokkeetro på at vi får hjelp når vi har behov for det. Å mestre sine livsbetingelser skal en helst få til hjemme der en er bosatt. Der er det kommunens hjelpenettverk som kan trå støttende til. Hvordan ser hjelpenettverket ut? Det som kanskje kom litt overraskende var at det dukket opp så mange forskjellige måter å organisere psykisk helse på. Jeg velger å dvele litt ved det. Kan det være et resultat av babels forvirring eller er det et resultat av indre demokrati?

4.1.1. Organisering, muligheter og begrensninger

Det å ha en psykisk lidelse er fremdeles stigmatiserende. En av informantene, Hans, gjør oppmerksom på at det er et større stigma å være psykisk syk i en liten kommune enn i en stor. Informantene forteller at det allerede er planlagt økonomiske innsparinger i kommunene de arbeider i. Samtlige informanter forteller om et hovedfokus på individet. Kun en i en kommune er det helt klart at informantene arbeider med et familiefokus og tenker på familien som en helhet. Grete sier, *vi kan ikke ha det (tette skott, min tilføyelse) for da blir vi enkeltmannsforetak (5.260)*, og hun sier videre: *Det er jo egentlig en ønskesituasjon. Tenk, å være i en kommune hvor du kan spille på de ressursene (5.260)*. Det har vært et for sterkt fokus på kvantitative og økonomiske mål. Disse er nådd. En del hindringer for at målet i Opptappingsplanen (St.prp.nr.63 1997-98) skal nås, er det fremdeles. Det handler om kommune økonomi, problem med rekruttering og også hos noen en utilfredsstillende organisering. I Forskningsrådets evalueringsrapport etter opptappingsplanen (2009), pekes det på at det fremdeles er behov for øremerking. Evalueringsrapporten konkluderer med at det har gått best med de kommunene som har samlet personell og det har gitt bedre kontroll med midlene og bedre faglig kvalitet (ibid). Det faglige må framover nå ha sterkere fokus (ibid). Til tross for det forteller informantene om at innholdet i tjenesten varierer og at den faglige arena for å diskutere innhold i tjenesten mangler. Det forskes ikke og skrives ikke noe i kommunen, forteller informantene.

Det er mye snakk om hva som er økonomisk best i kommunene og det kommer stadig nye prosjekter fra øverste hold. Tanken min er at det dokumenteres kanskje ikke nok i forhold til det som skjer på grunnivå. Opptrappingsplanen er en struktur reform med svakt fokus på innhold og kvalitet framgår i Forskningsrådets evalueringsrapport (2009). Det er et klart funn i denne rapporten at det kvantitative målet langt på vei er nådd.

Dina: Jeg tror nok ikke at kommunen helt veit hva vi driver med, altså, at det er sånn at det er stor nok forståelse for det. Det opplever vi jo, at ikke legen ikke en gang veit ute (2.229),

og litt senere sier Dina: *Det er jo noe- hvordan kommunen tenker psykiatrien. Det blir jo forma mye etter hvordan de tenker og hva de tenkte om oss og hvor gode vi blir til å si noe om det også (2.243).*

Mengden tjenester har økt. Antallet hjelpere er også nådd. Det er nådd et kvantitativt mål for utdanning forteller evalueringsplanen (Forskningsrådet 2009), og det sier mine informanter også at deres kommuner har vært styrket med stillinger men at det allerede er snakk om nedtrapping. Tanken om tverrfaglighet er heller ikke nådd. Om det sier Dina:

Og som jeg sier, her også, det som skremmer meg litt er at vi kunne faktisk vært politi og prest her. For de kan også ta den utdannelsen og så skal vi nå inn i en organisering hvor vi skal ha mer medikamenthåndtering, og hadde vi faktisk hatt de to prestene (2.280-290).

Det er kanskje et så dominerende medisinsk perspektiv at andre tanker taper. I et så dominerende perspektiv har kanskje systemperspektivet svært små kår.

Samtidig synes jeg det er jo ofte synd, når kommunen har prosjekter og man bruker jo kanskje mye midler og så ...blir det litt liggende i skuffene etter hvert (m m). Sånn når jeg tenker på hvor mange som fikk den utdannelsen og hvor mye mer vi kunne ha brukt av de”(4.50).

Slik beskriver Frida den kommunale satsingen på nettverksutdanning for noen år tilbake. Andre perspektiv enn kun det individuelle har vært fokusert. Anbefalingen er at tjenestene til brukerne bør være virkningsfulle, trygge, sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse samt være samordnet, gi kontinuitet i tjenesten og utnytte tjenestene hensiktsmessig (Sosial og helsedirektoratet 2005, Forskningsrådet 2009). De (ibid) anbefaler fortsatt øremerking av midler og at det bør være en faglig enhet for psykisk helse i kommunen. Det er anbefalt et fokus mot det faglige innholdet i behandling der faglig innhold må ha kvalitet og inneholde spesialkunnskap. Det anbefales et videre arbeid med kvalitetsindikatorer. Det anbefales også

videre arbeid med satsing på brukermedvirkning. Det er lite rom for dette ut fra det som er tendensen i svarene jeg fikk. Som denne undersøkelsen viser varierer tjenestetilbudet bare i disse få kommunene. Det er langt mellom politisk intensjon og det å få til en snuoperasjon. Det bør også være en faglig enhet for psykisk helse i kommunen. Det er anbefalt et fokus mot det faglige innholdet i behandling der faglig innhold må ha kvalitet og inneholde spesialkunnskap (Forskningsrådet 2009). Arbeidet med kvalitetsindikatorer anbefales videre. Oppbygging av psykisk helsearbeid er kanskje et mer tidkrevende prosjekt enn først antatt. Kanskje har det også dukket opp utfordringer underveis som det ikke var mulig å forutsi. Det kan for eksempel være at den kompetansen som brukerne selv bærer med seg må tydeligere fram, eller at hjelpen må gis som antydnet, i det tempoet som er nødvendig. Hvem er de så de som er medarbeidere?

4.2. Den erfarne medarbeider

4.2.1. Presentasjon av personene i undersøkelsen

Alle som jeg intervjuet i denne undersøkelsen, har erfaring med familiesamtale. Kan hende har jeg snakket med informanter som er spesielt interessert i familieperspektivet. Cathrine og Dina er sykepleiere og har ny, tverrfaglig utdanning. De andre sykepleierne, Frida og Eva, har utdanning i psykisk helsearbeid for kun sykepleiere. Den tverrfaglige utdanningen har i følge informantene, mer vektlegging av systemperspektivet. De som har videreutdanning som var forbeholdt sykepleiere, har likevel sitt fokus på å arbeide med familier grunnet videreutdanning i nettverksarbeid og veilederutdanning. Hans er familieterapeut og vernepleier, og kommunen der han og Grete arbeider har et klart fokus på arbeid med familier.

4.2.2. Hvilken kompetanse snakker vi om?

Den personlige faktor

De er ikke like som personer, og det kommer fram at de er bevisst på den personlige faktoren som de har med seg. Illustrert med at for eksempel Eva, som type, ønsker å ha ting gående og det er viktig at det ikke blir stillstand (3.47), og Dina forteller at hun har vært en som har tenkt mye (2.12). Frida er rolig og det preger hennes møter (4.78).

Jeg utfører min jobb gjennom meg så det er jo en god blanding, tenker jeg, av den yrkesprofesjonen jeg har..nesten sånn man ikke tenker på for det blir jo innbakt, men jeg ser jo at faget mitt former meg og at ... ehm ..og at jeg også former faget mitt (3.49).

Som en motvekt til det sterkt personlige preget sier Hans at han og Grete går ut med en sterk vi-identitet. *Vi er kommunen (5.125-128)*. Forskjellen mellom disse informantene er at med en sterk vi-identitet får kanskje ikke det personlige fullt så mye rom. Også disse sier at de forskjellige roller vi har med gjennom livet som mor (4.106) far (5), pasient (2), preger oss. Personlig erfaring slik som at man er tenåringsfar, kan ha betydning (5.146-148). Dette preger dem og møtene.

... hvis mennesker er uoppdragne, for jeg synes jeg er litt veloppdratt sjøl, så kan det være sånne ting som etter hver kan utvikle noen dårlige holdninger, til da, sånn, at

jeg... men jeg er veldig (/ du er veldig bevisst over ting) veldig bevisst på det. At det er det som skjer (2.62).

Det kan også være elementer fra eget liv med inn i samtalene, småting som har betydning (5.177-181). Hans peker på at det kan være en fordel for en mann å snakke med en mann. Menn har ikke så lett for å snakke om problemer (5.223). I tillegg til den faktoren kjønnsfaktoren finnes det også en kjønnsuavhengig faktor. Den handler om kjemi og hvordan man treffer hverandre hjemme, sier Grete (5.228-230), og *"Det er på en måte vi som, vi som utformer det, hvordan vi skal nærme oss folk"* (5.250). Det kommer fram i Per Jensen sin doktorgrad (2008) at det er tatt for lite hensyn til det personlige element. Grunnleggende systemiske tankegang hevder at alle i et system påvirker hverandre (Jensen 1994, Hårtveit & Jensen 2004). Det er ut fra denne tankegangen ikke så rart at brukeren og familien også blir forskjellige i ethvert møte slik den profesjonelle hjelper er forskjellig.

Fag kompetanse

Informantene forteller at under at samtaler de har hatt, kan det medføre at de selv får en endret kompetanse om seg selv.

Jeg måtte stille meg sjøl litt i lupa på å se på mine egne motiver for å forstå en sak. Ja, og det ga meg en veldig positiv erfaring på å sitte å snakke med de og se hvor dynamisk det var. Jeg forandra meg litt og jeg s..i en forståelse, en oppfattelse av saken (3.13.).

De snakker også om hvordan de bærer med seg sin fag kompetanse i hvordan nettopp de møter sitt eget fag og hvilke møter som preger dem og endrer dem. Postmoderne syn på kunnskap sier noe om at kunnskap oppstår i de erfaringer vi gjør oss og at kunnskap er i forandring (Lundby 2003). Det er fare for at terapeuten også endres, sier Anderson (2007, Sundet 2007). I psykodynamisk tenkning var terapeuten ikke regnet som viktig i det hele tatt. Nøytralitet var et viktig begrep. Det var i klienten at forandringen skjedde (Dahl et al 2002). Terapeutrollen ble heller ikke regnet med som del av systemet i den tidligste perioden av familierapien. Siden ble terapeuten også regnet med som en del av systemet til klienten (Hårtveit & Jensen 2004).

Erfaring

I tillegg til den personlige kompetansen som de har fått gjennom å utføre sitt yrke så har også livets skole merket dem. Dina har med seg erfaring på å oppleve psykisk sykdom i eget liv.

Jeg har valgt å være veldig ærlig for jeg er veldig trygg på det. Sånn at det er ikke noe jeg skammer meg over. Det er en del av menneskers liv. Det gir masse håp. Så jeg prøver å bli et menneske for dem, -vise svakheten min, vise styrken min og gjennom det så får de, så får de en slags trygghet med at de kan også være mennesker(2.52)

Den måten hun ble møtt på gjorde at hun gjorde seg opp sin egen mening om hva dette betydde for henne.

Dina sier: Det hadde du ikke sagt om jeg hadde hatt diabetes. Da hadde du sett det som en kompetanse. At ved å ha hatt en psykisk lidelse, ha vært gjennom noe, det betyr ikke at jeg er skjørere og svakere enn noen annen (2.93).

Dina fortsetter: Det blir et arr, men det er det det er (2.95).

Hans bekrefter: og vise at det nytter og at dette er ting men kan få ordnet opp i, og at jeg faktisk har vært i nærheten av å oppleve sjø..oppleve noe sånt sjøl (5.150).

Samtlige sier noe om at det er viktig å skille mellom det å være en profesjonell hjelper og det samtidig å vise noe av seg selv. Jeg tenker at det er en ressurs å ta med seg sin egen opplevelse. Bakhtin (1986, Dysthe 2001) hevder at vi blir til i alle livets dialoger. Alle livets opplevelser er med oss inn i den opplevelsen vi har her og nå (ibid). Opplevelsen av den andre sin opplevelse er beskrevet hos Stern som *møte – øyeblikk* (Stern 2007). Kanskje er det å ha en opplevelse som tilsvarende den andre personen sin opplevelse uten å bli revet med inn i denne, en styrke. Her er det også grunnleggende med relasjonskompetanse. Det å ha familien med i samtalen kan bringe inn nye elementer hvor brukeren får vise seg fra en annen side.

Relasjonskompetanse

Det handler om å kunne gi brukeren en annen erfaring på en relasjon. De har brukerne over lang tid, over år. Det tar tid å bygge relasjon. Brukerne har kanskje med seg sin valgte historie på brutte relasjoner.

Dette handler om meg. De har møtt så mange avvísninger. Det skal de ikke møte hos meg selv om ting er vanskelig (2.62.)

Så er kanskje bruk av relasjonskompetanse forskjellig.

Det er ikke hele meg. Altså, jeg, jeg.. Det blir en rolle jeg spiller og som kan være veldig ulik i forhold til hvem jeg har foran meg. Hvis de trenger en som er modig, moderlig, de kan trenge en som setter faste rammer, eh.. de trenger et kvinnelig ideal. Eh.. finner ut: hva er det de trenger av meg (2.91).

Dina sier videre: *Kommer jeg ikke i posisjon så får jeg ikke gjort noe (2.101).* I det å komme i posisjon ligger det en tillitserklæring fra begge parter. Den som er terapeut og den som er i terapi. Begge risikerer det ikke å oppleve *møte – øyeblikket* eller det ikke å føle seg sett av den andre (Olsson 2004 og 2006, Stern 2007, Vedeler 2007, Andersen 2002, 2008).

Møteøyeblikket eller *nå - øyeblikket* kan forstås som en fenomenologisk opplevelse. De fleste har denne evnen til å lese andre menneskers intensjoner og føle i vårt indre hva de føler. Det kan føles som vi gikk inn under huden på og var i en annens sentrum. I tillegg til opplevelse av den annens opplevelse, er det også visshet om at den andre vet at du opplever. Det oppstår når to mennesker oppnår mental kontakt av et spesielt slag, når to sinn møtes. Det nødvendig med noen bremses for å ikke bli med den andre helt inn i sin opplevelse. Den nærmest mulige forbindelsen mellom mennesker krever både tilknytning, intersubjektivitet og kjærlighet. Han hevder videre at intersubjektivitet er den grunnleggende forutsetningen for moral (Stern 2007:117) muligens motivert i frykten for psykisk ensomhet. Stern peker på at jo lenger terapeuten klarer å forholde seg til *nå - øyeblikket* og utforske det, jo flere veier vil det åpne seg (2007:146). Han snakker om terapi som en ”reise foretatt i felleskap” (2007:153).

Mysteriet er bevissthet og hvordan blir det bevisst. Hvert skritt og hvert øyeblikk gir rammen for det som kommer etterpå. Det handler om å treffe – bomme – reparere. Det kreves et forløsende *møte - øyeblikk*. I møteøyeblikket er en følelse av tilpassethet (Stern 2007:174). I den tenkningen som Andersen (2002, 2008) sto for handler det om å være ydmyk, og det er en gjensidig handling mellom bruker og terapeut. Bruker er viktig for denne relasjonen, og Dina sier klart noe om hvordan hun verdsetter brukerens raushet:

Takk for at du delte det med meg. Det var raust av deg. Det var viktig for meg. Å visst jeg skal hjelpe deg så var det hjelpe deg så var det viktig å vite. Det at du har gjort meg kompetent på deg. Det var viktig (2.167).

Det viser en form for relasjonskompetanse, men også i den profesjonelle relasjonen verdsettes den kompetansen som finnes hos kolleger. Hans og Grete forteller at de kan mer og mer om

hverandres arbeidsområde. *Vi blir mer og mer samkjørte og kan mer og mer om hvert sitt område (5.111-112).* Det er spesielt disse to som også sier at de arbeider tett og nært som ser at denne typen relasjonskompetanse er en viktig del av deres arbeid.

Systemteoretisk kompetanse

Videre er forankring til systemteori til stede hos de fleste av dem. Det er flere av dem som sier at de er eklektikere (2.88, 4.56). Dina sier at hun er opptatt av hermenautisk tenkning (2.147).

Det er vel det som overrumpler meg noen ganger at jeg blir så ivrig og har så mange ideer i hodet... jeg har så mange bøker, ting jeg har lest, ord som er viktige for meg (2.145).

Dina ble kjent med det narrative gjennom utdanningen i psykisk helsearbeid (2.56). Boken ”Familiehemmeligheter” var betydningsfull for henne (2.84), og Aron Antonowsky sine tanker har hatt betydning (2.84). Han sier salutogenese er det som gjør mennesket friskt, og patogenese det som gjør mennesket sykt. Det er klart at på den ene siden har kanskje Dina med seg dette som en ballast og viser det fram som noe som bruker selv kan ta stilling til og ta sine valg ut fra. Kanskje mer som et dryss av stemmer som bruker selv kan velge i (Anderson 2007). På den annen side, hun tenker kanskje at det er noe som hun som terapeut kan bidra med, noe hun kan gjøre med brukeren, som et metodisk grep i tråd med en tanke om at terapeuten er den som vet best. Det å vite best for brukeren er gjennomgående for samtlige, men i mer og mindre grad. Det er også et riktig perspektiv å ta med seg hevder Ørstavik (2002).

Det kan aldri bli en fullstendig lik relasjon mellom terapeut og klient. Det er utenfor samtalerommet og i mellomrommet mellom samtalene de fyller opp med sine nye tanker og ideer. Det å ha med seg nye ideer inn i samtalen, kan også være uttrykk for noe annet enn å være den som vet best. Det kan oppfattes som å vise interesse for bruker også utenom de konkrete samtalene, og måten en bringer fram ny inspirasjon kan både være som om en vet best, men også som en meny der klienten selv får vite hva der er å velge i. Dina fortsetter imidlertid: *Jeg skal kunne fornye meg, at jeg lever ånder og har vekst jeg og (2.149).* I en god terapi kan det kanskje være nødvendig at både brukeren og terapeuten føler vekst. De er begge deler av det systemet som vi kan kalle terapi, og en bruker som opplever genuin interesse fra en terapeut får noe også utenom terapien ved at terapeuten også bruker tid på å

lete etter ny kunnskap. Goolishian hevdet at en må endre minst ti prosent av sin kunnskap hvert år. Det er en fare ved å hogge sine teorier i stein (Hårtveit & Jensen 2004).

Samtlige har mest individfokus. Eva har et klart medisinsk fokus også, men i tillegg til det er hun opptatt av det eksistensielle. Det er imidlertid diskrepans mellom det medisinske synet på den ene siden og eksistensialismen på den annen. De står for to svært epistemologisk forskjellige ståsted. I det medisinske synet opererer man med årsak virkning og diagnoser som sier noe om at noe er galt. Det er ved å tilføre noe utenfra via terapi at en kan oppnå bedring. I det eksistensielle synet handler det om å ta ansvar for egne valg. Det er gjennom eget ansvar at bedring oppnås (Bruland Vråle 2009, Dahl et al 2003). Det er viktig å møte folk der de er. Det dynamiske og det livskraftige i det eksistensielle er viktig for henne, sier Eva (3.44-45). Kanskje er forskjellene større i teorien enn det de er i det praktiske liv. Det kan la seg gjøre i en hverdag der det er mer viktig å løse hverdagens utfordringer enn å diskutere hvilket perspektiv som er best. Jensen (2006) konkluderer i sitt bidrag til den store psykoterapidebatten, med at det kanskje er mer fruktbart å flytte fokuset litt og ikke se på hvilken intervensjon som er mest effektiv.

Det er på den andre siden mye mer som tyder på at vi vil ha nytte av å bruke tid og krefter på å forstå den terapeutiske relasjonen og terapeuten med sin personlige og private historie. Det er på denne bakgrunnen mye som tyder på at det i framtiden også vil være et stort behov for å finne svar på spørsmålet: "Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient?" (Jensen i Fokus på familien, volum 34:2006, 105).

Det er et tankekors. Konsekvensen er da at det er mindre viktig hva som er riktig terapi og riktig tilnærming. Det blir møtet mellom hver enkelt i terapien som er avgjørende. Et svært dristig synspunkt som ansvarliggjør hver enkelt terapeut så mye mer i forhold til det tilbudet som gis, og terapi blir å skape noe sammen i hver enkelt samtale. Samtale blir ferskvare uten holdbarhetsdato. Informantene har imidlertid med seg sin bakgrunnskunnskap, og i denne bakgrunnskunnskapen finner jeg at de har med seg noe fra systemteori også. Frida ble inspirert av den ene læreren på nettverksutdanningen som brant veldig for familieterapi og de leste for eksempel Per Jensen sin bok "Ansikt til Ansikt" (4.54). Samtidig er kognitiv terapi også av betydning for henne (4.56). Mens hun gikk på nettverksutdanningen satte en opplevelse spor. Den handlet om at ordene og språket kan virke sterkt (4.62). De har vært en gruppe høyskoleutdannede og har hatt høy fagkompetanse blant de ansatte og flere av dem

har hatt mer enn en videreutdanning. Det er av betydning for Frida (4.112). Hans har av og til tatt utgangspunkt i PREP⁹ og brukt arbeidsboka der for i hvert fall å plukke temaer og ha stikkord (5.68). Mange teorier blir brukt. Informantene har med seg og vektlegger svært forskjellig teori, men samtlige har med seg teori som på ulik måte har hatt betydning for deres tanker på hvordan de forholder seg til familie eller til individ.

Min kjepphest har alltid vært dette her med å se alt sammen og ikke være så sektor og etatsorientert.”(5.30), sier Grete. Videre i undersøkelsen kom det fram at de alle har erfaringskunnskap i familiearbeid. Utdanningene gjør dem i stand til å møte familier, sier de mens kun Hans er utdannet familieterapeut. Alle har møtt familie i krise og har erfaring med familiearbeid, men de mangler utdanning på dette, bortsett fra Hans. Han mener at det er nødvendig med mer kompetanse på dette med familiesamtaler. Systemteori og sykepleie har i hvert fall elementer av det samme, hevder Jensen (1994). De aller fleste snakker om et helhetsperspektiv som skulle være forenelig med systemisk praksis.

Grete har fått sin opplæring via etaten der hun har arbeidet. Grunnpakken fra utdanningssystemet får vi med. Samtidig er det i det yrkesaktive liv, etter utdanningen, at hver enkelt virkelig blir fagutøver. Vi er i endring. En er ikke sykepleieren, vernepleieren, sosionomen eller barnevernspedagogen. Det er fagområder som også tradisjonelt har krevd at en er i endring. Postmoderne tankegang erkjenner at kunnskap er svært flyktig. Det er spesielt nyttig å ha med seg i tanken, når en ser på hvor nytt dette fagfeltet er og hvor mye som er i endring.

Diagnosesystemet er et eksempel på det. Ordene som leger og psykologer i fellesskap enes om gjennom flertallsavgjørelser i store kongresser, skaper båser og trekker opp linjer for hva som er akseptert atferd og hva som ikke er det (Dahl et al.2003). Siden tar det ikke så lang tid før vi alle forholder oss til denne diagnosen som om den er (Mosgaard 2009). Det betyr slett ikke at diagnosesystemet er forkastelig. Jeg tenker at det kan være nyttig å minne hverandre på det som Anderson (2007) sier om ikke å være for snare med å kategorisere. Faren ved det er at vi forsøker å tilpasse mennesket til diagnosen eller at det er diagnosen og ikke mennesket vi behandler. Som hjelper er vi der for mennesket og systemet rundt mennesket.

⁹ Prevention and Relationship Enhancement Program. På norsk: Et forebyggende program som styrker samliv.

Reflekterende posisjoner, finnes de?

Reflekterende prosesser brukes ikke, verken som innfallsport eller som metode, sier Eva (3.90). Hans bruker ikke reflekterende posisjoner, men bruker refleksjon (5,72) Dina benytter ikke reflekterende posisjoner men hun mener at det kunne vært nyttig at brukene hørte refleksjonen som personalet pleier å ha i etterkant.

man kunne bringe det mer inn, men at de ville like å høre hva synes litt der og da. Jeg tenker, kunne man jobba med dem. Sånn som i den i "Familiehemmeligheter", samla dem sammen og sett at hun er jo en symptombærer (m m) av foreldrenes liv, den problematikken som var og fått dem til å forstå. Men jeg har ikke kompetanse nok til å ivareta det (2.215).

Hans: "Vi blir gode til å spille på lag"(5.72)..ikke noe reflekterende team. Det blir liksom for avansert her oppe (5.72).

Det kan vel hende at det oppleves svært avansert. Andersens (2002, 2008, Anderson & Jensen 2008) tanke var å slippe alt det avanserte og kun forholde seg til de ordene som kom fra familien selv. Det som skjedde i terapirommet var en åpen og ærlig prosess hvor familien kom med sine vanskeligheter og var de som skulle stå i fokus. Det skulle ikke foregå samtaler foruten de som foregikk i det rommet som familien også var i. Cathrine som helt bevisst bruker elementer fra det som omtales som reflekterende posisjoner, sier: *måtte prøve oss ut noen ganger før de ble litt varme i trøya med den måten å snakke sammen på (1.14)*. Men å bruke reflekterende prosesser, hvordan gjøres det? Det kan gjøres enkelt, sier Cathrine (1.30, 1.55). Hun forteller at det skal være positivt ladet. Hun har bare noe erfaring med dette. Helt enkelt gjør hun en endring på samtalen. Den som starter får snakke seg ferdig, og det legger hun vekt på. Det som skjer videre er en refleksjon, en undring. De tar opp spørsmålsstillinger fra forskjellige sider ved saken. Da er det kun samtale ut fra det som blir tatt opp av den som har snakket. Så henvender hun seg igjen til den som har lyttet og spør om det har oppstått nye tanker og om hva som har kommet ut av det de snakket sammen om (1.13). For å gi den som snakker nok rom så sier hun svært konkret at nå snakker den og den (1.29).

4.3. Bruker og familie

Samfunnet har gjennomgått flere reformer. Den sterke satsingen på hjemmesykepleie og allmennleger gjør det trygt nok å bo hjemme i sitt eget hjem (Grund 1982). Den siste store reformen i denne omgang var opptrappingsplanen for psykisk helse som er avsluttet nå (St.prp.63, 1997-98). Den kom på bakgrunn av St.meld. 25 (1996-97) hvis konklusjon var at det var brister på alle plan. Det har kanskje på mange måter vært et vel så stort steg å ta for vårt samfunn det å skulle integrere de psykisk lidende inn i vårt mangfold. Det er ikke en gruppe som krever sine rettigheter selv eller som har sterke pårørende grupper som står på barrikadene for dem.

4.3.1. Makt

Vi har makt, sier Frida. Valgfriheten er ikke stor på hvem det er du skal ha som behandler (4.82), men makten kan også brukes til brukers beste (4.84) eller å styre samtalen på en god måte (1.22). Cathrine sier også at i samtale med bruker alene føler hun at hun har mer makt enn i samtale med familien. Familien har den nære relasjonen og kan støtte hverandre og får mer makt (1.22). Makt er et vanskelig begrep. Å være bevisst på hvordan man utøver makten er vesentlig. Noe er inngripende i folks liv som for eksempel en tvangsinnleggelse og så her må det være en tanke på brukers selvrespekt (5.138-139). Hans peker på at det med tvangsinnleggelse er noe som bør være nøye vurdert og det griper kraftig inn i folks liv. Det motsatte av å bruke makt ved tvang er å gi valg som er gode valg illustrert av Grete og Hans:

Vår oppfatning er at vi bør ha samtaler, men det kan du jo selvfølgelig velge om du ønsker å snakke med oss, eller om du ønsker at vi skal henvide deg til noen andre, eller om du rett og slett ikke trenger noe hjelp (5.141-142).

Uansett bør møtet være preget av det en selv ville bli møtt med, sier Grete (5.213). Lauveng peker på at ingen kan strekkes store som seigmenn. Også mennesket må få tid, plass, varme, lys og nærig for å vokse (Lauveng 2007). Vi ikke er flinke nok til å lære folk selv å få kneppe knappene, sier hun. De fleste ønsker å være egne hjelpere og klare seg selv. Selvstendighet, trygghet og selvtillit samt ferdigheter kommer gjennom gjentatte forsøk. Som psykolog er en forpliktet av menneskerettighetserklæringen, sier Lauveng (Karlsen 2005). Det er en utfordring. Det å få en diagnose handler ikke om noe man er (Lauveng 2007). Skal vi bruke

ordet ”bruker”, spør hun (ibid) og foreslår ordet oppdragsgiver i stedet. Brukers kompetanse blir kanskje ikke mottatt på lik linje med annen kompetanse.

Mange formidler at de ikke føler seg møtt med undring. Hva de vet om seg selv og sine plager, blir ofte ikke verdsatt, og det som går tapt er den trygghetsskapende følelsen av å bli respektert, møtt med nysgjerrige øyne (Vaaland 2007:187).

Det handler om å sidestille fagkunnskap og brukerkunnskap sier Antonsen (2008). Brukeren må få lov til å bestemme innhold i hjelpen. Engasjerte klienter er mer økonomisk. Ut fra terapeutiske årsaker kan det å være aktiv, være bedre enn å være passiv. Bruker selv vet best hvor skoen trykker, men faren i dette er at vanskelige brukere blir skjøvet bort. Selv om brukervedvirkning har fått en mer sentral plass gjenstår store utfordringer. Innholdet i tjenestetilbudet kjenner man lite til (Forskningsrådet 2009). Alle saker kan ikke heller behandles likt. Det er forskjell på sakene de har. Noen ganger er brukeren henvist andre ganger kommer brukeren frivillig. Det blir da en litt annen tilnærming og spørsmålet om hva som er vanskelig blir lagt mer over til brukeren hvor vurdering blir gjort i etterkant av samtalen (5.190).

4.3.2. Brukers arena

Det er mye som overlates til brukeren går det fram av undersøkelsen som jeg har gjort. Cathrine sier at hun gir dem rammene innenfor der er det fritt (1.27), men hun er konkret når hun sier noe om hvordan samtalen skal være (1.29) Jeg tolker at hun viser at hun tar ansvar for rammen.

Så tenkte jeg, altså mitt ansvar var jo å skape en forståelse og ... gi en dialog.. om jeg hadde den forståelsen de brakte...(3.37).

Dette tolker jeg som sterke elementer av brukervedvirkning (Ørstavik 2002, Sundet 2006 og 2007, Hansen 2006). Det er stort sett bruker som ønsker samtale hvor et eller flere familiemedlemmer er til stede (1.12, 2.32, 4.10, 5.37, 4.19). I samtalen blir mye lagt over til brukerne og brukerne blir spurt om hva de har som ønske (1.21, 3.37,4.10). Det er viktig med brukervedvirkning i behandling av psyken, men Ørstavik ber oss ta i betraktning at lidelsene kjennetegnes av tilbaketrekning, isolasjon, angst og paranoide trekk. Dette kan gjøre at de har utfordring i det å delta. Diagnosesystemet hvor nettopp slike ting som kritikk, motforslag og påvikning er ting som diagnostiseres bort.

Jo tettere vi kommer på et annet menneske, jo mer komplekst trøder den anden frem... Jo mer kategorisk et andet menneske beskrives, jo mere fremmed bliver den anden (Mosgaard, s. 241 i Fokus på Familien, nr. 3, 2009).

Det er umulig å komme utenom et asymmetrisk forhold i psykiatrien og det er nødvendig å synliggjøre og ansvarliggjøre den, hevder Ørstavik (2002). Sundet sier (2006) at brukermedvirkning er å arbeide sammen med pasient og pårørende og å tørre å handle. I dette er pårørende og pasient sentrale. De sier noe om hvordan vi bør handle og det gjennom at vi går fra mistankens hermenautikk til bekreftelse. Det ligger ikke alltid noe bak. Det er viktig å finne ut hva folk vil med sitt liv.

Gjennom tvivlen mødes ikke en diagnose eller en anden konklusjon, men et individ. Gjennom tvivlen mødes mennesker i sin kompleksitet (Mosgaard, s.241 i Fokus på Familien, nr. 3, 2009).

Opplevelsen og erfaringen til folk bør vektlegges. Det kliniske skjønn bør byttes ut med vurderinger sammen med. Brukerperspektivet er like viktig som alle andre perspektiv. Det er vanskelig å stå fram i ei lita bygd som psykisk syk, sier Hans (5.29). Hans peker på at det kan være stigmatiserende å komme til kontoret. Verdigheten til bruker blir så godt som mulig ivaretatt gjennom at det er en viss valgfrihet for brukeren. Det er *en* måte det blir ivaretatt på. Grete sier at de alltid spør hvor brukeren ønsker å møte dem (5.136-137). Når familien inkluderes, er det også ut fra forskjellige begrunnelser. De er de to, paret, som har den nære relasjonen, sier Cathrine (1.22). Selv er hun bare til stede som en tredje person. Cathrine velger slik jeg ser det, å innta en ikke ekspert rolle. Det er imidlertid ikke alle familier og alle pårørende som inviteres til dialog. Dina sier at det er nødvendig at familien selv er pågående (2.24), og det å ta med familie blir sett på som et stort grep, sier Eva (3.73). Det er en kontrast til den arbeidshverdag som de beskriver hvor mye av arbeidet går med til å samarbeide i nettverket.

Det å ta inn familien er kanskje et større grep enn å få til en samarbeidende dialog i et hjelpenettverk. Når man i tillegg tar inn det perspektivet som Cathrine fremmet, at det er de to som har den nære relasjonen, så skulle antakelsen være at det kunne være enklere med en samtale i en familie (Seikkula 2002). Det er av og til nødvendig at både bruker og tjenesteyter må gå ut av sine vante roller, sier Antonsen (2008). I enkelte tilfeller kan det å

møtes i en slik setting som en familiesamtale lignes med å gå ut av rollen. Austrem (2005) har erfaringer som er gjort, riktignok etter et skrivekurs for pårørende som konkluderte med at de sitter med erfaringer om psykiske lidelser og kanskje bakgrunnen for disse. Pårørende har tanker om håp, om kreative løsninger. Den reflekterende prosessen gjennom skriving er undervurdert (ibid). Jeg får også en tanke om at selve invitasjonen til pårørende er undervurdert.

Informasjonsstrategien rundt opptrappingsplanen, St.prp.nr. 63 (1997 - 98), har hatt som målsetning å bygge opp kompetansen blant pasientgruppen, pårørende og hos tjenesteapparatet. Målet var å bryte isolasjon og gå inn i sosial sammenheng med familie, venner og bryte sosial isolasjon. Forskningsrådets evalueringsrapport (2009) gir svar på at pasientene stort sett var fornøyd med behandling, men samarbeid på alle nivå bør bedres, og informasjonen til pasient og pårørende er fremdeles sviktende (ibid). Forskningsrådet konkluderer med noen anbefalinger om fortsatt øremerking av midler. Satsing på brukervedvirkning anbefales også (ibid). Møtet mellom bruker og terapeut er svært viktig. Selv i de situasjonene hvor en vet at det er stor forskjell mellom terapeutenes og klientens fortelling, er Grete sin holdning at selve møtet må være preget av respekt. Respekt for mennesket betyr på ingen måte at det skal være enighet. Hun sier: *Jeg tror at det verste folk som oss kan gjøre, det er å være "grumsete" og utydelige (5.144)*. Watzlawick (1996) hevder at vi alltid kommuniserer på både innhold og på relasjon. Det handler også om å se det levde livet som brukeren har og forstå deres perspektiv. Det å ha kunnskap om brukers livshistorie og se ting i lys av det er viktig, sier Grete, og fortsetter fortellingen om brukeren i den vanskelige situasjonen:

Han får jo omsorg han, som han ikke har fått på lang tid, av noen andre. Samtidig så kan vi presentere det vanskelige. Det ender med at han sjøl sier: Jeg skjønner hva dere sier" (5.124).

Tryggheten i relasjonen handler like mye om at man tar ansvar for det som egen rolle innebærer som kan gjennomføres uten å gå inn i en diskusjon om det rette perspektivet. Hans sier at den gode relasjonen til klienten betyr noe (5.150). Han forteller at han kaster ut noen ideer (5.115). Jeg tolker det som at han byr fram menyen slik at klienten selv kan velge. Videre sier han at han gir uttrykk for å forstå bruker og hans situasjon (5.115). Det skal dristighet til for å tørre å være med klientene inne i situasjoner der handlingen til bruker ikke oppfattes som rett fra oss. Det er enkelte situasjoner som krever at de er tydelige:

Grete: Da sa jeg ... da endte jeg opp med å si: "jeg vil at du skal komme hit." Da var det vår arena, og det var litt viktig, for vi visste ikke hvordan han ville oppføre seg og vi, ville.. Vi hadde faktisk lensmannen litt i bakhånd, og da synes vi det var greiest å ha det her og sette oss ned og finne rollen vår rundt bordet (5.131).

I en slik situasjon kan likevel klienten få lov å beholde sin verdighet. Handler det om makt? Det kunne være det, men makt er av og til også å kunne gi gode valg. Rammen som ligger i å være på en arena hvor det er helt tydelig hvem som har makt. Makt kan være det å velge å være tydelig på hvem man er.

4.4. Familiesamtalen

Fordi det på en eller annen måte er rom for det i arbeidskonteksten, på bakgrunn av hvem brukeren er, hvilken familie bruker har samt ut fra den ansatte, blir det en samtale med familien. Elementer både åpner og stenger for denne typen samtale. Informantene forteller om forskjellige samtaler og sine erfaringer med hva det er brukerne og deres familie tar opp i samtalen. De forteller også om samtaler som er vellykkede og noen som tilsynelatende er mislykkede.

4.4.1 Åpnende elementer

Det er en virkelig overgang for en del av dem både å ta i bruk reflekterende posisjoner og ta inn flere i en samtale. Det til tross for at samtlige forteller om at dialog med flere i møter og ansvarsgruppemøter, er alminnelig.

Dina: Jeg kjenner noen ganger med skrekk i maven at jeg gir det, sånn eh(ler) hvis det , eh, hvis det er nødvendig så kan jeg bidra med at vi har par samtaler og at jeg kan komme hjem å snakke litt om dette her og (2.80).

Studentene ble invitert til å være agenter for en ny psykiatri i utdanningen i psykisk helsearbeid, forteller Dina og hun mener det er nødvendig å tenke annerledes (2.208). Opptrappingsplanens (1997-98) klare mål har vært å endre på den ensidig medisinske tilnærmingen i psykisk helse. At det handler om problem på individnivå, synes å være en rådende tanke. Tanke om at det kan handle om samspills problem mennesker imellom, blir en utfordring. Det er kanskje heller ikke et enten eller, men et både og. Det er sammen med klienten at avgjørelsene. Det er deres utfordringer. Jeg tenker at de må kjenne gjenklang i at vi forstår det samme. Psykisk helsearbeid har vært knyttet sterkt sammen med somatisk helse og tanken om at bare man finner en årsak og tilfører faktor X, blir det endring. Som en sammenligning, er det lett å lese for en som kan lese. For en som ikke kan, hjelper det lite å ha et bibliotek tilgjengelig. Det er først den dagen som en har forstått og knekket koden for å lese at det blir en skatt. Fram til koden er knekket, er det et nitidig prosjekt for den som er lærer. I riktig ”gamle dager” i min skoletid, så fikk vi lære en og en bokstav. Jeg kan fremdeles kjenne på håpløsheten av å skrive en side full av bokstaven ”e”. Nå får lærerne tips om å gjøre foreldrene gode på å være lærere. De skal ikke gjøre noe spesielt i det hele tatt annet enn å være sammen med sine barn, lese for og bare la fingeren følge ordet så vil leseforståelsen

komme fra barnet selv - i barnet selv. Rådet er å lese noe som er fengende. Det skal være gøy, og tid er nødvendig. Det gjelder også psykisk helsearbeid. Noen brukere klarer det fort, andre trenger at vi er der lenge. Dette har ingen fasit, og det passer heller ikke alltid med tempoet i kommunehelsetjenesten. Det er kanskje den viktigste endringen som en ble invitert til gjennom reformasjonene av psykisk helsearbeid, å være gode agenter.

En får til mer når en er fler enn en på en arbeidsplass. Cathrine sier at en kollega åpnet for denne måten å jobbe på som også var kjent fra utdanningen (1.11). Jeg tror hun kanskje er inne på noe vesentlig her. Det kan ikke være et enmannsprosjekt. Det er godt å være to i samtale, og det gjør at en opplever støtte - en slags usynlig støtte, sier Cathrine (1.35). Flere har på en måte støtte av noen. Frida sin virksomhetsleder hadde familieterapiutdanning, og de er kjent med arbeid med nettverk (4.4). Hans som selv er familieterapeut, kom som ny sammen med den også nyansatte, Grete. De konkluderte med: *Så jeg følte at vi kom til mark som vi bare kunne... Vi måtte bare begynne å jobbe (5.21).*

Samtale dem to imellom har blitt til etter hvert. De har hvert sitt utgangspunkt men arbeider gjerne med de samme menneskene (5.24). Deres historie om at de kom sammen til kommunen nesten samtidig og at de bare startet opp på bakgrunn av det som var der, er interessant. Deres måte å arbeide slik jeg forstår det ut fra det de forteller, er ikke en historie om å ha en oppskrift, men mer enn fortelling om hvordan ting blir til underveis i deres samspill samt kommunens muligheter. Familiene ønsker det selv, hevder alle. De fagpersonene de selv er og andre fagpersoner de samhandler med, gir muligheter. Det er likevel ingen systematikk i å ha familiesamtale (3.9, 4.34). Kanskje oppstår det nettopp hos fagpersoner som er spesielt opptatt av familien som ressurs.

Dessuten så har jeg jo nå vært her en del år og erfart, vært mer.. Jeg tror det er noe man må sense og lære seg til å se, og det har noe med erfaring å gjøre, og det har noe med min modning som fagperson i det yrket her (3.18).

Det kan være representativt for flere. De forteller om dette med lang erfaring og om at de kan kjenne på at det er rom for det i nettopp den sammenhengen som de står i. Fagfeltet er preget av en svært individualistisk tilnærming. Det er lite kontakt med familie for brukergruppa (1.47). Til tross for det så lever de fleste mennesker i relasjon med noen. Noen har gode og sterke familiebånd. Andre har ikke fullt så enkle relasjoner å forholde seg til. Det å være

menneske handler mye om at man ikke er *noen* uten å være i *relasjon til noen*. Jeg må gå til meg selv. I mitt liv er menneskene rundt meg nesten det viktigste i mitt liv. Jeg kan ikke på noen måte klare å se at det ikke er det for mine brukere også. Straks du spør noen om hvem de er så forteller de ikke bare om hvem de er men også om hvem de er i alle sine relasjoner. Det er imidlertid sjelden at familie, venner, naboer og arbeidskolleger, er med inn i samtale hos den som har en psykisk lidelse.

De har ikke hatt den typen samtaler så mange ganger (1.24, 2.217). Noen ganger har Dina gitt tilbudet (2.80). Dina, Eva og Frida kan se behovet mer enn det brukes. De sier at når det finnes, er begrepet pårørendesamtale (2.277, 3.51, 3,76, 4.2). Jeg har alltid stusset over det ordet ”pårørende”. Familie, foreldre, venner og kanskje naboer, er ord som vi ellers bruker om nære relasjoner. De har alle med seg en implisitt rolle. ”Pårørende” er et underlig ord. Et slags avstandsord, kanskje... og et ord som sier noe om en uklar rolle. For meg som har bakgrunn som sykepleier, er det et kjent ord, men ellers i livet så presenterer vi sjelden noen som våre ”pårørende”. Det er på en måte et ord som bare brukes innen helsevesenet og etter døden. Det er et fjernt ord. De som er pårørende er en gruppe i skyggen av brukeren - kun som navn. Jeg undres noen ganger om det har blitt helsepersoners måte å trå enda et skritt tilbake og skape enda en usynlig avstand til familien eller annen person i nærrelasjon - den relasjonen som en ellers lever i som menneske. Språk skaper (Anderson 1992, 2003, 2007). Av og til gjør det også noe med vår automatiske reaksjon på hvordan vi skal forholde oss til mennesker. I vårt helsevesen har vi med en pasient eller en bruker å gjøre. I sykehuset er du innlagt. - Alene. Pårørende står der som navn, men ellers er det ingen klar invitasjon til at de skal være med.

Andre steder i verden er det annerledes. En fra mitt sykepleierskolekull, hadde arbeidet i Palestina. Der var det like alminnelig som det er ualminnelig her at hele familien fulgte med inn i sykehuset. Vi har gjennom generasjoner vært begeistret for dette med individet, den ene, en bruker, en terapeut. Tanken om kun en terapeut, vil jeg også knytte noen tanker til. I kommunene der denne undersøkelsen ble gjort, forteller de at som regel er det kun en terapeut i samtale - en sjelden gang to. Unntaket er to informanter, Grete og Hans, som sier at de ofte samarbeider. *Vi driver jo med familierapi, vi* (5.43). De har sterk teamfølelse (5.112). Det kan være en medvirkende årsak til at de så gjerne samarbeider og at det er naturlig for dem å gjøre det. Jeg må presisere litt, på mitt spørsmål: ”samarbeider du med kollega i samtalen”, så svarte de både benektende og bekreftende. Dina sier først: *Det gjør vi*

aldri. Ikke sånn på sparket. Da har det vært avtalt (2.185-188). Senere kompletterer hun dette bildet, og sier at det å ha med en kollega gjør at de kan oppdage ting underveis som kan snakkes mer om (2.188). Kanskje kunne vi gjort det mer, sier Frida (4.28).

Beskrivelser av familiesamtale

Cathrine forteller om at det er en forskjell mellom samtale med familie og andre typer samtaler. Planlagte familiesamtaler har hun ikke like hyppig som andre samtaler. Det er opptil fire ukers mellomrom (1.13). Kanskje har det noe med at det skal være tid til å tenke og reflektere mellom hver samtale, eller at det å samle alle til en slik samtale er noe mer utfordrende enn å gjøre avtale med en bruker. Det er også flere forskjeller som beskrives. En vesentlig forskjell fra en dagligdags samtale er at når noen snakker skal de få snakke uten å bli avbrutt, sier Cathrine (1.17). Det å være mer enn to i dialogen gjør en forskjell, forteller flere.

Dina forteller: Jeg tror ikke han hadde klart å stå i situasjonen, jeg, hvis han ikke hadde også fått være med i samtalen(2.28)... ”jeg skjønnte veldig fort at, at han hadde så mye å bidra med.” (2.34).

Det å være i en slik type samtale er forskjellig fra en hverdagsprat med venner, sier Cathrine om de samtalene hvor hun bruker reflekterende prosesser (1.17, 1.30) Dette med familiesamtale krever litt mer, sier Dina. Vedtakene utvides og tidsbruken øker, resultatene blir bedre (2.75). Det kan være et tankekors i en hektisk kommunehverdag. Det enkleste er å forholde seg til ressursene som utløses. Det er en spennende tanke at det kanskje likevel kan være spennende å prøve dersom det har effekt på resultatet. De er flere som forteller om at de når fram. Brukerne selv ønsker det (4.19). Hans og Grete forteller om suksesshistorier (5.47). De forteller blant historien om en sak som begynte med at de skulle gi råd og veiledning men så ble til samtaler hver fjortende dag om økonomi, livet og alle livets sider (5.58). På den andre side kan familiesamtale også falle svært uheldig ut, forteller Dina:

Jeg har hatt samtale med far, men han er urokkelig i måten å nå inn på. Det ble aldri mer enn den ene samtalen (2.215).

Det er kanskje også noe som er et mer kommuneperspektiv (3.76, 5). - Det er en spennende bemerkning som jeg ikke kan finne noe faglig belegg for annet enn at det er slik de opplever at det er og kanskje på bakgrunn av at kommunene har gjennomgått en så stor endring og er vant til endringer og til å være i endring.

Familien setter pris på det, sier Cathrine. Familien er en stor del av nettverket, og hun har inntrykk av at de er alene (1.48). Det hender at hun oppdager nye sider ved brukeren fordi familien er med (1.49) Av og til kan familiemedlemmer fortelle om vanskelig situasjoner (1.50). Det er godt når familiene kommer til samtale men også det motsatte kan si noe om at de har det godt. Grete minner på at de ikke kan leve brukernes liv, men at de kan være med på å opprettholde familien sin opplevelse av å mestre. Av og til kommer ikke en familie til samtale og da har de det bra (5.161).

Hans: Så har vi en annen familie hvor mannen synes at nå kan kanskje ... nå går det bra, hvor kona sier at nei, ho må komme hit.” (5.167).

Kanskje de opplever det som at de har tilhørere til de viktige historiene i livet sitt. I en retning innen narrativ terapi og også innen språkssystemisk tenkning så blir viktigheten av de historiene som folk forteller virkelig verdsatt ved at man har tilhørere til sitt liv (Lundby 2003, Anderson & Jensen 2008). Kanskje kan man tenke på at terapeutene her er vitner til det livet som dette paret lever.

Tilstedeværelsen er ikke slik at vi mennesker kan forfatte våre liv, men vi har lov til å forvente at hendelsesløpet blir fortalt på en måte som gjør hver enkelt til helten i sin egen historie (Vibe i Fokus på Familien, nr. 2, s.124)

*Hans: Vi er her for å hjelpe folk, ikke for å ta noen. Dette er et tilbud til dere (5.97).
Grete: Det utvider jo spekteret fordi vi har forskjellig utgangspunkt i hva vi kan ta tak i og hva vi hører (5.109).*

Eva sier at vi må tenke på at brukerne og familie ikke så ofte er i denne typen samtale.

Det inntrykket jeg har er i hvert fall at de(pårørende) setter pris på det. M m. At de og er med er jo faktisk en veldig stor del av, ja, nettverket rundt brukeren. Ofte føler de seg kanskje veldig alene (1.48) Det gir brukerne en god opplevelse (1.17).

Der og da fikk brukeren vel kanskje en veldig dårlig opplevelse, men det falt vel heldig på en måte ut, for omverden at nå vet omverden om at nå vet omverden om at nå har han et problem med alkohol og det visste vel han, det tror jeg ikke han visste om at andre visste (1.34).

Det er ikke bare de hyggelige emnene som kommer opp i en samtale. Det å tørre å ta tak i det som aldri har vært snakket om er også en utfordring og det å tørre å være i det uforutsigbare.

For oss som er fagpersoner, så er dette her kanskje en dagligdags..det er det vi jobber med, vi jobber med mennesker, vi treffer mennesker vi treffer i mange forskjellige settinger hele tida, mens de vi møter, altså de menneskene kan ha gått og tenkt på dette en hel uke, en hel fjortende dag ...eh... Da tenker jeg, det er jo noe med å se, være obs på ...eh..kroppsholdning..eh..hvordan sies ting.. hva sies ...sies det ikke no ...eh..er det anspent..eh..er det et uttrykk i kroppen som avslører..altså at det er noen spenninger, ligger det noe sinne, ligger det noe irritasjoner under, altså sense stemningen, da(m m). Det tenker jeg er ganske viktig å få med seg og det burde vi jo egentlig, det bør vi kunne sense, sier jeg(m m). Det er viktig, nettopp for å kunne komme med innspill som skulle kunne lette den situasjonen, da (m m). Sørge for da..er det noen som ikke kommer til orde, for eksempel (3.55).

Det synes å være en klar oppfatning blant informantene om at en samtale hvor hele eller deler av familien er til stede, er en annerledes opplevelse. Det blir en forstyrrelse, eller en passe forskjell. Kanskje løfter det bærer av skuldrene på så vel bruker som familie, og det kan være godt å vite at noen vet hvordan man har det. Noe er til hinder for familiesamtale.

4.4.2. Til hinder for denne type samtale

En del hindrer dem fra å ha familiesamtale. Tidsfaktoren er til hinder (2.184) Kommunen har mange utfordringer. Det tar ressurser (2.208, 3.78). Fremdeles er det mye diagnosetenkning og bruk av medikamenter, sier Dina. De har via sin utdanning og sitt yrke, erfaring med å snakke med folk, men det er noe som gjør at det å være i samtale med flere er skremmende. Psykiatri har handlet om individet og diagnosesystemet leter etter feil og mangler ved individet (Dahl et al 2003). Det er rett og slett ikke tradisjon for at familien skal med for disse profesjonelle hjelperne. De er ikke vant til å tenke at det kan være en mulighet.

Organiseringen i samme virksomhet som hjemmesykepleien, oppleves som hinder (2.209), og i aldersgruppen over atten år har ikke familie naturlig noen plass (2.12). Den faglige arena for å ta opp hvordan de tilnærmer seg til samtale mangler, sier Dina (2.183). Personalet deler lite av hva de konkret gjør. Forskningsrådet hevder at det er nødvendig å vite mer om kvaliteten på den tjenesten som gis (2009). Når det gjelder det å ta inn og snakke med en hel familie så tenker de fleste av informantene at de ikke er gode nok på det og heller ikke skolert (2.68, 2.214, 3.25, 3.27, 3.73). Frida forteller at de har familieperspektivet med fra første stund og det gjør Grete og Hans også. De opplever forskjellige typer hinder. Eva sier at taushetsplikten hindrer at familie blir tatt inn (3,21) og hun får støtte av Dina:

Det er nok veldig sånn at man ikke deler for mye med dem. Det synes jeg ofte har vært en sånn greie her at det er et skille mellom bruker / personal. Enda henger det noen grenser og avstand som jeg er veldig, litt motstander av å definere på den måten. Det skillet som blir lagd. Mer den åpne greia at vi er mennesker alle sammen. Det er tilfeldig hvem som sitter på den ene eller andre siden av bordet (2.196, 197).

Det kan også være elementer av styring og kontroll hos familien til brukeren som gjør at Eva synes det er kontraindisert (3.25). Hun har også sittet i samtale der uballansen var så stor at Eva ikke klarte å rette det opp (3.65). Er det noe vi som hjelpere er engstelige for så er det de situasjoner hvor vi ikke klarer å ordne opp ved å skape forståelse eller enighet mellom de som er med i samtalen. Det er lett å miste av synet det at endring også kan finne sted, selv om det er en stor uballanse. Jeg tenker på brukeren som kanskje trenger nettopp det at det er flere som har delt samme opplevelse av at denne store uballansen i familien er til stede. Det gir kanskje opplevelsen til brukeren mer gyldighet. Forskjellen mellom det å være alene i en opplevelse og det å dele det samme, kan vi finne igjen i selve det å være menneske. Daniel Stern (2007) sin tanke om *møte – øyeblikkets* virkning, kan hjelpe til med å forstå betydningen av en slik i første øyekast, unyttige samtale. Det har tross alt vært en sterk felles opplevelse av akkurat det samme. Brukers følelse blir kanskje mer gyldig ved at vi har delt det med bruker slik Rankin peker på (Anderson & Jensen 2008). Det å komme så nær brukerne kan også føre til situasjoner der en hjelper trekker seg ut fordi det er for komplisert. Det kan for eksempel være om brukeren forelsker seg i den ansatte terapeuten (5.234). Er det mulig å innføre en kjønnsnøytral faktor? I tillegg til at vi har en rolle i forhold til våre brukere som en profesjonell hjelper, så er det også roller vi har som rett og slett er umulig å profesjonalisere bort. Det hender i blant at brukeren eller brukerne blir så forstyrret av sin egen sympati eller antipati som følge av kjønnsavhengige faktorer. Jeg kan også kjenne på det fra tid til annen, at det er vanskelig å ta opp tema som forelskelse og sjalusi. Dette til tross for opplevelsen av at det dreier seg om dette. Følelsene er sterke og dominerende og lar seg ikke så lett kommandere bort. Det er mange ting som det kan forhandles om før man er sikker på at det er klart til en god samtale. Andersen (2002) vil ikke så gjerne bruke ordet å planlegge men mer å forberede til samtale. Noen ganger skal det en del forhandling og forberedelse til for å klargjøre hvem man er for hverandre og hvilken funksjon en samtale skal ha. Kanskje er vi litt for kjappe med å forvente at de som er i samtale med oss som profesjonelle samtalepartnere, forstår rollen vår like tydelig som vi selv gjør. Vi har brukt år med å danne oss om til å slippe

våre egne favoriseringer og valueringer av mennesker og kan av og til likevel forstyrres av at vi liker noen bedre enn andre. Anderson (2007) utfordrer oss til å undersøke hva den andre egentlig forstår. Hun sier at vi ikke kjenner noen andre enn nettopp oss selv. Det handler kanskje om å ta tid til å være i den annens forståelse eller å nærme seg den så langt en kan. Å ha en opplevelse av noe er på mange måter et ensomt prosjekt. Andre kan ha hatt nesten samme opplevelse. Denne ”nesten det samme som følelsen” som vi har kan også forstyrre i terapien like mye som den åpner opp. Det kan være en forskjell i hva bruker og hva du som terapeut legger i denne følelsen av virkelig og kroppslig erkjenne at opplevelsen av likhet og nærhet er til stede. Det hender at opplevelsen av virkelig å være i et godt møte kommer under en samtale, og som terapeut tenker en kanskje at det handler om at nå forstår jeg hva du følte. Likevel er det ikke noen selvfølge at brukeren forstår det samme. Vi bør forsikre oss om at vi er enige om hvilken forståelse vi har. Kan hende er det en fare ved å unngå samtaler der en går ut fra at brukeren er forelsket i terapeuten, samtaler med sterk hat følelse eller sterk sjalusifølelse.

Det vil kanskje i seg stenge for at en større eller en annen forståelse for hva dette dreier seg om. Sterke følelser er fulle av energi. Vi er kanskje for snare til å stenge for at det er en energi som kan nyttes til noe annet eller å stenge for at det finnes mer enn en mulighet. Forelskelse bør ikke bare handle om forholdet mellom bruker og terapeut. Det kunne jo hende at det dreide seg om den fantastiske følelsen av å bli møtt, men det er en alvorlig foreklning å si at det er bare kontekstavklaring som det dreier seg om. Enkelte ganger er det ikke nok med en kontekstavklaring og det å ha samme forståelse. Systemterapeutisk tankegang er å bringe inn noe nytt når systemet er fastlåst. Kanskje er det å skape en avstand i tid tilstrekkelig, eller det kan være fornuftig å bytte terapeut.

Cathrine sier at det å ha et annet kjønn enn en av samtalepartnerne, av og til kan oppleves som en trussel for den som er primærbruker (1.31). Cathrine sin historie er litt forskjellig fra historien om bruker som forelsket seg i terapeut. Cathrine opplevde at hennes relasjon til brukeren, en kvinne, endret seg litt når hennes mann var til stede. Det tenker jeg kan være et eksempel på at ingen relasjon er statisk. Enhver relasjon er i forandring. Sammen med Cathrine, hadde brukeren en trygg relasjon, men når mannen var med så ble det en helt ny relasjon hvor bruker følte at hennes kvinnelighet ble satt på utfordring. Det er et risikoprojekt å være i dialog, sier Anderson (2007) og minner oss om at vi er forskjellige i møtet med ulike

personer. Det er kanskje enklere å merke seg at en dialog låser seg, enn det er å ta et blikk på dialogen fra metaperspektiv for å se om det er noe som er annerledes.

Andersen (2002) startet med å forberede dialog mellom flere, ved å forhandle med dem om hvem som skulle snakke med hvem som hva og på hvilken måte. Det hender også at det ikke er rom for at denne dialogen kan finne sted. Dersom følelsen, her kan det kanskje være forelskelsen eller sjalusien, kunne snakke hva ville den si da? Så kunne det være at svaret ble at det er ikke plass til begge i det som er samtalerommet. Dessverre er det noe som vi er mer redd for som terapeuter enn noe annet. Forelskelse og sjalusi er slikt noe. Vi er redde for å støte andres følelser. Så glemmer vi lett at det ikke er det vi er invitert til, men vi er invitert til en god dialog. Da blir kanskje heller spørsmålet, hvordan forholder vi oss så til både forelskelse og til sjalusi og kan vi klare å snakke sammen med disse følelsene til stede. Det å bringe inn noe nytt, kan også være å ta inn en kollega til i samtalen. Det vil jeg komme mer inn på nå.

4.4.3. To i samtale

Det er for det meste kun en terapeut til stede i samtalen, forteller informantene i denne undersøkelsen. Det er det alminnelige. Noen ganger er de to terapeuter til stede. Det jeg ønsket å vite noe om var hvordan deres opplevelse av det var og hva de la vekt på før samtalen, under samtalen og i etterkant av samtalen. Det er for å vise hvordan det kan være hos de som arbeider i kommunehelsetjenesten.

Personalets rolle

Det er avklart på forhånd hvem av personalet som har hovedregien (1.42). Rollen til Cathrine er å sette i gang de ulike delene (1.29). Hun har da en oppgave i forhold til å være den som skal skape rommet for å snakke sammen og å holde samtalen samlet om det de skal snakke om. Andersen (2002, Seikkula 2002, Seikkula & Arnkil 2007) snakker om å gjøre klar for samtale og gjennom det avklare hvem som skulle snakke med hvem om hva og på hvilken måte. Holdning til egen rolle er kanskje også preget av ønsket om at det er mellom paret at samtalen skal foregå, og hun ser kanskje på sin rolle som å være ansvarlig for at denne prosessen kan foregå. De gjør avtaler seg imellom før samtalen. I samtale hvor de er flere avtaler de rolle, forteller også Dina og Frida (2.193, 4.28). Det er ofte slik, men noen ganger er det ikke avtalt mellom oss sier Hans:

det er på en måte Grete og jeg som gjør det og må tittle inn på saken og fordele oss i mellom og se, hva kan du gjøre her, og hva kan jeg gjøre. Hvordan skal vi angripe det? (5.33).

Andre ganger er både tema for samtalen og fordelig dem imellom gjort på forhånd (5.67-70). Slik beskrives forberedelsene til samtale, og jeg vil gå inn på hvordan denne samtalen blir beskrevet.

Den flerstemte dialogen

I veiledning er det en gjennomgående tanke om å få ro og hjelp til å finne sine egne løsninger gjennom at flere blir invitert inn til å se på det fastlåste i en relasjon eller en situasjon (Carlsen et al 1984, Ulleberg 2004). Det blir som en veiledningssamtale sier Eva, og da tenker hun som en ”fisk” hvor delene blir å sammenligne med fiskekroppen. Fiskens hode, åpningen av samtalen, er ikke en så stor del. Det er heller ikke den avsluttende delen. Den største delen av samtalen ligger er behandling av temaet. I startfasen er oppgaven å bli kjent, åpne for tema, si noe om mandat, forsikre, og taushetsplikt (3.29 og 3.35). Veiledning er i følge Carlsen et al (1984), i den tidligste beskrivelse av veiledning, igangsetting av egenlæringsprosesser. I veiledning dreier det seg bare om *her – og - nå* situasjoner og bevisst materiale til motsetning fra psykoterapi som også omhandler det ubevisste (ibid). Kjærlighet er kjennetegn ved god veiledning (ibid). Det er anbefalt at veileder bør tilstrebe en anerkjennende væremåte med forståelse, bekreftelse av den andres opplevelse, åpenhet for det den andre kommer med og rom for selvrefleksjon (Ulleberg 2004).

Grete forteller om at de bruker det praktiske. De spiller på seg selv (5.71). I det ligger det kanskje tanke om at vi som mennesker er like og at enkelte erfaringer oss imellom kan ligne. Det taler ikke om en ovenfra og ned posisjon men om tanke om at terapeut og bruker er ganske likeverdige. I dette klimaet er det kanskje mulig at klienten får mulighet til å se sin egen historie fra et litt annet perspektiv. I dette klimaet handler det kanskje også om det usagte om det å være var og sensitiv og opptatt av resonans fra den andre.

Det er ikke bare språk og samtaleform som er av betydning. Cathrine forteller at ingen må sitte med ryggen til (1.41). Det er viktig med blikk kontakt (1.41). Bruker må få sitte slik at han er i fokus, men han kan være i fokus uten å måtte sitte ned om det er det han ønsker (1.41). - En interessant tanke! Det utfordrer faktisk vårt syn om at i en samtale skal vi være til

stede i samme rom. Det er flere som har pekt på at det er forskjell på hvilken avstand men trenger for å kunne virkelig lytte.

Om dette sa Jim Sheean (forelesning på Diakonhjemmet høgskole, 19.11.2008) at i par terapi hos han, fikk hver enkelt av partene et spørsmål om hvor de ville lytte fra. Noen kunne ikke la være å bryte inn i den andres samtale og kunne da lytte fra en fjernere posisjon kanskje ved å se en video eller høre et opptak. Det er kanskje noe av det samme Cathrine er inne på. I hennes fortelling handler det om hvor bruker kan få være i rommet for å klare å snakke. I vår samtalehverdag er vi kjappe med å dra konklusjoner ut fra hva vi som hjelpere har som mal. Det kan hende at en så enkel ting som å få velge hvor man skal snakke fra, hvilken avstand og om man vil stå eller sitte, er en del av det som må tilhøre det man gjør for å klargjøre for samtale. Så starter samtalen. Cathrine forteller at hun hører at de er ferdige med å snakke om slike hverdagslige ting og spør om de skal starte opp med en samtale slik som sist (1.18).

Vi har alle med oss noe fra den dagen vi har opplevd og fra det vi kommer fra, inn i den nye samtalen. Det synes å være viktig å få lov til å bli ferdig med og parkere den siste opplevelsen. Vi kan heller ikke være helt til stede om hodet er fullt av mange andre tanker. Det å bli klar for samtale, gjøre seg klar, er kanskje også å tune seg inn. Andersen (2002) kaller dette å gjøre klar til dialog. Det Andersen (ibid) i sine samtaler la vekt på var at han ikke gikk inn i noen samtale annet enn der han var invitert inn. Cathrine forteller også om det. Den som har noe på hjertet får snakke om det som den personen ønsker. Hun merker når vedkommende er ferdig (1.28). Det betyr at hun gir ro til samtalen. Når noen bryter inn i en andres fortelling, hjelper Cathrine til slik at det markeres at det skal være ro (1.28). Hun kan si fra at nå snakker den og den (1.21). Hun er bevisst på ikke å ta parti (1.32). Hun sier det men hun sier også at brukeren skal være i fokus (1.41). I kommunen har man en definert bruker av tjenesten. Det kan hende at det er på bakgrunn av dette, hun så klart sier at det må være en samtale med bruker i fokus. I hennes fortelling er det en ydmykhet og en fortelling om ro i samtalen. Dette tolker jeg som helt klart elementer fra reflekterende prosesser hos Andersen (ibid). Betydningen av å få sitte og lytte til sin egen indre dialog vektlegges, og det beskriver Cathrine som å få snakke sammen på en annen måte.

Så går de inn i det som er en familiesamtale. Informantene trekker fram at de forbereder seg til samtale (1.54, 3.53). Cathrine mener med dette ikke at hun skal vite hva som skal skje eller styre over det som skjer i samtalen. For at samtalen skal være vellykka, må en være åpen for

at alt kan skje og kanskje også at det verste kan skje (1.54-55). Cathrine sier til seg selv at nå skal jeg inn i den samtalen hvor alt kan skje. Hun forteller om en samtale der hemmeligheten ble avslørt (1.34). Hun sier at man må være: *forberedt på det uforberedte for det møter vi egentlig ofte*. Det er en slags risiko ved enhver samtale, sier Anderson (2003, 2007). Vi er alltid i en relasjon til noen i en samtale. Det er et prosjekt der også alt kan gå galt. Det blir ikke alltid slik de tror, sier Grete (5.70). Det er ikke bare lykkelige utganger på våre samtaler. I noen samtaler beveges både terapeuten og klienten av at det skjer noe uventet. Vi vet aldri hva dette kan være. Det gjør det så utrolig spennende å gå inn til enhver ny samtale. Valget kan være å sitte med en ferdig regi og et eget manus i hodet på hvordan en samtale skal falle ut. Da er det vel ofte at det ikke faller ut slik en tenker seg. Samtaler er ferskvare. De oppstår spontant mellom mennesker. Vi responderer i løpet av et øyeblikk. Hvordan vi responderer, er et mysterium. I løpet av et øyeblikk kan vi forstå den andre sin opplevelse og handle slik at den andre føler seg møtt (Shotter 2007). Det gjør oss i stand til å ta imot nettopp det som kommer. Slik er det også når det ubehagelige oppstår. Selve samtalen og innholdet kan aldri forutses. Det hender at terapeutene går gjennom hvem de som terapeuter skal være for hverandre om det aller verste skjer. Grete sier det slik:

... tenkte jeg, her kan alt skje. Så jeg "tima" det litt..... og jeg grua meg veldig til selve samtalen, men da ville jeg ha med deg (5.104).

Noen samtaler må planlegges. Det å planlegge eller å gjøre seg klar til en dialog blir noe helt annet enn å ha en ferdig tanke på hva som skal oppnås (Andersen 2002, Shotter 2007). Cathrine sier at det er nødvendig å minne seg selv på at enhver dialog åpner for et hav av muligheter.

Det er som å få gjester, sier Eva, en må forberede seg og la dem føle seg velkomne. Det er deres tid. Cathrine forteller om at hun har god erfaring fra samtaler gitt med et visst mellomrom, omtrent fire uker, hvor personalet styrte frekvensen (1.13).

Fra hverdagsprat til samtale

Cathrine forteller at de lager et skille mellom det som er den hverdagslige praten og det som er selve samtalen. Hans også sier at de første minuttene blir brukt til å falle på plass før samtalen starter (5.93). Cathrine beskriver, *så spør jeg vel egentlig skal vi begynne med å snakke sammen sånn som vi gjorde sist (1.18)*. Hvor de skal plassere seg i rommet, hender det

også at de avtaler, og det går på at ingen skal sitte med ryggen til og at det er blikk kontakt. Brukeren skal være i fokus. Atmosfæren skal være hyggelig (4. 90).

Hans: Prøver vel å skape en hyggelig atmosfære, at vi er avslappa (5.80).

Grete: Litt uformell... Vi tøyser litt med å... maser jeg litt på deg om at du skal legge bort kulepennen din og..så at du skal huske å skru av telefonen og så kan du si et par ting til meg... altså vi gjøre oss litt vanlige (5.85-87).

Det menneskelige og det alminnelige er kanskje undervurdert. Det føles kanskje tryggere for en bruker å sitte i samtale med noen som viser at de også kan. De opplever å være støtte for hverandre. Om det å være to i samtale sier Frida:

Det gir jo en trygghet med oss og.. og på en måte at vi kan utfylle hverandre (4.104).

Det er ikke bare en trygghet personalet i mellom, men også en trygghet for bruker.

Jeg følte meg ikke noe utrygg i den situasjonen, og det tror jeg var pga at vi var to stykker. Jeg tror jeg hadde følt meg mye mere ukomfortabel hvis jeg hadde vært alene.

Den som er primærkontakt og kjenner brukeren godt er med på samtalen. Primærkontakten har mest kompetanse på det, sier Cathrine (1.42). Det er også i tråd med tanker fra Andersen (2002) og Anderson (2007) om å benytte lokal kunnskap.

Det er viktig å få fram et bredere perspektiv. Cathrine sier at hennes rolle som yrkesutøver gjør at de som er i samtalen skjerper seg mer og fokuserer (1,30).

Tema

Hva er det de tar opp i samtalen? Det kan være hverdaglig (1.18, 3.38, 5.176) og det kan også være at dette avdekker andre litt større utfordringer som brukeren og familien har (1.34, 5.194). Klientens må aksepteres for sitt utgangspunkt og må få fortelle sin historie, sier Hans (5.206).

Det er det, så at vi kan bli enig om at vi forstår det samme, eller å bli enig om at vi er... det er vi uenig om(5.208).

Hans sier: Samtidig som vi hadde samtaler om samliv og hvordan man skulle takle problemer i forhold til det og.. fikk rydda opp i økonomien og ... snakka om rusproblematikken som dem slet med (5.64)

Tjenestene til bruker er fremdeles preget av tenkning i bokser eller ansvarsområder. Det hender at det vanskelige for brukeren ligger i familien (3.20). Problem i par forholdet passer på familievernkontoret (3.13, 4.20) sier Eva og Frida. Ideen om at alt som har med familieforhold og par forhold skal til familievernkontoret, kommer nødvendigvis ikke fra familievernet selv. Vi blir også som hjelpere opphengt i å samle i båser og kategorier. Noen ganger er det kanskje lett å glemme at vi har med et menneske å gjøre som kanskje ikke like lett ser sine egne såkalte kategorier men heller opplever at det er vanskeligheter i det livet som vedkommende lever. Det har kanskje tatt tid å bygge relasjon til en del av hjelpeapparatet. Det kan hende bruker ikke synes at det er like selvsagt at noen andre skal være hjelpere i denne prosessen. Kanskje er det heller ikke et enten eller. Det kan være et både og. Vi som hjelpere de forskjellige steder, er kanskje ikke flinke nok til å bli med brukeren inn som gode støttespillere. Kan hende er det nyttig for bruker at den som har den gode relasjonen blir med brukeren til samtalen på familievernkontoret. I denne samtalen kan det også hende at en sammen med bruker gjøre en oppdagelse på at samtalen også med hell kunne vært gjort der og da, der brukeren var. Det er svært lang ventetid på enkelte familievernkontor. Det betyr at vanskeligheter kan eskalere, eller de kan bli enda mer fastlåste. Jeg undres på om vi ikke av og til må være mer klare for å åpne for å høre på folk sine bekymringer. Det bør ikke alltid vi som skal komme med løsningene. Å lytte til handler vel så mye om å gi et rom til at bruker og kanskje også brukers familie selv kan få lov til å famle rundt i sine egne tanker. Kan hende er det at det er tilhørere til denne famlingen tilstrekkelig til at det hjelper brukeren. Kanskje er det nok og kanskje letter det bare ventetiden.

Lytteposisjoner

I en samtale, sier Anderson (2003, 2007) må samtlige kjenne at de har en tilhørighet. Den genuine dialogen skapes ved at terapeuten er i stand til å lytte og å være til stede i det som skjer, der og da. I *møte - øyeblikket*, som er en slags ordløs forståelse av å være i samme opplevelse (Stern 2007) og som rommer muligheter for at den andre kan føle seg forstått, er det vi må være. Det forutsetter en ydmyk holdning fra terapeuten og en evne til virkelig å lytte til det som blir sagt. Det betyr ikke at man ikke kan stille spørsmål eller å legge fram noe som er forslag. Det betyr heller at den andre opplever at disse spørsmålene og disse forskjellige dryss av forslag kan være en reell valgfrihet. Det er mellom menneskene som er i nettopp denne samtalen at kunnskap skapes hevder Anderson (2003, 2007). Psykoterapi er i sin

rendyrkede form også preget at å lytte, men det innebærer en mye mer passiv form for lytting hvor det kun er den som mottar terapi som forstås som den som er i forandring. Anderson (ibid) hevder at både bruker og terapeut risikerer å forandres.

Jeg tenker at det viktigste og i forhold til møtet er at du er... å lytte, respekt for mennesket. Det tror jeg er noe grunnleggende som er veldig viktig, på en måte. - Å møte mennesker. Å lytte. Empati og prøve å ... sette seg inn i situasjonen. Se det ut fra: vi er støtte personen til de som kommer hit. Ikke en sånn ovenfra og ned holdning (4.72-76).

Anderson hevder at den måten hun og flere med henne driver terapi er en holdning og ikke en metode (ibid).

Så jeg tenker at når du sitter, du må jo være forberedt på at du kommer opp i situasjoner hvor du ikke helt kan styre da (m m). Du må ta det for det det er. Kanskje man må bare det. Når en åpner opp for familiesamtaler så må man ta litt det der og (m m). Du må ta det for det det er. Kanskje man må bare det. Når en åpner opp for familiesamtaler så må man ta litt det der og da. En kan ikke styre alt (3.59).

Litt sånn, ikke privat men personlige og. Jeg synes at vi blir det, og da er det jo noen ganger at rollene ikke blir helt sånn som jeg hadde tenkt, men justerer, jeg synes at vi justerer oss bra i forhold til hverandre. Litt sånn impro blir det jo (5.71).

Kan i hvertfall lytte og høre demmes historie, sier Eva (4.11).

Det å forstå en annen sitt perspektiv er også en del av det som er systemisk terapi. Det å lytte til å forstå en annen sitt synspunkt uten selv å måtte mene det samme. Å lytte til de ordene som blir sagt uten å ta inn sin egen forforståelse helt essensielt (ibid). Shotter (2003) snakker om det som oppstår i samtalen som foregår her og nå. Noen ganger blir ting sagt for aller første gang. Bare det å ha formulert noe som noen tidligere ikke har hørt, kan være forløsende. Kanskje har ting blitt sagt igjen og igjen flere ganger uten at noen har lyttet. Den viktigste lyttingen er den som en selv har til sin egen stemme og den viktigste dialogen har en med seg selv, hevder Andersen (2002).

eh, ofte så føler man lissom lettelse at man kanskje har ...em..sagt ting..eh..kanskje man kan se litt sånn håp om hva videre. Så det har jeg opplevd som posistivt (4.98).

Da er det kanskje i forhold til det der og kunne reflektere, men også at man stiller noen spørsmål som får brukeren til å reflektere og pårørende ...eh..og du vil...ja, si at hvis familien kommer med sin historie så kan man .."hva mener du om det?" og "Hva tenker du om det?" (4.96).

Jeg tenker vel og at kanskje nå sitter vel familiemedlemmet og, føler en sånn..en..trygghet med å ...en sånn lettelse at man får sagt noe som flere hører (4.100).

Eva uttrykker: ha øye for den enkelte som sitter der og ikke forfordele sympatier eller antipatier. Det kanskje er en del av det man må legge bort ved å åpne for familiesamtaler (3.14).

Dina sier om et par i en samtale: *Jeg så dem begge og klarte å ivareta dem begge (2.34)*. De er inne på et svært sentralt tema her. I det som ellers er vår tradisjonelle måte å gå inn i en dialog på, har vi lett for å fordele sympatier og antipatier. Det er tradisjonelt sett så enkelt å begynne å velge side. I systemisk teori kan vi godt forlate ideen om at det er vinnere og tapere i dialog. Det er bare flere syn. Dette er en utfordring til vår lyst til å begynne å ordne opp.

Roen til å lytte, og den klare invitasjonen via terapeuten til å være lyttende er kanskje i seg selv en passe forskjell. En passe forskjell kan også være det å ha mulighet til å høre det som en selv har sagt fortalt tilbake med sine egne ord. Det kan skape en ny forståelse. Å få spørsmål ber om å tenke mer gjennom - forklare mer rundt - å beskrive følelsene i ordene som er brukt, kan også være en passe forskjell (ibid).

Så langt det er mulig ønsker en å fjerne seg fra tanken om terapeuten som ekspert. Gjennom å være invitert til å lytte til det som terapeutene tenker, så kan familien selv få mulighet til å oppdage sine egne muligheter for endring. Det som sies, sies på en vennlig og positiv måte. I refleksjonen får familien være tilhørere til det som ble sies, og det blir tydeliggjort ved at det reflekterende teamet sitter bortvendt fra familien. Det gir ro til bare å lytte (ibid).

Endringsprosesser

Det å åpne for flere perspektiv, er grunnleggende i systemteorien. Defokusering ble gjort ved å kunne se at flere perspektiv kunne gjelde side ved side og avhengig av den konteksten som disse oppsto i. Det vil si at når terapeuten ser inn i den virkeligheten hvor klienten har levd sitt liv eller opplevelsen har oppstått, så kan klienten sitt perspektiv forstås (Hårtveit & Jensen 2004). Klienten må tildeles det rommet som er nødvendig for at klienten skal bli tatt alvorlig for nettopp sin historie og respekteres for sine ord som dette fortelles med. Det utelukker ikke at terapeuten på en vennlig og nysgjerrig måte kan spørre videre på det som klienten forteller (Anderson 2003). Det er vel kanskje som Grete og Hans påpeker, å tenke annerledes (5.33).

Hans sier: *Jeg trur klientene og synes det er veldig ålreit å bli møtt med forståelse, på en måte, at vi faktisk.. ikke nødvendigvis at vi forstår det fullt ut, men at vi i hvert fall aksepterer dems historie (5.210)*

og som Grete sier: *Hvordan vil jeg like å bli møtt av et offentlig kontor? Det synes jeg vi skylder folk.*”(5.215).

Hva er det da som er tanken bak og målet med det å snakke sammen på denne måten. Det handler om å bringe inn flere perspektiv og skape forståelse fordi en tredje person er til stede, eller at det blir en litt annerledes samtale, en liten forandring. Det forteller flere informanter (1.14, 1.25, 1.50). Bateson introduserte tanken om en forskjell som gjør en forskjell (Hårtveit & Jensen 2004). Andersen (2002) snakket om en passe forskjell. Anderson (2007) ønsker å bruke ordet transformasjon, kanskje forstått som forvandling eller omforming, i stedet for forandring. Dette er flere nesten like syn på endring. Familien må forstå hva som skjer for å klare å få til en endring, sier Dina (2.28). Hun mener kanskje at det som skjer med en person i en familie, har betydning for hele familien. Det er også en endring i oppfattelsen av seg selv hos personalet.

...så var jeg på forhånd litt åpen for at jeg måtte slippe noen ... eh ...altså, noen oppfattelse. Jeg måtte stille meg sjøl litt i lupa på å se på mine egne motiver for å forstå en sak. Ja, og det ga meg en veldig positiv erfaring på å sitte å sitte å snakke med de og se hvor dynamisk det var. Jeg forandra meg litt og jeg s..i en forståelse, en oppfattelse av saken og jeg ser at det var veldig bra for klienten sjøl for atte det kom inn innspill som nok de vanskelig kunne sette ord på ved å sitte alene (3.13)

Cathrine risikerer forandring selv også, men om brukerne forstår hverandre litt bedre er det et mål, sier Cathrine (1.14). Det kan også være en del av en endringsprosess at familien skal få lov å trekke seg tilbake. Slik sett er det ikke alltid riktig å ta inn familie (3.23). Det kan også være en passe forskjell å få klare noe på egenhånd. Det er alltid noe å bygge videre på, sier Eva (3.47) og

... så tenker jeg litt at det her med den forståelsen, den dialogen, altså det eksistensielle(m m) Å møte folk der de er. Selvfølgelig. Hva er viktig for deg nå? Eh ...Det å ta fatt i ..eh..ta fatt i ting som ..ehm..folk kan vokse videre på. Ehm.. hva er viktig i livet ditt, nå? Jeg tenker litt den der eksistensielle biten(m m). Det er nok.. ehm. ..noe som gir den enkelte drivkraft til å komme videre. Altså, jeg tenker dynamikk, den eksistensielle tingen, det livskraftige. Jeg er veldig der (3.45).

Mål og plan er viktig (3.45). Folk er så forskjellige. Det er ikke alltid at første møte når fram. Grete og Hans også forskjellige fra dag til dag, og det virker inn. Det er ikke alltid at de lykkes med det de hadde tenkt (5.99-104). Forandring tar tid. Det er ikke alltid at bruker og brukers familie er klar for det. Det nytter ikke med forsøk på endring før noen er klar for å endres, sier Lauveng (2007). Endring må komme innefra. Det kan også hende at vi som terapeuter går for fort fram. Noen ganger kan forventningen sette stopp for at en endring skal finne sted. Homeostasebegrepet i systemteori forklarte det som om at et system alltid vil forsøke å finne ballanse. Det vil si at jo mer terapeuten forsøker å endre, jo mer vil systemet forsøke å opprettholdes (Hårtveit & Jensen 2004). Familiens løsning av problemet ble sett på som problemet eller familiens samspill ble sett på som problem (ibid). I disse terapiformene er det terapeuten som forstyrrer systemet. Den språkssystemiske forståelsen av problemløsning, er at problemet er i språket. Det som oppleves som vanskelig kan forstås på en annen måte ved at man snakker om det og skaper en ny forståelse. Andersen (2002) tenkte seg at denne forståelsen kom ved at man også fikk lytte innover til sine egne dialoger, og at det som ble sagt ble gjenfortalt med de ordene som ble brukt av familien selv. Anderson (2003, 2007) tenker seg at samtale kan skape både muligheter og vanskeliggjøre dem. Det er gjennom en felles utforskning i det språket som skjer mellom de som deltar, der og da, at endring, eller omforming kan skje.

4.5. Visjoner

Kommunale oppgaver er ikke statiske. Det er heller ikke statisk hvilke arbeidsområder en til enhver tid har. De som skal ha tjenestene er ikke statiske. Det er lite forutsigbart hvem de er. Mye har endret seg i norske kommuner. Kommunen har kanskje et større ansvar for de som tilhører kommunen og et større ansvar for å løse oppgaver på et lavest mulig omsorgsnivå. I denne hverdagen har en etter hvert blitt vant til at oppgaver er forandrelige og at tjenestene også er i forandring. Det er ikke statisk hvem en arbeider med eller hva arbeidsoppgavene er eller hvilken tilnærming en skal ha. For flere av de erfarne medarbeiderne er det et ønske å kunne arbeide videre med familieperspektivet (2.214).

Det blir litt spennende å jobbe videre med . Man føler seg ofte aleine også. Jeg tenker vi som har den nye utdannelsen, Vi har jo et faglig forum, et sykepleiermøte her, faglig møte som vi har hver mandag, men en føler seg litt aleine om tankene. Jeg er opptatt av de tingene som ikke de andre er opptatt av (2.279).

Det som Dina skisserer her, er at de faktisk ble utdannet ut fra en ide om at de skal tørre å stille spørsmål ved selvfølgeligheter. For mange er det kanskje som for Dina, en hverdag med tradisjonelle perspektiv en kommer tilbake til. Hun peker også på hvordan organiseringen er med på å prege framtidsmulighetene:

Vi selv er jo opptatt av normalisering, integrering. Vi ønsker å jobbe mer opp mot barnevern, familiarbeid, NAV, den type ting, vi. Og så blir vi plassert under hjemmesykepleien (2.209).

Det i seg selv er nok ikke en utfordring om det tross alt er gode planer for hva psykisk helsearbeid skal være og hvilken plass familie og nære personer skal få.

I den nye virksomhetsplanen så står det dette her med familie og nettverk og det er også toner som vi har lufta litt fram atte det ...etter hvert..det er yngre familier etter hvert som vi ser er yngre mennesker som også kanskje vi kommer inn, kanskje vi må prioritere i større grad. Yngre mennesker, hvor familie er ...ehm..egentlig mye viktige enn... mange av de vi har, har jo etabler seg og er i tredve , førti, femtiåra og har levd sitt liv alene og på en måte satt i sin situasjon, mens yngre personer der er det mer å hente på å tenke nettverk. Så det er tatt med. Jeg er sikker på at det kommer mer (3.75).

Det er nok avgjørende for muligheten til å arbeide systemorientert, at det finnes en åpning for det gjennom kommunale planer. Det som nok til sist avgjør hvordan man arbeider er ens egne tanker, holdninger og erfaringer på hvordan det er å arbeide i dialog med en hel familie.

Eva: Det har åpna opp og det har vært dynamisk og det har vært veldig ålreit og det har gitt meg en tanke om at i veldig mange tilfeller så er det så bra, men jeg ser også at vi må vite hva vi går inn i ... at vi må stille med åpne kort og være støttende til de partene som er der og greie på en måte å være nøytral (3.13).

Jeg kan se at de føler en usikkerhet. Det er nok også slik at det er et fåtall som har hatt mulighet til å utdanne seg på den måten og derigjennom bli trygg på sin egen kompetanse. Det er imidlertid ikke bare utdanning som åpner for å arbeide familieorientert. Deres egne erfaringer teller også svært mye og det kan hende at noe av det kan rommes i den tanken som Eva bringer fram. Eva ønsker samtale med andre kommuner.

Vi har ikke noe erfaring eller samarbeid med andre kommuner som bruker familie og nettverk som et redskap, et verktøy. Det kunne jeg jo ønske meg jo da, -å få mer kjennskap om, for jeg tenker at det er et potensial og det tenker jeg er et potensial for oss som jobber her og for vi har vært en veldig stabil gruppe. Vi er sugne på å lære litt nytt å få, altså..utvikle tjenesten til noe. Jeg tenker familie og nettverkstenking det er ganske tidkrevende ...det må være på en måte en satsing og kanskje en utlukning av andre ting vi driver med for å få plass, for vi kommer ikke til å få flere stillinger for eksempel ...eh.. og at det handler om noen valg ut i fra en tanke om at det er viktig og hvem skal drive med det? Skal alle drive med det her, skal det være noe som gjør det? Hvordan skal vi som tjeneste profilere oss med et familie, - nettverk.. og si overbevisende, - vi jobber med familienettverk og vi gjør det... på en måte initierer det som en metode som de må på en måte ta til takke med ut ifra det at skal du ha vår tjeneste så er det, det vi jobber med (3.96).

I den hverdagen som psykisk helsearbeid gjennomgår så er det nettopp åpnet for et tydeligere samarbeid også interkommunalt mellom det som tidligere var rustjenesten og det som tidligere var psykisk helsearbeid. Det endrer også arbeidshverdagen. Framover nå blir fokuset mer på rusfeltet og det henger sammen, sier Grete (5.259). Eva forteller at flere blir skrevet ut rett fra barnevernet og familiesamtale og samarbeid må bli en mer naturlig del når det gjelder disse (3.82). Uansett hvordan endringene er i den kommunale sektor så finnes sentrale føringer og det finnes arbeidsredskap som er tilgjengelig. Det er en mulighet for å kunne bruke det å nedfelle dette i individuelle planer (2.223) (Hansen 2007). Det konkluderes med at i nettverksarbeid må en snakke med folk, sier Dina (2.214). Hun peker også på det ansvaret

som ligger på de som arbeider innen psykisk helsearbeid. Det er tjenesten som må si fra (3.5)men ny virksomhetsplan åpner (3.75). Det er en erfaring at pårørende i liten grad er med inn i arbeidet med individuelle planer. Informasjonsstrategien har hatt som målsetning å bygge opp kompetansen blant pasientgruppen, pårørende og hos tjenesteapparatet. Målet for pasientgruppen var å kunne gå inn i sosial sammenheng med familie, venner og bryte sosial isolasjon. Pasientene er stort sett fornøyd med behandling, men samarbeid med instanser og nivå bør bedres. Informasjonen til pasient og pårørende er sviktende i følge evalueringsrapporten (Forskningsrådet 2009, Hansen 2007). I noen tilfeller har brukerne slitt ut familien sin og det har ført til dårlige relasjoner. Dina kan se at det er nødvendig at familien kommer inn (2.68).

Jeg har vært litt opptatt av at det henger sammen, og at jeg ser, - jeg ser ikke bare pasienten som en, han er jo en del av noe, tenker jeg alltid. Og det er viktig å finne ut av nettverket og hva kan du bringe inn av og hva kan være til hjelp her? (2.84).

Alle møter familien sporadisk eller de møter deler av familien, avslutter Eva (3.11).

5. DRØFTING AV PROBLEMSTILLING OG DE FUNNENE JEG HAR

5.1. Kommuneperspektivets muligheter og begrensninger i forhold til familiesamtale

Jeg gikk inn i denne forskningen med et åpent spørsmål om hva det er som avgjør hvilke familier til klienter i voksenpsykiatrien i kommunehelsetjenesten som får tilbud om familiesamtaler. I mitt aller første møte med kommunene fikk jeg en forståelse av at i enkelte kommuner fantes det ikke et slikt tilbud i det hele tatt. Det stemte ikke. Samtlige hadde et visst familiearbeid.

I møtet med mine informanter så svarte alle at de hadde erfaring med å ta inn familien i samtalen som var rundt brukeren, sjelden for noen, andre hadde gjort det oftere. En av kommunene hadde en etablert holdning på at det var slik de arbeidet. Jeg ble overrasket over at jeg fant arbeid med familie om enn i liten grad, i alle kommunene jeg snakket med. Det er et annet funn enn hos Lilleengen (2007) som forsket i en annen kontekst..

I lovverket, slik som pasientrettighetsloven for eksempel, ligger det innbakt en mulighet for at man kan velge å se på familien som en ressurs og gi et tilbud til hele familien. Det samme gjelder forskrift om individuelle planer. Den gir en mulighet til å se bruker og brukers familie som et hele. Det er også slik når det gjelder brukermedvirkning. I statlige føringer er det en helt klar oppfordring til helhetlig tenkning til beste for brukeren. Evalueringsrapporten etter perioden med opptrappingsplanen konkluderer med at det fremdels er langt igjen til at både bruker og familie/pårørende blir regnet med.

Mine informanter sier at de arbeider etter bestilling om tjenester til den individuelle bruker og at vedtakene som blir gjort gjelder den enkelte. Det lukker for at arbeid med bruker i det systemet som bruker tilhører, prioriteres. Kommuneplaner åpner for muligheten for at familien skal integreres i større grad. Jeg ser at informantene har større tro på å fortsette å arbeide slik som det tradisjonelt er gjort. Det handler også mye om at det fremdeles er det medisinske synet og tanken fra psykodynamisk tradisjon som er rådende. Problemet blir plassert hos den enkelte bruker.

Både tidsmessig og økonomisk ser de på det som et stort grep og velge å ikke gjøre det. Når de likevel gjør det, viser det seg at det har svært gode resultater.

I kommunehelsetjenesten er leger, psykologer og psykiatere en svært liten del av det profesjonelle nettverket rundt en bruker. Det er andre høyskoleutdannede som har samtaler med brukerne. Det står i kontrast til det som skjer i institusjonene hvor det stort sett er leger, psykiatere og psykologer som har regelmessige samtaler med pasientene. Det kan ha en betydning hvilken faggruppe som arbeider med brukerne. Den betydningen kan ha noe med hvilket faglig ståsted som den dominerende gruppen har. Det virker å være et lite faglig fora i kommunen for å drøfte faglig tilnærming. De kjenner lite til hverandres arbeid, og det ser ikke ut som de prioriterer faglige fora for drøfting av egne tilnæringsmodeller.

Når familien inviteres med, kan det se ut som at det er kommune strukturen som muliggjør det. I en liten kommune er det mer naturlig å tenke på familien som en del av et hele. Også kommunens måte å plassere psykisk helsearbeid synes å ha innvirkning. De kommunene som har psykisk helsearbeid samlet i en enhet gir et inntrykk av å være mer åpne for flere perspektiv enn om man er organisert under mer tradisjonell medisinsk modell hvor kvantitet og økonomi er de førende prinsipper.

Samtlige forteller om liten eller ingen forskningsaktivitet. Da handler det i så tilfelle om statistikk. Det kommer da ikke fram hvilke tanker og ideer og erfaringer de gjør seg i psykisk helsearbeid og det medfører at kommunene blir svært lukkede fora. Derfor kommer heller ikke resultatene av det arbeidet som gjøres fram.

En av informantene ønsker også at det spesielt i forhold til familiearbeid, kunne være et interkommunalt samarbeid for å samordne dette perspektivet.

Kommunalt psykiske helsearbeid karakteriseres ved at man arbeider med brukerne over lang tid, gjerne over år. En arbeidet tett på familien og brukerens liv. Det kan åpne for at familie blir regnet med på en annen måte. Likevel er det ikke noe som informantene helt automatisk gjør. Det oppstår i hver enkelt møte. De brukerne som selv sier fra eller ber om at familien skal få delta, er de som får dette tilbudet. Det er helt klart noe som når det blir gitt, er ut fra brukers ønske.

Samtlige informanter forteller at deres kommune har merket opptrappingsplanen og de har blitt styrket med utdanning av personale, bygging av boliger og sysselsettingstiltak til brukerne. Det er også en sterk bevissthet hos personalgruppen om hva som var intensjonen

med opptrappingsplanen. Det kan tenkes at den har fått en stor betydning for psykisk helsearbeid i kommunene.

Det er gjennomgående at de ansatte bekymrer seg for at satsingen på psykisk helsearbeid har vært et midlertidig fenomen. Dette til tross for at det har gitt resultater i den enkelte kommune. Det er sterk bekymring for at tjenestens kvalitet forringes. Allerede nå kun et halvt år etter at opptrappingsplanen ble avsluttet, er det en tendens. Det lover ikke godt for mangfold og kreativitet som det ble oppfordret til i opptrappingsplanen.

Informantene tror at familieperspektivet og denne måten å arbeide på vil komme mer i framtida. De ser at de arbeider med brukere som er yngre og som har familie rundt seg eller ikke har flyttet ut av opprinnelsesfamilien.

5.2. Den profesjonelle samtalepartner og familiesamtale

De jeg snakket med var sykepleiere, en vernepleier og en førskolelærer. Det medisinske perspektivet og diagnosenkning var utbredt. I tillegg til dette hadde samtlige av dem teorigrunnlag som hadde inspirert dem til å fokusere på familie og systemisk tenkning. Spesielt var det åpenlyst hos de som hadde utdanning i psykisk helsearbeid med tverrfaglig tilnærming, den utdanningen som kom som en følge av opptrappingsperioden. Det var også svært tydelig hos de andre. Da var det på bakgrunn av nettverksutdanning, veilederutdanning eller utdanning eller familierapiutdanning. Både faglig kompetanse, personlig kompetanse og ut fra erfaring i eget liv eller eget fagpersonlig liv, velger de å ta inn familien til samtale.

De opplever sterk støtte i hverandre de som har vært sammen med en kollega i en slik samtale. Samtlige av disse har erfaring med å arbeide med et helhetlig menneske eller et menneske i et system. To av informantene er svært trygge på å arbeide med familier. De andre sier at de føler seg usikre fordi de ikke har nok kompetanse i familiearbeid. En av dem sier også at det kunne være ønskelig med en tverrfaglig kommunal faglig dialog og styrking av kompetanse. Leger, psykiatere og psykologer tilhører ikke min informantgruppe.

5.3. Brukerperspektivets muligheter og begrensninger

Materialet har ingen direkte samtaler med brukerne. Deres perspektiv ble formidlet gjennom de samtalene jeg har hatt med de som er erfarne medarbeidere i kommunen. Det er gjennom dem at jeg kan danne meg et bilde. Til tross for at informantene forteller om et sterkt fokus på

individ og på tjenester som er vedtaksbasert, er det åpenhet for at familien kan få være med når brukeren ber om det. Familien har følt seg svært alene, og de uttrykker takknemlighet over å få delta. I familiesamtalen synliggjøres ressurser og problemer gjennom at flere perspektiv kommer fram. Å bygge gode relasjoner trekker samtlige fram som svært viktige. I forhold til familien ser de at relasjonsbygging også i samarbeidet med dem, kan ta tid. De er ikke vant til å sakke sammen på denne måten.

Slik de selv ville bli møtt, ønsker de å møte bruker. Når de har samtale med hele familien så er det viktig å høre dem alle og lytte til deres fortellinger. Det hender at det er elementer av styring og kontroll hos bruker sin familie som gjør at det å invitere familien er kontra indisert. I to av kommunene er bruker og brukers familie helt klart med i tankene fra aller første møte. Det å avklare og få tillatelser til å snakke sammen sier de er helt nødvendig og de får brukers samtykke fra første møte. . Det er en samtale hvor terapeuten lytter til familiemedlemmets perspektiv. Når det gjelder brukerne så setter de pris på å få ha med seg sin familie inn til samtale. Det hender at bruker oppleves på en ny måte når familien får være med. Av og til ønsker familien kun å bruke de profesjonelle som tilhørere. Andre ganger er ønsket til familien mer klare råd. Selv i de tilfellene ser jeg en tendens til at rådene blir gitt som valg. I enkelte tilfeller er medarbeiderne klart styrende, men også i de tilfellene gir de uttrykk for at måten de legger fram saken på, gir brukeren valg. Taushetsplikten er et klart hinder for at familien får tilbud om en familiesamtale.

5.4. Familiesamtalen som fenomen

Samtalen blir annerledes med flere til stede. Informantene forteller at det *er noe de gjør* i en samtale og *noe de er i* en samtale. Før samtalen starter forteller en at hun gjør seg klar til samtalen. Det betyr ikke at hun bestemmer noe for hva som skal skje i samtalen. Det betyr mer at hun nullstiller seg og forteller seg selv at alt kan skje i denne samtalen. De to som ofte har samtale sammen forteller at de fordeler roller seg imellom til enkelte samtaler. Andre samtaler skjer bare helt spontant uten at de har fordelt noe som helst. En vesentlig faktor er imidlertid at de har lang erfaring på samspill og er svært dyktige til å spile på lag. Også en annen av informantene forteller at det med fordeling av roller blir gjort. Det er ikke så viktig for bruker at begge de ansatte har den nære relasjonen til brukeren, mener hun. Det er viktig at den som har den nære relasjonen er til stede. Det synes som at disse informantene vektlegger det å ha en god relasjon som svært viktig for at en slik samtale skal bli vellykket. De hevder

familien må oppleve at de sitter sammen med helt alminnelige mennesker og henvender seg til hverandre ved å minne om ekle ting som at kulepennen skal bort eller at telefonen må skrus av - kanskje tøyse og tulle med hverandre. Det at de er alminnelige og likestilte mennesker som deler et øyeblikk, ser ut som å være noe samtlig er enige om. De fleste forteller at samtalen starter med en hverdagsprat. Tanken bak er kanskje at familien skal få nullstille seg og gjøre seg ferdig med den virkeligheten som de nettopp har kommet fra for så å bli klare for å gå inn i det som er samtalen som skal foregå her og nå.

Samtaleinnholdet varierer. Det hender at det er helt hverdagslige ting som blir tatt opp og betydningen av å ha tilhørere til sitt eget liv trekkes fram. Det at noen får lytte til det som blir sagt, er vesentlig forteller flere. Noen familier trenger bare at det er noen som lytter til deres hverdagsopplevelse. Det hender også at det kommer fram helt andre ting i en slik samtale enn en alminnelig samtale på kontoret. Familien som har tette og nære relasjoner, er den sterke parten i en slik type samtale. Det er familien sin arena, fortelles det om. Tema kan også være økonomi og hverdagsliv. Gjennom disse samtalene hender det at familiene kommer fram med det som egentlig kan være problemet. Gjennom samtalen ser det også ut til at bare det å bli lyttet til kan oppleves som frigjørende. Det å kunne få si noe slik at flere hører det synes å være viktig. Informantene kaller noe for ”det verste”, og det hender at dette kommer fram i samtalen. De påpeker at det er viktig i denne typen samtale å være forberedt på det uforberedte. I disse samtalene hvor familien er til stede, er det muligheten for å lytte til hverandre som trekkes fram for eksempel at bruker selv får velge fra hvilket sted det er best å lytte. En bruker ønsket å stå i gangen under samtalen. Det var i orden.

De benytter for det meste ikke elementer fra reflekterende posisjoner, til tross for at det har vært vektlagt gjennom undervisningen i psykisk helsearbeid gjennom en del år. En av informantene bruker det, og opplever det som en annerledes måte å snakke på. Hver enkelt får sin tid til å snakke og det skapes rom for å lytte. Når de senere samtaler videre på bakgrunn av tanker som hver enkelt får etter det som er fortalt, hender det at det oppstår en ny forståelse.

Den aller viktigste oppdagelsen under denne undersøkelsen, var varheten og respekten for brukeren. Disse informantene opptrådte lite som eksperter. Det var også en forståelse for at endring tar tid og at de menneskene de arbeider med må få bruke den tiden det tar. Endring oppnås ikke alltid.

I det kommunale arbeidet med psykisk helsearbeid finnes mange engasjerte mennesker. De formidler håp og de formidler endringsvilje i sin tilnærming til det arbeidet de gjør. Det er et perspektiv som kan benyttes parallelt med det arbeidet som de allerede gjør. Det sees ikke som uhensiktsmessig av noen av dem. Kanskje bør det skapes arenaer for at det kan videreutvikles?

Det viktigste funnet i denne forskningen var at det ligger ressurser i den personalgruppen som arbeider i psykisk helsearbeid i kommunen.

6. AVSLUTNING OG OPPSUMMERING

6.1. Erfaringer ved min undersøkelse og mangler ved den

Jeg har fått mange svar gjennom denne undersøkelsen. Ikke alltid i tråd med det jeg selv tenkte før undersøkelsen. Slik sett var også dette en oppdagelse av hvor spennende det er å gå inn i et slikt materiale med en fenomenologisk tilnærming med elementer av IPA. Materialet framstår i kraft av seg selv. Hvordan det er behandlet er mitt valg.

Det har vært en utrolig spennende prosess å være i som forsker. Jeg vet noe mer nå enn da jeg startet. Jeg har også fått så uendelig mange flere spørsmål. Det har dukket opp undringer under veis. Jeg ser at det kunne vært spennende å foreta en sammenligning mellom psykisk helsearbeid i de andre tjenestelinjer og sammenlignet med førstelinjetjenesten. Det kunne vært interessant å se på det materialet som da oppsto.

Det jeg kan ha en formening om at ikke kommer godt nok fram i min studie, er stemmen fra de som absolutt ikke tenker at familien og systemet rundt klienten har sin plass i kommunen sitt helsearbeid. De tror jeg kanskje ikke jeg fikk snakket med i min studie. Det kan synes som jeg fikk snakke med de som hadde en interesse for familien.

Den aller viktigste kritikken mot min undersøkelse er at jeg ikke har snakket med bruker og brukers familie. Jeg mener selv at det er den sterkeste kritikken mot denne studien. Deres stemme er ikke hørt annet enn via andre undersøkelser og derfor kan jeg ikke si noe sikkert om hva deres opplevelse er i det som er kommunalt psykisk helsearbeid.

6.2. Invitasjon til senere undersøkelser

Jeg ser at denne undersøkelsen ble stor og vid. Det er både en styrke og en svakhet ved undersøkelsen. Det er en undersøkelse som bare så vidt sier noe om tendenser. I en felt som har vært undersøkt lite, kan likevel det være nyttig, mener jeg. Andre kan senere forske videre på mer spesifikke områder. Det kan sees på som en styrke og en åpning for ny forskning. Det forskes så altfor lite i det arbeidet som gjøres i arbeidet i psykisk helse i kommunehelsetjenesten. Mitt bidrag er kanskje at jeg åpner for å se det systemiske som et perspektiv i psykisk helsearbeid. Det kan også hende at det er annerledes i kommunehelsetjenesten enn i institusjonen. Det kunne jeg tenke meg få bekreftet eller avkreftet litt klarere.

Ikke minst fikk jeg en tanke om det kunne vært spennende med en sammenlignende profesjonsanalyse. Samtaler med brukerne foretas av leger, psykiatere og psykologer innen poliklinikker og i avdelinger i psykiatrien. I sjelden grad er det høgskoleutdannede som har ansvar for den systematiske samtalen der. I kommunen ser det ut til å være de høgskoleutdannede som er sammen med bruker i disse samtalen. Dette kunne det vært utrolig interessant å se på kanskje mer ut fra et diskursivt perspektiv.

I forhold til bruker og familien sin stemme er det ikke bare en problemstilling som åpner seg men flere. En lignende undersøkelse som denne kunne vært gjort i forhold til brukerne.

6.3. Oppsummering av oppgaven

Her oppsummerer jeg undersøkelsen, svarer på problemstillingen og viser fram hovedfunnene.

Oppgavens tittel er: *Familiesamtalen i kommunalt psykisk helsearbeid*. Jeg har samlet data gjennom intervju med seks erfarne medarbeidere i til sammen fem kommuner.

Problemstillingen var: *Hva er det som avgjør hvilke brukere som får tilbud om familiesamtaler i kommunalt psykisk helsearbeid? Hvordan beskrives familiesamtalen og hvilke teoretiske referanserammer knyttes til tilbudet?*

Jeg fant at samtlige i denne undersøkelsen hadde erfaring med å ta inn familien i samtale. En kommune skilte seg ut og hadde mye erfaring i å invitere familien med. Familiesamtale fantes og i varierende grad fra lite til noe. Det blir sett på som et stort grep å ta inn familien, og kravet om kvantitet og økonomisk effektivitet var det som utfordret, men det fortelles om svært gode resultater når familien ble inkludert.

Kommunens planer samt organisering er avgjørende for om det er rom for systemperspektivet. I kommuner med psykisk helsearbeid er samlet i en enhet, er det større åpenhet for flere perspektiv, og det skaper rom for å regne med det systemiske perspektiv. Det er i tråd med hva annen forskning viser (Forskningsrådet2009). Det er fremdels det medisinske syn og tanker fra psykodynamisk tenkning som er rådende. Dette til tross for at blant annet Opptappingsplanen (1998 -2008) åpner for å inkludere familie og nettverk. Kommunen som struktur ser ut til å ha vært preget av fleksibilitet fordi det har vært mange store endringer, og slik sett kan det hende at den er preget av elastisitet og tilpassningsevne. Systemperspektivet har kunnet eksistere parallelt med andre perspektiv.

Faglige fora for å se på sin egen praksis mangler. Egen forskning finnes ikke i de kommunene som undersøkelsen omfattet. I psykisk helsearbeid møter vi begrepet *evidensbasert forskning* og argumentene om å ta hensyn til hva *forskning viser*. Det ligger en utfordring i å skape de nødvendige arenaer for at også fagpersoner fra kommunalt psykisk helsearbeid forsker i eget arbeid. Det er ikke nødvendigvis slik at all forskning er overførbar. Jeg er opptatt av at det skapes rom for praksisnær forskning. Det er i tråd med det Forskningsrådet (2009) sier om at kvantiteten på tjenestene har nådd et mål men at man må se på kvalitet og innhold i tjenestene.

Gjennom Opptrappingsplanen (1998 -2008) ble kommunene tilført midler og faglige ressurser. Allerede et halvt år etter at den ble avsluttet, merket man urovekkende endringer i samtlige kommuner som undersøkelsen omfattet. Jeg mener at mangel på faglige fora og manglende forskning, kan være med på å opprettholde det tradisjonelle synet på hvordan man møter psykisk lidelse. Det kan også stenge for statlige intensjoner om mer åpenhet og helhet.

Kommunalt psykisk helsearbeid skal over lang tid møte brukerens behov, og forholde seg til både bruker, brukers familie og brukers levde liv. Det i seg selv, åpner for at familien må regnes med. Seikkula & Arnkil (2007) anbefaler dialog med familie og nettverk. Forskningen deres (ibid) viser at nettverket bør involveres innen det første døgnet under en krise. Krise kan blant annet være et psykotisk utbrudd. Her kan kommunalt psykisk helsearbeid ha mye å hente, mener jeg. I de fleste tilfeller er det på et langt senere tidspunkt at familien inviteres med. Familien kan inviteres inn på et tidligere tidspunkt. Når de er to i en samtale er det lettere å gi bruker valg.

Jeg fant at brukerperspektivet vektlegges hos informantene og i kommunestrukturen, og samtalen blir til ut fra brukers ønske. Det er i tråd med beskrivelse av brukermedvirkning som brukerdeltakelse (Ørstavik 2002, Hansen 2007). De ansatte kjenner til og har reflektert over den makten de har. Undersøkelsen understøtter Foucaults syn på makt (Lundby 2003). Makt kan brukes på en positiv måte til å skape gode arenaer for samtale. Slik sett blir ikke makt noe negativt, men det har med seg et budskap om å handle både i møtet med bruker og i den sammenhengen som en arbeider i. Vi kan ikke definere bort den makten som implisitt ligger i yrkesrollen. Det ligger mye ansvar i det å forvalte makten rett. Informantene arbeider for det meste alene. Jeg tenker at da det er nødvendig med arenaer for å kunne drøfte det som skjer i terapirommet.

Teoretisk tilknytning til grunnutdanning og fra systemteori teller. Like mye teller erfaring, egen personlighet samt relasjonskompetanse. Dette er faktorer som kommer til i tillegg til den teoretiske utdanning inkludert systemteori. Jeg finner at teoretiske referanser etter hvert blir en del av den yrkespersonlige helheten.

Familiesamtalen beskrives på mange måter alt fra den rådgivende, den veiledende, utforskende og terapeutisk samtale samt samtalen hvor brukeren får fortelle om sitt liv. Det hverdagslige må derfor ikke undervurderes og heller ikke det alminnelige. Når det er to terapeuter sammen er det vesentlig at i det minste en har en nær relasjon til bruker. Det å komme i posisjon er avgjørende for opplevelse av en god samtale.

Informantene sier at det er viktig å skape rom for at lytting kan finne sted. Jeg synes det er spennende funn at det er det samme hvor bruker lytter fra.

To informanter er trygge på å gjennomføre familiesamtaler. Det er unntaket. De andre gjør det sjelden og de mangler teoretisk kompetanse på det. De har erfaring men føler seg ikke trygge nok. Tanken om et tverrfaglig, interkommunalt samarbeid som en av dem presenterte, slo meg. Det kan være et skritt på veien om ikke personalet har mulighet til å videreutdanne seg innen dette perspektivet eller mens personalet videreutdanner seg. Sammen blir vi gode.

LITTERATUR

- Andersen, T. (2002) **Reflekterende prosesser: Samtaler og samtaler om samtalerne.** København: Dansk psykologisk forlag.
- Andersen, T. (2008) Hvordan vi lurer oss selv og hvordan vi burde være. ”Enkelte ganger pleide jeg å tenke...” **Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 5,**(nr.1, s. 53-55). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anderson, H.; Goolishian, H.A. (1992) **Från Påverkan Til Medverkan.** Terapi med et språkssystemisk synsett. Stockholm: Bokförlaget Mareld.
- Anderson, H. (2003) **Samtale, sprog og terapi.** København: Hans Reizelts Forlag.
- Anderson, H., Gehardt, D. ed. (2007) **Collaborative Therapy.** Relationships and Conversations that make a Difference. London/New York: Routledge.
- Anderson, H. & Jensen, P. red. (2008). **Inspirasjon: Tom Andersen og reflekterende prosesser.** Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Antonowsky A. (1991) **Hälsans mysterium.** Stockholm: Natur og kultur.
- Antonsen, E.B. (2008) Utbytte av kurs i brukermedvirkning? **Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.5,** (nr.1.2008, s.14-22). Oslo: Universitetsforlaget.
- Austerem, L.M. (2005) Har du noko viktig å seie, finn du alltid eit språk og ei form. **Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.2,** (nr.1, s.85-87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakhtin, M. (1986) **Speech genres and other late essays.** Austin: University of Texas Press.
- Berg, N. (2005) **Elev og menneske. Psykisk helse i skolen.** Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bruland Vråle G., Karlsson B., Hummelvoll J.K. red. (2009) **Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid**. Selvforståelse, praksis og forskning. Høgskolen i Hedemark: Rapport nr.14-2009.

http://fulltekst.bibsys.no/hihm/rapport/2009/14/rapp14_2009.pdf#page=41

(lest november 2009).

Carlsen, L.B, Hermansen, M.V., Bruland Vråle, G. (1984) **Sykepleiefaglig veiledning**. En innføring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dahl, A.A; Malt U.F.; Retterstøl N. (2003) **Lærebok i psykiatri**. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dallos,R. & Vetere, A. (2005). **Reserching Psychotherapy and Counselling**. Berkshire: Open University Press.

Dysthe, O. red.(2001) **Dialog, samspill og læring**. Oslo: Abstrakt Forlag A/S.

Eathough, V. & Smith J. A. (2008) Interpretative Phenomenological Analysis. In: **The SAGE Handbook of Qualitative research in Psykology**. Willig, C; Stainton-Rogers, W.(ed.) London: SAGE, lest 17.10.2009:

http://books.google.com/books?id=hi3_QB75DfAC&pg=PA179&dq=interpretative+phenomenological+analysis,+Eatough,+Smith,+2008&hl=no#v=onepage&q=&f=false

Eliassen H.; Seikkula J. red. (2006) **Reflekterende prosesser i praksis**. Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning. Oslo: Universitetsforlaget.

Everett, E.L. & Furseth, I. (2004). **Masteroppgaven: Hvordan begynne og fullføre**. Oslo: Universitetsforlaget.

Forskningsrådet (2009). **Evaluering av opptrappingsplanen for Psykisk Helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese – og analyse av evalueringens delprosjekter**. Oslo: Divisjon for vitenskap.

Grund, J. (1982) **Helseplan for 1980-åra: Omlegging og utvikling**. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Hansen, G.V. (2007). **Samarbeid uten felleskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid**. Doktoravhandling. Karlstad: Karlstad University Studies.

Haugsgjerd S.; Jensen, P.; Karlson, B.& Løkke, J.A. (2002) **Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle**. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Hårtveit, H & Jensen, P. (2004) **Familien, - pluss en**. Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, P. (1994) **Ansikt til ansikt: System- og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie**. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Jensen, P. (2006) Hvordan kan ”den store psykoterapidebatten” påvirke forståelsen av familierapiforskningen? Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient. **Fokus på familiebehandling. Tidsskrift for familiebehandling nr.2, s. 91-107**. Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, P. (2008) **The Narratives Which Connect...** A Qualitative Research Approach to the Narratives which Connect Therapists’ Personal and Private lives to their Family Therapy Practices. Doctorate of systemic Psychotherapy awarded by the University of East London in conjunction with the Travistock Clinic. London: 2008.

Jensen, P. (2009). Virkningsdriskursen. Hvordan spørsmålet ”hva virker i terapi?” har kommet til å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi. **Fokus på familien. Tidsskrift for familiebehandling, nr.3, s.194 – 201**. Oslo: Universitetsforlaget.

Karlsson, B. (2005). Liv er bevegelse: Arnhild Lauveng i samtale med Bengt Karlsson. **Tidsskrift for psykisk helsearbeid**. Vol.2,nr.4, s.424-433. Universitetsforlaget: Oslo.

- Kvale S. (1997) **Det kvalitative forskningsintervju**. Oslo: Ad Notam, Gyldendal Forlag.
- Langdridge, D. (2006) **Psykologisk forskningsmetode**. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Lauveng, A.(2007) Å dele godene. **Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.4**, (nr.2,s.221-223). Oslo: Universitetsforlaget.
- Leder (2008) Vi bærer psykisk helsearbeid videre. **Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.5**, (nr. 2, s. 98-102). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lilleengen, B.S.E. (2007). **Nettverkets betydning i en individualterapeutisk kontekst – en studie av erfarne terapeuters kliniske praksis**. Mastergradsoppgave, Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.
- Lundby, G. (2003): **Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier**. Oslo: Tano Aschehoug Forlag.
- NIBR (2005) **Brukermedvirkning og psykisk helse**. Rapport 2005 nr.6. Oslo: Norsk institutt for by - og regionsforskning.
- NIBR (2007) **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter**. Rapport 2007 nr. 2. Oslo: Norsk institutt for by – og regionsforskning.
- Mosgaard, J. (2009). Sprogets forførelser. Om diagnose og andre konklusjoner. **Fokus på familien. Tidsskrift for familiebehandling, nr. 3, s. 237 -255**. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsson, A.M. (2004) To be amoved or not- On involved versus involved styles of communication. **Departement of Applied Sosial Studies. Luton**. University of Luton.

Olsson, A.M. (2006) **Coach I sosialt arbete og dialogcoaching-Om reflection och dialog som gör en skillnad.** Länsstyrelsen i Skåne län.

Rønnestad, M. H., von der Lippe, Anna, red. (2002) **Det kliniske intervjuet.** Oslo. Gyldendal Akademisk.

Seikkula, J. (2002) **Åpne samtaler.** Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula J.; Arnkil T. (2007) **Nettverksdialoger.** Oslo: Universitetsforlaget.

Shotter, J. (2003 a) **Being “moved by the embodied, responsive-expressive “voice” of an “other”.** Paper for the 8th International Meeting on the Treatment of Psychosis, Tornio, Finland, August 27th-31st, 2003
<http://pubpages.unh.edu/~jds/Tornio.htm> (lest 10.09. 2008).

Shotter, J. (2003 b) **Inside the moment of speaking: In our meetings with others, we cannot simply be ourselves.** Durham: University of New Hampshire
<http://pubpages.unh.edu/~jds/Pietropaper.htm> (lest 10.09. 2008).

Shotter, J. (2005). **Inside processes: Witness - thinking and action - guiding anticipations.**

Draft paper of talk given at KCC Management Summer School, Kent, July 4th-8th, 2005

<http://pubpages.unh.edu/~jds/Kentmgt2005.htm> (lest 10.9. 2008)

Shotter, J. (2007). **“Getting it”: Witness-thinking and the DIALOGICAL ...in Practice.** London.

<http://pubpages.unh.edu/~jds/> (lest 10.9.2008).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) **Forskrift/veileder til individuell plan.**

Stern, D.N. (2007) **Her og nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv.**
Oslo: Abstrakt forlag A/S.

St. meld.nr. 25 (1996-97) **Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.**

St.prp.nr.63 (1997-98) **Opptrappingsplan for et bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser, 1999-2006.**

Sundet, R. (2006) Tør vi tro på det pasientene sier? – om kunnskap og makt i psykisk helsearbeid. **Tidsskrift for psykisk helsearbeid.** Vol.3, nr.2,s.197-200. Oslo: Universitetsforlaget.

Sundet, R. (2007) Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon – betydninger for terapeutisk arbeid (s.312 – 328).Ulvestad, A.K.; Henriksen, A.K. Tuseth A.G. (2007); **Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid.** Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sverdrup, S. (2007) **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: sammenstilling av resultater fem prosjekter.** Oslo: Diakonhjemmet høgskole.

Thagaard, T. (2003) **Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode.**
Oslo: Fagbokforlaget.

Torsteinson, V.W. (2000) Å vite eller ikke vite – eller hvordan vet vi at vi vet? Noen kommentarer til vitenskapsteoriens relevans for klinisk praksis. I: Johnsen, A.; Sundet, R.; Torsteinson, V.W. (2000). **Samspill og selvopplevelse.** Nye veier i relasjonsorienterte terapier. Oslo: Tano Askehoug Forlag (s.198- 213)

Ulleberg, I. (2005) **Kommunikasjon og veiledning.** Oslo. Universitetsforlaget.

Vedeler, A. H. (2007) Den bekymrede vandringsmannen: John Shotter om Tom Andersen.

Fokus på Familien nr.3. Oslo: Universitetsforlaget.

Vibe, K. (2008) Å være vitne – å fortelle en historie. **Fokus**

på familien. Tidsskrift for familiebehandling, nr. 2, s. 122 – 132. Oslo:

Universitetsforlaget.

Vørrang, H. (2008) **Brukermedvirkning er ikke spesielt vanskelig, men det er heller ikke spesielt lett!** Mastergrad i verdibasert ledelse. Oslo, Diakonhjemmet høyskole 2008.

Vaaland, T.Ø. (2007) **Brev til en minister.** Historier om psykisk helse og rus skrevet til

Ansgar Gabrielsen. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Watzlawick, P; Weakland, J; Fisch, R(1996) **Forandring.** Prinsipper for hvordan problemer oppstår og hvordan de løses. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Østavik, S. (2002) Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse (s.145-159) I:

Norvoll, R. red. (2002) **Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon.** Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

VEDLEGG 1

INFORMASJONSARK FOR DELTAKERE.

Min mastergradsoppgave har følgende foreløpige problemstilling: Hva er det som avgjør hvilke familier til klienter i voksenpsykiatrien i kommunehelsetjenesten, som får tilbud om familiesamtaler og hvilken plass har reflekterende prosesser (samtaler) i dette tilbudet?

Hvem er jeg:

Jeg heter Ester Teigmo og er student på Diakonhjemmet Høgskole, Oslo, på studiet Master i Familieterapi og Systemisk praksis. Denne intervjuundersøkelsen er en del av min mastergradsoppgave. Min veileder er Per Jensen, Diakonhjemmet Høgskole.

Telefonnummer og e-post adresse:

Du er velkommen til å be om mer informasjon ved å ringe 95730219 eller aller helst via min e-post adresse: es-teig@online.no / eller ester.teigmo@diastud.no

Formålet med undersøkelsen

St meld 25 og senere opptrappingsplanen for psykisk helse, har åpnet for et mangfold i psykisk helsearbeid. Det har vært en satsing som har omfattet økonomiske overføringer til kommunene, en satsing på utdanning og ikke minst en satsing på endring av holdninger. Nå i 2008 var tiden for den statlige satsingen i opptrapping av psykisk helsearbeid formelt over. Det har vært mange nyttige tiltak som har kommet med opptrappingsplanen og fokuset har vært lagt forskjellige steder.

Jeg har familieterapi og systemisk praksis som mitt fokusområde og derfor er min undersøkelse plassert innenfor denne rammen. Jeg selv ser på familien og det private nettverket til klienten som en ressurs, og at de i enhver sammenheng kan bidra med noe nyttig det være seg at de er regnet som en ressurs men også om de ikke tenkes på som det.

Jeg undres på hvor kommunene står i sitt arbeid i forhold til klienten og familien til klienten. De fleste klienter har enten en opprinnelsesfamilie eller har stiftet egen familie. Høsten 2008 kontaktet jeg de fleste kommuner i [REDACTED]. Jeg oppdaget at noen kommuner helt klart definerte at de hadde erfaring med familiearbeid. Noen sa at de ikke hadde denne tilnærmingen. Jeg er interessert i å snakke med noen fra alle kategorier. Det er viktig å få fram nyansene i det som de ansatte selv sier.

Tom Andersen og hans reflekterende prosesser er kjent av de fleste. Det er flere høgskoler som har dette på sitt pensum i videreutdanningen i psykisk helsearbeid, og det har vært en del av

undervisningen gjennom hele opptrappingsperioden. Familieterapi og systemisk praksis likeså. Jeg undres på om det finnes spor av at dette brukes i kommuner i [REDACTED].

Problemstillingen

Det jeg er opptatt av er om kommunene åpner for familiesamtaler til klienter som tilhører voksenpsykiatrien i kommunen. Jeg er også interessert i å snakke med de som ikke har dette som sitt tilbud. Jeg ønsker å kunne gi et bredt bilde av hvordan man ser på familie i den delen som er voksenpsykiatri og få et innblikk i hva de forskjellige begrunner sine valg med for å kunne forstå variasjoner. Jeg ønsker også å vite hvilken tilnærming i samtale den erfarne medarbeider har.

Bruk av lydbånd

For å kunne få et bredest mulig materiale, ønsker jeg å ta opp intervjuet på bånd. I intervjuet håper jeg å få tilgang til: Hvem er de som gir tilbudet? Til hvem gir de tilbudet? Hvor får klientene dette tilbudet? Hva forteller disse erfarne medarbeiderne om egne valg i bruk av tilnærming i samtale og hva de begrunner dette med?

Hvordan vil materialet bli brukt

Dette materialet vil bli brukt i en mastergradsoppgave og kanskje som bakgrunn for en artikkel i et fagtidsskrift.

Hva vil det innebære for informanten

Jeg håper du vil delta for å belyse tenkning og erfaring fra både psykisk helsearbeid og familieterapi. Jeg er interessert i mangfoldet og meningene som finnes.

Jeg ønsker å ha et åpent og gjensidig forhold til deg i løpet av forskningsprosessen. Jeg vil gjerne komme tilbake til deg med det transkriberte intervjuet for gjennomlesning, og det kan være en mulighet for at det foreløpige manus sendes ut med åpning for at du kan kommentere og belysetema ytterligere. Jeg håper å få mulighet til å invitere de som deltar til en fokusgruppe og diskutere problemstillingen.

Som deltager bør du være interessert i problemstillingen og være villig til å bidra med dine erfaringer.

Hvorfor er du utvalgt

I min telefonrunde og ut fra de e-poster jeg sendte, til kommuner så var det noe i din kommune som interesserte meg og du er valgt enten som representant for en stor kommune, en liten kommune eller

som representant fra de indre deler av fylket eller de ytre deler av fylket. Jeg har fått et lite innblikk i kommunens arbeid, og det skulle være interessant å høre mer om hvordan dere arbeider.

Taushetsplikt

Alle data som jeg samler inn vil bli brukt inn i min mastergradsoppgave. Foruten min veileder, Per Jensen, så er det to andre studenter som vil ha tilgang til mine data. Disse er i likhet med meg, familierapeuter under mastergradsutdanning.

Jeg ønsker ikke å komme fram til noe som er riktig eller galt eller å trekke fram eller henge ut enkeltkommuner eller medarbeidere. Alle mine deltakere er derfor anonyme. Jeg unngår enhver beskrivelse som kan identifisere deg eller stedet du arbeider eller kommunen. Det vil ikke bli brukt sitater der du kan identifiseres og jeg benytter oppdiktete navn.

Det transkriberte materialet vil være taushetsbelagt og oppbevares forsvarlig. Det samme med lydbåndopptakene. De oppbevares forsvarlig og slettes etter bruk.

Retten til å trekke seg når som helst

Du har når som helst rett til å trekke deg fra prosjektet. Ditt materiale vil da ikke bli benyttet.

Vil du vite mer?

Dersom du har spørsmål, kommentarer til prosjektet eller din deltakelse, vær vennlig å kontakte meg på telefon, e-post eller på min adresse: Moastien 5, 1719 Greåker

Med vennlig hilsen

Ester Teigmo

Mastergradsstudent, Familierapi og systemisk praksis, Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

VEDLEGG 2

SAMTYKKEERKLÆRING

Sarpsborg januar 2009

Mastergradsoppgave: Hva er det som avgjør hvilke familier til klienter i voksenpsykiatrien i kommunehelsetjenesten, som får tilbud om familiesamtaler og hvilken plass har reflekterende prosesser (samtaler) i dette tilbudet?

Mastergradsstudentens navn: Ester Teigmo, Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

Telefon og e-post adresse:

95730219 / es-teig@online.no eller ester.teigmo@diastud.no

- 1. Jeg har lest informasjons ark og har forstått det samt hatt mulighet til å stille spørsmål.**
- 2. Min deltakelse er frivillig og konfidensiell, og jeg har frihet til å trekke meg når som helst uten å oppgi grunn eller at mine rettigheter blir berørt.**
- 3. Jeg er inneforstått med at alle lydbåndopptak vil bli slettet når mastergradsoppgaven er avsluttet.**
- 4. Jeg er inneforstått med at det ikke vil være mulig å identifisere meg på noen måte verken i mastergradsoppgaven eller i andre publikasjoner i etterkant.**
- 5. Jeg sier herved ja til å delta i denne undersøkelsen.**

Samtykke gis: Navn:

Dato: Adresse:

Sign.....

Ansvarlig for undersøkelse: Ester Teigmo, Student ved Diakonhjemmet Høgskole,

Adresse: Moastien 5,1719 GreåkerSign.....

En kopi til informant og en til ansvarlig for undersøkelsen

Intervjuguide: Hva sier erfarne medarbeidere som arbeider med psykisk helsearbeid rettet mot voksne og er ansatt i forskjellige kommuner [REDACTED] om å gi tilbud om familiesamtale?

○ Innledende spørsmålsrunde

- Fortell om kort om deg selv og ditt yrke og din arbeidserfaring?
-

OM HVILKET PERSPEKTIV DETTE STEDET HAR.

- Fortell om en alminnelig samtale slik det vanligvis er hos dere.

- Bruker dere familiesamtale inn i din arbeidskontekst?

(positivt svar til spørsmålsrekke a, negativt svar til b).

- **Alternativ a:**

- Dersom dere benytter det, hvem er det du samarbeider med i familiesamtaler?

- På hvilken måte oppsto ideen om familiesamtale og hvem er de som får denne typen samtale?

- **Alternativ b:**

- *Kan du si litt om begrunnelsen for å ikke bruke familiesamtaler?*

- *Kjenner du til om familien til klienten blir ivaretatt noe annet sted?*

- *Har du noen gang hatt ideer om at det kunne vært nyttig å ta inn familien?*
-

HVORDAN ER DIALOGEN UNDER FAMILIESAMTALE ENTEN FORSKJELLIG FRA ELLER LIK SOM ANDRE SAMTALER

- Kan du fortelle detaljert om en familiesamtale/ typiske familiesamtaler hos dere?

Hva er ideen bak en familiesamtale?

- Når er det denne samtaleformen blir brukt
- endring?
- problemløsning?
- Symptombærer/symptombærere?
- brukervedvirkning?
- makt? Egen makt / å føle makt hos klientene/ ta makt/ gi makt

-
- Hva skjer med dere som personale i en familiesamtale? Er det likt eller forskjellig fra andre samtaler?
 - På hvilken måte opplever du deg selv og egen rolle i en familiesamtale?
 - Kan det knytte seg tanker om deg selv som f.eks
 - Yrkesutøver
 - Kjønn: kvinne/mann
 - Ut fra din kulturbakgrunn
 - Verdigrunnlag?
 - Kan du fortelle om hendelser fra familiesamtaler som har fått deg til å endre syn på problemet eller problemsystemet?

- Kan du fortelle noe om nye/ annerledes/ erfaringer med kollegaen din i en slik samtale?

NOEN SPØRSMÅL RUNDT DET Å EVT.SAMARBEIDE I FAMILIESAMTALE

- Dersom dere er flere sammen, gjør dere noen spesielle avtaler dere i mellom før samtalen? *Dersom du er alene med familien, har det hendt at du har savnet flere i rommet?*
- Hvem av dere er det vanligvis som tar ansvar for samtalen, en/ begge/ klientene/ alle?
- Den/de som har ansvar for samtalen, på hvilket grunnlag er det de har fått dette ansvaret?
- Tenker du noe om din egen rolle som yrkesutøver i en familiesamtale?

VISJONER OG PLANER, om du ønsker å si noe om dette

- Er det noen teorier fra din utdanning som er spesielt viktige for deg?
- Har kommunen en overordnet visjon?
- Kjenner du til planer/lovverk eller annet som åpner for familiesamtaler/systemiske samtaler.

VEDLEGG 4

INNLEDNING

Kan du fortelle litt om deg selv og din utdanningsbakgrunn?

Kan du huske noen historier fra utdanningen/studietiden som har betydd noe for din faglige utvikling eller din private utvikling?

Er det noen historier du har med deg fra ditt eget private liv som har/har hatt innflytelse/betydning for din faglige utvikling eller din private utvikling?

Ser du på din utdanning som mest individfokusert eller som nettverksfokusert eller kanskje er det noe helt annet som er viktig i din utdanning?

Som ----- og med din utdanning og videreutdanning, er det noen teorier du mener er spesielt viktige?

HISTORIEN OM KLIENTEN OG FAMILIE OG VENNER

Fortell om en helt alminnelig gjennomsnittspasient og en alminnelig samtale, gi et eksempel fra praksis?

Vet du for eksempel noe om hvem familien til klienten er eller hvem som er betydningsfulle personer for klienten?

Kan du huske eksempel på at de er/har blitt invitert inn i samtale? – (*Dersom ikke, er det ganger du kunne ha tenkt deg å ta med klientens familie / venner / betydningsfulle personer?*)

Kan du fortelle om hendelser fra familiesamtaler som du husker godt av en eller annen grunn. Historier om klienten eller familien.

NÅR ER DET PÅ SIN Plass MED FAMILIESAMTALER?

Dersom du har erfaring med samtale med klient og familie, fortell om ideen til denne samtalen, ideen til at du valgte å gjøre det eller kunne tenke deg å gjøre det:

STIKKORD: (om vi ikke har vært inne på det i din fortelling)

Tenker du noe om endring?

Tenker du noe om problemløsning?

Har du tanker i forhold til symptombærer/symptombærere?

brukermedvirkning?

Tenker du noe i forhold til begrepet makt?

- Egen makt /- å føle makt hos klientene/- ta makt/- gi makt

OM SAMTALE (om vi ikke har vært inne på det i din fortelling)

Hva gjør du rent praktisk i forhold til samtale?

Hvem inviterer eventuelt til en samtale med flere til stede?

Fortell om det er noen forberedelser?

Er noen andre fagpersoner med deg i samtalen?

Hvor foregår samtalen og hva er bakgrunnen for valg av sted?

Hvordan sitter folk plassert i rommet?

Hvordan starter en samtale?

Hva skiller dette fra en dagligdags samtale?

Er det noe som du er opptatt av eller har oppmerksomheten din spesielt vendt mot / i starten/underveis/ og eller i avslutningen av samtale?

Dersom dere er flere sammen, gjør dere noen spesielle avtaler dere i mellom før samtalen underveis i samtalen eller i avslutningen av samtalen? *Dersom du er alene med familien, har det hendt at du har savnet flere i rommet?*

Kan du fortelle noe om erfaringer med kollegaen din i en slik samtale?

Kan du fortelle om du kjenner begrepet *REFLEKTERENDE PROSESSER* i ditt arbeid eller på arbeidsstedet.

ROLLE

Hvilke tanker har du om **egen rolle** i en samtale med klienten og familien?

Nøkkelord:

Utfordringer ved rolle som	
Begrensninger i forhold til rolle	<ul style="list-style-type: none">▪ Yrkesutøver▪ Andre roller du har i andre sammenhenger som: sønn/datter/mor/far/søsken/venn/ nabo▪ Kjønn (kvinne/mann)▪ Kulturbakgrunn▪ Verdigrunnlag▪ alder
Fordeler ved rolle	
ulemper ved rolle	

VISJONER, LOVVERK OG PLANER

Vi har nettopp langt opptrappingsperioden for psykisk helse bak oss og jeg har til slutt noen spørsmål knyttet til dette

- Kjenner du til planer/lovverk eller annet som åpner for annerledes tilnærming i psykisk helse som muliggjør slikt som familiesamtaler/systemiske samtaler.
- Hvordan har dere merket opptrappingsplanen 1998-2008?
- Har du noen tanker nå i etterkant av at opptrappingsperioden er avsluttet?
- Har kommunen din kanskje noe slikt som en overordnet visjon og på hvilken måte merkes den?

Er det noe som du har lyst til å si noe mer om helt til slutt, eller er noe du vil snakke om som du føler ikke har kommet fram her og som har med tema å gjøre.

VEDLEGG 5

MINE REFLEKSJONER	TEKST	KODE
<p>Jeg kunne ha spurt hvor tanken om at det skulle være positivt ladet kom fra.</p> <p>Hvordan fikk hun ideen til reflekterende team. Hvordan har hun kommet på at de skal få snakke ferdig. Som en passe forskjell? Ser svært mye ”Tom Andersen”, ikke forstyrre. Nye tanker</p> <p>Det må være passe.</p> <p>Hun snakker om det på en svært positiv måte</p> <p>Hun er modig som tør å prøve seg ut på egenhånd</p> <p>Dette synes hun visst er både meningsfullt og fint.</p> <p>Undres på hvordan de andre samtaler er som en forskjell</p> <p>”Å bli hørt ut” Anne Hedvig sin forelesning høst 07</p> <p>Samtalene oppleves som</p>	<p>13(kan ikke du fortelle litt sånn der detaljert om en sånn familiesamtale eller om en sånn typisk familiesamtale som du har...) m (jeg har noen stikkord, (m m), kanskje når den blir brukt, om hva som er hensikten, om tanken om problemløsning (m m)brukermedvirkning, hvordan du ser på det med makt, hvilken makt du har, hvilken makt klientene har og (m m) og..) ja tenker du generelt i forhold til de her. Eh.. ofte så har vel de samtalerne, hyppigheten har vært med jevne mellomrom. (m m) at vi avtaler fra gang til gang at det er en fire uker mellom hver gang... så det er det kanskje vi som har styrt. Eh... eller så har det vel vært ofte positivt ladet.. at vi tar opp det som er positivt rundt den bestemte brukeren ... eh eller så har jeg brukt en del sånn reflekterende team.. brukt litt (m m) m m, synes jeg at jeg har hatt god erfaring med. (Kan du si litt om hvordan du bruker det ,</p>	<p>Reflekterende team har vært brukt med god erfaring(1.13).</p>

<p>annerledes/et avbrekk for klienten</p> <p>Her er det mye som jeg skulle ønske at jeg kunne spolt tilbake og spurt videre på. Dette er egentlig svært spennende.</p> <p>Når hun sier styrt så opplever jeg at hun snakker om å lage rammene, men hva hun legger merke til før hun går over fra en ”snakkeimunningpå-Hverandresamtale” og en annerledes samtale?</p> <p>Hun markerer ved å si: ”sånn som vi gjorde sist.</p> <p>Synes det er fint slik hun forteller at hun legger det til paret: ønske om tema, hva har de tenkt? Forhandling en viktig del?</p>	<p>eller...) M.. det er jo veldig sånn veldig enkelt egentlig, da får først den ene ta opp noe vedkommende synes er vanskelig eller utfordrende eller hva som helst, det vedkommende har på hjertet og si noe om det til han føler han er ferdig fire, fem minutter, hm.. Hm. Hvorpå da etterpå da jeg og den andre snakker sammen om det, undrer oss litt, stiller litt spørsmål, vinkler det fra litt forskjellige sider og til slutt da er det da den som la fram problemet som sier litt om hvordan, om han har fått noen nye tanker, eller , ja, og så litt hva, om han har fått noe ut av det vi snakka om da (m m)m m,</p> <p>14(Enn, du sa noe om frekvensen, er det noen spesiell grunn til at det er eh, det mellomrommet du har?) Det er vel noe med at det ikke skal bli for sjelden eller for ofte . (m m)</p> <p>Det er , ja jeg vet ikke helt noen annen grunn til det jeg. (når du sitter sånn sammen med, kan ikke du fortelle litt sånn om hvordan, eh, opplevelsen av å sitte i en sånn samtale med det paret ditt da, for eksempel?)</p>	<p>Enkelt(1.13).</p> <p>Den ene starter ,Ta opp det som er utfordrende. Det som er på hjertet. Hva som helst (1.13).</p> <p>Snakker til ferdig./ Samtale, undring, spørsmål, ny vinkling(1.13)</p> <p>Om spørsmål fører til nye tanker. Fått noe ut av (1.13)?</p> <p>Det må ikke bli for sjelden eller for ofte.(1.14)</p> <p>Opplevelsen er fin/al right(1.14)</p>
--	---	--

	<p>Hvordan min opplevelse er? (m m) E.. ja jeg synes det er veldig al right, fint, det jo, ja , jeg synes at det har tatt,- kanskje det måtte prøve oss ut noen ganger før de ble litt varme i trøya med den måten å snakke sammen på, eh... jeg synes det er veldig fint å kunne være med i en sånn samtale og så se at de kanskje kan forstå hverandre litt bedre</p> <p>15.etterpå og.. jeg synes det er veldig meningsfullt og sånn det gir meg noen tilbake i hvert fall (m m) i jobben m m, (Enn brukerne da, hvordan opplever 16.de...)</p> <p>17.De også sier at det er veldig positivt og bare det kanskje å få snakke om ting uten å bli avbrutt. Det er vel ikke alltid, eh de får til, så det og er jo en god følelse (m m). Så de og setter pris på disse samtalene og spør om ja, nå er det vel neste gang og ser fram imot det. (m m) m m. (Er det en ny måte for dem å være sammen på eller er det noe som er, er det den måten dem er vant til å prate sammen på) – Det tror jeg ikke. Jeg tror kanskje de</p>	<p>Det måtte utprøving til. De måtte bli varme i trøya(1.14).</p> <p>Kunne forstå hverandre bedre(1.14).</p> <p>det oppleves meningsfullt(1.14).</p> <p>oppleves som å gi noe tilbake(1.15).</p> <p>Veldig positivt sier brukerne(1.17).</p> <p>Får det ikke alltid til(1.17).</p> <p>Gir god følelse(1.17).</p> <p>Ser fram mot(1.17).</p> <p>De er vant til å avbryte hverandre(1.17).</p>
--	--	--

	<p>er vant til å prate som å avbryte hverandre, eh, fort, det har jeg merket når vi har en sånn fri prat i begynnelsen (m m) m m, så det jo litt uvant å ha en strukturert samtale. (jah,.) Jah, (Du starter opp emd litt fri prat?) M m (m m) (Eh, når du går over til det som du vil kalle for en familiesamtale, hvordan er det du presenterer den endringen, eller det at samtalen er forskjellig fra en alminnelig samtale?) (Er det du som styrer det? (m.) Er det de som styrer det/)</p> <p>18.Nei, det er det vel, har det vel vært jeg som har styrt så når jeg har følt at lissom...det er noe med at så føle at nå har vi snakka om asså, ting som er greit å ta opp før de går i gang med en sånn samtale. Altså at ting de har på hjertet der og da (m m) litt sånn hverdagslige ting.. blir..får varmet opp litt, så spør jeg vel egentlig skal vi begynne med å snakke sammen sånn som vi gjorde sist?</p>	<p>Er uvante med strukturert samtale(1.17).</p> <p>Jeg har styrt(1.18).</p> <p>Føle at man har snakket om hverdagslige ting/varmet opp(1.18)..</p> <p>Spørsmål om å begynne å snakke sammen slik som sist (1.18).</p> <p>Spørsmål om hvem</p>
--	---	---

<p>Jeg oppsummerer</p> <p>Hun har en viss makt. Det ligger i rollen hennes,</p> <p>Det er mye av å gi makt til/brukermedvirkning.</p> <p>Vennlighet</p> <p>Vi har mye makt. Hun peker på at hun er bevisst på at</p>	<p>19.Skal vi ehm, hvem av dere er det som har lyst til å begynne, er ... har dere noe spesielt som dere ønsker å ta opp? (m m) har dere tenkt på noe begge to? Og så avgjør de hvem av dem som skal begynne.</p> <p>20(Ja , så det er de to som par som avgjør..?) m m (jah..) (Der ligger det mye til.)/ ja da er det de som bestemmer. (jah) m m. (Avbrutt av oppdrag) (Vi fortsetter litt til vi...vi snakka om at du startet med å sette noen rammer (m m) for hvordan dere skulle snakke sammen (m m ?) eh, og ... det er annerledes enn sånn som de snakker sammen i det hverdagslige?) Ja, det har jeg inntrykk av hvertfall (m m) m m...</p> <p>21(Eh.. hvordan er din, hvordan er tanken om hvilken makt du har?) ...hm...nei, jeg har vel ... vel egentlig ikke tenkt så mye på, men at jeg har en</p>	<p>som har lyst til å begynne(1.19).</p> <p>Finnes det noe spesielt ønske for noe å ta opp(1.19).. Om begge to har tenkt(1.19).</p> <p>De avgjør(1.20).</p> <p>De bestemmer(1.20)</p> <p>Har egentlig ikke tenkt mye på makt(1.21).</p> <p>Har en viss makt(1.21).</p>
--	--	--

<p>klientene eier tiden. Det også er gjenklang fra Tom Andersen.</p> <p>Så peker hun på at paret er en sterk allianse.</p>	<p>viss makt det har jeg nok...eh.... Men jeg tror det er viktig, asså, jeg prøver hele tidenå la de få styre mest mulig altså det er de(m)m)som velger tema og så jeg prøver å ikke styre de så mye, da. Det hender innemellom at jeg har måttet minne de om at nå er det den som snakker og nå er det vi som snakker sammen...m.. jah! Jah, jeg føler egentlig om jeg kan si noe mer om det med makt så føler jeg vel egentlig at vi og sitter med meste...asså, mye makt (m m) men det er jo deres samtale (avbrutt av sms fra en bruker) de som velger veldig mye i hvert fall... m m...</p> <p>22(Så da sitter du sammen med to klienter er den makten som de to som par har, annerledes enn/ eller lik som om i en vanlig samtale?) Hva..om deres makt er lik(når de sitter sammen) /m m (to, sammen med deg)m m (eh..er maktforholdet lissom likt eller forskjellig i forhold</p>	<p>Prøver å la dem få styre(1.21).</p> <p>De velger tema(1.21).</p> <p>Må av og til minne om at den eller vi snakker nå(1.21).</p> <p>Vi sitter med meste, eller mye makt(1.21).</p> <p>Klientene får velge(1.21).</p> <p>I enkeltsamtale har vi mer makt(1.22).</p> <p>De er mer samla og står sterkere(1.22).</p> <p>Den nære relasjonen</p>
--	--	--

<p>I enkeltsamtaler har vi mer makt. Hvorfor? Kunne spurt om det</p> <p>Respekt for relasjoner kan jeg tolke.</p> <p>Jeg ser at spørsmål om henne som person ikke treffer. Noe med spørsmålet? Noe med at hun ikke tenker på seg inn i relasjonen?</p> <p>Tanker : når et system er fastlås t- utvid systemet. Og boken "Change"</p> <p>Systemet som selvoppfyllende</p>	<p>til en individual samtale?)</p> <p>Jeg tror nesten jeg kan, jeg tenker at, altså jeg/ vi har mer makt når vi sitter i en sånn enkeltsamtale (m m)</p> <p>Eh, Jeg føler at at det gir de,at det gir de en sånn følelse av å være litt mer samla og at de står litt sterkere når de er flere (m m...m m) Det er jo tross alt de to som har den nære relasjonen. (m m) m m .</p> <p>23(Du som personale da, hva skjer med <u>deg</u> i en sånn type samtale?) (Er samtalen lik eller forskjellig fra...)/- gang til gang, eller? (Fra gang til gang..., eller fra andre samtaler) em m,n' eh, samtalen er forskjellig fra gang til gang.</p> <p>24.Det er ulike,- altså jeg har ikke hatt en sånn type samtaler så veldig mange ganger. Vi har kanskje hatt det en tre fire ganger, em...</p> <p>det er jo ulike problemer som dukker opp fra gang til gang (m) og jeg synes jo jeg ser at det kan skje en endring etter de her samtalene med</p>	<p>mellom to betyr mye(1.22).</p> <p>Samtalen er forskjellig fra gang til gang(1.23).</p> <p>Har ikke hatt denne typen samtaler så mange ganger(1.24)</p> <p>Ulike problemer dukker opp fra gang tilgang(1.25)Endring kan skje(1.25).</p>
--	--	---

<p>Det med at problemene er hverdagslige. Hva betyr hverdagslige og hva er store problemer.</p>	<p>de./ (Kan du si litt mer om hva du har lagt merke til?) .-hm ja, det, altså det er jo en jo en del sånn, noe av det vi har/ de har tatt opp, har jo gått kanskje en del på sånn med adferd, spesielle mønster som brukeren har vært inne i (<i>forstyrret av et blodtrykksapparat</i>) (Gjentar spørsmålet). Eh, ja en ting er jo at, atte, de kanskje kan ta opp ting som de synes er vanskelige som de kanskje ikke hadde klart uten en sånn tredje person, men eh, (<i>igjen en forstyrrelse</i>) Jeg detter ut igjen. (vi blir så forstyrret) m m. (M m , ja, så problemløsning, er det en del av endringa?) Ja, akkurat der så føler jeg det er sånn, men det går jo på det er jo ikke noen store voldsomme problemer de tar opp. Det er jo sånne små hverdagslige ting som egentlig er....</p>	<p>De kan ta opp ting som de synes er vanskelige og ikke hadde klart å ta opp uten tredje person(1.25).</p> <p>Det er ikke store voldsomme problemer som tas opp, men hverdagslige ting som det er lett å gjøre noe med(1.25)</p>
---	--	---