

# FAMILIENS Plass i PSYKISK HELSEVERN.

## Om behandleres møte med familier og nettverk.

---

Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

27.april 2012

Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis

Mette Arnestad

Veileder: Ellen Syrstad

Antall ord: 27953

SAMMENDRAG: I denne oppgaven, som er en kvalitativ studie, har jeg gjennomført et gruppeintervju med seks behandlere i psykisk helsevern. Utgangspunktet for valg av tema er med bakgrunn i forskning som viser til at familien og nettverket til pasienter i psykisk helsevern har ønske om å bli anerkjent, og trukket inn, i behandlingen av deres nærmeste. I praksis opplever mange pårørende fortsatt ikke det. Jeg har ønsket å se på hvordan behandlere i psykisk helsevern forholder seg til dette, og hvordan de snakker om sitt møte med pasientens nettverk. Problemstillingen er: På hvilken måte språksetter og posisjonerer behandlere i psykisk helsevern seg i forhold til møtet med pasientens familie og nettverk? Det blir brukt diskursanalyse for å besvare problemstillingen. Jeg fant at den mest dominerende måten for behandlerne å posisjonere seg på var som ekspert. Denne posisjonen virker lukkende for at pårørendes stemme kan anerkjennes. På den annen side gir den pårørende tilgang til ekspertisen knyttet til fagfeltet. Det framstår som en mer marginal stemme at behandlerne posisjonerer seg som ikke-vitende. Denne posisjonen utfordrer ekspertposisjonen, og styrker på denne måten pårørendes posisjon. Studien viser også til at diskursen om at det finnes harmoni mellom de ulike fagfeltene, lukker for dialog mellom fagfolk. Spørsmål som blir stilt underveis er hvilke handlingsrom som skapes for pasientens nettverk og behandlerne når de posisjonerer seg innenfor ulike vitenskapelige tradisjoner. Jeg stiller også spørsmål til hva som er familiens plass i psykisk helsevern. Dette drøftes i lys av systemteori og tidligere forskning. Jeg legger vekt på bruk av dialog som en mulighet for å åpne opp for å kunne styrke familien og nettverkets plass.

## FORORD:

Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten mange gode mennesker rundt meg. Dere har hjulpet meg fram på en vei i ulendt terreng.

Aller først vil jeg takke informantene som takket ja til å delta i denne undersøkelsen. Takk for at dere sa dere villig til og delta og for at dere har lært meg så mye, og utfordret meg i mine syn.

Deretter må jeg takke veilederen min, Ellen Syrstad. Takk for din tålmodighet med meg, ditt kritiske blikk og forsøk på å gjøre teksten forståelig for andre enn meg. Dessuten også takk for hvordan du hjalp meg fram i innspurten.

Jeg vil også takke veiledningsgruppen gjennom fire år; Nabiha, Marie, Nina og Marianne. Vi har hjulpet hverandre fram i den systemiske verden. Dere vil derfor være viktige stemmer som jeg bærer med meg. Ekstra takk til Nabiha for gjennomlesing av oppgaven.

Takk til tidligere og nåværende leder for tilrettelegging og støtte, og takk til gode kollegaer som har inspirert og utfordret.

Takk til min gode, kloke og nysgjerrige venninne Tonje, som ble med meg til fjells og hjalp meg til å få tro på at det var mulig og komme i havn.

Jeg vil også si takk til Line, for gode samtaler og praktisk hjelp med både barn og språkvask av oppgaven. Mamma og pappa, dere viser alltid at dere er der. Jeg setter utrolig pris på dere. Inger-Lise og Gudmundur, takk for at dere er dere.

Til sist: takk til dere viktigste i mitt liv. Takk til Kjartan for din kombinasjon av raushet, kritiske blikk og tro på meg. Takk til Agnes. Du ble født inn i den systemiske verden. Takk til Aksel. Du utfordrer på din egen fine måte. Du syntes jeg måtte skrive om deg i oppgaven, og på mange måter er det det jeg har gjort. Dere har gitt meg inspirasjon og gitt betydning til og skrive om de viktigste menneskene i livene til de jeg møter i min arbeidshverdag, mennesker med psykiske lidelser.

Hamar, 27.04.12.

Mette Arnestad

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema. ....	6
1.2 Begrepsavklaring.....	8
1.3 Avgrensning og problemstilling. ....	9
1.4 Oppgavens oppbygning og teoretiske forståelsesramme.....	11
2.0 Teori .....	13
2.1 Kampen for å bli hørt .....	13
2.2 Psykiatrien forstått som vitenskap eller som et humanistisk prosjekt? .....	15
2.3 Psykiatri- sykdom eller livsproblem? .....	19
2.4 Nettverksarbeid .....	20
2.5 Posisjonering som behandler .....	22
3.0 Metode.....	25
3.1 Valg av forskningsdesign.....	25
3.2 Diskurs .....	27
3.3 Forskerrollen.....	29
3.4 Utvalg .....	29
3.5 Intervjuet .....	31
3.6 Analyseprosessen.....	34
3.8 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.....	37
3.9 Redegjørelse for analyse og drøfting .....	37
4.0 Når behandleren er ekspert .....	39
4.1 Diskursen om sykdom.....	42
4.2 Individualterapi .....	45
4.3 Familiens skyld.....	49
4.4 Grenser er nødvendig .....	51
4.5 Sannhetsdiskursen .....	56
4.6 Oppsummering .....	57
5.0 Familien får plass .....	58
5.1 Å være en ressurs .....	61
5.2 Terapi som holdning.....	66
5.3 Diskursen om flerstemthet .....	68

6.0 Avslutning .....	72
6.1 <i>Er det rom for galskapen i psykiatrien?</i> .....	72
6.2 <i>Erfaringer underveis</i> .....	73
6.3 <i>Videre forskning</i> .....	75
Litteraturliste .....	76
Vedlegg 1: Godkjenning av studie .....	81
Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i studie. ....	83
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	85
Vedlegg 4: Samtykkeerklæring. ....	88

## 1.0 Innledning

*LAVMÆLT*

*Ord  
bare små  
små ord  
og lavmælt  
nesten uten pust  
for oss*

*som brukne strå  
ord uten lys  
og nesten uten form,  
ord som hos trær  
små halv-ord  
som i søvn  
for oss*

*Mellom alt det store  
små, små ord  
å gjemme bort  
på baksiden av en hånd  
og ved din øreflipp  
små ord  
helt uten lys  
som dyr  
og gress*

*Rolf Jacobsen, i Stillheten etterpå (1994).*

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Disse *små ordene*, som Rolf Jacobsen viste til i et av sine dikt, er noe av bakgrunnen for denne oppgaven. Gjennom mitt 14 år lange yrkesliv i psykiatrifeltet har jeg blitt kjent med mange både små og store ord, og stemmer som tar lite og mye plass. Denne oppgaven er viet noen av de marginale stemmene i psykiatrifeltet.

Min første jobb som nyutdannet sykepleier var på en sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Avdelingen var lukket og styrt av strenge regler. Avstanden til verden der ute var stor. Pårørende som kom til avdelingen tok med seg og viste, at pasienten bar med seg et liv vi som

jobbet på avdelingen ikke kjente til. Jeg tror min interesse for det feltet som kalles pårørendearbeid startet her.

Senere har jeg jobbet på flere psykiatriske enheter. Jeg har jobbet i 8 år i et psykiatrisk akutteam. Det er mange pårørende som kontakter teamet. Dette er både med bekymring, ønske om råd, veiledning og støtte. Teamet møter stort sett pasientene og deres familier i deres hjem. Jeg har mye faglig stolthet knyttet til dette arbeidet, som tilbyr noe annet enn tradisjonell psykiatri. Vi har hatt fokus på å åpne opp for dialog når en møter mennesker i kriser. Som en god kollega av meg sa: ”å kunne sitte på henda”. Selv når det haster, kan en vinne på og ikke ha det for travelt. Jeg lærte mye av det utsagnet. Det er en tøff virkelighet for mange pårørende. Som hjelper er det mange ganger krevende å møte og gi dem det de trenger.

Jeg har stadig blitt konfrontert med pårørendes dårlige erfaringer med psykisk helsevern både fra media og direkte i møtet med pårørende. Psykiatrien bærer med seg en historie, som gjør at jeg mange ganger har kjent på ansvar i forhold til den behandlingen pasienter og pårørende får og har fått. Min opplevelse er at det skjer mye bra når det gjelder tilbud til pårørende og fokus på dette arbeidet. Jeg opplever også at det er mange gode intensjoner blant fagfolk. Til tross for min tilknytning og lojalitet til feltet er jeg likevel usikker på om det tilbudet pårørende får er godt nok. For å vise til Jacobsen på nytt; får deres små ord *pust*?

Undersøkelser viser at mange pårørende ikke opplever at deres stemme blir anerkjent. Jeg har blitt nysgjerrig på hvorfor det er slik. Jeg opplever at de små ordene i denne sammenhengen er viktige ord. Finnes det måter å tilnærme seg dette feltet som kan gi nettverkets ord større betydning?

For ett år siden skiftet jeg jobb. Jeg beveget meg ut av psykiatrien og inn i familievernnet. Jeg opplever at det, kanskje naturlig nok, er mindre verdiladet her å snakke om familie.

Tilknytning til andre viktige personer tillegges vekt på en annen måte. Familien og nettverket vårt er noe vi lever med på godt og vondt. Innen familievernnet opplever jeg at nettverket anses som mulighet for endringsarbeid, mer enn som et hinder. Vi lever i samspill med hverandre.

Det har vært en viktig erfaring å se hvordan de ulike perspektivene om familiens plass påvirker praksis. Jeg opplever at det å leve i dette fagfeltet, på mange måter er bedre for meg også som privatperson. Min opplevelse er at det gir større rom til å tenke det samme om meg og min familie og nettverk. De mest betydningsfulle i mitt liv berører meg og jeg dem. Mye av mitt utgangspunkt for denne undersøkelsen er en opplevelse av at disse viktige personene i menneskers liv fortjener plass.

## 1.2 Begrepsavklaring.

50 000 personer i Norge har en alvorlig psykisk lidelse. 20 000 av de 50 000 har stort behov for støtte og oppfølging hele livet. 150 000 personer plages av relativt alvorlige personlighetsforstyrrelser, angst og depressive tilstander, alkohol- og stoffmisbruk samt spiseforstyrrelser. Disse har i perioder behov for behandling eller sosiale støttetiltak. 350 000 plages av lettere tilfeller av angst, depresjon og psykososiale problemer (Husom, 2003). Disse tallene sier noe om omfanget av hvor mange som også indirekte er berørt av psykiske utfordringer.

Ordet *pårørende* er en samlebetegnelse, som gir rettigheter i følge lovverket. I følge Pasientrettighetsloven er pårørende definert som den som pasienten oppgir som dette (LOV 1999-07-02-63). Nærmeste pårørende vil gjerne være en med familiær tilknytning, men kan også være personer har varig og løpende kontakt med pasienten (Helsedirektoratet, 2008). Jeg ser på ordet pårørende som en samlebetegnelse for den rollen familie, venner eller nettverket havner i når en av deres nærmeste blir syk. For min del har det vært et ord jeg i begynnelsen av min yrkeskarriere syntes var fremmed. Jeg opplevde at det skapte avstand og generaliserte hvem denne gruppen var. Etter hvert har jeg brukt ordet mer, og brukt det med større selvfølgelighet. I denne oppgaven skiller jeg ordet pårørende fra lignende ord som for eksempel familie, venn, nettverk ved at pårørende har rettigheter og oppgaver etter loven, og helsevesenet har plikter ovenfor den som er oppnevnt som pårørende. For å belyse ulike sider ved å stå nær noen som er i kontakt med psykisk helsevern bruker jeg også ordene familie og nettverk. Jeg har etter hvert blitt mer ukomfortabel med å bruke ordet pårørende. Særlig fordi jeg opplever at ordet knyttes til en passiv holdning, og skaper avstand til det vi egentlig snakker om.

Det jeg ønsker å snakke om i denne oppgaven er de viktigste menneskene i pasientenes liv. I følge lovverket har pårørende rett til informasjon, til å uttale seg og medvirke i behandling (ibid). Personlige opplysninger er underlagt taushetsplikten, men kan gis ut dersom samtykke er innhentet. Ellers er en avhengig av om pasienten ønsker at pårørende skal involveres eller ikke. I en individuell plan skal det være en oversikt over hva pårørende skal kunne bidra med (LOV 1999-07-02-62). Offentlige føringer, som Helsedirektoratets veileder *Pårørende- en ressurs* og *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Sosial og helsedepartementet) legger vekt på viktigheten av samarbeid med pårørende. Kari Bøckmann og Alice Kjelle vold er i boken *Pårørende i helsetjenesten* klare i sin tolkning der de sier at de statlige føringene er entydige



på at pårørende skal involveres i utformingen og gjennomføringen av helsehjelp (Bøckmann og Kjellevold, 2010: 30), også når det oppstår interessekonflikter mellom pårørende og pasient. Pårørendearbeidet bør i følge veilederen, *Pårørende -en ressurs*, inngå som en del av det som vurderes til å være relevant helsehjelp til den som er syk. Helsepersonell er tillagt et ansvar for å involvere pårørende og for å innhente nødvendig informasjon som kan ha betydning for behandlingen (LOV 1999-07-02-64). I veilederen fra Helsedirektoratet står det at godt og systematisk pårørendearbeid krever god organisering og at rutinene bør gjenspeile at pårørende anses som en ressurs i behandlingen.

I denne oppgaven bruker jeg både begrepene psykiatri og psykisk helsevern. Disse begrepene står for ulike faglige ståsteder. Psykiatrigrepet står for en mer naturvitenskapelig tilnærming til feltet, og jeg vil hevde at det er en mer tradisjonell måte å omtale det på. Personlig foretrekker jeg begrepet psykisk helsevern. Psykiatrigrepet retter seg mot psykisk sykdom, psykisk helsevern retter seg mot helsebegrepet. Jeg har bevisst ikke valgt bort å bruke psykiatrigrepet i denne oppgaven, fordi det er bakgrunnen for mye av det jeg vil drøfte nærmere senere. På lik linje vil jeg også bruke begrepene psykisk lidelse og psykisk sykdom i oppgaven. De står for to ulike tankesett knyttet til hva en tenker om årsaker og behandling.

### **1.3 Avgrensning og problemstilling.**

Som avgrensning i oppgaven har jeg valgt å konsentrere meg om voksne pårørende. Jeg har ikke gjort noen avgrensning til ulike typer pårørende. Jeg er inneforstått med at for eksempel voksne barn, søsken, foreldre eller ektefeller vil ha ulike behov i møte med helsevesenet. Det kan også være spesielle utfordringer eller behov knyttet til om mennesker har ulike psykiatriske diagnoser eller psykiske lidelser. Jeg skriver dermed om pårørende og familie mer generelt som gruppe. Det jeg har ønsket å ha fokus på er hva behandlere tenker om seg selv og sin rolle i møte med pasientens familie og nettverk. Jeg har utelatt å skrive om barn som pårørende. Dette er også et viktig og spennende felt, som har sitt eget lovverk, og krever en annen tilnærming enn samarbeid med voksne.

I denne oppgaven fokuserer jeg på familiens plass i fagfeltet psykiatri. Min erfaring er at familien og pårørende utgjør en marginal stemme. Jeg vil komme tilbake til og vise til forskning som underbygger denne påstanden i teorikapittelet. Psykiatrifeltet er et sammensatt fagmiljø, men min erfaring er at den medisinske tenkningen står sterkt. Ringen og Dahl

underbygger denne påstanden i artikkelen *Modeller og trender i psykiatri - bør nevrobiologi danne en felles basis?* ved å vise til forskning som underbygger påstanden om at interessen for nevrobiologi har holdt seg konstant gjennom hele forrige århundre (Ringen og Dahl, 2002). I rapporten *Holdninger, erfaringer og strukturer. Fagfolks erfaringer i psykisk helsearbeid* viser Brottveit til at den medisinske tenkningen fortsatt preger mye av behandlingen og møtet med pårørende, til tross for at det han kaller sosialpsykiatri også har fått større innpass (Brottveit, 2006). Jeg er selv utdannet sykepleier, og lært opp til å gi mennesker behandling for deres lidelser. Mye av min tenkning har vært preget av en lineær forståelse der en setter årsak og virkning i sammenheng. En ser på behandling av bakenforliggende årsaker som løsninger på et problem (Jensen, 1997:23). Gjennom studiet i Familieterapi og systemisk praksis har jeg blitt kjent med en ny måte og tenke på. Gregory Bateson var en av de første til å introdusere den systemiske tenkningen der en blant annet er opptatt av relasjoner (Jensen, 1997:33). Innenfor en slik forståelse er en mindre opptatt av å se på årsaker, men på at fenomener befinner seg i en sammenheng. På mange måter handler denne oppgaven også om hvilken plass den systemiske tenkningen har i psykiatrien. Mitt utgangspunkt for denne undersøkelsen er hvordan behandlere forholder seg til den delen av sitt arbeid som kalles pårørendearbeid. Hvilken plass gir de den?

Jeg har vært nysgjerrig på hva fagfolk tenker om pårørendearbeid. Til tross for lovverk, forskning og retningslinjer viser det seg at pårørende i mange sammenhenger ikke opplever å bli møtt og inkludert på en god nok måte (Holte og Thorn 2006, Alfstadsæter, Engmark og Holte 2006). Hva skjer i rommet mellom denne kunnskapen og praksis? Jeg har mange ganger undret meg over dette bruddet. I denne oppgaven vil jeg forsøke å belyse dette ved å se på hvilken forståelsesramme behandlerne snakker innenfor, og trekke fram hvilke konsekvenser det kan ha for praksis. I denne sammenhengen er diskursanalysen mitt verktøy som metode. Jeg har vært nysgjerrig på hva som er de normative måtene å tenke om familien og pårørende. Hva kan bli sagt og gjort innenfor en slik måte å tenke på?

Jeg har funnet en god del litteratur og forskning knyttet til pårørendes opplevelser av møtet med psykisk helsevern. Jeg vil være opptatt av hvordan behandlerne posisjonerer seg språklig i møte med denne kunnskapen.

På bakgrunn av dette har jeg kommet fram til problemstillingen:

## **På hvilken måte språksetter og posisjonerer behandlere i psykisk helsevern seg i forhold til møtet med pasientens familie og nettverk?**

I prosessen ble dette viktige forskningsspørsmål:

Hva er familien og nettverkets plass i psykisk helsevern?

Kan behandlerne dra nytte av pårørende i sitt arbeid?

Kan arbeidet oppleves belastende?

### **1.4 Oppgavens oppbygning og teoretiske forståelsesramme**

Kapittel 2 omhandler den teoretiske rammen for oppgaven. Jeg viser til tidligere forskning som har fått betydning for problemstillingen i oppgaven. Deretter vil jeg med hovedvekt på Åge Wifstads *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri* og Michel Foucault *Galskapens historie* si noe om hvilken kontekst oppgaven befinner seg i (Foucault 1973, Wifstad 2001).

Jeg gjør videre rede for hvordan en kan se dette arbeidet i et systemisk perspektiv. Jeg ønsker å synliggjøre ulike innfallsvinkler til å se på hvordan behandlerne ser seg selv i møte med pasientens familie. Denne oppgaven befinner seg innenfor en postmoderne forståelsesramme der vitenskap og forskning ikke er entydig eller eksakt (Willig, 2008: 13). Kunnskap skapes i relasjon til annen kunnskap. Konstruksjoner om familiens plass i psykiatrifeltet dannes i møte med andre konstruksjoner om hvordan vi oppfatter verden. Med bakgrunn i at jeg i denne studien ser på hvordan behandlerne ser seg selv, er det Harlene Anderssons sier om terapeutens rolle av betydning. Det får en sentral plass i denne oppgaven. Jeg legger vekt på det hun omtaler som ikke-vitende posisjon (Anderson, 2003). Seikkulas teori om nettverksteori er også en viktig forståelsesramme, særlig med vekt på måten han omtaler bruk av åpen dialog (Seikkula 2000 og Seikkula og Arnkil 2007).

I kapittel 3 gjør jeg rede for valg av metode, som er kvalitativ metode og diskursanalyse. Deretter vil jeg forklare hvordan jeg har gått fram i forberedelse, gjennomføring, transkribering og etterarbeid av fokusgruppeintervjuet. Jeg vil også vise til etiske overveielser jeg har gjort underveis i arbeidet. Deretter gir jeg en forklaring på hvordan jeg har gjennomført og gått fram i analysearbeidet.

I kapittel 4 og 5 vil jeg gjøre rede for hva jeg har kommet fram til i analysen av gruppeintervjuet. Jeg drøfter dette i lys av de ulike teoretiske perspektivene. Kapittel 4 handler om hva det gjør med behandlerne, og for pasientens nettverk, når behandlerne posisjonerer seg innenfor en modernistisk forståelse. Jeg legger hovedvekt på ekspertposisjonen. Jeg ser hvordan dette utfordrer dem i praksis, ved at fagfeltet er satt sammen av ulike måter og tenke på. Jeg legger hovedvekt på hvordan dette er med på å gjøre handlingsrommet for de pårørende mindre, de får mindre innflytelse. På den annen side får de nytte godt av tilgangen til viten behandlerne har.

Kapittel 5 handler om den andre, mer marginale stemmen i materialet. Kort fortalt handler det om en mer relativistisk inngang til viten. Det åpner opp for at pårørende også i større grad kan anerkjennes. Jeg problematiserer til slutt begrepet flerstemthet. Jeg stiller spørsmål til om tanken om at psykiatrifeltet er eklektisk kan føre til at en unngår å gå i dialog innad i fagfeltet. Og, stiller spørsmål til om dette virker opprettholdende for de dominerende diskursene.

Kapittel 6 er en avsluttende og oppsummerende drøfting av hva jeg har kommet fram til i undersøkelsen. Deretter gjør jeg rede for erfaringer underveis i studien og viser til fremtidige forskningsmuligheter.

## 2.0 Teori

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for teori og forskning som er et viktig bakteppe for denne oppgaven. Jeg vil innledningsvis vise til annen forskning på familie og pårørende i psykiatrien som er relevant for problemstillingen. Deretter gjør jeg rede for psykiatriens historie og tankegods med bakgrunn i Åge Wifstads *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri*. For å bringe inn det systemiske perspektivet tar jeg deretter utgangspunkt i Seikkula og Arnkils teorier om nettverksarbeid i psykisk helsevern og det Harlene Anderson viser til som ikke-vitende posisjon.

### 2.1 Kampen for å bli hørt

*Hør! Jeg har noe å fortelle* er tittelen på en bok av Liv Marie Austrem. Det er en bok om pårørende og pasienters erfaringer i møte med psykiatri (Austrem, 2006). Pårørende har noe de vil fortelle. Og hva er så det? Det har vært relevant i denne sammenhengen å se etter forskning knyttet til pårørendes stemme. Hva sier den?

Folkehelseinstituttet har utgitt to rapporter som heter *Diagnose bipolar affektiv lidelse. Foreldres erfaring* og *Diagnose schizofreni. Foreldres erfaring*. I disse rapportene beskrives foreldrenes opplevelse som pårørende å være preget av det de kaller objektive og subjektive erfaringer (Holte og Thorn 2006, Alfstadsæter, Engmark og Holte 2006). De objektive erfaringene er knyttet til endring i jobb, utdanning, økonomi osv. De subjektive erfaringene er knyttet til pårørendes erfaringer. Vanlige subjektive belastninger er angst, bekymringer, skyld, stigma. Pårørende viser symptomer på depresjon, skyldfølelse, tap og sorg når en av deres nærmeste blir syke (Ibid). Atkinson viser til at foreldrene til pasienter med schizofreni viser mønstre av det han kaller kronisk sorg (Atkinson, 1994). Disse erfaringene synliggjør den belastningen det innebærer å være nær en som er psykisk syk. Det forteller noe om hva som kan være spesielt i møte med de pårørende. I rapporten fra Folkehelseinstituttet er det særlig relevant hva foreldrene sier om erfaringer i møtet med hjelpeapparatet. Foreldrene oppgir at de opplever at hjelpeapparatet er i en utvikling mot det bedre. De trekker fram positive erfaringer der de har blitt møtt som likeverdige, med forståelse og ut fra individuelle behov. De oppgir også positive erfaringer der de har opplevd godt samarbeid og fått tilstrekkelig informasjon og råd. Negative erfaringer er knyttet til situasjoner der de har måtte kjempe for å bli hørt, og de ikke har blitt trukket med i behandlingen. De har opplevd det som

vanskelig å få kontakt med hjelpeapparatet. De beskriver det som en ubehagelig rolle å være i. Noen beskriver en følelse av avvisning. De har fått for lite informasjon og opplever at taushetsplikten blir brukt ukritisk mot dem. Pårørendes ønsker for fremtiden er at deres nærmeste får god behandling, at pasienten blir hørt. For sin egen del ønsker de seg avlastning og at det utarbeides egne pårørendeprosedyrer. Konklusjonen i rapporten er at behandlerne trenger kunnskap om hvordan det er å være pårørende (Holte og Thorn, 2006). De beskriver det å bli involvert og lyttet til som noe de ønsker seg og anser som positivt. De er ikke fornøyde med situasjoner der de har opplevd og ikke bli hørt eller når de har kjent seg avvist. Jeg opplever det slik at den gruppen pårørende som er intervjuet her synes de fortjener en større plass i møte med fagfolk. Hva er det i så fall som reduserer muligheten for å bli hørt i møte med helsevesenet?

I boken *Brev til en minister* vises det til en undersøkelse gjort av psykolog Kari Bøckmann. Hun har interessert seg for helsepersonells holdninger til pårørende til pasienter med schizofreni (Vaaland, 2007: 78). En studie fra 1998 blant ansatte ved sju psykiatriske sykehus viste at miljøpersonalet mente at psykologiske faktorer er den viktigste årsaken til at sykdommen utvikler seg. Hun fant også at de som så på forholdene i familien som årsak til utvikling av schizofreni, også hadde fiendtlige holdninger til pårørende. Arv og biologiske faktorer som årsak til sykdommen, ble ikke ansett som like viktig som familiens rolle. Denne forskningen viser til en sammenheng mellom synet på årsak til sykdom og holdninger til pårørende. Forskeren Ånund Brottveit viser til at synet på pårørende er i ferd med å bli noe mer nyansert, men at behandlerne i liten grad er opptatt av nettverkets kompetanse (Brottveit, 2006).

I artikkelen *Helbredelsestrangen ved schizofreni. Kan den kureres?* har psykolog Anne-Kari Torgalsbøen beskrevet hvordan teoriene til enkelte psykiatere ble vedtatt som sanne gjennom hele 1900-tallet uten å være vitenskapelig dokumentert. Familien, og særlig mødrene, ble gjort til syndebukker. Hun hevder at teoriene om den schizofreniskapende familien fortsatt preger holdningene både til pasienter og deres pårørende. Hun viser til at dette skjer til tross for at moderne forskningsarbeider peker i retning av at schizofreni med stor sannsynlighet er biologisk betinget (Torgalsbøen, 2001). Ved å si det på denne måten avfeier man at familien er årsak til eller medvirkende til psykisk sykdom. Ut fra et slikt syn vil familien fratas skyld, men også fratas betydning.

Dette belyses fra en annen vinkel innenfor forskning knyttet til det som kalles Expressed Emotions (EE). I denne forskningen hevdes det at personer som er sårbare for psykose har dårligere prognose dersom de oppholder seg i miljøer preget av kritikk, fiendtlig holdning og overinvolvering (Nirvanda, 2011). Tilbudet flerfamiliegrupper er et psykoedukativt gruppetilbud som ønsker å redusere stress og kritikk i familier sårbare for psykose. I artikkelen *Gir færre tilbakefall av psykose* vises det til at pasienter som har deltatt i flerfamiliegrupper sjeldnere opplever tilbakefall og reinnleggelser (Berge, Fjell, Grønli og Hanestad, 2012). Familietilbudet er knyttet sammen med et medisinsk og individuelt tilbud. Erfaringene fra flerfamiliegruppene går i retning av at når familieatmosfæren endres reduseres risikoen for oppblomstring av symptomer. Kombinert med at medisineringsen blir bedre etterfulgt, øker også funksjonsnivået. Artikkelforfatterne har intervjuet foreldrene om deres erfaringer, og foreldrene anbefaler andre foreldre å delta i slike grupper (Berge, Fjell, Grønli og Hanestad, 2012). Fra dette ståstedet anser en familien som medvirkende til pasientens tilstand, men også som en kilde til å skape bedring. Sammenhengen pasienten lever i tillegges betydning.

Nirvanda m.fl.(2011) viser til at han i en studie i India fant høy grad av Expressed Emotions hos pårørende av psykiatriske pasienter. Hva gjør i så fall dette med evnen til å støtte eller medvirke til bedring hos pasienten? Cuijpers viser til en undersøkelse gjort i Nederland av støttegrupper for pårørende til mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Cuijpers, 2001). Han anser slektninger som de viktigste omsorgspersonene for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Antagelsene fra denne studien er at en kan øke slektningenes livskvalitet ved å redusere opplevelse av stress og byrder. Ved at slektningene fikk det bedre, kunne en også styrke relasjonen til pårørende. Gerdt Henrik Vedeler inntar det samme perspektivet i sin artikkel *Familien som ressurs i psykososialt arbeid* (Vedeler, 2011). Han viser til at familien har en sentral plass også som hjelpeinstans, og at offentlige instanser ikke kan overta denne posisjonen.

## **2.2 Psykiatrien forstått som vitenskap eller som et humanistisk prosjekt?**

Psykiatrien er et sammensatt fagfelt. Gjennom tidene har det variert hva en har tenkt om faget psykiatri og hvordan møte og behandle mennesker med psykiske lidelser. Jeg opplever at

denne historien er viktig også for å få forståelse for hvordan familiens betydning har fått ulik plass. Den skaper en viktig ramme for de rådende forståelsene som finnes i psykiatrifeltet i dag. Derfor vies dette også en del plass i denne studien.

I *Galskapens historie* stiller Michel Foucault seg kritisk til hvordan synet på det som kalles *galskap*, og måten samfunnet har forholdet seg til galskap på, har endret seg historisk (Foucault, 1973). I denne oppgaven blir dette særlig interessant fordi han gjør rede for ulike diskurser om galskap/psykisk sykdom. Dette igjen har skapt ulikt rom for hva en tenker om familiens betydning. Han beskriver at galskapen hadde større plass i middelalderen. Den var mer synlig, men hadde også en annen anseelse knyttet til synet på for eksempel kunst og kultur. Foucault viser til at det skjedde en endring i synet på galskap på 1600-1700 tallet. Modernismen vokste fram, der rasjonalitet og fornuft ble viktige idéer (Øfsti, 2010: 60). Foucault er opptatt av hvilken plass galskap kan ha innenfor en slik forståelse. Han hevder at fornuftens plass i samfunnet og synet på sannhet ble et utelukkelsesprinsipp for galskap (Foucault, 1999: 10). I et samfunn der idealet var streben etter sannhet og fornuft ble galskapen i større grad lukket inne på institusjoner. Interneringen var blant annet for å redde familiens ære (Foucault, 1999: 69). Den førte til at de psykisk syke fysisk kom lenger bort fra sine nærmeste. Foucault stilte seg kritisk modernismen fordi en i begjær etter kunnskap også mister andre tilganger til å være i verden (Wifstad, 2001). Med bakgrunn i Foucaults forståelse kan en anta at vitenskapeliggjøringen av fenomenet galskap også har vært med på å innskrenke betydningen av den sammenhengen den gale levde innenfor. Foucault viser til ulike fortolkninger av årsaker i denne perioden, der de særlig er knyttet til indre organiske forhold og ikke til relasjonelle forståelser av begrepet (Foucault, 1973).

På 1800 tallet ble en opptatt av at sinnssykdom var en tilstand der en har mistet kontakten med gud (Wifstad, 2001). Den syke skulle møtes med kjærlighet og fasthet, og sinnssykdommen kunne helbredes. I denne sammenhengen vil en kunne tenke at den humanistiske tanken også omfattet pasientens familie, selv om den ikke var sentral for hva en tenkte om hva som var bakgrunnen for sinnssykdommen. Den humanistiske tanken endret seg på slutten av 1800 mot et mer pessimistisk syn. Forståelsen var mer preget av tanken på organiske årsaksforhold og mindre tro på helbredelse. Fram mot 2.verdenskrig var tenkningen mye preget av en somatisk forståelse. I hele denne perioden vil en kunne anta at familiene til pasientene ikke hadde en sentral plass. Deretter ble bildet mer sammensatt igjen. På 1960 tallet var det mye fokus på sosialpsykiatri, desentralisering og rehabilitering og psykoterapi innenfor institusjonene. På 1970 tallet ble det igjen en mer biologisk tilnærming. Det ble



hevdet at *mental illness is a physical illness* (Wifstad, 2001). Medikasjon sto sentralt. I denne perioden ble det ikke i stor grad fokusert på psykiske tilstander som livsproblemer.

I en periode var den dominerende tanken at årsaken til utvikling av for eksempel schizofreni var forhold i pasientens familie. Gregory Bateson ga i 1956 ut artikkelen *Towards a Theory of Schizophrenia* (Ølgaard, 1991: 75). I denne artikkelen ble det hevdet at personer med schizofreni hadde en bestemt måte å kommunisere på. Det vil si at pasienten har utviklet en manglende evne til å forstå hva folk egentlig mener. Som årsak til denne måten å kommunisere på pekes det i artikkelen på at personen har levd i et miljø med et mønster som over tid er preget av motstridende påbud. Som konsekvens av denne artikkelen ble det i ettertid rettet mer fokus på den schizofrene familie. Det er også blitt rettet kritikk mot denne teorien ved at den har vært med på å øke skyldfølelsen og byrdene til familiene i psykisk helsevern (Berg, 2002: 171). Psykodynamisk tenkning har også forholdt seg ulikt til sammenhengen pasienten lever i. Filmen "Take These Broken Wings" er en slik stemme. Filmen, som er en dokumentar, bygger i stor grad på en samtale med Joanne Greenberg, som forfattet boken "Jeg lovet deg aldri en rosenhave" (Mackler, 2008). I filmen forteller hun sin historie om hvordan hun ble frisk etter å ha vært psykotisk i flere år. I filmen vektlegges betydningen av individualterapi og kontakten med terapeuten i bedringsprosessen. Individualterapien ble viktig for at Joanne fikk innsikt i at den sammenhengen hun levde i, og for at det psykotiske språket fikk sin mening.

Vaaland viser til forskningen til Kari Bøckmann der det blant annet kommer fram at holdninger om at familien er skyld i pasientens problemer fortsatt preger behandlingen i psykiatrien (Vaaland, 2007). Det er i denne sammenhengen forskjell på å tenke at årsaken til sykdom/lidelse kommer innenifra, med en biologisk forklaring, slik Ringen og Dahl viser til (Ringen og Dahl, 2002). Eller at den er påført utenifra, slik Bøckmann viser til. En annen innfallsvinkel er å se på psykisk sykdom som noe som oppstår eller opprettholdes i samspill med omgivelsene. Dette er mer i tråd med teorien om Expressed Emotion (Berge, Fjell, Grønli og Hanestad, 2012). I denne sammenhengen er synet på årsaker og skyld interessant i forbindelse med hva behandlerne tenker er familien og nettverkets plass. Kan sykdommen forstås innefor en sammenheng, eller er den noe som er påført?

Først på 1960-tallet ble familien invitert inn i norsk psykisk helsevern, og først da på Modum Bad (Jensen, 1997: 101). I voksenpsykiatrien var det fortsatt uvanlig med familierapeutiske tilnærminger også på 1970-tallet.

I perioden 1975-1994 ble 70% av døgnplassene i psykisk helsevern nedlagt. Dette betyr at personer med psykiske lidelser i større grad er ute av sykehus. Det er rimelig å anta at pårørende i større grad er involvert og kjenner ansvar for å følge opp sine nærmeste (Helsedirektoratet, 2008). Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, var den første stortingsmeldingen som bare gjaldt psykisk helse og tjenestene for mennesker med psykiske lidelser.. Den dokumenterte at situasjonen i helsetjenesten for mennesker med psykiske lidelser var utilfredsstillende, med svikt i alle ledd innen helsetjenestene, og stort behov for å bedre tjenestetilbudet. Stortingsmeldingen ble fulgt opp gjennom Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (2008), hvor det ble satt mål for økning av ressurser, omfang og tilbud av tjenester. Evaluering av Opptappingsplanen har ført til en positiv utvikling innen psykisk helsevern med økt tilgjengelighet og kapasitet og vekst i personell (Husom 2003 og Gjertsen 2007). Stortingsmelding 25 og Opptappingsplanen tar utgangspunkt i at det er bedre for pasienten å leve nærmere sitt eget miljø og nettverk, og at det ikke er helsebringende og institusjonaliseres. Eli Herdlevær viser i sin masteroppgave til at pårørende i dag, etter ti år med Opptappingsplanen, til dels opplever større omsorgsbelastning i dag (Herdlevær, 2011). Pårørende, som er intervjuet i Herdleværs undersøkelse, viser til at de kjenner seg som en underkjent ressurs.

Veilederen fra Helsedirektoratet, som kom ut i 2008, er skrevet med bakgrunn i forskning som viser at involvering av pårørende kan føre til å redusere faren for tilbakefall, føre til færre symptomer, bedre pasientens sosiale fungering og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2008). Veilederen har som formål å sikre at pårørende til mennesker med psykiske vansker får tilstrekkelig informasjon, støtte og avlastning, og at deres kunnskap og erfaringer brukes i pasientbehandlingen. Veilederen tar for seg pårørendes ulike roller, som innhaver av kunnskap, som omsorgsgiver og som en del av pasientens nærmiljø. Det blir hevdet at samarbeid med pårørende kan dempe den psykiske belastningen hos pårørende, og at de på den måten kan fungere mer som en ressurs.

Wifstad viser til at professor i psykiatri, Einar Kringlen, beskriver psykiatrien i dag som eklektisk (Wifstad, 2001: 27). Den eklektiske forståelsen bygger på tanken om at vitenskapene i fagfeltet lever mer side om side. Wifstad stiller spørsmål ved dette. Er det slik at vitenskapene kan fremtre ved siden av hverandre? Han hevder at denne måten å tenke om fagfeltet på gjør at viktige grunnleggende spørsmål om hva psykiatrien skal være ikke blir stilt. Jeg forstår Wifstad dit hen at han problematiserer om psykiatrien, slik den fremstår i dag,

både kan være en vitenskap og samtidig ha et humanistisk mandat. Hvordan påvirker dette så synet på pårørende? Blir pårørende rammet av psykiatriens begrepsforvirring? Hva en tenker om hvilken jobb en satt til å gjøre for pasienten vil prege hvordan en møter de som står pasienten nærmest. Synet på pårørende har, som sagt, endret seg historisk. I perioder der den biologiske tenkningen har stått sterkt har pårørende i mindre grad vært involvert i pasienters liv og i behandling. Hva en har tenkt om årsaksforhold til psykiske lidelser har variert.

### **2.3 Psykiatri- sykdom eller livsproblem?**

Det naturvitenskapelige paradigme har vært utgangspunktet for psykisk helseverns forståelse og behandling (Wifstad, 2001). Ringen og Dahl hevder at tiden er inne for at nevrobiologi bør være grunnlaget for alle psykiatriske forståelsesmodeller (Ringen og Dahl, 2002). Foucault viser til at forståelsen av begrepet galskap som sykdom, som noe som burde behandles, var en idé som dukket opp i opplysningstiden (Foucault, 1973). Naturvitenskapen vokste fram med moderniteten i opplysningstiden, og vektlegger betydningen av rasjonalitet, vitenskap, framskritt og frihet (Øfsti, 2010: 60).

Wifstad viser til Skjervheim som tar et oppgjør med positivismen. I denne sammenhengen er det interessant fordi han ser på konsekvenser av å se på psykiatrien som en naturvitenskapelig vitenskap. Behandlerne i denne undersøkelsen posisjonerer seg ulikt til hvordan de møter pasientens nettverk. Innefor en positivistisk forståelse er en tilskuer. Verden er en objektiv tilstand. Skjervheim hevder at for å ta den andre alvorlig må en være i en subjekt-subjekt relasjon, der en engasjerer seg i det den andre sier (Wifstad, 2001). Objektivisering gjør dialogen vanskelig. Skjervheim oppfordrer fagpersoner til å være medsubjekter i hverandres liv. Szasz hevder at psykiatriens oppgave er sosial kontroll og undertrykkelse av avvikere (Wifstad, 2001: 35). Han hevder at psykiatere tror de arbeider med sykdom, mens de i virkeligheten arbeider med livsproblemer. På denne måten blir sammenhengen pasienten lever i mer betydningsfull, enn innefor en medisinsk forståelse der sykdommen sees på mer avgrenset.

Wifstad problematiserer om den systemteoretiske og psykodynamiske tilnærmingen har løsrevet seg fra det naturvitenskapelige paradigme. I det psykodynamiske perspektivet sees den psykiske lidelsen som et resultat av de intrapsykologiske mekanismer som virker i møte

med impulser, drifter og konflikter. Den systemteoretiske tilnærmingen kom som en reaksjon på den individentsentrerte behandlingen (Wifstad, 2001). Familien ble det nye objektet for behandlingen. Anderson og Goolishian hevder å ha løsrevet seg fra dette synet ved å knytte språk og virkelighet sammen, til det språkssystemiske. Psykiatriens utfordring i dette er at den henter sin legitimitet fra hva et verdig liv er, og samtidig skal den være vitenskapelig basert (Wifstad, 2001: 70).

Wifstad viser videre til at det hevdes at det medisinske paradigme er ustabilt. Han konkluderer med at en skjønnsmessig vurdering alltid vil måtte gå forut for anvendelsen av en spesifikk metode. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er om en gjør vurderinger på bakgrunn av verdier eller basert på vitenskap (Wifstad, 2001: 57)? Med hvilken bakgrunn gjør behandlerne i denne studien vurderinger i møte med pasienten og hans/hennes familie og nettverk? Kan kunnskap om dokumentert god behandling kombineres med etiske overveielser for pasientens og nettverkets liv?

#### **2.4 Nettverksarbeid**

Gjennom sitt arbeid i Nord-Finland har Jaakko Seikkula ønsket å finne en familierapimodell som muliggjør behandling i psykiatriske sykehus. Fagmiljøet rundt Seikkula har oppnådd gode resultater ved å implementere det han kaller *Åpne samtaler* i møte med mennesker med psykiske lidelser (Vedeler, 2012). I boka *Åpne samtaler* beskriver Seikkula sosialt nettverk slik:

*”Med begrepet sosialt nettverk mener vi vanligvis de samhandlingsforhold som gjør at individene bevarer sin sosiale identitet. Fra disse samhandlingsforholdene får det åndelig støtte, materiell hjelp, tjenester, kunnskaper og nye relasjoner”* (Marsella og Snyder, 1981, I Seikkula 2000: 19).

Når en definerer hvem som inngår i det sosiale nettverket er hovedsaken at individet opplever deltagerne som viktige. De forskjellige delene av nettverket har betydning for hverandre. Nettverket kan bestå av familie, venner, representanter fra helsevesenet, skole og andre betydningsfulle personer i pasientens liv. Slik Seikkula omtaler nettverksarbeid er det å involvere nettverket en viktig del av behandlingen. Han avviser ikke andre måter å behandle psykiske vansker på, men vektlegger betydningen av nettverket som helhet. Seikkula

fokuserer på betydningen av kontakten mellom de ulike i nettverket. Denne kontakten skapes gjennom språket og dialog.

Mange psykiatriske pasientene får dårligere og mindre kontakt med nettverket sitt ved lange og mange sykehusinnleggelses. Den norske sykepleieren Brita Nilsson har skrevet om psykiatriske pasienters opplevelse av ensomhet (Nilsson, 2009). Hun problematiserer at vi lever i en individrettet tid. Nilsson er opptatt av at fellesskapet er det motsatte av ensomhet, og hevder at det er i dialogen med andre at lindring kan finne sted. Med dette som utgangspunkt, synes jeg Seikkula blir spennende. Han tar utgangspunkt i hvordan en kan nyttiggjøre seg nettverket i stedet for å utarme det ved psykiske kriser (Seikkula, 2000: 51). Seikkula ønsker å samle nettverket i nettverksmøter. Han ser det slik at nettverket ikke er et objekt som skal forandres, men at det er nettverket som iverksetter forandringen. Dette gjør alle deltakerne i nettverket til aktive deltakere (Seikkula, 2000: 60). Ved hjelp av dialog ønsker han å påvise ressurser i nettverket. Seikkula viser til Bakthin og hans beskrivelse av dialogen. Han vil bruke dialog for å få fram alle de ulike stemmene i nettverket.

Flerstemtheten skal anerkjennes og på den måten kan den utvide forståelsen av den aktuelle situasjonen. I et nettverksmøte spørres det alltid etter flere perspektiver. Et perspektiv skal ikke vinne over et annet, men *resultatet blir helbredende når det skapes dialog over grensene* (Seikkula, 2000: 81). Det er ikke et mål å strebe etter enighet eller en felles forståelse (Ibid). Ved at flere perspektiver kommer fram, kan de perspektivene som eventuelt virker skremmende på pasienten framstå som mindre truende.

Slik Seikkula beskriver det, bør dialogen skape rom for aktiv lytting. Ordet representerer ikke bare gjenstanden det beskriver. Ordet får en forståelse når forståelsen av det er i dialog. Språket formes i møte med andre. Via dialogen tilpasser en sitt eget utsagn til andres. Jo mer flerstemmig man kan diskutere i nettverksgruppa desto mer sannsynlig vil det skje en endring. Tanken rundt bruk av det Seikkula kaller *Åpne samtaler* er at menneskelige relasjoner utgjør en uerstattelig ressurs. Uten nettverket vil pasientens mulighet til å ordne opp i problemet begrenses. Nettverkssentrert arbeid er en måte å formidle fagkunnskap på slik at den får behandlingsmessig betydning. Å sørge for at alle synspunkter aksepteres gjør at de ikke trenger å stå i like stor konflikt med hverandre. På den måten kan en i større grad nyttiggjøre seg av de ulike i nettverket. Ekspertisen til behandlere innefor denne tilnærmingen er knyttet til å legge til rette for dialog (Vedeler, 2012).

## 2.5 Posisjonering som behandler

Gerdt Henrik Vedeler viser i sin artikkel *Familien som ressurs i psykososialt arbeid* (Vedeler, 2011) til et utsagn fra Harlene Anderson der hun sier at den viktigste egenskapen som terapeut er ”good manners”. Harlene Anderson beskriver i sin bok *Samtale, språk og terapi* en holdning til sitt arbeid og de menneskene hun møter (Anderson, 2003: 145). Hun er opptatt av at tilnærmingen er en holdning som påvirker henne på alle livets områder, ikke bare i møte med klienter. Harlene Anderson og Harry Goolishian samarbeidet tett fram til hans død i 1991. De tok et oppgjør med maktforholdet i terapirelasjonen og har arbeidet for et mer likeverdig forhold mellom terapeut og klient (Hårtveit, 2004: 187). Denne holdningen til terapi, men også generelt til møte med mennesker, vil ha betydning også for hvordan en møter pasientens familie. Anderson legger betydning i at terapeuten inntar en ikke-vitende posisjon. Med dette tar en utgangspunkt i at en ikke fullt ut kan forstå et annet menneske. I denne sammenhengen da særlig i møte med pasientenes familie. Man møter andre med ydmykhet og undring. Behandleren inntar en posisjon der klienten er ekspert på sitt liv, mens terapeuten er ekspert på prosessen. I denne samarbeidende tilnærmingen påvirker terapeuten og klienten hverandre. Ved å innta en slik posisjon vil terapeuten ikke kunne være nøytral, men bidrar med sine refleksjoner i terapien.

Holdningen er en måte å posisjonere seg til rollen som behandler, og er derfor sentral for å forstå det behandlerne sier om seg selv i undersøkelsen jeg har gjort. Ekspertposisjonen, som tilhører en modernistisk forståelse, er den mer tradisjonelle tilnærmingen for behandlere i psykisk helsevern (Brottveit, 2006). Det gjenspeiles også i denne undersøkelsen. Andersons tilnærming vil i denne oppgaven stå for en alternativ tilnærming til møtet med pasientens familie og nettverk. Hun stiller seg kritisk til en tilnærming der behandleren ser seg selv som ekspert (Anderson, 1996). Hun stiller seg også kritisk til makten i terapirommet (Hårtveit, 2004: 184). Minuchin har kritisert Andersons tilnærming ved å si at makten ikke forsvinner selv om den blir definert om til noe annet. Minuchin hevder at makten ved denne tilnærmingen er skjult og overser sosiale realiteter (Bagge, 2007: 7). Minuchin ønsker og fremme en holdning der terapeuten er ”informert usikker”. Han befinner seg innenfor en konstruktivistisk terapiretning. Det vil si at vår forståelse av verden er et produkt av våre egne konstruksjoner. Han har fokus på hvordan personer i systemet påvirker hverandre. Minuchin sier at sannheten ikke er uerkjennelig, men at den er delvis (Bagge, 2007: 8). På denne måten viser Minuchin at han har et annet filosofisk ståsted enn Anderson. Det som kalles den ikke-vitende holdning blir en måte å gå inn i andres språklige oppfatninger, og er et forsøk på å

skape en humanisering av psykisk helsevern. Innenfor en slik forståelse er ingen kunnskap overordnet annen kunnskap, eller har monopol på sannhet (Anderson, 1996).

Harlene Anderson beskriver terapi som en språklig begivenhet som foregår i det vi kaller en terapeutisk samtale (Anderson, 2003: 109). Problemer er språklige posisjoner som beskrives og tolkes på ulike måter. I denne undersøkelsen er behandlernes språk utgangspunkt for analysen. Språket gir tilgang til å se på hvordan behandlerne ser på seg selv i møte med pasientens nettverk. Dette språksynet er av betydning for analysen i denne studien. Anderson sier at jo mer samtalepartnerne fordyper seg i språk og meninger, desto mer vil stemmene bli anerkjent og lyttet til. Med dette som utgangspunkt vil jeg også se nærmere på hvordan behandlerne anerkjenner pårørendes språk og gir deres stemme plass. I denne studien har dette betydning for hva en som behandler tenker om sin egen kunnskap i møte med pasientens nettverk. Anderson anser problemer som relasjonelle, og de kan forstås innenfor sin egen sammenheng (Anderson, 2008: 47). Oppløsningen av problemer oppstår ved at man snakker annerledes, forstår annerledes og dermed utvikler ny mening (Hårtveit, 2004: 187).

Våpenstad viser i artikkelen *Har du lest om meg?* til hvordan en psykodynamisk terapeut kan la seg berøre i møtet med andre, og bevege seg bort fra en ekspertposisjon (Våpenstad, 2007). Han tar avstand fra en lineær forståelse av individualterapi. Han vektlegger det relasjonelle perspektivet. Ved at terapeuten mottar klientens projeksjoner og rommer dem, kan behandleren sende dette tilbake i en mer moderat form.

Syrstad stiller i artikkelen *Når ikke-eksperten blir eksperten* spørsmål til om ikke-vitende terapeuter kan bli for utydelige og lite bevisst hvilket ansvar de har (Syrstad 2008 og Syrstad 2011). Binder, Holgersen og Nielsen viser til sin undersøkelse, der de konkluderer med de ser det som fordelaktig at terapeuter innehar en kombinasjon av ekspertise, ved at dette innbyr til tillit, og likeverdighet (Binder, Holgersen og Nielsen, 2008).

Anderson hevder at ved å se på mennesket som relasjonelle vesener, som forholder seg til hverandre, vil vi i større grad konfronteres med spørsmål om ansvar og rettigheter (Anderson, 2003: 274). Ved å endre det mer tradisjonelle maktforholdet i terapien vil også pasienten og dens familie få større ansvar og betydning. Andersons tilnærming krever av terapeuten at en deler ansvaret for at det skapes mening i dialogen. Et dilemma her kan være hvordan en for eksempel møter en sliten og belastet familie, uten at de opplever at det legges for mye ansvar på dem. For mye og for lite ansvar bør vektles på en god måte. Hvordan kan en da forvalte den

makten en har som terapeut? Å være ikke-ekspert er ikke å fraskrive seg egen kunnskap og erfaring.

I dette kapittelet har jeg sett på i hvilken sammenheng studiens problemstilling befinner seg i. De ulike tilgangene til viten skaper ulikt rom for å tenke om familiens plass i psykisk helsevern. Jeg har synliggjort den systemiske forståelsen av familiens og nettverkets plass ved å vise til Seikkula. Andersons tilnærming står for en alternativ posisjon til behandleren som ekspert. Disse tilgangene blir drøftet nærmere i kapittel 4 og 5. Men først vil jeg se på hvordan jeg metodisk har gjennomført studien.



### 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for det vitenskapelige ståstedet for studien. Jeg vil deretter redegjøre for valg av metode, kvalitativ metode og diskursanalyse. Deretter vil jeg beskrive hvordan jeg har gått fram for å gjennomføre studien, og for etiske overveielser underveis. Jeg redegjør jeg for begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet knyttet til denne studien. Avslutningsvis i kapittelet viser jeg hvordan jeg har gått fram i analysen av det transkriberte materialet.

#### 3.1 Valg av forskningsdesign

Denne oppgaven bygger på et kvalitativt fokusgruppeintervju av behandlere på et Distriktpsykiatrisk senter (DPS). I oppgaven belyser jeg ulike sider av det å jobbe med pårørende til mennesker med psykisk lidelse og/eller rusavhengighet. Det jeg har ønsket å finne mer ut av har vært hvordan, og på hvilken måte, terapeutene legger betydning til dette arbeidet. På bakgrunn av dette valgte jeg å gjennomføre en kvalitativ studie. Den kvalitative forskningen vektlegger betydningen av å gå i dybden (Thagaard, 2008: 16). Tilnærmingen har gitt meg muligheten til å se nærmere på hvordan terapeutene snakker om pårørendearbeid (Willig, 2008: 10-11). Jeg har vært interessert i nyansene i informantenes erfaringer og opplevelser. Kvalitative studier ønsker forståelse av sosiale fenomener. I denne oppgaven er jeg opptatt av behandlernes tilnærming til pårørendearbeid. Jeg har vært opptatt av behandlernes ytringer, for å se på hvordan de språksetter sin posisjon (Øfsti, 2010). For å få tilgang til denne type viten måtte jeg snakke med behandlere. Hadde jeg valgt en kvantitativ studie ville studien i større grad vært generaliserbar, men jeg ville ikke fått den samme tilgangen til den mening behandlerne knytter til dette feltet.

Vitenskapsteoretisk befinner studien seg innenfor en postmodernistisk forståelsesramme. Postmodernismen er en kritikk av og et oppgjør med modernismen. Postmodernismen avviser at det finnes et skille mellom den ytre virkelige verden og den indre mentale verden (Anderson, 2003). Vi kan ikke vite noe om verden direkte, bare gjennom våre opplevelser. Forholdet til viten blir på denne måten bredt og komplekst (Ibid). Inngangen til viten blir relasjonell og avhengig av den konteksten en befinner seg i. Dette viser seg i analyse av viten, sannhet, språk, historie og synet på selvet. Postmodernismen peker på viten som en diskursiv praksis. Det vil si at det finnes mange tilganger til å se verden. Mening kan bare forstås i sin sammenheng. I denne studien er konteksten knyttet til intervjuet avgjørende for analysen.

Konteksten har vært avgjørende for de funnene jeg har kommet fram til. Stedet og sammenhengen intervjuet foregikk i, informasjon gitt på forhånd og alle deltakernes bidrag var med på å skape samtalen til det den ble.

Den sosialkonstruksjonistiske retningen befinner seg innenfor en postmoderne forståelse. Gergen i Anderson beskriver sosialkonstruksjonismen som en undersøkelse:

*”der en prinsipielt er optaget af at belyse de processer, der sætter mennesker i stand til at beskrive, forklare eller på anden måde redegøre for den verden (inklusive dem selv) de lever i”* (Gergen i Anderson 2003: 70).

Sosialkonstruksjonismen er i forskning og viten opptatt av de sosiale prosesser som gjør at vi konstruerer vår oppfattelse av verden på ulike måter. Vår adgang til å forstå verden er via språket. I denne studien er jeg opptatt av hvordan mennesker, ved å danne språklige konstruksjoner om hvordan vi forstår verden, skaper mening i tilværelsen. Anderson sier at kunnskap og språk er relasjonelle og produktive (Anderson, 2008: 48). De skapes innenfor en sammenheng. Det som har interessert meg, har vært å se på hvordan behandlerne snakker om familiens plass i psykisk helsevern og hvordan de knytter mening til det. Samtalen i fokusgruppeintervjuet har foregått mellom informantene og meg. Jeg ser på intervjusituasjonen som en prosess der vi sammen har skapt mening knyttet til pårørendearbeid og familiens plass i psykiatrifeltet. Intervjuet var noe som foregikk der og da, og som er spesielt i sin sammenheng. Ved å innta et sosialkonstruksjonistisk perspektiv stiller jeg med en kritisk innstilling til hva som er selvfølgelig viten (Jørgensen og Philips, 2002: 13). Viten er ikke noe som er, men noe vi skaper sammen. Kunnskap sees på som noe som er konstruert heller enn determinert (Willig, 2008: 13). I analysen av det transkriberte materiale har språket derfor vært min inngangsport til tilgang til de ulike konstruksjonene om pårørendearbeid. Jeg har sett på hvordan informantene argumenterer seg fram til ulike syn ved å posisjonere seg på ulike måter. Jeg har også sett på om det er enkeltord eller måter å snakke på som skiller seg ut eller blir synlige. Det har vært interessant å se på hva som har blitt gitt mye og lite oppmerksomhet i materialet. Vi skaper mening på bakgrunn av den kjenneskap vi har til verden til enhver tid.

Innenfor sosialkonstruksjonismen er viten og kunnskap noe som er i bevegelse. Det er en sammenheng mellom sosial konstruksjon og sosial handling (Jørgensen og Philips, 2002: 14).

Våre idéer er utslagsgivende for hvordan vi handler. Idéene skaper muligheter og begrensninger i forhold til hvordan vi kan handle. Det er en sammenheng mellom det behandlerne sier og hvordan dette påvirker deres møte med pasientens nettverk og familie. Det har vært spennende å se på flertydighetene i utsagnene og eventuelle motsigelser. Jeg har også sett på hvordan informantene responderer på hverandres utsagn.

Handlingsaspektet i analysen kommer fram ved at jeg ser på ulike konstruksjoner av begreper, for eksempel *pårørendearbeid*. Jeg tenker også at det å snakke om sine egne idéer sammen med andre, kan være med på å åpne muligheter for nye handlingsmønstre (Neumann, 2010: 11). Jeg ser fokusgruppeintervjuet i en slik sammenheng, som en konstruksjon, men også som en mer skapende sammenheng som konstruerer nye måter å se og snakke om pårørende og pårørendearbeid. Samtalen, eller dialogen, kan både virke opprettholdende og utvidende for konstruksjoner om pårørendearbeid.

### 3.2 Diskurs

Diskursanalysen er en retning innen sosialkonstruksjonistisk tenkning. Den bygger på synet om at det er gjennom språket vi konstruerer våre oppfattelser av verden. Disse konstruksjonene er dannet på bakgrunn av den kulturelle og historiske sammenhengen vi befinner oss i. Gjennom språket danner vi representasjoner av virkeligheten. Den fysiske verden får betydning gjennom diskursene (Jørgensen og Philips, 2002: 17). De dominerende diskursene kan sies å være de som vedlikeholder og anerkjenner eksisterende makt og sosiale strukturer i verden rundt oss.

Studien jeg har gjennomført er en diskursanalyse. Bakgrunnen for valg av diskursanalyse som metode er at den gir meg tilgang til å se nærmere på ulike måter å snakke om pårørende i psykiatrien, samtidig som den setter dette arbeidet inn i en større samfunnsmessig sammenheng. Diskursanalysen gir tilgang til å se på hvordan språkhandlingene påvirker praksis. Jeg er opptatt av at vi lever i ulike sammenhenger som på mange og komplekse måter henger sammen. Psykiatrien, behandlerne eller jeg som forsker kan ikke sees på atskilt. Vi lever liv som flettes i hverandre på ulike måter. Det gir mening for meg å tenke at disse sammenhengene ikke er entydige, men ofte motsetningsfylte og krevende.

I boken *A Qualitative introduction to Psychology* viser Willig til Parkers definisjon av diskurs:

*“Sets of statements that construct objects and an array of subject positions”* (Parker & Willig, 2008: 112).

Definisjonen viser til at diskursene gir oss et utvalg av tilganger til å se verden, og til å være i verden på. Diskursene er konstruksjoner av den verden vi lever i, som skaper et visst handlingsrom, med muligheter og begrensninger. Diskursene danner strukturer som også er foranderlige. De vedlikeholdes og forandres i diskursive praksiser ved at vi samhandler, og ved at det forhandles om hvilke diskurser som til enhver tid skal være rådende.

Vedlikeholdelse og forandring av mønstrene søkes i de konkrete språklige sammenhengene (Jørgensen og Philips, 2002: 21). Diskursene sier noe om reglene for hva som kan og ikke kan sies til enhver tid.

Filosofen Michel Foucault var den som introduserte diskursanalysen ved å utvikle teori og begreper (Lundby, 2000: 93). Lundby viser til at Foucaults arbeid kan deles inn i tre epoker. Den første epoken var han opptatt av hvordan sosiale diskurser ble dannet og eksisterte. Han var opptatt av hvilke utsagn som blir akseptert som meningsfulle i en viss historisk epoke. I den andre epoken fokuserte Foucault på makt (ibid). Han knytter de rådende diskursene til maktbegrepet, ved at de legitimerer ulike sosiale praksiser. De rådende diskursene begrenser våre muligheter til å snakke om eller se verden på andre måter. Foucault henviser til makten som produktiv. Foucault anså ikke makt som et entydig negativt begrep, men var opptatt av på hvilken måte diskursene virket opprettholdende på ulike sosiale praksiser (Wifstad, 2001). I denne sammenhengen er makt knyttet til viten. Makten gjør at vi kan snakke om verden på en bestemt måte, men at andre muligheter utelukkes (Foucault, 1999: 33). Dette perspektivet har vært sentralt for analysen av det transkriberte materialet i denne oppgaven. Jeg ønsker å belyse hvordan diskurser åpner og lukker for ulike måter å se på og møte familiene og nettverket til psykisk syke. Den tredje epoken av Foucaults arbeid var knyttet til subjektivitet (Lundby, 2000). Måten behandlerne posisjonerer seg på i denne studien, danner ulike tilganger for både behandlerne og pasientens nettverk til å være i verden på.

Informantenes språkhandlinger konstituerer deres syn på feltet pårørendearbeid, men blir også konstituert i møtet med andre. De dominerende måtene å posisjonere seg på som behandler, kan for eksempel virke utelukkende for andre måter å tilnærme seg.

### **3.3 Forskerrollen**

I denne studien støtter jeg meg til det Willig sier om forskerrollen. Fra et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, er rollen ikke kun som observatør, men også som deltager (Willig, 2008: 13). Min intensjon som forsker på temaet pårørendearbeid er ikke å finne sannheter, men å utvide perspektiver på dette feltet. Mitt ønske er å språksette og sette spørsmålstegn ved det vi kan ta for gitt i hverdagen. Hvilke opprettholdende mekanismer i samfunnet vårt og i psykiatrifeltet er det som gjør at enkelte måter å tenke på blir mer legitime enn andre?

Mine erfaringer i livet setter sitt preg på denne studien. Det har vært en utfordring å stille nye og kritiske spørsmål til et felt jeg kjenner godt. I intervjusammenhengen var jeg likevel opptatt av å framstå som så objektiv som mulig. Jeg var opptatt av at spørsmålene jeg stilte skulle være åpne og nysgjerrige, og ikke for mye preget av mine forforståelser. Samtidig har nok valget av tema i seg selv vært førende for hva informantene har tenkt om min intensjon med forskningen, og vært utslagsgivende for hva informantene har delt i intervjuet. Jeg tenker at vi sammen i intervjusituasjonen har påvirket hverandre. Informantene har i stor grad utvidet mine perspektiver, gjort meg nysgjerrig og utfordret meg i mitt syn på dette feltet. Jeg har lært mye av informantene. Intervjuet er skapt i samhandling med mine informanter. Analysen er det på den annen side jeg som har gjort. Jeg har hatt fokus på hvordan behandlerne språksetter sine ytringer, ikke på deres personlige opplevelser. Jeg har sett på hvilke språkhandlinger de gjør ved sin måte å uttrykke seg på (Øfsti, 2010). Det er derfor viktig for meg å understreke at min tolkning av data ikke nødvendigvis er lik det informantene selv har ment å formidle. Jeg vil anta at min forforståelse av at familiearbeid er viktig og spennende arbeid har påvirket meg i analysen av intervjuet.

### **3.4 Utvalg**

For å rekruttere informanter tok jeg kontakt med enhetslederne på 2 poliklinikker på et distriktpsykiatrisk senter (DPS). I forkant hadde jeg også avklart med ledelsen at jeg kunne gjennomføre undersøkelsen på dette DPS. Jeg drøftet valg av informanter med ressurspersoner på pårørendearbeid på min arbeidsplass, og kom fram til at det var naturlig å

spørre behandlere som arbeidet poliklinisk. Bakgrunnen for dette er at disse behandlerne har kontakt og behandlingsansvar over tid. En annen antagelse er at disse personene kan mye om pårørendearbeid og har gjort seg mange erfaringer knyttet til tema.

Begge poliklinikklederne stilte seg positive til at deres ansatte kunne delta. De responderte begge med at de synes det var et godt initiativ, fordi de synes det var et viktig tema jeg fokuserte på. De ansatte ble i forkant informert om studien på personalmøte og fikk tilsendt informasjonsskriv om studien på e-post (Vedlegg 2). Av praktiske årsaker var det kun ansatte fra den ene poliklinikken som deltok i undersøkelsen. Jeg drøftet dette med veileder, og ble enig med henne om at jeg kunne avvente med å gjennomføre det andre intervjuet til jeg visste om jeg hadde nok materiale etter det første intervjuet. Det viste seg at materialet fra det første intervjuet var tilstrekkelig i omfang til å gjennomføre analysen. Jeg valgte derfor å ikke gjennomføre et andre intervju, med bakgrunn i at det var sannsynlig at et andre intervju ville gi en lignende tilnærming til tema. Jeg anså det ikke som utslagsgivende for studiens generaliserbarhet. Dette kommer jeg tilbake til senere i dette kapittelet.

En innsigelse mot framgangsmåten til å rekruttere informanter på, er at jeg gikk via ledelsen på DPS. Fordi ledelsen signaliserte at tema var et område de satser på, kan det være at noen av informantene synes det var vanskelig å si nei til å delta i studien. For å ivareta informantene var jeg i forkant av fokusgruppeintervjuet nøye med å understreke at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen.

Gruppen var sammensatt av 3 kvinner og 3 menn. Av yrkesbakgrunn var det to sosionomer, to psykologer, en lege og en sykepleier. De hadde alle flere års erfaring fra feltet. Alle hadde på den måten gode forutsetninger for å ha gjort seg opp tanker og opplevelser knyttet til temaet. Jeg ser det som en fordel for studien at informantene har ulike kjønn og yrker, for å få fram ulike ståsteder til problemstillingen. Jeg har valgt å kalle informantene ved fiktive navn: Arild, Inger, Kine, Pål, Stian og Trine. Ved at sammensetningen av gruppen består av ulike yrkesgrupper, ser jeg at jeg har fått fram ulike perspektiver knyttet til problemstillingen. En fordel ved det, er at jeg har fått en bredde av synspunkter og ståsteder til tema. Dersom utvalget hadde hatt mindre bredde, for eksempel dersom gruppen kunne ha vært sammensatt av en yrkesgruppe, er det mulig at jeg hadde fått tilgang til større nyanser og dybde innenfor de ulike posisjonene.

### 3.5 Intervjuet

Jeg gjennomførte et fokusgruppeintervju med seks deltagere. I forkant av gjennomføring av intervjuet var prosjektplanen godkjent av NSD, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Vedlegg 1). Dette gjorde jeg for å ivareta informantenes personvern.

Jeg gjennomførte et semistrukturert intervju (Kvale, 2002). Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide før intervjuet, som jeg brukte som veileder under gjennomføringen av intervjuet (Vedlegg 3). Intervjuguiden var drøftet med veileder og også godkjent av NSD i forkant av gjennomføringen av intervjuet. I forkant av fokusgruppeintervjuet gikk jeg gjennom spørsmålene og prøvde dem ut på en i mitt eget nettverk, som ikke kjenner godt til feltet jeg skulle undersøke. Dette gjorde jeg for å få andre perspektiver inn i måten å stille spørsmål på, og for å sjekke ut om spørsmålene ga mening. Jeg fikk noen tilbakemeldinger på at noen av spørsmålene var dårlig formulert, og at det jeg spurte om ble uklart. Jeg gjorde derfor om og forenklet språket i noen av spørsmålene. I forkant av intervjuet var jeg i kontakt med en representant fra Landsforeningen for pårørende i psykiatri (LPP) for å drøfte min problemstilling. Denne representanten anså at problemstillingen var av relevans fordi de ønsket en større innsikt i fagfolks tilknytning til feltet pårørendearbeid.

Gjennom intervjuguiden sikret jeg at informantene svarte på spørsmål knyttet til problemstillingen min. Samtidig hadde jeg et ønske om at informantene skulle få snakke så fritt som mulig, uten å bli for mye styrt av meg og mine forforståelser. I intervjuguiden la jeg vekt på å introdusere generelt, for så videre å gå mer spesifikt inn på hva behandlerne tenkte om pårørendearbeidet. Jeg fulgte guiden delvis, og lot informantene også snakke en del fritt og fulgte opp med utdypende spørsmål. På denne måten ønsket jeg å ikke miste tilgang til informasjon av betydning. Siden jeg kjenner psykiatrifeltet godt, har det vært en utfordring for meg som forsker å stille med åpne nok spørsmål. Derfor var det også viktig for meg å ha tenkt gjennom spørsmålene på forhånd, slik at de var åpne nok.

Noen av informantene kjente til meg fra samarbeid i jobbsammenheng. For at alle informantene skulle få litt, og lik, kjennskap til meg, valgte jeg derfor innledningsvis i intervjuet å informere kort om hvor jeg jobbet, hvilken fagbakgrunn jeg har og om bakgrunn for valg av tema. Jeg introduserte tema med at dette er et arbeid jeg har vært interessert i over tid, og som jeg ofte har opplevd utfordrende. På denne måten fikk informantene vite noe om meg, uten at jeg ønsket å legge for mange føringer for mine egne synspunkter eller holdninger

til pårønderarbeid. På den annen side har jeg sagt noe om konteksten i det at tema blir introdusert som noe som er viktig. Det kunne være at noen av behandlerne ikke synes det er viktig, men at det blir vanskelig å si dette når det er signalisert fra leder og meg at det er et tema det er verdt å sette av tid til. Ved at jeg sier at jeg har opplevd arbeidet som krevende, kan jeg ha lagt en føring for å snakke om det som er vanskelig knyttet til pårønderarbeid. Samtidig sier jeg på denne måten også noe om det å ha kjent på egen utilstrekkelighet, som kan ha ført til at informantene delte noen av sine egne erfaringer.

Jeg så det som en viktig del av intervjuet at informantene kjente seg ivaretatt (Thagaard, 2008). Jeg ønsket at informantene skulle vite noe om meg for å kjenne seg trygge på meg og på at det de bidro med i intervjuet ville bli håndtert på en god måte. På den annen side ville jeg ikke si for mye og på den måten virke for styrende for hva som skulle snakkes om i intervjuet. I forkant hadde jeg tenkt gjennom at jeg ønsket å gi rom for taushet, assosiasjoner og refleksjon. Jeg ser av transkripsjonen at jeg var noe urolig i starten. Det er flere steder jeg går videre med spørsmål hvor jeg kunne ha valgt å la informantene snakke videre selv, eller stilt utdypende spørsmål til deres ytringer. Dette skyldtes nok min iver etter å få utfyllende nok svar fra informantene. Utover i intervjuet ser jeg at jeg har en mer tilbaketrukket holdning, at jeg stiller oppfølgingsspørsmål til informantene, og at informantene også gir mer utfyllende og personlige beskrivelser. Jeg startet intervjuet ved å stille generelle spørsmål som: *Hvordan jobber dere med pårørende her?* Lenger ut i intervjuet stilte jeg mer spesifikke spørsmål med ønske om å utvide og følge opp det informantene var opptatt av å snakke om (Kvale, 2002: 80). Jeg spør for eksempel informanten Kine om å utdype hva hun legger i begrepet da hun snakker om *den private sfæren i det terapeutiske rom*.

Jeg gjennomførte intervjuet på informantenes arbeidsplass og i deres arbeidstid både fordi det var mest gjennomførbart på denne måten, og for at de skulle kjenne seg på "hjemmebane". På denne måten ønsket jeg å ivareta at informantene kjente seg så komfortable med intervjusituasjonen som mulig. Jeg hadde kjøpt inn boller og mineralvann for å prøve å skape en god atmosfære. Informantene jobbet, på tidspunktet intervjuet ble gjennomført, sammen i et team. De kjente hverandre derfor fra før. Fordelen ved det, var at de virket trygge på hverandre. Samtidig kan det være en utfordring i at gruppen har dannet seg en viss måte å snakke sammen på, og at det kan gå på bekostning av andre perspektiver. Det er også noe av utfordringen i gjennomføringen av fokusgruppeintervjuer generelt (Halkier, 2010). Det kommer jeg tilbake til.



I løpet av intervjuet forsøkte jeg å forholde meg nysgjerrig og undrende til det informantene snakket om. Jeg ønsket og vise at det de snakket om interesserte meg og var av verdi, uten å legge for mye føringer for hva de snakket om. Dette ble en utfordring for meg, både fordi jeg er engasjert i temaet og fordi jeg kjenner godt til feltet informantene også er en del av. Ved en anledning bekreftet jeg det en av informantene fortalte ved å komme med et lignende eksempel. En god relasjon til informantene var viktig for at jeg skulle få tilgang til informantenes kunnskap (Kvale, 2002). Om informantene kjente seg trygge var det også større sjanse for at de ville dele mer åpenhertig, og ikke bare svare det de forventet at jeg ville høre. På den måten tror jeg det var betryggende for informantene å vite at jeg har lang erfaring fra å jobbe i voksenpsykiatrien selv.

Det har blitt en utfordring for meg at jeg kjenner på lojalitet til informantene og fagfeltet som jeg også har vært en del av. I analysen kan lojaliteten ha påvirket min holdning til materialet. Jeg kjenner på et etisk ansvar for at deres uttalelser skal behandles på en respektfull måte, og jeg kan i den sammenhengen stå i fare for å bli for ”snill” i mine tolkninger. Underveis har jeg også kjent på at det er vanskelig å stille kritiske spørsmål til informantene. På den annen side gjør det at jeg kjenner konteksten godt, at jeg kan sette informantenes utsagn inn i en sammenheng de kjenner seg igjen i. Samtidig synes jeg at det at jeg kjenner til noen av informantene har det gitt meg en god etisk rettesnor for å tilnærme meg materialet og uttalelsene deres med respekt.

Bakgrunnen for at jeg valgte fokusgruppeintervju, var at jeg ønsket å få tilgang til ulike perspektiver på temaet. Fokusgrupper gir også mulighet til å se på interaksjonen mellom deltakerne (Halkier, 2010). Min tanke var at informantene i fokusgruppa kunne utfordre hverandre i en felles diskusjon. Jeg mente at de på den måten i mindre grad ville komme med ”flinke” svar, altså si det som de visste ville bli forventet av dem. Bekymringen var om gruppa i for liten grad ville gå i dybden på problemstillingen. Det kan være at noen tar mer plass på bekostning av andre, slik at ikke alle stemmer kommer fram (ibid). Samtidig vil det i en diskursanalyse, som jeg har valgt som metode, si meg noe om hva som er rådende diskurser i denne gruppa. Min opplevelse av gruppa var at de kjente seg relativt trygge i situasjonen. Det virker som de kjenner hverandre godt. De deltok alle i samtalen på tvers av kjønn, alder og yrkesbakgrunn. Til tross for det kommer fram ulike syn, har de en vennlig og humoristisk tone seg i mellom. Noe av utfordringen ved bruk av fokusgruppeintervju i forskning er at materialet kan bli for generelt (Halkier, 2010: 13). Dette har jeg prøvd å sikre ved å legge til rette for en god og åpen atmosfære i gruppa.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Jeg gjorde det for å få direkte tilgang til det behandlerne sa i intervjuet. I diskursanalyse ser en nærmere på språkets betydning. Ved å velge båndopptak har jeg gått glipp av tilgang til informantenes kroppsspråk. Flere ganger i intervjuene bruker informantene kroppsspråk for å illustrere hva de mener. I transkripsjonen har jeg forsøkt å gjengi noe av dette, men er inneforstått med at det meste går tapt ved valg av bånd (Kvale, 2002). Kvaliteten på båndet var heldigvis god, slik at transkriberingen gikk relativt greit. Noen steder var det en utfordring å få transkribert fordi informantene delvis snakket i munnen på hverandre. Jeg er inneforstått med at det i oversettelsen fra muntlig til skriftlig språk alltid vil gå noe tapt (Ibid). Det er umulig å skape en objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig. Men den skriftlige formen gir meg likevel tilgang til å gjøre intervjuene mer strukturert og egnet for analyse. Transkripsjonen har gitt meg tilgang til å gå inn i analyse av teksten (Ibid). I teksten har jeg forsøkt å gjengi pauser, latter og spesielle dialektiske uttrykk. På den annen side har jeg sett det som viktig å ivareta informantenes konfidensialitet. Dette har jeg gjort ved å gi informantene fiktive navn og byttet om på kjønn i teksten. Jeg har også utelatt språklige uttrykk som kan knyttes spesielt til enkeltpersoner. I teksten har jeg også gitt andre navn til samarbeidspartnere og institusjoner som informantene henviser til i intervjuene.

### 3.6 Analyseprosessen

Umiddelbart etter at gruppeintervjuet var gjennomført skrev jeg ned notater og refleksjoner. I etterkant av at gruppeintervjuet var transkribert leste jeg gjennom teksten utallige ganger. I perioder har jeg lagt arbeidet med analysen til side for så å ta det fram igjen, og har funnet ut at jeg stadig kan se på det på nye måter. Jeg har også delt mine tanker og arbeid med oppgaven med mine kollegaer, familie, venner og medstudenter. Det har også vært berikende for meg når jeg på nytt har lest gjennom transkripsjonen av intervjuet. Jeg har derfor etter hvert måttet foreta flere valg i forhold til mitt perspektiv for å tydeliggjøre hva jeg har ønsket å undersøke. Mye har vært interessant, men ikke nødvendigvis relevant for problemstillingen. I arbeidet med analysen har også formuleringen av problemstillingen blitt mer tydelig. Det ble etter hvert tydeligere for meg at det var behandlernes syn på egen rolle jeg ville undersøke. Underveis har jeg gullet ut både ord og sitater som har vekket min interesse. I tillegg til å være en del av et fagmiljø der jeg i praksis har forholdt meg til pårørendearbeid, har jeg også hatt utbytte av å lese artikler og litteratur knyttet til tema. Det var i denne sammenhengen jeg kom

fram til problemstillingen i oppgaven. Dette er i tråd med det Iver Neumann formulerer som å skaffe seg kulturell kompetanse (Neumann, 2010: 50).

I analysen av den transkriberte teksten har jeg valgt å støtte meg til Willigs framstilling av Foucaults diskursanalyse (Willig, 2008). Min problemstilling handler om diskurser knyttet til pårørende og pårørendearbeid. Jeg har vært interessert i å se på hvordan behandlerne språksetter sine konstruksjoner om pårørende og pårørendearbeid, og også hvordan dette får konsekvenser for praksis. Hvilke språkhandlinger gjør de ved å ordlegge seg som de gjør? På bakgrunn av min problemstilling og forskningsspørsmål ble det naturlig for meg å merke meg de stedene i teksten der behandlerne snakker som *sin rolle, pårørende og pårørendearbeid* som de diskursive objektene i teksten. Jeg merket først alle steder i det transkriberte materialet hvor det ble snakket om de diskursive objektene. En direkte henvisning til pårørende og pårørendearbeid var for eksempel da informanten Inger sa:

*”Sånn at fra ledelsen handler det om å ha en bra holdning til pårørende. ”*

Et eksempel på en implisitt uttalelse om pårørendearbeid er for eksempel når informanten Kine senere i intervjuet omtaler relasjonen til pasienten og sier:

*”Sånn på at som et utgangspunkt om at det vi snakker om i behandlingen som mellom oss. Med mindre det kommer fram ting som jeg tenker, at for at du skal få det bedre, bør dette ut liksom.”*

Ved å snakke om hva hun legger i behandlingen, sier hun også indirekte noe om i hva hun kan snakke med pårørende om og hvilken rolle de har i behandlingen av pasienten. I denne fasen av analysen fant jeg mye av relevans for min problemstilling. Materialet ble bredt. Jeg tok et valg der jeg valgte å spisse problemstillingen mot hva som sies om behandlernes posisjon i pårørendearbeidet, for deretter å se på hvordan behandlerne snakker om pårørende i seg selv som en underkategori. Mye av utfordringen var å systematisere materialet videre, slik at det kunne skape en mening. På denne måten kom jeg fram til at den rådende diskursen i materialet er at behandlerne posisjonerer seg som *ekspert*. Men at det også finnes en motstridende diskurs der behandlerne posisjonerer seg mer i retning av å være *ikke-vitende*

(Anderson, 2003). De to hovedkapitlene i analyse og drøfting synliggjør de to diskursene. Her ønsker jeg å vise hvordan informantene posisjonerer seg ulikt til diskursene.

Etter å ha lokalisert de diskursive objektene i teksten, så jeg etter hvordan det samme objektet kan konstrueres på forskjellige måter. Jeg så da etter varierende og motsetningsfylte konstruksjoner. Informanten Arild sier for eksempel:

*”Nesten som en metode, å komme i kontakt med pasienten gjennom pårørende.”*

Arild beskriver her et eksempel på at pårørende kan være en god og aktiv samarbeidspartner. Et annet sted i teksten sier Pål:

*”Kanskje får behov for å holde seg litt unna også.”*

Her beskrives pårørende mer som en del av problemet. Jeg har sett på forskjeller mellom informantenes utsagn, som beskrevet ovenfor, men også på motsetninger i språket innad i de ulike uttalelsene til informantene. Jeg har også sett på steder i teksten der det brukes humor, underdrivelser og metaforer, og ser nærmere på hvordan disse virkemidlene fungerer i teksten. Videre analyserte jeg hvilke konstruksjoner som kom frem i forskjellige kontekster, og så på hvorfor akkurat den konstruksjonen ble benyttet i akkurat den konteksten. Hvilke muligheter og begrensninger for handlinger representerer de ulike diskursene og posisjonene? Hva vil de ulike konstruksjonene på de ulike stedene i teksten? Hva skjer for eksempel når man konstruerer objektet pårørende med ordet *trøkk*?

Deretter gikk jeg videre til å se på hvilke subjektposisjoner de ulike tilgangene åpnet opp for. Hvilket register kan en for eksempel spille på ved å si at en som behandler må sette grenser for pårørende? Diskursene gjør det mulig å være og se verden på en bestemt måte. Det konstrueres sosiale og psykologisk virkeligheter. Hvilke konsekvensene får de ulike subjektposisjoneringene? Hva kan bli følt, tenkt og opplevd fra ulike subjektposisjoner?

I analysen har jeg også latt meg inspirere av det Øfsti sier om diskursens relevans for terapeuter. Hun sier: *Vi tar og får sosiale posisjoner gjennom språkhandlinger* (Øfsti, 2010:

22). Øfsti viser til at vi handler med språket (Øfsti, 2010: 29). Jeg har derfor ønsket å ha fokus på behandlernes språklige handlinger, og på hvilke konsekvenser de ulike posisjonene kan ha for både behandlerne selv og for familiene og nettverket.

### **3.8 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet**

Innenfor samfunnsvitenskapen har begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet fått stor betydning (Kvale, 2002: 158). I denne undersøkelsen er synet på kunnskap preget av at oppgaven i seg selv er en konstruksjon. Disse begrepene for forskning har hjulpet meg til at prosessen har blitt gjort på en gjennomarbeidet og etisk forsvarlig måte.

I forhold til studiens generaliserbarhet sier den kun noe om hva informantene i dette fokusgruppeintervjuet sier om sitt forhold til pårørende og pårørendearbeid. Undersøkelsen legger til grunn et kunnskapssyn der en ikke er ute etter allmenngyldig kunnskap, men den kvalitative forskningen har åpnet opp for å gå i dybden på hva nettopp denne gruppen mener. Det at undersøkelsen består av ett fokusgruppeintervju gjør at utvalget er lite, og er derfor også lite generaliserbart. Jeg vil likevel anta at hva denne gruppen sier, kan ha relevans til hva andre innen fagfeltet også vil hevde.

Jeg har forsøkt å ivareta validiteten i oppgaven gjennom de ulike fasene i prosessen. Det har vært viktig for meg å være grundig i både forberedelse og gjennomføring av studien. Mitt ønske i dette arbeidet har vært at gjennomføringen og sluttresultatet skal være forsvarlig kunnskap. Dette har jeg gjort både ved å lene meg til annen teori og kunnskap, og også ved å dele teksten med mennesker som både kjenner til fagfeltet og som ikke gjør det. Jeg har ønsket å ha et kritisk blikk på eget arbeid.

### **3.9 Redegjørelse for analyse og drøfting**

De to neste kapitlene handler om hvordan informantene i denne undersøkelsen språksetter sin posisjon som behandler i møte med pasientens familie og nettverk. Jeg har vært opptatt av å se på hva posisjoneringen kan gjøre med møtet mellom fagfolk og pårørende. I materialet fra den transkriberte teksten har jeg kommet fram til to hoveddiskurser. Kapittel 4 handler om hva det gjør med behandlerne, og pasientens nettverk, når behandleren posisjonerer seg innenfor en modernistisk forståelse. Jeg legger hovedvekt på ekspertposisjonen. Diskursen om

behandleren som ekspert synliggjorde seg som den mest framtreddende i teksten. Jeg innleder kapitlet med en redegjørelse og drøfting av ekspertposisjonen. Jeg gjør deretter rede for underdiskurser. Underkapitlene er delt inn under diskurser knyttet til henholdsvis diskursen om behandling sett i lys av medisinsk og psykodynamisk tenkning, diskursen om familiens skyld, grenser som nødvendig og til slutt diskursen om sannhet. Jeg ønsker i denne delen av oppgaven å synliggjøre hvilke handlingsrom ekspertposisjonen åpner og lukker for. Jeg vil ta utgangspunkt i møtet mellom fagfolk og pårørende, og se på hva denne posisjonen kan gjøre med dette møtet.

Kapittel 5 handler om den andre diskursen i teksten, der behandlerne posisjonerer seg mer i retning av det Harlene Anderson kaller den ikke-vitende posisjon. Denne diskursen framtrer mer unntaksvis, som en mer marginal stemme. Kapitlene er også i dette kapitlet delt inn etter underdiskurser. Disse underdiskursene er diskursen om familien som ressurs, terapi som holdning og diskursen om flerstemthet.

Kapittel 4 og 5 sees begge i lys av av det Willig sier om diskurser: *“These constructions in turn make available certain ways-of-seeing the world and certain ways-of-being in the world”* (Willig, 2008: 113). Med denne definisjonen i tankene vil jeg se på hvordan behandlerne ser seg selv og på hvilken måte de praktiserer og utøver sin rolle. Materialet fra det transkriberte intervjuet er sett med mine systemiske øyne.

## 4.0 Når behandleren er eksperten

Jeg vil begynne dette kapittelet med et sitat fra det transkriberte materialet der informanten Stian forteller om en erfaring han hadde med pårørende:

*Stian: ”Jeg har vel et eksempel hvor jeg møtte en pårørende som jeg ikke var behandler for barnet til, men som co-terapeut. Hvor jeg opplevde at det i perioder var den informasjonen og de retningslinjene som var gitt fra behandler om hva som var bra for pasienten var denne pårørende veldig god til å forholde seg til. Men ettersom dette var en alvorlig psykisk lidelse og bedringen tok lang tid og sånn, så ble det kanskje et troverdighetsproblem og, og, det skjedde en god del bedring men ikke helt ut. Og det å få en alvorlig psykisk lidelse diagnose det ble så tøft at da ble kontakten brutt, og det var det også pårørende som sto bak da. Så det er både og, da. Men i en lang periode var den stabiliteten og den utebehandlingen kjempegodt ivaretatt.”*

*Inger: ”Da blir det helheten. Det blir ikke nødvendigvis oss, men det blir i teamet pasienten, pårørende, oss. Og de støtter opp under at det blir stabilt. Kanskje får de hit og..”*

*Stian: ”Og ikke minst for pasienten hvor en kunne si noe om at de og de forventningene som du som mor har til pasienten, de er ikke realistiske. Sånn at det loddet kunne tas av pasientens skuldre og for alle.”*

Stian forteller om en erfaring han har hatt. I teksten sier han implisitt også noe om hvordan han anser seg selv som behandler. Det er informasjonen og retningslinjene fra behandler som de pårørende er gode til å forholde seg til. Stian bruker ordet *bedring*. Det kan se ut som dette er et mål i møtet med pasienten. Han anerkjenner pårørendes innsats så lenge de forholdt seg til det behandleren la som grunnlag for behandlingen. Stian bruker ordet *utebehandling*. Det er slik i dag at psykiatriske pasienter i større grad lever ”ute”, det vil si utenfor institusjon. Herdlevær viser også til at deres omsorgbelastning har økt etter Opptrappingsplanen (Herdlevær, 2011). Stian åpner for at pårørende hadde en viktig rolle i denne sammenhengen, men innenfor rammen av hva behandleren mente var god behandling. Stian beskriver at det oppstod et troverdighetsproblem. Da de pårørende ikke lenger hadde tro på behandleren, valgte de å bryte samarbeidet. I siste avsnitt viser Stian hvordan han kan snakke med pårørende. Det kan nesten høres ut som han instruerer dem. Han er innehaver av en type kunnskap han gir pårørende. Det høres ikke ut som han gir moren i dette sitatet anledning til å ta stilling. Midtveis i sitatet bryter Inger inn med en kommentar om teamarbeid. Det kan se ut som en tilsynelatende enighet, men for meg framstår dette som en annen måte å tenke om behandlerrollen. Jeg vil komme tilbake til dette i kapittel 5.3.

Jeg oppfatter at Stian posisjonerer seg som ekspert. Det vil si at han inntar en objektiv posisjon til pasienten. Han er den som er innehaver av den typen kunnskap som kan skape endring hos pasienten. Ekspertposisjonen befinner seg innenfor en modernistisk tankegang og er vanlig i medisinsk tenkning og som en posisjon i terapi (Anderson, 2003: 129). Jeg fant denne måten å se seg selv på som dominerende blant deltagerne i gruppeintervjuet. I følge Wifstad er biologiske forklaringer på frammarsj i psykiatrien (Wifstad, 2001: 24). Med det som utgangspunkt, kan en se for seg at denne utviklingen er i tråd med måten behandlerne i dette gruppeintervjuet omtaler seg selv. Anderson beskriver denne ekspertposisjonen som en vanlig rolle innenfor medisinsk tenkning, og den befinner seg innenfor det modernistiske paradigme (Anderson, 1996). Det knyttes autoritet til rollen, og den bygger opp under hierarkiske systemer. Innenfor denne posisjonen er behandleren innehaver av en type meta-kunnskap som ikke andre har tilgang til. Det kommer også andre, mer marginale stemmer fram i materialet, som synliggjør andre innfallsvinkler til å møte nettverket til pasientene.

Ved å innta posisjonen som ekspert, får Stian mye ansvar for behandlingen. Det er han som behandler, som vet hva som skal til for at pasienten skal komme i en bedringsprosess. Han er utøveren av behandlingen som gis. En kan se på behandleren som aktør, og pasient og pårørende som tilskuere. Han er den aktive parten, som definerer rammene for behandlingen. I det siste sitatet snakker han direkte til pårørende. Jeg opplever at dette er en måte å vise hvordan han utøver sin praksis. Vi tilpasser oss til at vår måte å være i verden på stemmer med den måten vi oppfatter verden. Det er dette Foucault kaller disiplinering. Wifstad viser til at Foucault hevder disiplineringen ble satt i system på 1700 til 1800 tallet (Wifstad, 2001: 240). Foucault så psykiatrien som et slikt type system. Først på 1800 tallet ble de gale klassifisert som syke. Psykiatrien har hatt som oppgave å ta seg av de psykisk syke, og sette dem inn i en sammenheng som gir mening. Innenfor en ekspertposisjon, er behandleren den som i stor grad råder over denne disiplineringen. Ut fra et dette ståstedet vil det Stian står for som behandler være det som setter rammen for hva en kan forvente av de pårørende.

Foucault viste til fornuftens plass og framvekst i vårt samfunn (Foucault, 1973). Han så psykiatrien som et resultat av dette, og stilte seg kritisk til det. De *gale* disiplineres inn i en sammenheng som gir mening gjennom vektlegging av fornuft og viten. Galskapen gis et språk som henger sammen med resten av vår måte å være i verden på. Stian tar mye av ansvaret som en slik type meningsbærer. Uttrykkene tolkes på et vis gjennom fornuftens øyne. Det som tilsynelatende kan virke uforklarlig, gjøres forståelig gjennom denne måten å se verden



på. Dette gjør Stian ved for eksempel å sette for rammen for hva som er realistisk og ikke. Meningen knyttes til fornuften. Det rammes inn.

Ved å være den som tar hovedansvar, gjør han de andre involverte mer passive. Det vi ser skjer i praksis i dette tilfellet er at pårørende bryter kontakten. Stian tillegger de pårørendes stemme vekt, så lenge de er i samsvar med hans oppfatning. Vi kan si det slik at det er på denne måten Stian konstruerer tanken om hvem han skal være som behandler. Innenfor medisinen er dette en vanlig måte å tenke på (Jensen, 1994: 30). Pårørendes posisjon blir mer som objektet for behandling, og befinner seg innenfor en lineær forståelse av årsak og virkning (Jensen, 1994: 23). Stian blir utøver og de pårørende, i dette tilfellet, mottagere. Ut fra denne posisjonen kan Stian uttale seg om hva han kan gjøre på vegne av de pårørende. Det vil være mindre interessant å se på hvordan pårørende kan utvide hans forståelse. Dette til forskjell fra det en kaller en subjekt-subjekt posisjon (Wifstad, 2001).

Dette fører oss videre til Foucaults forståelse av diskursenes makt. Han ser at diskursene vedlikeholder bestemte måter å se verden på, og med det utelukker andre (Foucault, 1999: 10). I denne sammenhengen kan en se at Stian ved å ordlegge seg som han gjør er med på å opprettholde en diskurs der behandleren er ekspert. Posisjonen er hierarkisk der behandlerens stemme tillegges mer vekt enn de pårørendes. Ved å gi sin egen stemme plass, innskrenker han indirekte pårørendes innflytelse. Ved å ordlegge seg som han gjør bekrefter han også sin plass som ekspert. Gjennom disiplineringsprosesser skaper vi oss til *sosialt integrerte menneske-subjekter* (Wifstad, 2001: 238). Disiplineringen former også behandlerne sin selvforståelse (Wifstad, 2001: 240). I møte, og bekreftelse, med verden finner de også mening knyttet til sin rolle.

Ved å innta denne posisjonen blir pårørendes stemme ikke så betydningsfull. Det er ikke avgjørende for behandlingen hva de mener. Det betyr ikke at behandlerne mener at de ikke har en viktig rolle ovenfor de pårørende. Men, det handler om på hvilken måte en skaper grunnlag for samarbeid.

Jeg vil anta at det som pårørende også kan være godt å møte en tydelig behandler, en som vet svar på vanskelige spørsmål og som kan gi håp om bedring. Holte og Thorns undersøkelse av foreldres erfaring var at de ønsket seg både råd, informasjon og avlastning (Holte og Thorn, 2006). Det kan være godt å ha en å lene seg på. Forskerne Binder, Holgersen og Nielsen har snakket med terapeuter som har ungdom i terapi om deres erfaringer. Terapeutene fra deres forskning delte seg i to. Den ene halvdel vektla å innta en likeverdig holdning ovenfor

ungdommen. Den andre inntok en ekspertposisjon. I denne forskningen knyttes det betydningen til å innta begge posisjoner. Ekspertrollen knyttes til opplevelse av trygghet (Binder, Holgersen og Nielsen, 2008). Det er i samsvar med min erfaring også, at mange pårørende ønsker å bli møtt med ekspertise når de er i kontakt med helsevesenet.

Eksempelet Stian viser til, forteller en historie om at for de pårørende kan det bli sårbart om de har et annet syn på pasienten, eller behandling, enn det behandleren har. Dersom en havner i en slik situasjon, kan de pårørende bli sittende med mye ansvar alene. Dette kan forsterke det Herdlevær sier om pårørendes opplevelse av økt omsorgsbelastning (Herdlevær, 2011). Eksperten kan med sin definisjonsmakt, definerer ut de pårørendes stemme. Er pårørende i en slik situasjon mer avhengig av at en mener det samme som behandlerne om pasienten og hva som er god behandling? Den plassen ekspertens stemme står for, kan underbygge pårørendes opplevelse av ikke å bli hørt (Alfstatsæther, Engmark og Holte, 2006: 5). Det er ikke rom for deres stemme. Dette er også i samsvar med det foreldre forteller om opplevelse av avvisning og at deres erfaringer ikke blir tillagt vekt (Holte og Thorn, 2006).

Pårørende i Stians eksempel over, valgte å trekke seg fra behandlingen. Kan det ha vært med utgangspunkt i at bakgrunnen for samarbeidet var en tillit til ekspertens råd, og når tilliten til disse rådene ikke lenger var der, var det ikke rom for den pårørendes opplevelse lenger? Det kan ha kjentes vanskelig å fortsette samarbeidet på bakgrunn av det. På den annen side kan den pårørende også ha opplevd situasjonen generelt som så vanskelig at det beste var og ”overlate” pasienten til eksperten. For noen kan det også kjennes som en trygghet, at noen andre sitter med ansvaret (Binder, Holgersen og Nielsen, 2008).

I det transkriberte materialet synliggjøres det også ulike innfallsvinkler til hva en tenker at psykiske lidelser er. Jeg ser at dette også får ulike konsekvenser for i hvilken grad pårørende kan forvente å bli hørt og implementert i behandlingen av sine nærmeste.

#### **4.1 Diskursen om sykdom**

Michel Foucault viste i *Galskapens historie* at det å behandle psykiske lidelser, eller *galskap*, historisk sett er et relativt nytt fenomen (Foucault, 1973). Alle behandlerne i dette gruppeintervjuet befinner seg innenfor en kontekst der det utføres behandling. Gjennom ulike type viten har en forsøkt å forstå hva de psykiske lidelsene handler om. Den

naturvitenskapelige forskningen gjør forsøk på å sette *galskapen* inn i en sammenheng som gir oss mening ut fra vår forståelse av verden. Menneskesinnet og menneskekroppen har blitt, og blir, undersøkt for å forsøke å gi oss disse svarene. Ringen og Dahl hevder, som jeg har vist tidligere i oppgaven, at nevrobiologi er grunnlaget for alle psykiatriske forståelsesmodellene (Ringen og Dahl, 2002). Det er meningsfullt å se på hvordan denne kunnskapen har, og kan, endre livene til de psykisk syke. På den annen side er det også interessant å se på hvordan den økte kunnskapen også har ført til at vi har mistet noe. Det kan være at det er noen måter å se *galskapen* på som ikke kommer innenfor rammen av fornuften. Ekspertens rolle har fått stor plass. Informantene sier også noe om at de søker etter noen andre typer stemmer. Stian sier:

*”De øyeblikksbildene som vi tross alt får, en gang i uka eller hver fjortende dag, det er fryktelig lite. Jeg tenkte på det. Hva vet jeg egentlig om livet til denne pasienten her?”*

Ved å vise til, *øyeblikksbildene*, forstår jeg det som Stian viser til i timene han har med pasientene. Det kan høres ut som han avgrenser sitt ansvar også til å gjelde innefor disse timene. Dette er i tråd med medisinsk tenkning. Wifstad viser til Szasz som hevder at en kan dele menneskelig lidelse inn i to hovedbegreper; det vil si sykdom og menneskelige livsproblemer (Wifstad, 2001: 35). Slik Stian posisjonerer seg er det ikke pasientens livsproblemer som blir gjenstanden for behandling (Wifstad, 2001), det er pasientens sykdom. Familien og nettverket til pasientene er en del av livet til pasienten. Livet til pasienten, blir innenfor en slik forståelse, ikke sentral for hva en tenker om behandling og årsak til pasientens tilstand. Det kan med andre ord høres ut som Stian på denne måten ikke anser livet ellers som en sentral del av behandlingen. Samtidig stiller Stian spørsmålsteget ved den kunnskapen han har om pasientene han jobber med. Jeg opplever at han er ydmyk i forhold til det utsnittet av verden han får innblikk i. Han fjerner seg fra ekspertrollen, ved å åpne opp for at det er mye han fra sitt ståsted ikke har tilgang til å vite noe om. På den annen side er han ikke nødvendigvis avhengig av denne kunnskapen. Det er sykdommen som blir gjenstand for behandlingen (ibid).

Synet på hva en tenker psykisk sykdom er, vil også være avgjørende for hvordan en griper ansvaret som behandler. Det kan som pårørende være krevende i den forstand at spørsmålet om skyld kan knyttes til ansvarsbegrepet. I medisinsk tenkning slipper en å ta stilling til

ansvar i den forstand at lidelsen diagnostiseres og knyttes til sykdom. Flere vil hevde at det er uriktig å tillegge familien ansvar for psykisk sykdom (Husom 2003, Torgalsbøen, 2001). Den medisinske tenkningen gir tilgang til å avlaste de pårørende for skyldspørsmålet. Kunnskapen om familiens belastning blir behandlerens ansvar. På den annen side innskrenkes også familien og nettverkets betydning for behandlingen. De kan være god støtte og hjelp, men er ikke avgjørende for behandlingen. Den er noe som nettverket ikke rår over.

Wifstad viser til Roth og Krolls kritikk av Szasz som handler om at han overvurderer de fysisk-kjemiske funn også innfor somatiske tilstander, som på den måten gjør at en i større grad kan sammenligne diagnostisering av psykiatriske og somatiske tilstander. Er det å klassifisere psykisk lidelse en sosial konstruksjon (Wifstad, 2001: 64)? Eller er det en tilstand i seg selv? I psykiatrifeltet dukker spørsmålet om skillet mellom hva som er sykdom og hva som er unormalitet stadig opp. Dersom en ser psykiske lidelser som en konstruksjon vil dette skillet være mindre interessant. Det vil være mer interessant å spørre hva som er bakgrunnen for hva en til enhver tid definerer som psykisk sykdom eller livsproblemer. Ut fra et systemisk perspektiv vil det være utenkelig å tenke på mennesket tatt ut av sin sammenheng. Forståelsen skapes i sammenhengen der vi mennesker lever. På den måten er også psykiske lidelser en konstruksjon. Dette er mer i tråd med hvordan Harlene Anderson også forholder seg til synet på bruk av diagnoser og psykisk sykdom (Anderson, 2003). De som er i kontakt med den som er definert som syk, vil konstruere ulike forståelser av lidelsen. Foucault viser til at galskap har ulike uttrykk gjennom historien (Foucault, 1973). Synet på den psykiske lidelsen vil få betydning for hvilken relevans en tillegger det pårørende sier og bidrar med.

Pål sier:

*”Samtidig må jeg minne meg selv på at en blir litt fartsblind på hva som er alvorlig rus. Hva som er alvorlig i folks liv.”*

Med å bruke metaforen *fartsblind* kan han mene at han, med sin bakgrunn, går glipp av noe viktig informasjon. Som behandler ser han med sine øyne, og kanskje på bekostning av noe annet? Men, hvordan forvalter behandlerne denne erfaringen? For å henvise til metaforen *fartsblind*: Fortsetter de å kjøre, sakner de tempoet eller stopper de opp? Er det målet som er veiviser, kan en få inntrykk av en lineær forståelse av behandling. Å stoppe opp kan i denne sammenhengen bety og utvide perspektivene, i større grad enn å snevre dem inn for å skape forståelse. Dersom behandlerens forståelse går i retning av å spesialisere sin kunnskap ved å

søke etter årsaker, vil Foucault problematisere og stille seg kritisk til hva en mister tilgang til i en slik prosess (Foucault, 1999).

Jeg opplever at Stian og Pål sier noe om at ekspertrollen deres utfordres. De beveger seg i retning av en posisjon som truer diskursen om ekspertens posisjon. Det er en type kunnskap de ikke har tilgang til. Mener de at de kan få denne kunnskapen, eller er den utenfor deres rekkevidde? Eller er det slik at det er et perspektiv de vet om, men ikke trenger. Jeg synes likevel spørsmålet sier noe om en type ydmykhet for at det finnes noe der ute behandlerne ikke rår over. En kan se på dette som ekspertrollens begrensninger. Men, hva så med behandlere som dreier seg mer i retning av et psykodynamisk syn. Stilles de i samme type dilemmaer som mer tradisjonell medisinsk tenkning? Eller skaper de noen andre typer rom for de pårørendes ytringer eller betydning?

## 4.2 Individualterapi

Kine forklarer hva hun kan snakke med pasienten og pårørende om:

*”Tror det er litt forskjellig fra terapeut til terapeut. Veldig sånn på at som et utgangspunkt om at det vi snakker om i behandlingen som mellom oss. Med mindre det kommer fram ting som jeg tenker, at for at du skal få det bedre, bør dette ut, liksom. Prøver jeg alltid at pasienten selv deler det, ehh.. Ofte synes jeg det er uproblematisk å snakke om litt sånn system-ting. Snakke om behandling og generelle erfaringer. Men, de ting som vi virkelig snakker om, de dypere ting, der begynner den private sfæren. Viss det var et svar..”*

Ved å bruke setningen *som de ting vi virkelig snakker om* opplever jeg at Kine legger trykk på hva hun tillegger mest betydning i behandlingen. På samme vis forstår jeg det når hun bruker ordene *utgangspunkt om at det vi snakker om i behandling som mellom oss*. Som pasienten kan du komme hit, men ikke lenger. Her må behandleren også ta hensynet til taushetsplikten. Grensen settes ut fra hva en tenker om god behandling. Utgangspunktet for behandlingen er at det som snakkes om er mellom dem. Det skal tydelig komme pasienten til gode dersom informasjon skal deles. Kine sier også at det er visse ting som kan deles, altså som pårørende kan få innsyn i. Det er mye informasjon som kan deles som ikke direkte berører pasienten. Jeg forstår Kine slik at det unntaksvis passer seg at pårørende involveres. Det kan høres ut som

om sammenhengen pasienten lever i ikke er av stor betydning for terapien. De ting som *virkelig snakkes om* forblir mellom behandler og pasient. Det er Kine, som ekspert, som definerer hvor denne grensen går.

Retten til privatlivet settes høyt fra et slikt ståsted. Jeg vil tro at det ikke er kontroversielt å hevde det i vårt samfunn. På Førjulsseminaret til Norsk Forening for Familieterapi 2011 snakket filosofen Arne Johan Vetlesen om at en i dagens samfunn kan skille mellom den gamle og nye skammen (Vetlesen, 2011). Den gamle måten å føle skam på, som samfunnet tok et oppgjør med på 1960 og 1970-tallet, handlet om at egeninteresser ble prioritert framfor det kollektive. Den nye skammen har utviklet seg på en måte der opplevelsen av skam framtrer i situasjoner der en ikke i stor nok grad tar ansvar for eget liv og egeninteresser. Denne endringen står i kontrast til et mer kollektivt syn. Retten til å leve sitt liv, individualismen, kommer foran de kollektive interessene, og har blitt en rådende måte å se verden på i vårt samfunn. Ut fra et slikt syn beskytter behandleren sin pasient. Behandleren ser det i utgangspunktet ikke som fordelaktig å dele det som det snakkes om i terapien. Sensitiv informasjon beskyttes. Personens indre liv er det som er gjenstand for behandling. Familien, og de kollektive interessene, kommer i annen rekke.

Minuchin hevder uklare grenser kan føre til rolleforvirring. Han fokuserer på at for rigide grenser kan skape for lite kontakt mellom personene i systemet (Jensen, 1994: 123). I denne sammenhengen kan en knytte dette til hvordan behandlerne ser på seg selv. Er det av betydning for behandlingen at en er bevisst grensene mellom behandling og terapi og dermed hva familien og nettverket kan forvente å bli involvert i? Kine snakker her også indirekte om sin opplevelse av hvor grensen går. Å involvere andre enn pasienten er mer unntaket enn regelen, og må komme pasienten klart til gode. Antagelig ville ikke Seikkula tatt avstand fra et slikt synspunkt, men mulig vektet det annerledes. Han tar ikke avstand fra individualterapi, men ser det som en av mange innfallvinkler til å møte mennesker i psykisk krise/behandling (Seikkula, 2000). Kines måte å ordlegge seg på viser at hun har fokus på individet. Relasjonen til sammenhengen pasienten lever i er av mindre betydning. Som ekspert setter hun grensen for hvilke rom de pårørende kan forvente å involveres i. Denne posisjonen kan bunne i et psykodynamisk syn på terapi. Synet ligger i at endring kommer innenfra, gjennom samarbeidet mellom pasient og behandler. Pårørende kan bli viktig fram til et visst punkt, men blir ikke en del av det som finnes innenfor grensen, i det terapeutiske rom.

Som tidligere nevnt var Foucault i *Galskapens historie* opptatt av bruddet mellom galskap og fornuft (Foucault, 1973: 17). Framveksten av fornuftens plass i vårt samfunn har utelukket andre måter å forstå *galskapen*. Innenfor en slik forståelse blir det sentralt å finne årsaken til lidelsene for å komme fram til bedringsprosesser. Familien har hatt ulik plass i disse forståelsene. Som Wifstad sier, forskes det i dag mye på biologiske årsaker og behandling av psykiske lidelser (Wifstad, 2001). Men kan en si at den psykodynamiske tradisjonen befinner seg innenfor en modernistisk tradisjon?

Wifstad viser til Haugsjerd som ser på den psykodynamiske tenkningen som psykiatriens vei ut av medisinen (Wifstad, 2001: 27). Det vil si at den psykodynamiske tenkningen kan utfordre synet på psykisk lidelse som sykdom. Det kan høres ut som Haugsjerd viser til en ny type redning. I filmen "Take These Broken Wings" forteller Joanne Greenberg sin historie om hvordan hun ble frisk etter å ha vært psykotisk i mange år (Mackler, 2008). I filmen vektlegges betydningen av individualterapi og kontakten med terapeuten i bedringsprosessen. Individualterapien ble viktig for at Joanne fikk innsikt i den sammenhengen hun levde i, og for at det psykotiske språket fikk sin mening. Ut fra en slik innfallsvinkel til individualterapi, vil familien og nettverket være viktige som meningsbærere. Pasienten i samhandling med sine omgivelser er gjenstand for terapien. Så selv om familien ikke er deltagere i behandlingen, er de av betydning for å se på pasientens tilstand.

Reznek hevder det motsatte, at psykoterapi ikke er annet enn en avansert form for *psykokirurgi* (Wifstad, 2001: 62). Jeg forstår bruken av ordet psykokirurgi som at Reznek sidestiller medisinsk og psykodynamisk forståelse med hensyn til synet på årsak og virkning. De intrapsykiske konfliktene er noe som justeres i terapi. Og ved å vise til kirurgi objektifiserer han synet på psykisk lidelse. Ut fra et slikt ståsted befinner det psykodynamiske perspektivet seg fortsatt innenfor det modernistiske paradigme. Å gi samspillet med omgivelsene mye plass vil kunne utelukke en mer modernistisk forståelse av behandling, og også omvendt. Ved å gi pårørendes stemme plass kan det true grensene for ekspertens posisjon. Den utfordrer behandlerens syn på seg selv. Samspillet vil ikke være avgjørende for behandlingen.

De ulike måtene å tenke om behandling gir seg også utslag i hva behandlerne sier om taushetsplikten. Arild sier om taushetsplikten:



*”Det skal ikke være til hinder for at pasienten får hjelp. Og få en best mulig hjelp. Så klart man må forholde seg bevisst til taushetsplikten, og ikke gi ut private ting. Private ting som man skjønner at pasienten synes er privat. Men når det handler om det behandlingsmessige, det som er til nytte for at pårørende også skal ta del i, så er det i hvert fall viktig å få innhente en form for, hva heter det, samtykkeerklæring på at vi har muligheten til å snakke med pårørende.”*

Her knytter Arild taushetsplikten til det å gi god hjelp. Hensynet til behandling for pasienten kommer først. Hva så om en er uenig i hva god hjelp er? Er det noe av utfordringen i håndteringen av taushetsplikten? Dersom en ikke er avhengig av pårørendes perspektiv for å gi god hjelp, vil en naturlig konsekvens være at en tolker strengere hva en deler med pårørende og ikke. Åge Wifstad problematiserer denne begrepsforvirringen (Wifstad, 2001).

Kan vi se for oss at vi forholder oss til både sykdom og livsproblemer på samme tid? Eller er den grunnleggende forståelsen for ulik, slik at det skaper forvirring om hva en egentlig skal gjøre? Hva gjør det med behandlerne når deres mandat er utydelig? Er det god hjelp å sikre pasientens integritet og selvbestemmelse? Eller er det god hjelp at pasienten har trygge pårørende? På bakgrunn av blant annet dette hevder Wifstad at det medisinske paradigme i psykiatrien er ustabil (Wifstad, 2001: 48).

Det kan virke som Arild i denne uttalelsen setter hensynet til pasienten høyt, men at samtykket er en nøkkel til også å kunne involvere nettverket. Hvordan er det for behandlerne å kombinere de ulike måtene å forstå fagfeltet på? Jeg vil tro at dette dilemmaet særlig vil kunne vise seg i møte med taushetsplikten, ved at en både kan framstå usikker og at den vil håndteres ulikt fra behandler til behandler. Dette er i tråd med hva pårørende også sier om sin erfaring i hvordan fagfolk håndterer taushetsplikten. De opplever at den blir brukt mot dem (Alfstadsæther, Engmark og Holte 2006 og Holte og Thorn 2006). Den modernistiske forståelsen til behandlerne kan være bakgrunnen for de erfaringene der pårørende opplever at taushetsplikten blir brukt mot dem.

Innenfor en modernistisk forståelse er synet på behandling knyttet til hva vi tenker om årsaker, eller bakenforliggende faktorer, til psykisk lidelse. Psykiatrien bærer med seg en historie der familien, og særlig pasientenes mor, har fått skylden for pasientens sykdom/lidelse (Ølgaard, 1996). I sitatet fra Stian, innledningsvis i kapittelet, kan en også få en forståelse for at de pårørende har en negativ innvirkning på pasienten, om ikke nødvendigvis som årsak. Studien til Bøckmann og Brottveit viste til at holdningen til familien som årsak til psykiske lidelser fortsatt er tilstede (Brottveit 2006 og Vaaland 2007). Men, er



det slik at en tilnærming som vektlegger familien som årsak vil vanskeliggjøre samarbeidsklimaet for pårørende?

### 4.3 Familiens skyld

Kine sier:

*”Jeg opplever ofte at det er en historie bak også. Man blir en del av et system som ikke fungerer tipp-topp.”*

I dette sitatet sier Kine noe om hvordan hun i noen situasjoner opplever møtet med pasienten og nettverket hans eller hennes. Ved å henvise til *historie*, forstår jeg det som Kine posisjonerer seg slik at dette er en måte å se på hvorfor pasienten har blitt syk, eller som opprettholdende faktor for den psykiske lidelsen. Hun er den som definerer systemet på denne måten. Det er systemet som ikke fungerer *tipp-topp*. Det kan være en måte å snakke om dette på i en humoristisk tone ved å si *tipp-topp*. Det gir meg en følelse av at dette er et sensitivt tema, det er kanskje ikke helt legitimt å si, men hun sier det likevel. Dette synet er mer i tråd med Bateson artikkel *Towards a Theory of Schizophrenia* (Ølgaard, 1996: 67). Systemet eller miljøet rundt pasienten kan være bakgrunn for utvikling av schizofreni. Forskning knyttet til Expressed Emotions er mer i retning av hva som virker som opprettholdende faktorer (Smeby 2009, Nirvanda 2011, Berge, Fjell, Grønli og Hanestad 2012). Kine sier også at hun, som behandler, blir en del av dette systemet. Hun lar seg påvirke, og setter seg selv inn i denne sammenhengen. På den måten sier hun at hun forholder seg til dette systemet, ikke kun legger skyld. Dette kan igjen være mer i tråd med systemisk tenkning der behandleren ser seg selv i samspill med pasienten og omgivelsene. En kan forholde seg ulikt til dette.

Det at Kine henviser til systemet, kan også være en måte og fremme et annet ståsted som behandler. Jeg ser det som om Kine i denne sammenhengen snakker om det å bli en del av systemet som en type utfordring. Det kan høres ut som det er negativt ladet når Kine sier *man blir en del av et system som ikke fungerer tipp-topp*. Det kan høres ut som om hun snakker innenfor en mer psykodynamisk tradisjon, der sykdommen har bakgrunn i tidligere erfaringer i møte med andre mennesker. Kan det være slik at de pårørende blir mindre viktige når

årsaken knyttes til systemet? Blir det da god hjelp å hjelpe pasienten bort fra dette systemet? Bøckmanns studie pekte i retning av dette, ved at de pleierne som så på familien som bakgrunn for den psykiske lidelsen også møtte pårørende med større grad av fiendtlighet. Brottveit viser til at holdningen om familien som skyld fortsatt eksisterer hos behandlere i psykisk helsevern (Brottveit, 2006: 23). Hva en tenker om ordet skyld kan være av betydning for møtet med pasientens nettverk. Det vil være avgjørende med hvilket utgangspunkt en møter familien og nettverket fra et slikt perspektiv (Mevik, 1998: 102). Bør pasienten skånes for de menneskene som er av betydning for pasientens tilstand, eller bør de inviteres inn? Er det av betydning å vite noe om familiens opplevelse eller beskrivelse av sin situasjon? Det kan bli krevende å samarbeide med familien dersom en både ser familien som årsak og bygger behandlingssynet på søken etter viten/sannhet. Da blir det historien om familien som skyldig som blir den viktigste historien. Innenfor en modernistisk forståelse, der behandleren posisjonerer seg som ekspert, har familiene mindre påvirkningskraft. I ytterste konsekvens kan familien og nettverket anses som skadelig for pasienten og bør holdes på avstand. Som ekspert blir en den som har ansvar for å gjenopprette skaden som er gjort. Kombinasjonen av behandleren som ekspert og familien som årsak vil begrense familiens mulighet til å hevde sin stemme.

Jeg vil tro at det, med bakgrunn i hvordan skyld historisk har blitt lagt på familie, kan den medisinske forståelsen være en god posisjon å innta for behandlerne. De kan ta vekk skylden fra familiens skuldre. Med bakgrunn i en slik posisjon kan det kanskje være lettere for eksempel å vise omsorg. Men, det er opp til eksperten å finne gode behandlingsmetoder for å gjøre pasienten frisk. Dersom pårørende utfordrer ekspertens grenser for hva de tenker at pårørende kan forvente å bli involvert i, kan det være av ulike grunner. Det kan for eksempel være med ønske om delaktighet, i bekymring eller av nysgjerrighet. Det kan også handle om maktesløshet i forhold til hvordan en kan hjelpe. Det kan også handle om et annet syn på hva som er god behandling, og på hvordan en ser på sin rolle som pårørende.

Fra et systemisk perspektiv blir dette mer komplekst. Vi har ansvar og påvirkning i forhold til hverandre. Vi er på et vis alle skyldige i hverandres liv. Tilbudet om Flerfamiliegrupper tar inn over seg perspektivet på at pasienten lever i en sammenheng (Berge, Fjell, Grønli og Hanestad, 2012). Fra å tenke på familiens skyld, flyttes perspektivet til å se på den terapeutiske effekten av familiens påvirkningskraft. Det at familiene har mulighet til å gjøre pasienten bedre, brukes som en ressurs. Flerfamiliegruppene gis som et tilbud i tillegg til blant annet bruk av medisiner. Det kan se ut som tilbudet er en kombinasjon av ulike tilganger til å

tenke om psykiske lidelser. I denne sammenhengen kan en se dette som et tilbud som i mindre grad problematiserer synet på at psykiatrien har identitetsproblemer (Wifstad, 2001). Det kan se ut som om tilbudet er et eksempel der vitenskaper kan leve side om side.

I andre sammenhenger i teksten kom det fram at møtet mellom ulike tilnærminger også ble problematisk for behandlerne. I krysningspunkt mellom ulike måter å forstå ble behandlerne opptatt av å snakke om grenser.

#### 4.4 Grenser er nødvendig

I teksten ble det synlig at grenser var et tema som behandlerne var opptatt av. Trine forteller om en side ved pårønderarbeidet som hun opplevde nødvendig:

*”Man må faktisk sette litt grenser for seg selv også. Jeg hadde en mor som ringte kanskje fem ganger om dagen. Og når jeg sluttet å ta telefoner fra henne, så begynte hun og faxe mange ganger om dagen. Mange brev. Sånn at da var det altså og sette en begrensa kontakt. Du kan ringe på mandag klokka elleve. Da har vi en halvtime. Du må samle opp det du har å si til meg. Fordi det kan.. Hun var sånn som ringte overalt. Sendte brev til departementer og overalt i sin desperasjon. Sånn at da må man sette noen grenser for pårørende, og. Du kan bli helt utmatta. Det kan bli mye mer jobb med pårørende enn med pasienten. Man får jo pasienten helt opp i halsen for at du blir helt utslitt, liksom. De ødelegger rett og slett litt da. Men det er jo veldig få tilfeller da.”*

Trine innleder med å si at *man* må sette grenser for seg selv også. Hun viser deretter til en personlig erfaring med pårørende. For å beskrive hvordan behandlerne kan oppleve slike situasjoner snakker hun i du og man-form. Jeg opplever at dette er en måte å generalisere til at dette også kan gjelde andre. Det skaper også avstand fra noe som kunne vært en personlig erfaring. Jeg ser det slik at Trine kanskje er i nærheten av noe som ikke er like legitimt å si i denne sammenhengen. Samtidig bruker hun ganske sterke uttrykk: *helt utmatta, helt opp i halsen, helt utslitt, de ødelegger rett og slett litt*. Hun sier noe om en smertegrense. Grensen er viktig for ikke å nå denne smertegrensen. Hun sier den er nødvendig både for behandlerne og for de pårørende. Jeg ser det slik at dette er et ærlig uttrykk for hvordan de pårørende kan oppleves. Samtidig sier hun at dette er i få tilfeller. Hun sier implisitt at det er hennes ansvar å hjelpe både de pårørende og seg selv til å samarbeide på en bedre måte. En kan se grensen

som en type disiplinering (Wifstad, 2001). Det er behandlerens rolle å hjelpe de pårørende til å innordne seg. Definisjonsmakten ligger hos Trine i dette tilfellet. Hun legger vekt på å innta en tydelig posisjon. De pårørende kan ødelegge for synet på pasienten. Det må settes en grense for å kunne opprettholde synet på pasienten. Grensen må settes for at diskursen om hva som er best for pasienten skal kunne opprettholdes. Men er dette nødvendigvis å tre inn i ekspertrollen?

En kan som behandler på denne måten vise et reelt ønske om å få til en bedre måte og samarbeide på. Fra pårørendes ståsted kan grensene hjelpe dem til å samarbeide bedre. Jeg vil tro at det på mange måter er en bedre posisjon å være i som pårørende, selv om grenser også kan oppleves krenkende. Handlingsrommet for hva en kan si og hvordan en uttrykker seg kan bli mindre. Lystad viser i sin masteroppgave til behovet for å avklare roller og forventninger mellom fagfolk og pårørende (Lystad, 2011: 78). Det kan se ut som det er dette Trine forsøker og gjøre. I dette tilfellet er det Trine som behandler som definerer rammene. Lystad, på den annen side, vektlegger bruk av dialogen for å fremme en felles forståelse. Det utfordrer behandlere, eller fagfolk, til å lytte til andre stemmer. For å utvide bruken av ordet dialog viser jeg til et sitat fra Stian. Han sier noe om hvordan han møter trykk fra pårørende, som er noe annet enn å sette grenser:

*”Men jeg opplever stort sett at pårørende kommer i krise og har stort trøkk. Og så får det trøkket ventilert seg. Og så er mye borte, og så føler de at de er i dialog. Og så vet pasienten også at det er en kontakt der, og så blir det mindre dramatisk etter hvert.”*

Slik han fremstiller det her, opplever jeg at han objektifiserer pårørende ved å bruke ordet *trøkket*. Det er trøkket som skal ventilere seg. Han henviser videre til ordet *dialog*. En kan få inntrykk av det er viktig for Stian at pårørende skal føle at de er i dialog. Ved å si *føle at de er i dialog* kan det oppfattes slik som at det er en liksom-følelse, som er en effekt av å få ventilert seg. Er det viktigere at de pårørende føler at de er i dialog enn at de er det? Det kan høres ut som om det er viktigere med en god effekt av dialog, enn dialogen i seg selv. I denne sammenhengen kan en se følelsen av dialog som en metode for at kontakten med pårørende skal bli mindre dramatisk. Denne forståelsen av dialog er noe annet enn hvordan for eksempel Arnkil og Seikkula bruker ordet. De legger til grunn en dialogisme i samarbeidet med pårørende (Arnkil og Seikkula, 2007: 166). For dem handler dette begrepet om å skape en målsetning om å skape et felles språk og gjensidig forståelse. Dialogen er avhengig av den

responsen en får fra den andre. Dersom en forstår det slik at Stian skal være den som tar i mot trøkket, og at det igjen skaper en følelse av dialog, kan dette være ut fra en mer lineær måte å forstå verden på. Som behandler har man på denne måten mye ansvar. Dette gjelder også på et vis for pårørendes opplevelse. Du er ekspert på pasienten, du behandler.

Kan det å skape avstand i språket være en måte å beskytte seg fra den smerten en kan oppleve i møte med pasientens familie og nettverk? Det kan også være slik at Stian mener at trøkket må få lagt seg før det er mulig å gå inn i et samarbeid. En må vise de pårørende at en kan ta i mot det de har å si, til tross for at det oppleves som *trøkk*. Da kan man også være i dialog om *trøkket*. Det leder oss inn i en annen diskusjon, idéen om å ”romme” den andres opplevelse (Våpenstad, 2007). Dette er en situasjon der en tenker at det har en terapeutisk funksjon å vise at en kan ta i mot den andres fortvilelse. Trine sier:

*”Sånn at jeg tenker at en del av funksjonen her, og, er å være søplebøtter.”*

Stian sier:

*”Og så får de tåle at ditt hjelpebehov er helt adekvat også, men det kan vi ikke adressere her da. Det har hjulpet enkelte ganger, selv om det må sies på en veldig lite krenkende måte. Og man må kanskje bruke et par ganger på å prøve å holde fokus på pasienten. Det er vanskelig. Og det søplebøtteordet er ubehagelig, men helt riktig.”*

Her bruker både Trine og Stian metaforen *søppelbøtte*. Jeg oppfatter ordet som negativt ladet. Det legges noe igjen som en ikke har bruk for. Trine sier at dette er en del av hennes *funksjon*, Stian sier at det er *helt riktig*. Søppelbøtten har en funksjon, og det er de som behandlere som er den. Hvordan vil det så være å være søppelbøtte? Blir dette en måte å håndtere de ulike virkelighetsoppfattelsene på? Skal de som behandlere ta imot, for så å putte det i søplebøtta? Det de mottar fra de pårørende brukes ikke til noe, det kastes vekk. Hvilken funksjon har så det? Det kan være bygget på en antagelse om at det hjelper å snakke med noen om sin fortvilelse. Ved å bruke søppelbøtteordet kommer asymmetrien i relasjonen fram. Det kan høres ut som Kine og Stian tar inn over seg den belastningen pårørende står i (Atkinson 1994, Cuijpers 2001, Holte og Thorn 2006), og de tar på seg ansvaret for å høre på hva de pårørende sier om dette. En kan si at de opptrer som medmennesker. Det kan være en del av å vise

omsorg og være en god lytter. Innenfor psykodynamisk forståelse brukes ofte ordet *containing* (Våpenstad, 2007: 1243). Jeg vil tenke at det vil være av betydning for pårørende hvordan de lyttes til. Anderson vektlegger at terapeuten bør lytte på en måte slik at den som snakker oppfatter at det en sier tillegges verdi (Anderson, 2003: 79). I følge Anderson er dette grunnlaget for, eller slik en inviterer, til dialog. Ved å bruke ordet *søplebøtte* kan det symbolisere at en tillegger pårørendes stemme mindre verdi. Relasjonen er ikke symmetrisk. Det kan være slik at Trine og Stian tar inn over seg at de pårørende er i en krevende rolle, men at den posisjonen de står i som behandler begrenser deres mulighet til å kunne anerkjenne deres stemme. Ekspertposisjonen har noen begrensninger. Kan det være slik at Trine og Stian tenker at de pårørende kan legge igjen sin fortvilelse hos dem, og på den måten bli kvitt den? Jeg støtter meg her igjen til at dette er en mer lineær forståelse av en relasjon. Det får meg til å tenke på hvordan dette vil påvirke både behandlerne og de pårørende. Hva gjør det med behandlerne å ta i mot søppel?

Våpenstad viser i sin artikkel *Har du lest om meg?* til at det som terapeut er umulig og ikke-kommunisere (Våpenstad, 2007). Terapeuten kan bruke sin posisjon aktivt for å skape en ”tredje posisjon” sammen med pasienten. Her får containingen mening gjennom at terapeuten lar seg berøre av den andres projeksjoner. Denne måten å la seg berøre, er mer i tråd med det Anderson sier om å invitere til dialog. Det som i følge Våpenstad er viktig, er at terapeuten holder ut og forstår det som plasseres i ham/henne. En modifisert utgave kan sendes tilbake til pasienten. Terapeuten inntar en mer aktiv rolle, relasjonen er mer asymmetrisk, enn i Andersons tilnærming.

Men, er ordet *søplebøtte* det samme som å *romme* den andres opplevelse? Min forståelse av ordet, slik Stian og Kine bruker det, er mer i retning av en idé om at behandlerne kan *romme* den andre ubegrenset. Jeg undrer meg over hva det gjør med behandlerne dersom de ikke også tar inn over seg det Anderson og Våpenstad sier om bruk av dialog. Det leder meg over til det behandlerne sier om å sette grenser for egen del. Pål og Kine sier:

*Pål: ”Kanskje får behov for å holde seg litt unna også.”*

*Kine: ”Ja, når du sier det, når det blir mye trøkk, så..(Latter) Kjenner at en gjemmer seg bak taushetsplikten innimellom.”*

Her er vi inne på et område der behandlerne deler mer om sine egne opplevelser knyttet til møtet med pårørende. Det blir latter i gruppa når det snakkes om dette. Det får meg til å tenke på om det er kontroversielt å si at en som behandler har behov for å gjemme seg, når en i utgangspunktet er den ansvarlige for behandlingen? Å si at en har behov for å gjemme seg kan gi assosiasjoner til at en er utsatt for fare. Kine knytter dette sammen med ordet *trøkk*. Det kunne vært interessant å gå mer inn i hva Kine legger i ordet i denne sammenhengen. Trøkket kan være at perspektivene fra pårørende gjør at ens egne syn blir utfordret. Disse stemmene kan komme i veien for det Kine og Pål tenker er behandling eller terapi. Eller så kan det igjen være at lidelsestrykket hos pårørende er så stort at en for sin egen del trenger å gjemme seg, eller som Pål sier *holde seg litt unna*. Pårørendegruppen er en gruppe som opplever stor belastning (Atkinson, 1994). Ved å ordlegge seg på denne måten kan det være at det å *holde seg unna* eller *gjemme seg* kan være en måte å holde avstand til pasientens nettverk. Det kan slik skapes større handlingsrom for den behandlingen man har tro på.

Kan det også være slik at pårørendes lidelsestrykk, i tillegg til pasientens eventuelle lidelse, blir for mye å bære følelsesmessig for behandlerne? Kan det være et uttrykk for en type maktesløshet? De mangler et repertoar å handle innenfor som gir dem mening i møte med pårørendegruppa. Dette kan handle om hva en som behandler forventer av seg selv. Er en som behandler den som er ansvarlig for behandlingen, eksperten, kan det kanskje noen ganger bli for mye å tåle. Ansvar og makten kan kjennes som en byrde. Som ekspert kan en bli mottager og bærer av mye lidelse. En må ha noe å gjemme seg bak. Som i dette tilfellet, taushetsplikten. Dette er i samsvar med det pårørende også sier i Holte og Thorns undersøkelse (Holte og Thorn, 2006). Her viser pårørende til at de opplever at taushetsplikten blir brukt mot dem. Kan det være slik at det er vanskeligere å kunne gå i dialog når en ser seg selv som ekspert? Det kan også være slik at behandlerne vet ut fra forskning og nasjonale føringer at hun burde forholde seg til pårørende, men at det på et vis ikke stemmer med praksis. Dette er i så fall i tråd med det Wifstad kaller psykiatriens identitetsproblemer (Wifstad, 2001). Det kan være at de gjemmer både seg selv som person, men også hensynet til å ivareta sitt perspektiv på hva som er god behandling. På denne måten opprettholdes diskursen. Det at pårørende hevder sin rett kan oppleves som en trussel for egen måte å tenke på.

Wifstad henviser til Wulff som stiller spørsmål til om psykiatrien er en naturvitenskap eller humanvitenskap (Wifstad, 2001: 49). Wulff hevder at det medisinske paradigme er ustabil. Både latteren og det at Kine og Pål indirekte beskriver en ubehagsfølelse kan si oss noe om at



de beveger seg i ytterkant av diskursens grenser. De blir utfordret av at praksis ikke alltid nødvendigvis stemmer med deres viten. Posisjonen gir dem ikke det handlingsrommet de trenger for å håndtere følelsen av ubehag. Foucault vektlegger psykiatriens, og samfunnets tillit til fornuften (Foucault, 1973). Kan det være at fornuften eller kunnskapen i denne sammenhengen ikke gir behandlerne tilstrekkelig mening til opplevelsen? Det leder oss videre til diskusjonen om hvordan vi har tilgang til viten.

#### 4.5 Sannhetsdiskursen

Stian forteller om en type situasjoner der han opplever at hans posisjon blir problematisk:

*”Også får du disse kjempe.. Meldingene fra pårørende. Og så er sannheten sikkert et eller annet sted midt i mellom. Så klarer pasienten å skjerpe seg bra og så sitter du der og kjenner deg litt forgiftet.”*

I dette eksempelet ser vi hvordan hans posisjon gjør noe med hvordan han kan lytte til pårørende. Her blir Stian utfordret i synet på sannhet. Det kan se ut som han forstår sannhet som noe som er eller ikke er. Slik han framstiller det, står ulike framstillinger i konflikt med hverandre. Det er et syn mer i tråd med modernistisk tankegang der en ser verden som objektiv, noe som *er*. Det vil si at vår viten om verden er sikker (Anderson, 2003: 57). Stian legger kraft i uttalelsen ved å bruke ordet *forgiftet*. Jeg oppfatter ordet *forgiftet* som et sterkt uttrykk, det sier noe om en følelse. Det er noe informasjon han ikke trenger, og som virker nedbrytende på ham som behandler. Ut fra den måten han ser på seg selv, kan det se ut som informasjonen fra pårørende virker mer lukkende enn utvidende. Og det virker negativt inn på ham som behandler. Jeg forstår det som om informasjonen fra de pårørende truer hans virkelighetsoppfattelse. Kan det være at det er synet på hva som er sannhet som blir forstyrrende for Stian? Ulike virkeligheter blir stående i kontrast til hverandre. Slik jeg forstår Stian blir han opptatt av å skape et korrekt bilde av verden (Anderson, 2003: 59). Det kan være at han føler han må velge mellom pasientens og pårørendes virkelighetsoppfatning. Satt på spissen trenger han ikke pårørende for å utvide bildet av pasientens situasjon i alle sammenhenger. En kan forstå det Stian sier slik at pårørendes virkelighetsbeskrivelse også noen ganger er til hinder.



Foucault stiller seg kritisk til samfunnsutviklingen i den vestlige verden. Han ser på søken etter viten som en del av et utelukkelsesystem i vår tid. Foucault kaller dette viljen til sannhet (Foucault, 1999: 14). Vår tids søken etter svar og kunnskap virker begrensende eller lukkende for andre måter å se verden på. Den er med på å opprettholde diskursen om seg selv. Det vi ser i dette sitatet fra Stian er at det virker lukkende for at han kan lytte til de pårørendes stemme. For nettverket kan det bli vanskelig å nå fram med sine budskap, dersom en blir møtt på den måten. Det er behandleren, som ekspert, som tar stilling til om det du kommer med er av betydning eller ikke.

På den annen side kan det også være at ekspertens vurderinger vil være til nytte for pårørende. Nettverket kan trenge ekspertens råd. Tilbudet om Flerfamiliegrupper kan sees i en slik sammenheng (Berge, Fjeld, Grønli og Hanestad, 2012). Her læres familiene opp til hvordan de på best mulig vis kan bidra til at deres nærmeste kan få det bedre. En slags bieffekt av dette kan også være at nettverket får det bedre, men hensikten er at pårørende skal få innsikt i den kunnskapen en har om hva som bedrer pasientens prognose.

#### **4.6 Oppsummering**

Dette kapittelet har vært en drøfting av den mest framtrædende diskursen i materialet, der behandlerne posisjonerer seg innenfor en modernistisk forståelse, som ekspert. Jeg har ønsket å belyse hvilke konsekvenser det har for praksis når behandlerne snakker innenfor en modernistisk forståelse av verden. Jeg opplever ikke at de gir et entydig bilde. De får mange tilganger, men i denne sammenhengen blir jeg også opptatt av hvordan posisjonen også utfordrer dem. Verdensbildet utfordres også i møte med praksis. Diskursene i materialet møtes av andre konkurrerende diskurser, som jeg vil vise til i neste kapittel. Hvilke andre stemmer er det som, slik Wifstad sier, er med på å gjøre det medisinske paradigme ustabil? Dette ønsker jeg å vise til i kapittel 5.

## 5.0 Familien får plass

I artikkelen *Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 1* legger Gerdt Henrik Vedeler grunnlaget for artikkelen ved å vise til en grunnholdning om at han anser familien som den mest betydningsfulle hjelpeinstans i menneskers liv (Vedeler, 2011).

Informanten Arild posisjonerer seg mer i retning av en slik type holdning til pårørende og familiearbeid:

*”Den type pårørende vet best hva han trenger. Det gjør de faktisk, samtidig som det hittil ikke har hjulpet.”*

Arild sier også senere:

*”Og det og sette seg ordentlig inn i deres situasjon. Se det fra deres perspektiv. Med mine barn eller min kone så vet jo jeg best. Jeg vil jo vite hva hun trenger. Og det er sånn de opplever det sikkert. De fleste da. Så jeg vil jo gjerne at behandlere skal høre på min erfaring og hva jeg mener er det beste. Så viss man har det som utgangspunkt når man er hjelper.”*

Her sier Arild noe om hvordan han ser på pårørendes erfaringer. På den måten sier han også noe om seg selv som behandler i møte med pårørende. Arild anerkjenner også den kunnskapen de sitter med. I det siste sitatet snakker han pårørendes stemme. På den måten viser han at han forsøker å sette seg inn i deres situasjon. Han er opptatt av å sette seg inn i pårørendes opplevelse, og lytte til hva de forteller. Som behandler betyr det å møte pårørende med en holdning der en er opptatt av og nysgjerrig på å la den andre fortelle sin opplevelse på sin måte. Det kan høres ut som han tar avstand fra ekspertposisjonen. Ved at Arild sier *vet best* om pårørendes erfaringer kan det se ut som han bruker et lite relativistisk språk. Han graderer kunnskapen. Dette kan være en måte å språksette sin holdning til pårørende inn i en mer naturvitenskapelig sammenheng. Ved å måle vektleggingen av pårørendes perspektiv kan han gjøre erfaringen mer gyldig i en mer medisinsk kontekst.

Jeg opplever at han indirekte henviser til behandlerens rolle og betydning. Det kan være en måte å si at han likestiller kunnskapen, og at det trengs ulike stemmer inn i forhold til pasienten for å kunne hjelpe på best mulig vis. Fra et slikt ståsted vil en trenge hverandre for å utfylle bildet. Som holdning kan dette samsvare med Andersons tenkning (Anderson, 2003). I

møte med pårørende kan en også gjøre det til en type metode, slik Seikkula beskriver det (Seikkula 2000 og Seikkula og Arnkil 2007). Problemene oppløses i dialogen. I følge Anderson er grunnlaget for dialogen det å vise interesse og respekt for det den andre ønsker å si (Anderson, 2003: 79). Anderson vektlegger å skape en dialog som ”fenger”(Anderson, 2003: 129). Dette skaper rom for eget initiativ, frihet og muligheter. Det kan se ut som det er denne holdningen Arild forsøker å legge til grunn. Han inviterer til dialog.

Brottveit viser til at behandlere i, det han kaller den sosialpsykiatriske modellen, kan kritiseres for at terapeutene blir for lite spesialiserte. De blir *all-roundere* (Brottveit, 2006: 14). Det jeg forstår at han viser til, er at en ved en mer relativistisk holdning til ekspertkunnskap, kan stå i fare for å legge mindre vekt på den kunnskapen og erfaringen en har. Som behandler kan en innnta en annen ytterlighet fra ekspertposisjonen ved at en tillegger andres stemme større verdi. Innenfor en modernistisk forståelse kan en forstå det slik at den ekspertisen en har som behandler, kommer i et konkurranseforhold til nettverkets (Vedeler, 2011). Innenfor en postmoderne forståelse vil det Arild sier, å lytte til pårørende, forstås mer som en utvidelse av ekspertisen.

Syrstad viser i sin artikkel *Når ekspertten blir ikke-eksperten* til en opplevelse av at mange som er i klient eller pasientsituasjoner ofte oppsøker hjelp fordi de ønsker eksperthjelp. Hun stiller spørsmål ved om postmoderne terapeuter framstår som usikre, uklare og utydelige (Syrstad, 2011: 47). Hun viser til at råd også kan gi større frihet ved å øke kunnskapen. Hennes ønske er at familierapifeltet, for å unngå polarisering, åpner opp for flere tilnærminger. Anderson viser til at en også må være kritisk til den postmoderne formen (Anderson, 1996). I denne sammenhengen blir det da interessant hvordan behandlernes erfaringer og kunnskap også kan få sin rettmessige plass. Ved å anerkjenne også denne erfaringen kan en utvide pasienten og familiens mulighet til å gjøre gode valg på egne vegne. Minuchin har kritisert Anderson for å undervurdere ekspertens makt (Bagge, 2007). Minchin sier at terapeuten er en forandrer (Minuchin, Nichols og Lee, 2007: 13). Minuchin legger i større grad ansvaret for forandring hos terapeuten, men tar også avstand fra en rendyrket ekspertposisjon. Den ikke-vitende posisjonen fordrer et gjensidig ansvar i relasjonen. Jeg ser for meg at det kan være en utfordring for en behandler, som befinner seg innenfor en ikke-vitende posisjon, å forholde seg aktivt til den kunnskapen og erfaringen en har opparbeidet seg også. Synet på en likeverdighet kan utfordres når en kommer i situasjoner der en som behandler opplever at nettverket tar valg eller kommer i situasjoner der man har klare

meninger om hva som er best. Kan dialogen romme både nok tydelighet fra behandleren og samtidig anerkjenne pårørendes stemme? Kan det være lett å forveksle verdi med innflytelse?

Foucault viser til at makten ligger i diskursene (Foucault, 1999). De muliggjør ulike måter å være i verden på. Ved å innta en ikke-vitende posisjon, blir handlingsrommet til behandleren mindre på én måte, ved at makten forskyves. Behandleren har mindre påvirkningskraft. For å bruke Foucaults ord, blir *legitimeringen* i mindre grad bare en oppgave for behandleren. Hva skal så til for å opprettholde denne diskursen? Det kreves flere stemmer inn, for å opprettholde denne måten å være i verden på. Det vil si at nettverket får et større handlingsrom.

Ved å åpne opp for ulike stemmer, kan en også stille spørsmål ved hvordan behandleren forvalter den utvidede erfaringen. På denne måten utvides handlingsrommet til behandleren. Det blir flere perspektiver og ta hensyn til. Som Syrstad viser til, kan også behandlerne utvide andres forståelse ved å være i dialog (Syrstad, 2011). Behandlerens rolle blir kanskje mindre ensom? Han er en del av en sammenheng, men behandleren kan i mindre grad disiplinere de pårørende inn i sin virkelighetsforståelse. I motsetning til det Kine og Pål sier i kapittel 4, om å gjemme seg, kan Arild ikke gjemme seg, når situasjonen blir vanskelig. Det er en krevende tilstedeværelse. Vi er hele tiden noe i forhold til hverandre.

Anderson viser til Gergen som sier at det er i relasjonen at viten oppstår (Anderson, 2003: 71). Sannheten er kontekstuell. Det vil si at den er unik i alle situasjoner og i møte med ulike mennesker. Den mer modernistiske tilgangen til viten blir i denne sammenhengen å generalisere noe som ikke lar seg generalisere. Det kan virke som Arild i større grad snakker ut fra en sammenheng der kunnskap er relativ. Ut fra et sosialkonstruksjonistisk syn vil en tenke at kunnskap ikke er noe som *er*, men en konstruksjon av virkeligheten. Dette perspektivet utfordrer diskursen om behandleren som ekspert. Den likestiller i større grad kunnskapen. Handlingsrommet for de pårørende blir dermed større. Deres erfaringer vil ikke true behandlerens syn på behandlingen. Behandleren blir i større grad avhengig av nettverket for å kunne gjøre en god jobb. Arild vil miste perspektiver ved ikke å lytte til pårørende. Dette ståstedet er mer i tråd med det pårørende sier at de ønsker seg i møte med psykisk helsevern; de vil bli hørt (Alfstatsæther, Engmark og Holte 2006 og Holte og Thorn 2006).

Arild anerkjenner pårørendes erfaring som viktig. Ved å innta dette perspektivet vil en også måtte lytte når en ikke har samme oppfatning som pårørende, eller når en opplever situasjonen som ulik. Det er kanskje nettopp i slike situasjoner pårørende kan bidra med nye perspektiver

slik at behandleren får større innblikk i den sammenhengen pasienten lever i. Det kan være at det er flere som kan vite noe om hva som er bra, men ut fra ulike perspektiver. Kanskje er det dette Arild viser til når han sier *hittil ikke har hjulpet*. Man kan vite mye som mor eller søsken, samtidig som man kan vite noe som pasientens lege eller sykepleier også. Han sier også at pårørendes stemme ikke er nok til at det skal hjelpe. Dette er mer i samsvar med Seikkula og Arnkils tenkning der problemer oppløses gjennom dialog i nettverket (Seikkula og Arnkil, 2007).

I kapittel 4 viste jeg til hvordan diskursen om familien som skyld i psykiske lidelser, innenfor en modernistisk forståelse, hadde konsekvenser for pårørende. Men, hvordan stiller dette seg innenfor en postmoderne innfallsvinkel? Hvilket handlingsrom har behandlerne når de kommer i situasjoner der de bekymrer seg for om familien har negativ innflytelse på pasienten? Kan behandlerne definere familier som ressurssterke eller ressurssvake?

### 5.1 Å være en ressurs

Arild forteller om hvordan han *kan* samarbeide med pasientens pårørende:

*”For sånn ambulant sett så er det jo veldig alright å føle at man jobber litt i team med pårørende. Som nettverksarbeid, og at man har nettverksmøter som ikke er ansvarsgruppemøter men som er nesten som nettverkssamtaler. Kanskje med en fastlege eller andre involverte, men i hvert fall med pårørende, da. Det synes jeg er veldig nyttig.”*

Arild forteller om hvordan han via metoden nettverkssamtaler inviterer pårørende inn. På den måten utvider han diskursen om hva behandlerne kan tenke om behandling. Han er for eksempel i mindre grad opptatt av relasjonen mellom behandler og pasient. I stedet for å ha fokus på grenser bruker han ord som *team*. Han fokuserer på hva pårørende kan involveres i. Samarbeidet defineres som en enhet, ett team. Ved å snakke om det på denne måten framstår det samlende.

Arild skiller nettverksarbeid fra ansvarsgruppemøter og henviser til metoden nettverksarbeid. Til forskjell fra ansvarsgruppemøter, der en er opptatt av ansvarsfordeling, er

nettverksarbeidet en metode der en lar de ulike stemmene komme fram for å skape en utvidet historie (Seikkula, 2000). Arnkil og Seikkula henviser til at nettverksmetoder på denne måten: ”*Skaper interaksjon i grensegangen mellom det private og offentlige rom*” (Arnkil og Seikkula, 2007: 163). Det er interaksjonen over grensene som vektlegges i stedet for grensen i seg selv. De hevder videre at denne måten å tenke på utfordrer denne tradisjonelle måten å tenke om ekspertrollen som behandler. De viser videre til Bakthin som hevder at det er i asymmetriske relasjoner at dialogen kan oppstå. Makten i relasjonene muliggjør også endring. Så hvilket rom kan det være for Arild til å invitere dialogen inn i sin sammenheng? Dialogen kan utvide vår forståelse. Ut fra et slikt syn er en mindre opptatt av pasientens indre liv. Som behandler blir en mer opptatt av å se pasienten i en sammenheng, og utvide fortellingene om pasienten. Vi som mennesker blir alle ansvarlige i relasjon til hverandre. Vi lever i en sammenheng med andre. Makten i relasjonene er mer jevnt fordelt enn i en mer tradisjonell behandler og pasient relasjon. Det er ikke behandleren som skal kurere pasienten. Dette kan harmonere mer med det Anderson sier om *å løpe ved siden av klienten* (Anderson, 2003), og samsvarer med en subjekt-subjekt holdning. Det er i dialogen i nettverket av private og offentlige hjelpere at problemer kan oppløses (Seikkula, 2000). I sitatet over retter Arild fokus på de situasjonene der nettverket virker som ressurs for behandlingen. Men, behandlerne beskriver flere ganger i intervjuet situasjoner der de også opplever det krevende å samarbeide med pårørende.

Ressurs er et mye brukt ord i sammenheng med pårørende i psykiatrifeltet (Helsedirektoratet, 2008). Det å anerkjenne nettverkets posisjon kan være en krevende utfordring. Det krever at en må høre på den andre, også når man er uenig. Mot slutten av intervjuet sier Inger:

*”For det er jo ikke alltid sånn at, det har i hvert fall jeg.. I forhold til den veilederen som heter Pårørende- en ressurs, at det er jo rett og slett ikke sånn alltid, det er jo ikke det.”*

Inger sier ikke noe direkte om sin posisjon i dette sitatet. Det kan høres ut som Inger her snakker om et unntak. Jeg forstår henne dit hen at hun som utgangspunkt ser på pårørende som en ressurs, men at hun også opplever det motsatte. Gerdt Henrik Vedeler henviser til at ved å kalle en familie ressurs svak, vil en få bekreftet nettopp det fordi det er dette fokuset behandleren blir opptatt av (Vedeler, 2011). Han hevder at dette snevrer inn behandlerens

blikk. Det er denne gruppen pårørende Inger viser til i dette sitatet. I denne sammenhengen er det hun som definerer at det er noen som ikke er ressurser.

Hvordan kan man forholde seg til de som det ikke er så lett å samarbeide med? Bør man forholde seg til dem eller ikke? Dersom man ikke er en ressurs, hva er man da? Vedeler viser til bruk av positiv psykologi og ressursfokus i behandlingen vil styrke familiens ressurser. På et vis finner man det man leter etter. Her kan språket ha en viktig rolle. Vedeler tilbyr å bruke *vennlig nysgjerrig* framfor ekspertposisjonen (Ibid). Ved å innta en nysgjerrig holdning vil det bli mindre interessant å kategorisere eller navngi typer pårørende. I synet på familien er han opptatt av at behandlerne kan se familien som meningsbærere fremfor årsak til lidelsen (ibid). Den ikke-vitende posisjonen gjør at behandlerne leter etter mening framfor hvem som er skyld i lidelsen. Jeg vil tro at det for pårørende kan oppleves som en lettelse og være en som det knyttes mening til, framfor skyld.

Jeg opplever at behandlerne er ærlige på at møtet med pårørende også kan være en utfordring. Men i hvilken grad er det akseptert å si at dette arbeidet også kan oppleves som belastende? Med bakgrunn i psykiatriens historie, der en har vektlagt familiens skyld i utvikling av psykiske lidelser, vil jeg tro at det i dag kan være vanskelig å snakke om de vanskelige pårørende. Ut fra en ekspertposisjon kan utfordringen være å hjelpe nettverket til å innrette seg best mulig (Wifstad, 2001).

Vedeler hevder at det ikke er noen grunn til å idealisere familien (Vedeler, 2011: 266). Han hevder derfor at det er viktig å ha et nyansert syn på den. Med utgangspunkt i familiens betydning, der den har både god og dårlig innvirkning på pasienten, blir den desto mer viktig som hjelpeinstans. Det krever av behandleren at han utfordrer egne syn på hva som kan være til hjelp. På den annen side kan en, som Seikkula hevder, se mer sammen enn hver for seg (Seikkula, 2000). Anderson vektlegger betydningen av at en ikke skal stille seg nøytral, eller at den ikke-vitende posisjonen innebærer å forkaste egen erfaringer eller kunnskap (Anderson, 2003). Kunnskapen er bevegelig. Ut fra en samarbeidsorientert tilnærming, er det grunn til å tro at de pårørendes stemme ikke er avhengig av hvordan behandleren vurderer den. Det kan føre til at de pårørende i mindre grad føler seg evaluert eller gransket. Perspektivet kan tåle at behandlingsapparatet opplever en som vanskelig, uten å risikere at en blir definert ut av det som er behandlingen. Det vil også være vanskeligere for nettverket å bryte kontakten med behandlingsapparatet.

For pårørende tenker jeg at dette kan være en krevende rolle å være i. Det at din stemme som pårørende blir hørt og betyr noe, kan gjøre noe med delaktigheten i behandlingen også. For en pårørende som for eksempel trenger hvile eller ro og fred for egen del, kan dette være en krevende posisjon å være i. Som jeg tidligere har vist til, er dette tilfelle for mange pårørende (Holte og Thorn, 2006). De etterlyser også avlastning. Kan det være slik at en kan lette pårørendes byrde ved at de i større grad får en opplevelse av medvirkning? Det å bli hørt på kan gjøre det vanskeligere å trekke seg ut, eller overlate ansvaret til andre. Min erfaring er også at det er vanskeligere for pårørende å overlate ansvaret for sine nærmeste til andre, dersom de ikke har tillit til behandlerne. Spørsmålet er da hva det er som innbyr til tillit? Det handler om hva de pårørende selv har tro på. Som jeg tidligere har vist til, kan ekspertposisjonen for mange virke trygg (Binder, Holgersen og Nielsen, 2008). På den annen side kan det postmoderne perspektivet åpne opp for en gjensidighet og respekt. Dersom en gir rom for andre stemmer, som legens eller pasienten selv, kan ansvaret fordeles, eller tydeliggjøres, ved at en ser ulike ting fra ulike perspektiver. Jeg vil derfor anta at perspektivet både krever mer, men også er mer avlastende. I likhet med for behandlerne, kan det kanskje slik oppleves mindre ensomt og belastende å være nær en som er psykisk syk? Gjennom dialog kan behandlerne også dele sine erfaringer med nettverket. Med bakgrunn i behandlerens anbefalinger kan det også være legitimt for nettverket å trekke seg mer tilbake i perioder, og finne ro og hvile for egen del. Behandleren kan tilby sitt ståsted. Innenfor en ekspertposisjon gir en mindre frihet til valg av perspektiv. Familien har da ikke muligheten til å vurdere behandlerens råd.

Kine sier:

*”De trenger tilstrekkelig informasjon, altså, for å være trygge.”*

Her sier Kine noe om betydningen av å gi informasjon. Smeby vektlegger også viktigheten av trygge pårørende for å kunne gi pasienten støtte (Smeby, 2009). Informasjon kan gjøre det bedre å være pårørende. En kan anta at en som vet mer, er mer trygg i sin rolle. Pårørende kan bidra mer som ressurs, de gjøres sterkere. Denne uttalelsen lener seg blant annet på forskning som viser at trygge pårørende vil kunne være en bedre emosjonell støtte (Cuijpers, 2001). Forskingen rundt Expressed Emotions gir grunn til å tro at den emosjonelle støtten også kan



ha en terapeutisk effekt (Berge, Fjell, Grønli og Hanestad, 2012). Informasjon påvirker også maktforholdet, og skaper mer likeverdighet. Ved at de ulike aktørene deler noe av den samme kunnskapen kan en anta at de kan avlaste hverandre for ansvar, men på den annen side kan informasjonen gjøre at en får mer og tydeligere ansvar. På lik linje som behandlerne trenger informasjon fra pårørende, trenger pårørende også informasjon fra behandlerne. Dette er mer i retning av å tenke at behandlingsapparatet også forholder seg til pasienten og nettverket i en subjekt-subjektposisjon (Wifstad, 2001).

Idéen bak flerfamiliegruppene tar også inn over seg at pårørende kan oppleves som belastende, ved at deres egne reaksjoner kan komme negativt ut ovenfor den som er syk. Her ser en på familiens innvirkning på pasientens liv, og bruker dette som et utgangspunkt for gruppene. Målsetningen for flerfamiliegruppene er de gode resultatene dette har hatt på pasientene, men gruppene har også innvirkning på hvordan andre familiemedlemmer har det. Det kan lede oss fra en diskusjon om hvem som er skyld i pasientens sykdom, til å gi familien en viktig posisjon i forhold til å hjelpe til slik at pasienten kan få det bedre. Atkinson viser til forskning på at pårørende til psykiatriske pasienter opplever kronisk sorg (Atkinson, 1994). Kan den nye kunnskapen om betydningen av familien være med på å gi nytt håp for familiene? Et annet viktig spørsmål er om denne kunnskapen gjenspeiles i praksis? Får den plass i konstruksjonen av hva som skal være god behandling?

En annen side av det å skape trygghet, som Trine viser til, henviser til den siden av psykiatrien som omhandler det humanistiske prosjektet. Innenfor denne forståelsen har behandlerne ansvar for å møte menneskelig lidelse (Wifstad, 2001). Posisjonen er mer som medmenneske enn som ansvarlig for bedring. Vi har et etisk ansvar for hverandres liv (Aadland, 1994: 39). Denne måten å tenke på bunner i ønske om å gjøre godt. Men i praksis kan disse verdiene fungere ulikt. Denne verdimeslige innstillingen til pårørende samsvarer med nasjonale føringer, og det kan se ut som det er i tråd med hva pårørende forventer (Helsedirektoratet, 2008). Men hva er så en bra holdning til pårørende? Det vil være preget av det menneskesynet man har. Ved å innta en ekspertposisjon innenfor medisinsk tenkning vil en nødvendigvis være opptatt av effekt og virkning (Jensen, 1994). Resultatet er viktig for holdningen. Innenfor en ikke-vitende posisjon vil ansvaret for å informere pårørende være mer å anse som en holdning i møte med andre (Anderson, 2003).

Brita Nilssons forskning er interessant i denne sammenhengen (Nilsson, 2009). Hun viser til at mange psykiatriske pasienter opplever ensomhet. Har vi som behandlere et moralsk ansvar

for å hjelpe pasientene til å holde på nettverket sitt? Ved å innta en posisjon som behandler der en ikke anerkjenner pårørendes stemme, kan det også føre til at familiene og pasientene heller ikke kjenner seg viktige i pasientens liv. En kan anta at det er belastningen over tid som gjør at en som pårørende kan kjenne behov for avstand også. Jeg kan se for meg at dersom en som pårørende i tillegg blir møtt med en innstilling om at den erfaringen og støtten en bidrar med er av mindre betydning, eller at det er i behandlingene mellom pasienten og behandleren endring kan skje, kan en kanskje også miste troen på at en er viktig for pasienten.

## 5.2 Terapi som holdning

Diskursene viser oss som fagfolk *vrangsid* av å innta den posisjonen vi gjør (Wifstad, 2001: 252). Foucault går så langt som til å si at psykiatrien også er moralsk sadisme. Vår måte å være i og se verden på, undertrykker eller utelater noen perspektiver. Diskursene blir på en måte moralske voktere. De sier oss implisitt noe om hva vi kan og ikke kan. I første del av intervjuet snakker informantene om egen bevissthet og holdning knyttet til pårørende. Informantene belyser dette på ulike måter i teksten.

Inger sier:

*”Sånn at fra ledelsen handler det om å ha en bra holdning til pårørende. ”*

Når Inger i denne sammenhengen trekker inn ordet holdning får det meg til å tenke på om den bra holdningen er å bli møtt med respekt? Eller er det å bli trodd på? Bli regnet med? Eller å få være i fred? Jeg forstår det slik at Inger sier at det er viktig å ivareta den bra holdningen, og at ledelsen ivaretar disse rammene. Jeg oppfatter henne dit at hun gir pårørendearbeidet plass og legitimitet ved å vise til ordet holdning, som jeg opplever er verdiladet. Hvem vil vel ha en dårlig holdning? Det kan bli vanskelig å argumentere mot et slikt utsagn. Holdningen peker i retning av en diskurs. Ved at pårørendearbeidet får status som holdning, gis det legitimitet. Det virker opprettholdende. Ved å bruke holdning kan det se ut som Inger legger til grunn et etisk ansvar for de pårørende. Det etiske ansvaret kan ha utspring i en pliktetikkk ved å følge retningslinjer (Aadland, 1994: 74), eller et mer medmenneskelig aspekt ved at en

kjenner til pårørendes belastninger (Atkinson, 1994). Ved å ta utgangspunkt i hva en kjenner til av belastninger for de pårørende, nærmer en seg det Wifstad sier om psykiatrien som humanistisk prosjekt (Wifstad, 2001). Harlene Anderson legger vekt på at hennes tilnærming nettopp er en holdning, og ikke en metode (Anderson, 2003). Den bra holdningen vil være å lytte til hva de pårørende forteller. I denne sammenhengen er det igjen også interessant å se på det Szasz sier om skillet mellom psykiatri som sykdom eller livsproblem. Det moralske ansvaret vil mulig være større dersom en tenker at en har med livsproblemer å gjøre. På den måten vil en være opptatt av å lindre lidelse framfor å gjøre pasienten frisk. Livsproblem henviser mer til pasientens liv, og på den måten ”blandes” familien og nettverket i større grad inn, enn om en tenker at psykiske lidelser skal behandles på lik linje med andre somatiske sykdommer (Wifstad, 2001: 24).

Inger knytter ordet holdning til ordet ledelse. Det kan være en måte å si at pårørendearbeidet bør komme tydelig fram på alle nivåer i organisasjonen. Ved å si *ledelsen* kan det være med bakgrunn i en tanke om at ledelsen har ansvaret, noe som overlater mindre ansvar til den enkelte behandler. Dette bunner i en mer pliktetisk forståelse, der en tillegger autoriteter stor verdi (Aadland, 1994). Psykiatrifeltet har gått for å være et fagfelt styrt av hierarkier. Dersom en lever i et system styrt av plikt til autoritetene kan ledelsen ha stor gjennomføringsevne. På den annen side kan det være, at det i dette tilfelle kan medføre, at behandlerne i møte med pårørende har for lite innsikt eller forståelse for tiltak som settes i verk. En kan igjen problematisere om det er viktig med denne forståelsen så lenge pårørende opplever å bli møtt på en god måte. Jeg kan likevel se for meg muligheten for at en manglende forståelse av pårørendes situasjon kan gi pårørendearbeidet en annen prioritet. Dette til tross for at rammer og retningslinjene internt er på plass. Kine sier også noe som kan knyttes til holdning:

*”Men jeg synes også hele veien, så lenge jeg har vært her, alltid har vært mye snakk om og fokus på sånn at det blir litt inn i kulturen. Også at vi skal være en enhet som er litt på tilbudssida også i forhold til pårørende, er en viktig del av jobben.”*

Kine snakker her i *vi-form*. Hun inkluderer seg selv og sier direkte at hun oppfatter det som en viktig del av jobben. Vi-formen virker samlende. Kine og Inger underbygger at pårørendearbeidet er av betydning. De posisjonerer seg ytterligere ved å si at det er viktig og at de har støtte for å gjøre denne jobben. Kine sier direkte at det er en viktig del av jobben. Hun setter dette inn i den tiden og kulturen vi lever i. Det kan se ut som om hun opplever det

som den rådende måte å forholde seg til dette arbeidet på. Hun ser denne holdningen i samsvar med den tiden vi lever i. Jeg velger å se det slik, at hva ledelsen og sentrale føringer sier om dette, er viktig for henne. Det kan si noe om troen på autoriteter, og kan tyde på at det informantene sier ikke direkte er forankret i et grunnsyn. Behandlerne setter denne delen av arbeidet sitt inn i en større kulturell og samfunnssammenheng, slik Kine sier. Informantene støtter seg til Opptrappingsplanen for psykisk helse, Stortingsmelding nr 25 ”Åpenhet og helhet”, veilederen ”Pårørende - en ressurs” som alle vektlegger betydningen av å trekke pårørende mer inn i behandlingen av psykisk syke. Dette er føringer som sier noe om hvordan myndighetene ønsker at det psykiske helsevernet skal tilnærme seg pårørende. Disse stemmene utfordrer også posisjonen som ekspert. Det å gjøre pårørendearbeidet mer som en del av kulturen kan gi en antydning om at diskursen knyttet til ikke-vitende posisjon kan true diskursen om behandleren som eksperten. Jeg viser til denne antydningen fordi, som jeg viste til i kapittel 4, det innenfor posisjonen som ekspert finnes et mer begrenset handlingsrom for å integrere familiearbeid som en del av en kultur. Det at det er mye *snakk om*, gjør at det snakkes fram en konstruksjon om at denne jobben er viktig. Et slikt syn befinner seg nærmere en språkssystemisk tilnærming. Språket og samtalen opprettholder måter og tenke om pårørende på, og det er i samtalene at det også kan åpnes opp for nye forståelser (Anderson, 2003). Ved å gå videre inn i hva ordet viktig betyr kan en komme fram til en utvidet forståelse. Men hva så med denne utvidede forståelsen? Byr den på noen utfordringer? Dette ønsker jeg å se nærmere på.

### **5.3 Diskursen om flerstemthet**

I etterkant av gjennomføring av fokusgruppeintervjuet noterte jeg ned et inntrykk av at jeg ble overrasket over hvor greit det virket for informantene å snakke om pårørendearbeidet. Da jeg gikk inn i analysen av det transkriberte materialet, ble dette inntrykket utfordret. Sitatet fra Stian var et slikt eksempel:

*Jeg: ”Ja, jeg tenker at barn er en egen gruppe sånn sett. Men opplever dere andre å ha mye kontakt med pårørende? Er det noe dere har mye å gjøre med?”*

*Stian: "Ja, ganske regelmessig egentlig. Jeg har ikke fått med meg at det er noen retningslinjer inn i kvalitetshåndboka, det må jeg inn å se på. Men jeg har en klar opplevelse uansett på at tidsbildet vi lever i, og jobber i.. Det har gått de siste 10 årene fra at pasienten er en hellig ku som skal beskyttes. Til tross for at deling av informasjon vil være til stor felles hjelp for pasienten, så har man liksom hatt taushetsplikten som har vært veldig hardt befestet og det har liksom vært vanskelig å gjøre det man innerst inne føler er riktig, ikke minst også for pårørende med deres bekymring. Av og til er deres bekymring overdreven, og av og til er den høyst adekvat. Og det sier også da litt om de møtene jeg har hatt, og kommet i kontakt med pårørende på, har vært i krisesituasjoner eller hvor pasienten enten har tatt opp problemer med pårørende eller situasjon, et eller annet, som gjør at jeg spør: skal vi invitere moren din, faren din, kona di, et eller annet sånn, til et felles møte? Og så, forutsatt at det er ting du ikke vil at vi skal snakke om, så sier du i fra til meg på forhånd, så sier jeg i fra at det er ting vi ikke skal snakke om og ja at det.."*

Her viser Stian til at han ikke kjenner til retningslinjer, men lener seg til den historiske utviklingen for å gi pårørende mer plass. Han viser til at taushetsplikten har vært til hinder for å gi god hjelp. Deretter inntar han ekspertposisjonen ved å vurdere de pårørendes bekymring. Deretter anerkjenner han viktigheten av å invitere nettverket med i behandlingen. I dette sitatet opplever jeg at det kommer fram flere innfallsvinkler, som til dels kan være motstridene. Han sier både at deling av informasjon vil kunne være til stor felles hjelp. På den annen side vurderer han også pårørendes bekymring. Han anerkjenner til en viss grad pårørendes stemme. I dette sitatet kommer det fram ulike innfallsvinklene til å se på pårørendes plass. Han både trenger dem og ikke. Han vurderer pårørendes bekymring, samtidig som han viser til det historiske bildet der familien har fått en annen betydning.

Denne kompleksiteten kommer fram flere steder i den transkriberte teksten. Dette kan være det Wifstad viser til ved å si at psykiatrien har identitetsproblemer (Wifstad, 2001). I møtet med den transkriberte teksten ble jeg også opptatt av hva som ikke ble sagt mellom informantene. Som for eksempel her:

*Jeg: "Du sa noen om det å unngå krenkelser.."*

*Stian: "Ja, ja eh. Nei det er, jeg prøver jo å få lyttet lenge nok til at ventilasjonen har foregått og jeg har vært der og stemmevolumet har senket seg. Og det bruker å gå i løpet av en times tid, og ja, dette er tøft det hører vi alle."*

*Arild: "Og det å sette seg ordentlig inn i deres situasjon. Se det fra deres perspektiv. Med mine barn eller min mann så vet jo jeg best. Jeg vil jo vite hva han trenger. Og det er sånn de opplever det sikkert. De fleste da. Så jeg vil jo gjerne at behandlere skal høre*

*på min erfaring og hva jeg mener er det beste. Så viss man har det som utgangspunkt når man er hjelper.”*

I dette sitatet med Stian og Arild opplever jeg at de viser to ulike tilnærminger uten at dette blir problematisert. Stian viser hvordan han tar i mot pårørendes fortvilelse. Arild, på den annen side, snakker om hvordan han kan anerkjenne de pårørende sin stemme. Jeg ble opptatt av hvordan Arild ikke argumenterer mot Stians tilnærming, men heller snakker fra sin posisjon *som om* de skulle ha snakket om det samme. Dette framstår i teksten som den mest framtreddende måten å snakke sammen på. Dette viser seg også når informantene snakker om syn som står for grunnleggende ulikheter. Jeg blir opptatt av at det *ikke* argumenteres for ulike syn. Hvorfor blir de ikke uenige? De stiller ikke spørsmål til hverandres utsagn eller tilnærminger. Enigheten framstår som normativ. Dette kan være i tråd med det Kringlen sier om at det råder en holdning hvor vitenskapene kan leve side om side i psykiatrien i dag (Wifstad, 2001). Innefor postmoderne forståelse vil det også legges vekt på at de ulike stemmene skal fram (Anderson, 2003). Men, er dette det samme som å forholde seg nøytral til de ulike ståstedene? Tanken om den eklektiske modellen kan skape en idé om at de grunnleggende ulighetene kan leve ved siden av hverandre uten at det blir problematisk. Innenfor et postmoderne syn består verden av ulike konstruksjoner. De ulike konstruksjonene trengs for å skape mening. Men, i dette tilfellet fører *enigheten* til at den lukker for å se på hvordan disse konstruksjonene virker på hverandre. Kan denne posisjonen føre til at behandlerne blir mindre interessert eller nysgjerrige på hverandres posisjonering? De går ikke i debatt med hverandre for å utvide hverandres syn. Denne tilsynelatende enigheten kan føre til, som Wifstad sier, at viktige spørsmål ikke blir stilt (Wifstad, 2001). Kan det være slik at denne normative måten å snakke sammen på gjør det vanskeligere for pårørende å bli hørt?

Det stilles for eksempel ikke spørsmål i teksten til om pårørendearbeid er viktig. Det kan se ut som dette synet blir tatt for gitt, og på den måten utfordrer ikke behandlerne hverandre i spørsmålet om hva de egentlig mener er en god måte å håndtere dette arbeidet på. Perspektivet om viktighet blir satt på siden av andre perspektiver som også kan være motstridende. Jeg stiller meg spørsmål om den manglende dialogen om hvordan fagområdene virker på hverandre, kan gjøre at anerkjennelsen av pårørendes plass mister sin kraft. Dette er i tråd med Foucaults syn på makt som produktiv (Foucault, 1999). Den tilsynelatende utjevningen av makt mellom tilnærmingene kan gjøre at ingen av dem blir anerkjent fullt ut. Dialogen, slik Seikkula og Arnkil viser til den, står i motsetning til hvordan

jeg opplever at behandlerne snakker sammen (Seikkula og Arnkil, 2007). Måten behandlerne er i verden på berører hverandre i begrenset grad.

Brottveit viser til at behandlere i psykisk helsevern i større grad enn tidligere anerkjenner pårørendes stemme. På den annen side utfordrer de i liten grad den medisinske diskursen om behandling (Brottveit, 2006). Brottveit viser til at anerkjennelsen av nettverksperspektivet ikke får plass, fordi den medisinske modellen fortsatt er rådene. Den medisinske diskursen utelukker andre stemmer fra å komme fram. Er det slik at denne tilsynelatende *enigheten* er en måte å opprettholde maktstrukturene slik de fungerer i psykiatrien i dag? Kan manglende dialog virke opprettholdende på de rådende diskursene i fagfeltet?

## 6.0 Avslutning

### 6.1 Er det rom for galskapen i psykiatrien?

Mange ganger i mitt yrkesliv har jeg blitt møtt med spørsmålet: Er det ikke sørgelig å jobbe i psykiatrien? Jeg har virkelig ofte blitt berørt av triste historier. Likevel sitter jeg mest av alt igjen med en opplevelse av at dette arbeidet er rikt. Det er her jeg finner mitt faglige engasjement. Arbeidet har gitt meg tilgang til å møte ulike måter å leve i verden på som jeg ikke ville sett andre steder. Innenfor denne forståelsen gir Foucaults forståelse av diskursene mening for meg. I arbeidet med denne oppgaven har det blitt tydeligere for meg hvordan ulike måter å være i verden på påvirker praksis.

I denne studien har jeg sett på hvordan behandlere på et DPS språksetter sitt møte med nettverket til pasienter i psykisk helsevern. Brottveit viser til at pårørende og nettverksarbeid er lite tilstede i behandling i psykisk helsevern, til tross for at pårørendes kunnskap også anerkjennes (Brottveit, 2006: 26). Denne utviklingen er også i samsvar med hvordan informantene i denne studien språksetter sitt møte med pårørende. Det jeg ser på som en utvidelse i denne sammenhengen, er *hvordan* behandlerne viser at deres posisjon som ekspert også begrenser dem, eller gjør det vanskelig for dem i møte med familien og nettverket. Den systemiske forståelsen gir en, etter min erfaring, annen tilgang til å nærme seg en del av dilemmaene knyttet til praksis. Dette viser seg i forhold til diskursen om familiens skyld og om grenser som nødvendig.

Den dominerende diskursen i materialet er at behandlerne posisjonerer seg som eksperter. Studien viser til at denne posisjonen utfordrer behandlerne i praksis. Behandlerne virker entydige på at pårørendearbeid er en del av deres funksjon, men rollen som ekspert lukker for å anerkjenne denne stemmen. På den annen side gir posisjonen også muligheter for at nettverket får tilgang til den ekspertisen behandlerne sitter på. Det postmoderne perspektivet er en alternativ stemme. Den forsøker å finne sin plass innenfor en modernistisk tenkning. Den utfordrer også diskursen om behandleren som ekspert. Min bekymring for psykiatrifeltet er at tilgangen til disse forståelsene skal bli mindre. Familien og nettverket er en slik stemme. I begjæret etter å forstå, kan vi miste noe. Ekspertposisjonen utelukker mange måter å se feltet på. For å vise til Foucault: Har så fornuften vunnet over galskapen?

Foucault viser til at det vestlige samfunn har gjort *galskapen* mer forståelig ved å sette den inn i rammer basert på fornuft. Den modernistiske tanken er med på å lukke for en utvidet måte å tenke om psykiske lidelser. Ekspertposisjonen begrenser familiens plass og handlingsrom. Det



begrenser også behandlernes mulighet til å tillegge deres stemme betydning. Behandlerne beskriver en krevende rolle. De posisjonerer seg ut fra verdier på den ene siden og ut fra vitenskap på den annen side.

Materialet fra gruppeintervjuet viser at det finnes alternative stemmer til den modernistiske forståelsen. Behandlerne viser at de forholder seg til disse forståelsene, og at dette møtet mellom ulike forståelser utfordrer grensene for ekspertposisjonen. Det kan gi håp for at pårørende i psykiatrien kan oppleve respektfulle møter, og i større grad blir invitert med inn i behandlingen av deres nærmeste.

Det har vært ønske om større dialog mellom fagfolk og pårørende for å styrke familien og nettverkets plass i psykisk helsevern (Lystad, 2011). Jeg vil også stille spørsmål ved behovet for en større debatt eller dialog innad i fagfeltet. Diskursen om at det finnes harmoni mellom de ulike fagfeltene kan virke lukkende for en *åpen samtale* også mellom fagfolk. Det kan se ut som denne diskursen igjen virker opprettholdende på eksisterende maktforhold. Brottveit viser til at fagfolk i psykisk helsevern i liten grad stiller spørsmålstegn ved den medisinske diskursen (Brottveit, 2006). Den postmoderne idéen om flerstemthet kan også settes på prøve, slik jeg avslutter med i kapittel 5. Er det naivt og snakke om flerstemthet når en ser tilbake på psykiatriens historie? Kan ideen om det flerstemte, der alles stemme er like mye verdt, forveksles med hvilken makt og innflytelse som er knyttet til de ulike stemmene i nettverket?

22/7 har satt fart på diskusjonen om hva psykiatrien *er*. Det kan også gi håp om at dialogen åpnes både utad og innad i fagfeltet. Min bekymring er om diskusjonen lukkes på nytt, ved at det konkluderes med at psykiatrien handler om eksakt viten. Mitt håp er at en kan finne en måte å snakke med hverandre på i psykisk helsevern der ulike syn ikke blir erstatning for hverandre. Erfaringer knyttet til Flerfamiliegrupper er blant annet et eksempel på at ulike forståelser kan møtes (Berge, Fjell, Grønli og Hanestad, 2012).

## **6.2 Erfaringer underveis**

Denne oppgaven er basert på ett gruppeintervju. Jeg har interessert meg mye i hva informantene sier i intervjuet. Det har vært en stor jobb å spisse hva det egentlig er jeg ønsker å finne ut av i denne studien. Det jeg fryktet var et lite utvalg, viste seg å gi tilgang til mye. Dette er en liten studie, som ser på store spørsmål i psykiatrifeltet. Jeg vil understreke at jeg er

ydmek for dobbeltheten i dette. Likevel er dette mitt bidrag inn i diskusjonen om familien og nettverkets plass i psykisk helsevern. Oppgavens betydning for meg personlig er et oppgjør mot å bruke et reduksjonistisk språk på noe som er så mangfoldig som galskap. Det utfordrer meg i hvilke språkhandlinger jeg gjør i både profesjonelle og private møter. Min erfaring er at psykisk helsevern i dag er under press for økt dokumentasjon på effekt, pasientgjennomstrømning og dokumentasjon på tiltak og vurderinger. Finnes det da rom for dialogen? Den kan være en måte og sette lys på noen av de *små ordene*, som jeg viste til innledningsvis i Rolf Jacobsen sitt dikt. De alternative stemmene kan på den måten bidra til hva fagfeltet skal være.

Underveis i prosessen med denne studien har jeg stilt meg mange spørsmål. Arbeidet med diskursanalysen har vært mer krevende enn jeg innledningsvis trodde. Hva er diskurser og ikke? Jeg ser hvordan jeg har vært forvirret i psykiatriens språk. I denne studien har jeg mange ganger trukket lineære slutninger i forsøket på å forstå hva møtet med pasientens familie handler om. For å henvise til Wifstad; jeg kan også være begrepsforvirret. Mine språklige handlinger spriker i mange retninger. Diskursanalysen har hjulpet meg til å stille meg mer kritisk til hvordan mine språklige ytringer virker på hverandre. Denne studien er blant annet preget av den betydningen jeg knytter til familie og nettverk. Jeg har respekt for at det er veldig mange tilganger til å tenke om disse begrepene, og også ulike måter for hvordan mennesker definerer og forholder seg til sine nærmeste.

Arbeidet med diskursene har hjulpet meg med å se at det som er så selvfølgelig ikke er det. Det har for eksempel berørt meg å se hvilke følger de ulike behandlerposisjonene har for praksis. Det er kanskje innlysende at den måten man er i verden på får konsekvenser i virkeligheten. Møtet med informantene, teori og analysen har hjulpet meg til å se dette. Min erfaring i møte med denne teksten har gitt meg en annen innsikt. Det undret meg innledningsvis i denne oppgaven at det finnes brudd mellom kunnskap om pårørendes opplevelser og praksis. Denne studien har åpnet opp dette rommet. Det tok tid underveis før jeg så at måten jeg stilte spørsmålet på i seg selv var lineært. Det finnes ikke *ett* svar, men ulike innfallsvinkler til å snakke om dette. Det har blitt en viktig og ny forskjell for meg at det er noe annet å hevde sitt ståsted som fagperson enn det er å gå i dialog. Det er et vågestykke. Det krever også av meg at jeg våger å bli berørt. Hvordan kan de marginale stemmene styrkes? Og på hvilken måte kan vi som behandlere forholde oss til eksisterende maktforhold? Utfordringen blir og stille de vanskelige spørsmålene til det vi i det daglige tar for gitt. For

meg aktualiserer det den innflytelsen en har som behandler. Hvordan kan vi forvalte den posisjonen? I hvilke situasjoner åpner og lukkes det for at ulike stemmer slippes til?

### **6.3 Videre forskning**

Denne studien har skapt mange nye spørsmål. Jeg stiller avslutningsvis spørsmål ved dialogen innad i psykiatrifeltet. Det kunne vært interessant å se mer på hva det er som åpner og lukker for at fagfeltene innad i psykisk helsevern i større grad kan være i dialog med hverandre. Hvilke erfaringer finnes? Og hvordan stiller fagfolk, pasienter og deres familier seg til det?

I den studien har jeg rettet fokus på hvordan fagfolk bidrar i relasjon til psykiatriske pasienters familie og nettverk. Jeg har funnet lite forskning knyttet til brukernes egne opplevelser av at familier involveres i behandling. Hvilke erfaringer knytter de til nettverket sitt? Pasienten brukes i mange sammenhenger som et argument for ulike tilnærminger. Jeg blir nysgjerrig på å bli mer kjent med den stemmen.

## Litteraturliste

Alfstadsæther B., Engmark, L og Holte A. (2006). *Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2006:6. <http://www.fhi.no/dav/2FE6C398C6.pdf>. Lest nov.2011.

Austrem L. M. (2006). *Hør jeg har noe å fortelle!* Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Austrem L. M. (1999). *Møte med psykiatrien. Pasienter, pårørende og fagfolk fortel*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Anderson, H. (1996). *A reflection on client-professional collaboration*. Families, System & Health, vol 14 (2), s. 193-206. Lastet ned via Helsebiblioteket. Lest 19.02.12.

Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.

Anderson, H. (2008). Om å skape rom for et fruktbart fellesskap, s. 46-58. I Anderson, H. og Jensen, P. (red.): *Inspirasjon. Tom Andersen og reflekterende prosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Atkinson, S. (1994). Grieving and loss in parents with a schizophrenic child. *The American Journal of Psychiatry*. Hentet fra PubMed. Lest 18.02.12.

Bagge, R.F. (2007). Refleksjoner omkring begrepet ikke-vitende posisjon. *Fokus på Familien*, nr.2., s.113-126.

Berg, N. B. J. (2002). *Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte*. Oslo: Aschehoug

Berge T., Fjell A., Grønli M. og Hanestad T. (2012). Gir færre tilbakefall ved psykose. *Sykepleien*, nr.2, s.66-68.

Binder P.E, Holgersen H., Nielsen H. H. (2008). Establishing a bond that works: a qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy*, vol. 10, issue 1, s. 55-69.

Brottveit, Ånund (2006). *Holdninger, erfaringer og strukturer. Fagfolks erfaringer i psykisk helsearbeid*. Rapport 2006/3. Diaforsk.

Bøckmann, K. og Kjellevold, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten. –En klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Cuijpers, P. (2001). The effects of family interventions on relatives burden: a meta-analysis. I: *Community Mental Health Journal* 8, s. 179-187. Hentet fra PubMed. Lest 17.02.12.

Gjertsen, A. (2007). Åpenhet og helhet ti år etter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 44, nr. 6, s. 755-760.

Halkier, B. (2010). *Fokus grupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Herdlevær, Eli (2011). *Livet etter opptrappingsplanen. Pårørende til mennesker med psykisk lidelse sin opplevelse av endring etter 10 år med opptrapping*. Masteroppgave, Fakultet for Helse og Idrettsvitenskap. Institutt for psykososial helse. Universitetet i Agder.

Holte A. og Thorn A. (2006). *Diagnose bipolar affektiv lidelse- foreldres erfaring*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2006:5. <http://www.fhi.no/dokumenter/02CEEAC3DD.pd>. Lest 14.02.2012.

Husom, N. (2003) Når pårørende blir syke i møte med psykiatrien. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Nr 8. 123: 1092-4. URL: <http://tidsskriftet.no/article/797239>. Lest 22.01.2012.

Hårtveit, H. og Jensen, P. (2004). *Familien- pluss en. Innføring i familierapi*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Foucault, M.(1973). *Galskapens historie*. Gyldendal norsk forlag.

Foucault, M. (1999). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag AS.

Jacobsen, R. (1994). *Alle mine dikt*. Trondheim: Gyldendal Norsk Forlag.

Jensen, P. (1994). Ansikt til ansikt. *System og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Jørgensen, M.W og Philips, L. (2002). *Discourse analysis as Theory and Method*. SAGE publications.

Jørgensen, M.W. og Philips, L. (2008). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Kvale, S. (2002). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Lov om pasient og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven) LOV 1999-07-02-63. URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> Lest 23.03.12.

Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). LOV 1999-07-02-64. URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html> Lest 23.03.12.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV 1999-07-02-62. URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html> Lest 23.03.12.

Lundby, G. (2000). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.

Lystad, B. (2011). *Personlige narrativer i "rommet" mellom pårørende og fagpersoner*. Masteroppgave i Familierapi og systemisk praksis. Diakonhjemmet høgskole. URL: [http://brage.bibsys.no/diakon/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_19506/1/Masteroppgave%20MGFAM-C-FA3%20v%c3%a5r%202011%20Berit%20Stav%20Lystad.pdf](http://brage.bibsys.no/diakon/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_19506/1/Masteroppgave%20MGFAM-C-FA3%20v%c3%a5r%202011%20Berit%20Stav%20Lystad.pdf). Lest 14.01.12.

Mackler, D. (2008). *Take These Broken Wings*. www.iraresoul.com

Mevik, Kate (1998). *Møte med galskap*. Bodø: Tano Aschehoug

Minuchin, S., Nichols, M. P og Lee, W.-Y. (2007). *Assessing Families and Couples. From Symptom to System*. Boston: Pearson education.

Nilsson, B. (2009). Ensomhet – noen refleksjoner. I: Vråle, G. B., Karlsson B, Hummelvold, J.K. (red), s147-157. Høgskolen i Hedmark: Rapport nr.14-2009. *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: selvforståelse, praksis og forskning.*

Nirvanda, B.P, Vrandra, M.N, Reddy, S. (2011). Expressed emotions and caregivers burden in Patients with Schizophrenia. *Indian Psychol.med.* Lastet fra Pub. Med.Lest 18.02.2012.

Neumann, I.B. (2010). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse.* Bergen: Fagbokforlaget.

*Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (1999).* Rundskriv 1-4/99. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

*Pårørende -en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester* (2008). Helsedirektoratet. ISBN: 978-82-8081-097-7.

Ringen, P.A og Dahl, A. A (2002). Modeller og trender i psykiatri-bør nevrobiologi danne en felles basis? I *Tidsskrift for Den norske legeförening.* 122:2024-7.  
[Url:http://tidsskriftet.no/article/587199](http://tidsskriftet.no/article/587199). Lest 01.04.2012.

Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler.* Oslo: Tano Aschehoug.

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

Smeby, N. A. (2009 ). Hvordan har familien det når et familiemedlem har en alvorlig psykiatrisk lidelse? I: Vråle, G. B., Karlsson B, Hummelvold, J.K. (red), s. 177-190. Høgskolen i Hedmark: Rapport nr.14-2009. *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid.: selvforståelse, praksis og forskning.*

Vetlesen, A. J. (2011). *Empati under press.* Førjulsseminar i regi av Norsk Forening for Familierapi.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Fra Sosial og helsedepartementet.

Syrstad, E. (2008). *Er det alltid viktigst å kunne velge? Om å gi råd i familievernet*. Masteroppgave i Familierapi og systemisk praksis. Diakonhjemmet høyskole.

Syrstad, E. (2011). Når ikke-eksperten blir eksperten. I *Fokus på Familien*. Nr 01, s. 45-52.

Thagaard, T. (2008). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Torgalsbøen A.K.(2001). Helbredelsestrangen ved schizofreni: Kan den kureres? *Tidsskrift for den Norske Psykologforening*. Nr. 7, s. 619 - 28.

Vaaland, T. Ø. (2007). *Brev til en minister*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Vedeler, G.H. (2011). Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 1. I *Fokus på Familien*, nr.04, s. 263-281.

Vedeler, G.H. (2012). Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 2. I *Fokus på Familien*. Nr.01, s.27-47.

Wifstad, Å. (2001). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Tromsø: Universitetsforlaget.

Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Open University Press.

Øfsti, A (2010). *Parterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ølgaard, B. (1996). *Kommunikation og økumentale systemer*. Århus: Akademisk Forlag.

Aadland, E. (1994). *Etikk for helse og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget



# Vedlegg 1: Godkjenning av studie

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høeghens gate 29  
N-5017 Bergen  
Norge  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 969 321 884

Anne Øfsti  
Seksjon for familierapi  
Avdeling for diakoni, familierapi, helse og ledelse  
Diakonhjemmet Høgskole  
P.b. 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 10.11.2009

Vår ref: 22770 / 2 / BH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.10.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 06.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22770	<i>Behandlere i voksenpsykiatriens forhold til pårønderarbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Øfsti</i>
<i>Student</i>	<i>Mette Arnestad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.07.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Hennrichsen

  
Ingvild Bergan

Kontaktperson: Ingvild Bergan tlf: 55 58 32 32  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Mette Arnestad, Valhallveien 66, 0196 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kjrra.swano@st.ntnu.no](mailto:kjrra.swano@st.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, Svf, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [estena@svf.uib.no](mailto:estena@svf.uib.no)



Utvalget består av 5-8 behandlere som arbeider ved et Distriktpsykiatrisk senter. Datamaterialet samles inn ved gruppeintervju. Det gis skriftlig informasjon til utvalget, og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende slik det foreligger per 6. november 2009.

Behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første alternativ (samtykke).

Det forutsettes at bruken av privat pc tilkoblet Internett er i tråd med Diakonhjemmet Høgskoles interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Innen prosjektslutt 30. juli 2011 anonymiseres datamaterialet. Ombudet minner om at med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller kode. Lydopptak slettes.

## Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i studie.

### Forespørsel om deltagelse i studie

Jeg heter Mette Arnestad og er for tiden i gang med masterstudie i familierapi på Diakonhjemmet høgskole. Jeg veiledes av familierapeut Ellen Syrstad og studieleder Anne Øfsti. Til daglig jobber jeg som psykiatrisk sykepleier på Enhet for akutteam og avlastning, Vinderen DPS.

Jeg skal i forbindelse med mitt studie gjennomføre en undersøkelse der jeg ser på hvilke tanker behandlere i voksenpsykiatriens gjør seg om pårørendearbeid. Jeg vil gjøre en kvalitativ studie. Jeg ønsker å komme i kontakt med 5-8 deltagere som sier seg villige til å delta i 2 gruppeintervjuer. Intervjuene vil bli gjennomført i vanlig arbeidstid. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, jeg vil også skrive notater underveis. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Min interesse for å snakke med behandlere om dette tema stammer fra at jeg arbeider i feltet selv. Jeg har flere års erfaring som psykiatrisk sykepleier fra ulike DPS og psykiatriske avdelinger. I egen jobb er jeg mye i kontakt med pårørende. Jeg opplever at det er mange utfordringer i samarbeidet med pårørende, og i å gi god støtte og informasjon. Mitt utgangspunkt for oppgaven er en interesse for å få fram ulike syn på hva behandlere i voksenpsykiatrien opplever utfordrende og hvilke dilemmaer de eventuelt står ovenfor i møte med pårørende.

Jeg har kommet fram til forskningsspørsmålene: **Hvilke diskurser finnes og styrer måten behandlere i voksenpsykiatrien møter pårørende på? Hvilke utfordringer opplever behandlerne knyttet til pårørendearbeid?**

All informasjon som kommer fram i intervjuet vil være strengt fortrolig, og du vil holdes fullstendig anonym i alle publikasjoner. Personvernet ivaretas videre på følgende måte:

- Alt som blir sagt mellom oss er konfidensielt.
- Ingen andre vil kunne lese mine notater. De er selvfølgelig anonymisert. Ditt navn vil ikke bli brukt i notater eller publikasjoner.

- Båndopptak og transkripsjon av dette vil bli slettet, senest innen 30.07.2011.

Gruppeintervjuet er 100 % frivillig. Det trengs ikke å gi noen begrunnelse for evt. reservasjon, både før vi starter og dersom du ønsker å trekke deg underveis. Denne oppgaven vil kunne ut i en masteroppgave som vil bli ferdig i april 2011. Denne vil jeg overlevere dere som deltar.

Mvh Mette Arnestad

Mailadresse: [mette.arnestad@diakonsyk.no](mailto:mette.arnestad@diakonsyk.no)

Telefon: 47018444/ 22498990.

## Vedlegg 3: Intervjuguide.

### Intervjuguide

#### Innledning, introduksjon

- Introdusere meg selv og studiet jeg går på, samt min profesjonelle bakgrunn
- Gjenta formålet med undersøkelsen og problemstillingen som gitt i introduksjonsbrevet
- Si litt om hva jeg tenker om gjennomføringen av gruppeintervjuet
- Samtykkeerklæring
- Om det er noen spørsmål i den forbindelse?
- Ca 5 min

#### Innledende runde, starte generelt:

1. Hvordan arbeider dere med pårørende hos dere?
2. Hva slags forhold har dere til veilederen fra Helsedirektoratet?

#### Gi eksempler:

1. Kan dere huske et spesielt møte med en pårørende som har fått betydning for måten dere jobber med pårørende på i dag? Utdypende spørsmål
2. Hva vektlegger du i første møtet med pårørende?
3. Hva er ideelt pårørendearbeid?
4. Hva kan være hindringer?
5. Hvilke forventninger har du til deg selv?
6. Hvilke forventninger har du til pårørende?
7. Er det spesielle utfordringer? Taushetsplikt, allianse, vanskelige følelser hos behandler(maktesløshet), skyldspørsmålet, er pårørende en del av problemet?
8. Dilemmaer?

9. Etiske overveielser?

10. Hva synes dere om denne delen av jobben deres?

HVORDAN KNYTTER DE MENING TIL ARBEIDET? HVA STYRER DEM?

HVORDAN SNAKKER DE OM PÅRØRENDE

Reservespørsmål

**Hva er behandlernes rolle ovenfor pårørende? Hva er behandlernes ansvar ovenfor pårørende?**

Er det spesielle situasjoner dere tenker er viktig å involvere pårørende?

I et sykdomsforløp, når tenker behandlerne det er viktigst å ha kontakt med pårørende?

Er det spesielle situasjoner det er viktig å utelate pårørende?

Stiller ulike pasientgrupper/diagnoser forskjellige krav til hvordan behandlernes forholder seg til pårørende?

Stiller ulike pårørendegrupper forskjellige krav til behandlerne? Eks mor, far, søsken, venner, tanter, voksne barn

Hva tenker behandlerne om hva det vil si å være profesjonell i møte med pårørende

Pårørendes opplevelse, hva tenker behandlerne om det

Hva er behandlernes opplevelse av pårørendes sorg/smerte?

Hva tenker behandlerne om kritikken fra media og pårørendeorganisasjoner? Er psykiatrikritikken rettferdig?

Hva har skjedd i bevegelsen psykiatri til psykisk helsearbeid?

Oppsummering: Noe mer dere ønsker å si?

## Vedlegg 4: Samtykkeerklæring.

### SAMTYKKEERKLÆRING

#### Behandlere i voksenpsykiatriens forhold til pårørendearbeid.

Navn på ansvarlig  
for undersøkelsen: Mette Arnestad  
Tlf.: 47 01 84 44  
E-post: mette.arnestad@diakonsyk.no

Jeg, \_\_\_\_\_ samtykker til følgende punkter:

1. Jeg samtykker til å være deltaker i denne undersøkelsen.
2. Jeg kan trekke meg fra deltakelse når jeg måtte ønske, uten begrunnelse, og uten at det får konsekvenser juridisk eller på annen måte.
3. Jeg har lest informasjonsskrivet, og er kjent med formålet med undersøkelsen.
4. Jeg godkjenner at intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og at dette båndet vil bli makulert etter at undersøkelsen er ferdigstilt.
5. Mitt bidrag vil bli anonymisert og min identitet vil ikke bli gjort kjent i den ferdigstilte undersøkelsen.

Navn på deltager

Dato

Mette Arnestad

Dato



