

# **Personlige narrativer i ”rommet” mellom pårørende og fagpersoner.**

*Hvordan oppleves det å være pårørende, av pasienter som sliter med rusmiddelavhengighet og sin psykiske helse? Hva kan vi som fagpersoner gjøre annerledes, for at samarbeidet skal oppleves mer hjelpsomt?*

**Berit Stav Lystad**

## **Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis**

**MGFAM H07 K2**

(28639 ord)

**Diakonhjemmets høgskole 2011**

(28/04-2011)

## **En fars ønsker til fagfolk.**

**”Kjære hjelpere der ute:**

**Ta dere tid til å hjelpe og støtte oss, slik at vi kan støtte våre kjære.**

**Uten at dere støtter oss greier ikke vi å støtte dem.**

**Vi trengs alle.**

**Ta dere tid til å samarbeide med oss, tør å møte oss, gi oss opplæring.**

**Fortell oss hvordan dere vil at vår rolle skal være.**

**Gi oss en arena hvor vi kan snakke om det å være pårørende,**

**men la oss også få være en del av teamet.**

**Regn med oss i mer enn ansvarsgrupper.**

**I alle fall når pasienten vil det.**

**Ha det på agendaen deres.**

**Kanskje vi har noen små hemmeligheter, som kunne lettet deres hverdag?**

**Tørr å lytte og se om det virkelig er noe der.”<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Narrativ bygget over linje 778-797 i intervju F2

## Sammendrag

I min oppgave i familierapi og systemisk praksis har jeg ønsket å sette søkelyset på hvordan pårørende til pasienter som sliter med rusproblematikk og sin psykiske helse, opplever sitt møte med fagpersoner i rusbehandlingsfeltet.

I innledningsdelen av min oppgave forklarer jeg mitt eget ståsted og hva jeg vil undersøke. Jeg definerer hvordan jeg bruker de ordene som jeg anser som betydningsfulle i oppgaven, og viser hvordan jeg har valgt å bygge opp oppgaven. Deretter redegjør jeg for den teorien jeg har valgt å benytte. Teorien blir videre presentert i teorikapittelet. Jeg har valgt å trekke frem terapeutiske holdninger som passer innenfor det jeg vil kalle en konstruksjonistisk, kontekst. Her legger jeg vekt på at folk sin lokale kunnskap er riktig og sann, og at terapeuten sin hovedoppgave er å lage rom for de indre og ytre dialogene.

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ metode. Jeg har intervjuet 6 pårørende. Det materialet jeg har fått gjennom dette er oppgaven sin kjerne. Min fremgangsmåte presenteres i metode kapittelet, og der drøftes også de etiske perspektivene ved de valg jeg har gjort. I analysen har jeg brukt en kombinasjon av en tematisk narrativ analyse og Labov sin strukturelle analyse, dette redegjøres det videre for i analysekapittelet. Jeg har ønsket å finne både sammenfallende temaer og hvilken mening mine informanter har tillagt disse.

I analysen presenteres informantenes narrativer. Fagfolks narrativer som jeg har fått gjennom en refleksjonsgruppe på egen arbeidsplass presenteres i drøftningsdelen av oppgaven.

Forskningsspørsmålene handler om hvordan pårørende opplever sin situasjon, og hvordan vi som fagfolk kan bidra til at samarbeidet oppleves mer hjelpsomt. Dette besvares i drøftningsdelen. Hovedvekten i oppgaven er basert på pårørendes opplevelser. Det reflekteres ut i fra hvordan pårørende til denne gruppen pasienter kan inviteres inn i samarbeidet, ut i fra egne ønsker og behov.

## **Forord:**

Kjære pårørende,

I min oppgave har jeg forsøkt å oppsummere fra intervjuene med dere, noe av det jeg har blitt berørt av og opptatt av. Min oppgave rommer ikke alt dere har fortalt, jeg har måttet velge ut av deres fortellinger hva som skulle få plass. På samme måte har dere valgt ut hva dere ønsket å fortelle meg. Det jeg trekker frem og drøfter er mine tolkninger av deres historier. Jeg håper allikevel at dere kan kjenne dere igjen i det jeg har skrevet. Dere har formidlet med mer enn ord og mer enn historier. Dere har latt meg dele, gleden dere føler når noe går bra, sorgen dere føler over at livet til noen dere er glad i ikke ble slik dere hadde ønsket. Jeg har blitt berørt av de intense følelsene som vekkes rundt det å ha et barn eller en nær pårørende som sliter i forhold til sin psykiske helse og sin avhengighet til rusmidler. Jeg har fått dele noen historier om hva det medfører for dere. Dere har sagt noe om hvordan dere opplever dere møtt, og noe om hvordan dere skulle ønske at det var.

Det er viktig for dere å fortelle deres historie om hvordan dere har opplevd samarbeidet med oss som jobber som fagpersoner og hjelpere i rusbehandlingsfeltet, men på mange måter tror jeg det er enda viktigere for oss å få historiene fortalt. Vi vil aldri forstå hvordan det er å være dere, men historiene og fortellingene deres snakker til oss og vekker gjenklang. Innholdet i historiene deres er sterkt, og jeg håper at mange vil lytte. Takk for at dere deler dette med oss.

Jeg vil takke min veileder, Erik Leinum, som har støttet og oppmuntret meg, lest tekst og kommet med innspill. Takk til min arbeidsgiver som gav meg skrivepermisjon, og har lagt til rette for at jeg har kunnet gjennomføre dette. Takk til mannen min Olav som har tålt at jeg i lang tid har hatt oppgaveskriving som eneste fokus.

Hilsen Berit

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>7</b>
1.1. DEFINISJONER AV SENTRALE ORD OG BEGREP.....	7
1.2. BAKGRUNN FOR OG AVGRENSNING AV OPPGAVEN.....	7
1.3. HVEM ER JEG I DENNE FORSKNINGEN? .....	9
1.4. HVA VIL JEG UNDERSØKE? .....	10
1.5. OPPGAVENS TITTEL OG PROBLEMSTILLING. ....	10
1.6. HVORDAN ER OPPGAVEN BYGD OPP?.....	10
1.7. TEORETISK REFERANSERAMME .....	11
<b>2. METODE.....</b>	<b>12</b>
2.1. EPISTEMOLOGI OG ONTOLOGI.....	12
2.2. UTVALG .....	14
2.3. VALG AV STED FOR UNDERSØKELSEN .....	17
2.4. KVALITATIV METODE.....	18
2.5. VALIDITET OG RELIABILITET .....	19
2.6. HVA SKJER NÅR MAN TRANSKRIBERER .....	20
2.6.1. <i>Hvordan har jeg valgt å transkribere</i> .....	20
2.7. ETISKE PERSPEKTIVER.....	21
2.7.2. <i>Etiske perspektiv rundt utvalg.</i> .....	22
2.7.3. <i>Etiske perspektiv rundt intervju situasjonen.</i> .....	22
2.7.4. <i>Etiske perspektiv rundt transkribering.</i> .....	23
<b>3. TEORI KAPITEL.....</b>	<b>24</b>
3.1. FUNN I ANNEN FORSKNING .....	24
3.2. FRA EKSPERT TIL TILRETTELEGGJER FOR ENDRING GJENNOM SPRÅKET.....	26
3.3. NETTVERKET SOM AKTIV DELTAGER I DIALOGEN.....	27
3.4. SAMSKAPING I TERAPI OG BRUK AV SPØRSMÅLET SOM VERKTØY. ....	29
3.5. SOSIALKONSTRUKSJONISMEN OG SANNHETEN. ....	30
3.6. TERAPEUT ROLLEN OG DEN IKKE VITENDE POSISJON.....	31
3.7. NYSKRIVNING AV HISTORIER OG NARRATIV PRAKSIS.....	32
3.8. LØSNINGSFOKUSERT TERAPI, HVA OM PROBLEMET VAR BORTE?.....	33
3.9. ANNEN TEORI SOM ER BRUKT I OPPGAVEN. ....	34
<b>4. ANALYSEN .....</b>	<b>36</b>
4.1. UTVELGELSE OG PROSESSEN I DEN NARRATIVE ANALYSEN.....	36
4.2. VALG AV METODE FOR ANALYSEN .....	38
4.3. DEN TEMATISKE NARRATIVE ANALYSEN .....	38
4.4. LABOV'S STRUKTURELLE ANALYSE.....	38
4.5. FUNN I MIN FORSKNING.....	40
4.6. MANGLENDE ROLLEAVKLARING MELLOM FAGFOLK OG PÅRØRENDE.....	41
4.7. INFORMASJONSBEHOV.....	43
4.8. BEHOV FOR HVILE .....	45
4.9. BEHOV FOR KONTROLL OG UTFORDRINGER MED TAUSHETSPLIKTEN.....	47
4.9.1. <i>Det jo så fryktelig vanskelig det med taushetsplikten.</i> .....	48
4.9.2. <i>Å ikke være helt trygg i yrkesrollen.</i> .....	52
4.10. JEG SLO I BORDET SÅ ALT SOM STOD PÅ PULTEN HANS HOPPET. ....	53
4.11. UTVEKSLING AV INFORMASJON OG SAMARBEID. ....	55
<b>5. DRØFTING.....</b>	<b>58</b>
5.1. INFORMASJONSBEHOV.....	58
5.2. ÅRSAKER TIL PROBLEMER OG DERES LØSNINGER.....	61
5.3. TAUSHETSPLIKT OG HELSEVESENET INNFLYTTELSE.....	66

5.4. PÅRØRENDES BEHOV FOR HVILE ELLER DELTAGELSE.....	69
5.5. VIKTIGHETEN AV HÅP OG FØLELSEN AV FORTVILELSE.....	71
5.6. ROLLEAVKLARING MELLOM PÅRØRENDE OG FAGFOLK.....	74
5.7. KONKLUSJON OG OPPSUMMERING.....	78
<b>6. LITTERATUR.....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 9 stk (s85-101)</b>	

## **Innledning**

Mitt ønske har vært å skrive en masteroppgave i familierapi og systemisk praksis, som handler om det som skjer i rommet mellom pårørende av mennesker som opplever en rusmiddelavhengighet, og i tillegg sliter med sin psykiske helse, og oss som møter dem som fagpersoner og hjelpere.

### ***Definisjoner av sentrale ord og begrep.***

Her vil jeg forklare min forståelse av de ord og begreper jeg bruker i min oppgave.

I min oppgave har jeg brukt ordet narrativer om de historiene som mine informanter forteller.

Disse narrativene innbefattes også pårørendes viten og kunnskap.

”Ordene narrative, narration og narrate har sitt utgangspunkt i det latinske ordet gnarus, som innebefatter det å vite, være kjent med, ha kunnskap om og være ekspert på og ordet narrō som er fortelle eller skildre, samt fra sanskrits gnā som er å vite” (Anna Johansson, 2005s 41) (Min oversettelse)

Jeg bruker betegnelsen pasienter om dem som opplever en rusmiddelavhengighet og er innlagt ved en institusjon. Å bruke ordet pasient vil av noen oppfattes som et ord som pasifiserer og reduserer ansvaret til den som opplever en avhengighet. Jeg velger likevel å bruke det om mennesker som ønsker en behandling. Fagpersoner og hjelpere blir definert vidt, som alle som i kraft av sitt yrke og sin rolle som hjelper møter pårørende til disse pasientene. Pårørende definerer jeg i min oppgave slik som det er definert i lov om pasientrettigheter.<sup>2</sup> Klient bruker jeg som en betegnelse på de personer som fagpersoner møter når de utøver en profesjonell rolle. Derfor vil jeg også noen ganger betegne pårørende som klienten.

### ***Bakgrunn for og avgrensning av oppgaven.***

Jeg arbeider som miljøterapeut ved en institusjon som har inntil 21 pasienter av begge kjønn til behandling. Pasientene sliter med rusmiddelproblematikk i tillegg til å oppleve psykisk lidelse. I min arbeidssituasjon opplever jeg store forskjeller i hvilket samarbeid vi har med pårørende. Jeg har snakket med pårørende som opplever at de får mye mer ansvar for pasienten enn det de ønsker. Andre igjen opplever at hjelpeapparatet ekskluderer dem. Dette

---

<sup>2</sup> § 1-3. Definisjoner b) pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. (Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV 1999-07-02 nr 63)

har gjort meg nysgjerrig på hva de ønsker av samarbeidet. Voksne pårørende til denne gruppen pasienter opplever ofte store belastninger i sine egne liv, samtidig som de også kan være betydningsfulle for våre pasienter. Deres belastninger er beskrevet både i forskning og i bøker som fokuserer på pårørende sin erfaring. (Kaafjeld F, 2004, Høie M. M. og Drott Sjøberg. B-M. 2007, Storbækken og Iversen, 2009, Copello et al. 2009) For hver som opplever rusmiddelavhengighet regner man med at det finnes tre pårørende som er berørt, dette gir et betydelig antall pårørende. (Nordlie, 2003, Storbækken & Iversen, 2009)

Pårørende kan være en ressurs for pasienten i en behandling, men det er også slik at pårørende kan ha egne behov knyttet til pårørende rollen. Jeg ønsker å sette søkelyset på hva som skjer mellom pårørende og de fagpersoner de møter i tilknytning til pasienten. Det at jeg har valgt dette fokuset gjør at andre fokus blir ekskludert. Ikke alle pasienter ønsker pårørende involvert i sin behandling. Heller ikke alle pårørende ønsker å være involvert i pasientens liv og behandling. Det er ikke alle pårørende som blir oppfattet som en ressurs av pasienten. Her i min oppgave tar jeg utgangspunkt i mine informanter sine opplevelser, og drøfter ut ifra en posisjon hvor enten pårørende eller pasienten eller begge ønsker et samarbeid. Hvordan ønsker de pårørende å bidra inn? Hva kan vi som fagpersoner bidra med for å styrke relasjonene i familiene når pårørende og pasienten ønsker det?

I min oppgave har jeg valgt å ikke legge noe fokus på om pasientene eller de pårørende er kvinner eller menn. Selv om jeg har informanter av begge kjønn, har jeg valgt å ikke drøfte hvordan kvinner og menn er forskjellige som pårørende, og hvordan dette har påvirket de narrative jeg har fått. I helse og sosial sektoren er det flest kvinnelige ansatte, slik er det også ved min arbeidsplass. Dette vil kunne ha påvirket møtene mellom fagpersoner og pårørende. Samtidig kan også mine informanters alder, og alderen til fagpersoner de har møtt vært faktorer som har påvirket opplevelsene av møtene. Dette har jeg valgt bort som tema for diskusjon i min oppgave. I en annen oppgave ville disse temaene kunnet bety en spennende ny innfalsvinkel.

Pasientene har en behandlingstid i institusjonen fra noen måneder til et år eller to, men familiene og pårørende er alltid familie og pårørende. Forskning viser at pårørende ofte har mye kontakt med pasienten mens han er i behandling. (Storbækken og Iversen, 2009) I Norge er det anslått at ca:130000-180000 personer mellom 15-59 år har brukt et narkotisk stoff siste



12 mnd. Og mellom 8800-12500 av disse er sprøytebrukere. (Lund I. et al. 2010) Flere av dem som opplever rusmiddelavhengighet har rett til helsehjelp innenfor spesialisthelsetjenesten. I 2009 var det 12777 innleggelser til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer her i landet. (Edland-Gryt M. et al, 2010)

Mange pårørende ønsker å ta del i sine nære sitt liv og støtte dem i den behandlingen de gjennomfører. For mange av oss er de vi anser for å være vår familie de vi samhandler mest med. Ikke alle har det slik. Det finnes pårørende som ikke orker, eller ikke har mulighet eller ressurser til å ha kontakt. Når pårørende ønsker å delta vil jeg som fagperson være med å gi dem den muligheten. Mitt ønske er at den kunnskapen jeg får gjennom arbeidet med masteroppgaven kan brukes av oss på institusjonen, til å finne gode måter å samarbeide med våre pasienters nærmeste. Jeg håper at det kan gi andre i feltet ny kunnskap om hva pårørende selv ønsker og tenker, basert på pårørendes egne erfaringer og historier. For å få kunnskap har jeg intervjuet 6 pårørende til denne pasientgruppen.

I min oppgave referer jeg til 5 av intervjuene, hvor to menn og tre kvinner har hatt nære pårørende inneliggende på den institusjon som jeg arbeider. Mitt prøveintervju ble utelatt etter etiske overveininger tatt av meg, dette blir forklart i etikk delen av oppgaven. Noen av mine kollegaer har vært med i en refleksjon rundt enkelte av temaene i intervjuene som jeg har valgt å sette søkelyset på. Jeg har derfor også bedt mine kollegaer reflektere over hva de opplever at vi som hjelpere kan gjøre for å endre praksis og kunne møte pårørende slik de ønsker å bli møtt.

### ***Hvem er jeg i denne forskningen?***

Jeg er en kvinne som arbeider som miljøterapeut ved en institusjon som har inntil 21 pasienter som sliter med rus og i tillegg har psykiske plager. Pasientene er fordelt på tre avdelinger, og vi hører inn under spesialisthelsetjenesten. Min grunnutdanning som sosionom er en utdanning jeg har tatt i voksen alder. Jeg har ikke selv opplevd å være pårørende til denne pasient gruppen, men jeg har venner som er pårørende i forhold til sine egne barns rusbruk. Jeg har sett følelser som, maktesløshet, redsel, kampvilje og skamfullhet, men også håp og forventning utspille seg. Jeg har vært i arbeidslivet i 30 år, og i de siste 10 årene har jeg arbeidet med mennesker som har slitt med problemer knyttet til rusmiddelavhengighet og utfordringer i forhold til sin psykiske helse. Det å jobbe i en institusjon kan oppleves spesielt.

Du er i kontakt med pasientene hver dag over lang tid, og du rekker ofte å bli godt kjent med dem. Det jeg har blitt nysgjerrig på er: Hvordan opplever pasientenes pårørende samarbeidet med oss? Hvordan skulle de ønske at det kunne være?

### ***Hva vil jeg undersøke?***

I min undersøkelse har jeg forsøkt å finne ut noe om hvordan pårørende opplever sitt møte med fagpersoner. Jeg ønsker å bidra til å gjøre gruppen pårørende mer synlig. Kan vi endre eller utfordre vår egen praksis, slik at samarbeidet oppleves som mer nyttig for de pårørende og de pasienter vi møter? Gjennom å snakke med mine informanter og få del i deres opplevelser, håper jeg å kunne bidra til å utvide og forbedre vår praksis i samhandlingen med pårørende til våre pasienter. Selvsagt er ingen like, og de narrative mine informanter deler er deres opplevelse alene, allikevel håper jeg på å utvide mine perspektiver slik at vi kan finne ny kunnskap sammen.

### ***Oppgavens tittel og problemstilling.***

I min oppgave har jeg søkelyset på det som skjer mellom oss. Fagpersoner i rusbehandlingsfeltet og pårørende ønsker alle det beste for pasienten. Allikevel så greier vi ikke alltid å ivareta den andre og bidra til at samarbeidet oppleves hjelpsomt. Derfor har min oppgave fått følgende tittel og problemstillinger:

#### **Personlige narrativer i ”rommet” mellom pårørende og fagpersoner.**

Hvordan oppleves det å være pårørende, av pasienter som sliter med rusmiddelavhengighet og sin psykiske helse? Hva kan vi som fagpersoner gjøre annerledes, for at samarbeidet skal oppleves mer hjelpsomt?

### ***Hvordan er oppgaven bygd opp?***

I denne oppgaven forsøker jeg å belyse det som skjer i mellom pårørende og de fagpersoner som de møter på i rollen som pårørende. Gjennom pårørende sine egne opplevde erfaringer vil jeg forsøke å bringe leseren med meg. Jeg vil redegjøre for den teorien jeg opplever som mest sentral i min oppgave. Deretter vil jeg redegjøre for mitt metodevalg og forklare hvordan jeg har gått frem i min forskning. I analysekapitlet vil jeg beskrive tenkning rundt narrativ

analyse og gi en beskrivelse av hvordan jeg har valgt å foreta analysen. Analysen og drøftingen følger etter dette. I analysen vil jeg trekke frem de pårørende sine narrativer, og i drøftingen vil jeg ta frem mine refleksjoner, samt noen refleksjoner fra min refleksjonsgruppe. Til slutt vil jeg konkludere og oppsummere mine funn. Først i lys av hva som kan være nyttig for min arbeidsplass, deretter hva jeg tenker kan brukes i feltet generelt.

### ***Teoretisk referanseramme***

Mitt utgangspunkt er å skrive en masterstudie i familieterapi og systemisk praksis, derfor vil mye av det teoretiske perspektivet i min oppgave være forankret i system- og systemisk teori. Jeg vil drøfte mine funn opp mot Jaakko Seikkula sin tenkning rundt nettverk.(Seikkula, 2000, Eliassen og Seikkula, 2006 og Seikkula og Arnkil, 2007) Jeg vil ta frem forskjellige måter å se et problem på gjennom å trekke inn forskjellige teoretiske vinklinger innenfor den systemiske praksisen. Hvilken antagelse man velger å jobbe etter kan avhenge av hva som passer best for den familien eller klienten man møter. (Johnsen, A. 1991) Her vil jeg trekke inn løsningsfokusert teori. (Berg I. K. og Miller S. D, 1992, de Shazer, S, 1994)

Jeg vil se på narrativ teori og hvordan man ved hjelp av eksternalisering kan bidra til en annen og kanskje nyttig måte å skille problemet fra personen, og hvordan en narrativ tilnærming kan berike og utvide vår forståelse. (Lundby, 1998, White, 2006) Jeg vil drøfte hvordan man gjennom Harry Goolishian og Harlene Anderson sin ikke vitende posisjon og respektfulle tilnærming som ”ikke ekspert” kan være hjelpsom for pårørende. (Anderson, H. & Goolishian, H, 1988, Anderson, H. 2003) Jeg vil ha med Tom Andersen og hans reflekterende prosesser.(Andersen T, 2005) Min forståelse og drøfting vil skje ut fra disse perspektivene. I tillegg vil jeg ta med noe teori som jeg ikke nevner her, men som vil bli berørt i teorikapitlet. Små utdrag av rapporter vil bli referert uten forhåndsomtale i teori kapitlet da de er brukt svært begrenset. Jeg vil bruke nyere forskning fra feltet og drøfte mine funn ut fra dette. En kort oppsummering av den forskningen jeg valgt å fokusere på vil bli presentert i teori kapitlets første del.

## Metode

### *Epistemologi og ontologi*

”Epistemologi er teori om kunnskap” (Kvale og Brinkmann, 2009 s 66)

Det finnes mange teorier om kunnskap, som har oppstått i forskjellige paradigmer og har blitt til ut ifra mange forskjellige posisjoneringer. Med posisjoneringer mener jeg her hvilke briller man velger å ha på når man ser virkeligheten. (Halvorsen, 2002) Ontologi, er læren om ting slik de virkelig er. I en postmodernistisk tradisjon er det færre og færre ting som er fastlåst som sannheter, og troen på den eneste og rette sannheten er svinnende. Det er en mer og mer allmenn oppfatning at ting kan ses på flere måter og oppleves på flere måter. (Kvale og Brinkmann, 2009)

I 1962 ble begrepet paradigme lansert av vitenskapsteoretikeren Thomas S. Kuhn. Et paradigme kan ses på som den dominerende arbeids- og tenkemåten innenfor en vitenskap i en bestemt periode. Paradigmene avløser hverandre ved at vitenskapen går i sprang fra den ene erkjennelsesmåten til den andre over tid. I våre møter og samtaler med andre oppnår vi ny kunnskap, fordi det skjer en gjensidig prosess i interaksjonen. Gjennom ettertanke, refleksjoner, og konversasjon avsløres verdier og tradisjoner som vi tidligere har tatt for gitt og ny forståelse kan oppstå. Gjennom dette finner vi, slik jeg forstår det, en konstruksjon av kunnskap som oppstår gjennom en påvirkning mellom intervjueren og informanten. Dette kan da ses på som en kunnskapsproduksjon ut fra en postmoderne posisjon. (ibid.)

En annen måte å forstå verden ut ifra er den positivistiske posisjonen for utvikling av kunnskap. Her finner vi den regelstyrte og vitenskapsstyrte kvantitative kunnskapen. Ut fra denne posisjonen antar man at kunnskapen representerte en absolutt, sann og objektiv viten. Denne posisjonen har blant annet bidratt til at den kvalitative intervju undersøkelsen ofte ikke ses på som en legitim forskningsmetode, da den ikke kan oppfylle disse kravene. (Kvale og Brinkmann, 2009) Her i min forskning velger jeg å posisjonere meg i forhold til et fenomenologisk, hermeneutisk vitenskapssyn, hvor den subjektive opplevelsen er utgangspunktet for å forsøke å finne en dypere mening i enkeltindividets erfaringer. Jeg vil forsøke å lete, ikke bare etter det umiddelbart innlysende i meningsinnholdet, men også det som er skjult pga. normer og verdier i samfunnet. (Thagaard, 2004)

I min forskning har jeg en postmodernistisk tilnærming. Slik jeg forstår en postmodernistisk tilnærming er konteksten en viktig del av den kunnskap som produseres. For min forskning betyr det at selv om jeg synes å ha funn i min forskning så vil ikke disse funnene nødvendigvis kunne overføres til andre situasjoner og personer. Jeg har valgt å bruke en narrativ modell for min analyse. Jeg ser meg selv som en aktiv deltager i den kunnskapen som produseres. Jeg velger å se det slik at kunnskap kan konstrueres mellom intervjuer og informanten i et intervju ved hjelp av språket. I analysen velger jeg en språkbasert inngang til intervjuet ved hjelp av en narrativ tilnærming.

Med narrativ tilnærming tenker jeg her på å gå inn gjennom de historiene som blir fortalt. Mennesker har alltid fortalt historier om seg selv og sin livsverden. Geir Lundby kaller det narrative en metafor, og metafor definerer han som et billedlig uttrykk hvor noe kan forstås gjennom noe annet. Jeg forstår Lundby slik at de narrative vi som mennesker kommer til å fortelle om oss selv, er med på å forme historien om våre liv og vår forståelse av oss selv. Som tolkende skapninger trenger vi en kontekst å tolke våre opplevelser innenfor. Samtidig kan vi ha flere forskjellige roller, som far, som arbeidstaker, som sønn eller som her i oppgaven min pårørende. Konteksten vi er i er med på å bestemme hvilke tolkninger vi gjør, og kan være en ramme for hvordan vi opplever oss selv. Gjennom historier kan vi binde sammen våre opplevelser i en tidsdimensjon, en begynnelse, en fortsettelse og en slutt. Vi konstruerer historier om oss selv i samspill med omgivelsene våre ut fra det som "passer". Vi trekker ut og forteller om noe, mens noe annet blir glemt eller utelatt, og slik konstrueres ofte de dominerende historiene om vårt liv, eller vår fortalte og kanskje foretrukne historie. Det betyr ikke at det er den eneste sanne historien om vårt liv, men en av historiene, en av sannhetene. (Lundby, 1998)

Alle fortellinger, utspiller seg i samspill mellom fortelleren og tilhøreren. Fortelleren gjør sin del for å skape interesse for sin fortelling hos tilhøreren, og han igjen driver fortellingen videre gjennom sin interesse. Kunnskapen er konstruert i et sosialt samspill gjennom spørsmål og svar, nikk, bekreftelser og bekreftende lyder eller andre uttrykk som kan føre historien fremover. Formålet med forskningsintervjuet er ikke i utgangspunktet å medvirke til endring hos informanten, slik som i et terapeutisk intervju. Målet i et forskningsintervju er kunnskap. Allikevel er det slik at det som kommer frem i et intervju kan medføre endring både for intervjueren og informanten, gjennom at det oppnås en ny forståelse for de temaene det snakkes om. (Kvale og Brinkmann, 2009)

## **Utvalg**

I min forskning består mitt utvalg av tre kvinner og to menn. Informantene er bosatt i 4 forskjellige kommuner og i 3 forskjellige fylker. Her har jeg fått et utvalg bestående av to fedre, to mødre og et søsken. Videre i oppgaven kommer jeg til å betegne alle informantene mine, og pasientene, som han, for å anonymisere dem. Jeg valgte mine informanter blant pårørende av inneliggende og utskrevne pasienter ved den institusjonen jeg selv arbeider. Bakgrunnen for å velge denne gruppen som informanter er at jeg ønsker å finne ut mer om hva vi som fagfolk på vår institusjon kan gjøre annerledes slik at det oppleves mer hjelpsomt for pårørende. Derfor var det nyttig for meg at mine informanter hadde erfaring fra vår institusjon. Det at de i tillegg har erfaring fra andre steder og fra andre tiltak gjør dem bare til enda bedre informanter. Mine informanter har den felles erfaringen at de er pårørende til mennesker som sliter med et rusproblem og ofte også sin psykiske helse.

Min arbeidsplass består av tre avdelinger og jeg valgte derfor å søke informanter gjennom de to avdelingene hvor jeg ikke selv arbeider. Dette gjorde det lettere for meg å være i rollen som forsker. Jeg arbeider ikke nært med de pasientene som mine informanter er pårørende til. Dette ønsket jeg skulle være med å gjøre det enklere også for informantene og pasientene. Jeg opplevde å ha en mer ikke vitende posisjon i forhold til deres historie. Med en ikke vitende posisjon mener jeg her at jeg ikke kjenner deres og deres familier sin situasjon. Jeg håper derfor at min forforståelse av deres situasjon ikke vil være så fremtredene.

Likevel er det noen ekstra utfordringer med å ha informanter fra egen institusjon.

Informantene kan oppleve seg i et avhengighetsforhold til oss slik at det de trekker frem som positivt med institusjonen kanskje kan være preget av dette. Det kan bli en mer forsiktig kritikk av samarbeidet enn det ville ha blitt dersom utvalget var satt tilfeldig sammen og de pårørende ikke visste hvilken institusjon jeg kom fra. En av mine informanter uttalte seg på denne måten: ”Du er jo her i en dobbelt posisjon, litt som ansatt på institusjonen og litt som student.” Gjennom intervjuene opplevde jeg at jeg av og til hadde en annen oppfatning av min arbeidsplass enn det enkelte av mine informanter hadde, og jeg kjente at jeg fikk lyst til å forklare mer av det for dem. Det kan være at min lojalitet til min arbeidsplass var med og bidro til at jeg lukket for noe som kunne blitt nyttig å gå videre med. Jeg håper jeg greide å stoppe meg selv i dette, og beholde min nysgjerrighet som student og forsker.

Etter å ha fått de nødvendige tillatelser samlet jeg de pasientene fra de to avdelingene som var interessert i å høre om mitt prosjekt. Jeg hadde i forkant av dette laget min prosjektbeskrivelse og samtykkeskjema. Jeg hadde også med meg kopier av min intervjuguide.

Pasientene fikk informasjon om mitt prosjekt, og hva jeg ønsket å finne ut mer om. Det ble en fin samtale hvor jeg opplevde at de var interesserte i prosjektet. Jeg ønsket at de skulle være informert om mine forskningsspørsmål, for å kunne ta et reelt valg i forhold til å spørre sine pårørende om å delta. Derfor fikk de tilgang til min intervjuguide. Jeg ba om at de ikke formidlet den videre til de personene jeg skulle intervju, da jeg skulle spørre noen av spørsmålene, men ikke nødvendigvis alle, og jeg ønsket å få spontane historier. Jeg understreket at dette var frivillig, og at de ikke behøvde å spørre noen om de ikke ønsket det. Det å være med eller ikke ville ikke få konsekvenser på noen måte.

Dersom de ønsket å spørre sine pårørende om å være med kunne de selv velge hvem de ville spørre. Jeg ba om at informantene var voksne over 18 år. Denne måten å definere pårørende på er i tråd med helselovgivningen som er gjeldene for den institusjon jeg arbeider på. Jeg lot de pasientene som ønsket det få med seg informasjonsskrivet mitt og spørsmålene mine. De kunne ta kontakt med meg om de ønsket at deres pårørende skulle spørres om å være med. Jeg opplevde i møtet med pasientene at alle var lydhøre og at flere ønsket at deres pårørende skulle spørres. Ingen av de tilstedeværende pasientene ble opplevd å være kritiske til å involvere sine pårørende, men noen hadde liten kontakt med sine pårørende og ønsket derfor ikke å involvere dem. Dagen etter fikk jeg navnet på mine første potensielle informanter og flere pasienter kom og sa at de hadde spurt sine pårørende. Jeg spurte dem om de ville ta med informasjonsskrivet og samtykke erklæringen til dem, eller om jeg skulle sende det. Noen valgte at jeg skulle sende det, andre ville ta det med og levere det til sine pårørende selv. De som leverte det selv fikk med en konvolutt med samtykkeskjema og informasjon om prosjektet, mitt telefonnummer, samt frankert returkonvolutt til min arbeidsplass. To pasienter tok selv telefonkontakt med sine pårørende og gav meg deretter adressen slik at jeg skulle sende ut informasjon.

Mine informanter kan sies å være et strategisk utvalg, de har erfaring som pårørende til pasienter som sliter med rusproblemer og sin psykiske helse. Ved at jeg fikk mine informanter gjennom samtaler med pasienter på min arbeidsplass, så ble mine informanter et tilgjengelighetsutvalg for meg. Det betyr at de var de informantene som var tilgjengelig for meg som forsker. (Thagaard 2004) Intervjuene tok i gjennomsnitt en time, og foran hvert

intervju gav jeg mine informanter muntlig informasjon om det som var presentert i brevet. Vi hadde også snakket om at jeg ønsket å ta intervjuet opp på bånd (Lydfil). De fikk informasjon om hvordan disse ville bli oppbevart, og når de ville bli slettet, noe som i tillegg kunne leses i informasjonen om forskningen. De ble informert om at jeg ville anonymisere alt jeg bruker i min oppgave. Informantene mine fikk informasjon om at det var frivillig å delta. De kunne trekke seg når som helst, uten konsekvenser. De fikk informasjonen på nytt, både når jeg kontaktet dem for å avtale intervju, og den dagen intervjuet ble holdt. I etterkant av informasjonen fylte de ut samtykkeskjema.

Det er ikke sikkert at jeg har fått et gjennomsnittlig utvalg av pårørende med i min forskning. I mitt utvalg kan det være at de pårørende som er med, også er de pårørende som har best kontakt med sine voksne barn. Det kan være ressurser i disse familiene som andre familier ikke har. Flere av mine informanter beskriver egen familie som ressurssterke. Kanskje mestrer de sin situasjon som pårørende på en annen måte enn de familiene som ikke har ønsket å delta. Thagaard sier at i kvalitative studier viser det seg at personer fortrolig med forskning, som har en høyere utdanning eller er vant til å reflektere over sin egen situasjon, kan gi det kvalitative studiet en skjev representasjon. Det kan også være slik at kvalitative studier er dyptgående og nær, slik at ikke alle ønsker å slippe forskeren inn i sitt liv. (Ibid)

Fra en pasient fikk jeg tre informanter og jeg valgte da å bruke to, hvorav en informant var et voksent søsken. Bakgrunnen for å velge to fra samme familie i et så lite utvalg var å høre hvordan opplevelsen av å være søsken opplevdes.

De temaene jeg hadde blitt opptatt av tok jeg med til faglig forum, dette er et av vår institusjons tverrfaglige møtepunkt. Faglig forum består av et utvalg ansatte ved institusjonens tre avdelinger, samt representasjon fra ledelsen. Møter her holdes månedlig, og deres arbeidsområde er institusjonens fokusområder. Når jeg var til stede var det sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og psykologer representert. Det var 12 personer til stede. De temaene jeg hadde blitt opptatt av og hadde valgt å fortelle om var: pårørende sitt behov for å bruke styrke og makt i sitt samarbeid med oss, spørsmålet om fagfolk gjemmer seg bak taushetsplikten og tilslutt hva pårørende ønsker og sier de trenger fra oss som institusjon og fagpersoner. Disse tre temaene la jeg frem og fortalte om, sammen med noen uttalelser fra intervjuene mine som belyste hva de pårørende hadde vært opptatt av i forhold til dette. Jeg ba om at fem av deltagerne, skulle reflektere over de temaene jeg hadde valgt ut. De som meldte seg frivillig var: en sykepleier, en vernepleier, to sosionomer og en psykolog. Jeg innhentet



samtykke fra dem i forhold til å få bruke stoffet i min oppgave. Denne samtalen varte i 20 minutter, og jeg transkriberte samtalen rett i etterkant. Jeg antok at dette kunne bidra til en ytterligere utvidelse av min forståelse, og mine perspektiver. Jeg har brukt noen av disse refleksjonene i min drøftningsdel.

### ***Valg av sted for undersøkelsen***

Som tidligere beskrevet ble mine informanter valgt ut av pasienter på institusjonen. Mine intervjuer ble avtalt, og jeg lot informantene bestemme hvor intervjuet skulle foregå. Jeg hadde forskjellige alternativer, vi kunne ha det på min arbeidsplass, jeg kunne reise hjem til dem, eller vi kunne bruke lokaler som jeg leide inn på Diakonhjemmets høgskole i Oslo. I forbindelse med intervjuene ønsket jeg å avholde dem der informantene følte seg mest komfortable. En av mine informanter valgte å ha intervjuet på min arbeidsplass, da vedkommende hadde et ærend der. Tre personer ønsket at jeg skulle komme hjem til dem, man kan anta at det betydde at de sparte tid, var på sin egen hjemmebane og slapp å reise ut. En ønsket at vi skulle ha det på Diakonhjemmet høgskole i Oslo, da det passet best i forhold til jobb situasjonen. Jeg forsøkte å tilpasse tidspunkt og sted for intervjuene etter hva som passet dem best. Jeg opplevde allikevel at flere av mine informanter gjorde sitt for å få det til å passe best mulig for meg. Jeg hadde med meg en liten blomst til de jeg reiste hjem til, informanten på diakonhjemmet fikk 200 kr til dekning av drosjeutgifter, og informanten på institusjonen fikk servert kaffe. Ingen ble betalt for å være med i undersøkelsen.

De viktigste feilkildene her sier Halvorsen i sin bok, er den konteksten intervjuet foregår innenfor. Han trekker frem at andre kan være tilstede. Dette var tilfelle i et av mine intervjuer hvor både far og søsken ble intervjuet samme dag i fars hus. Her opplevde jeg at det som begynte som et intervju av søsken utviklet seg til å bli et felles intervju av de to, hvor de reflekterte sammen om sine opplevelser. Jeg kan derfor ikke vite om far sin tilstedeværelse hadde noen innvirkning på hva min informant ville eller kunne fortelle. Andre egenskaper som min alder, mine klær, mitt utseende, og min oppførsel kan ha påvirket intervjuet. Jeg har under intervjuene forsøkt å opptre nøytralt og respektfullt, men kan ikke vite hvordan det har blitt oppfattet av informantene. (Halvorsen, 2002)

## **Kvalitativ metode**

Som forsker kommer du nær inn på informantene og kan oppfatte følelser, og nonverbale signaler som du ikke får på samme måte i en kvantitativ forskning. For meg ble det da naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Jeg ønsker å gå i dybden og finne ut mest mulig om hvordan mine informanter forstår sine opplevelser som pårørende og hvordan de ønsker møtene med oss som hjelpere skal være. En av innvendingene mot den kvalitative forskningsintervjuet er at forskningen ikke er vitenskapelig, men bare basert på sunn fornuft. Heller ikke det å være vitenskapelig er en eksakt definert situasjon. I stedet for å spørre om forskningen min er vitenskapelig, velger jeg å spørre om den kan gi nyttig kunnskap. (Kvale og Brinkmann, 2009)

Kvalitativ metode har et vidt spekter av måter å få frem data på, i min oppgave har jeg valgt intervjuet og en refleksjonsgruppe bestående av kollegaer. Jeg har benyttet semistrukturerte intervjuer. Med semistrukturerte intervjuer mener jeg her et delvis strukturert intervju hvor jeg stiller noen spørsmål til alle informanter, men har rom for å bytte på temaenes plassering i intervjuet og komme med oppfølgingsspørsmål. Noe som er et fellestrekk for den kvalitative tilnærmingen er at forskerens analyse av data foregår med utgangspunkt i tekst. Teksten beskriver handlingen, samt de utsagn og perspektiver informanten har brakt frem, samtidig er den kunnskapen som bringes frem et produkt av samhandlingen mellom forskeren og informanten. (Ibid.)

Nyansene i de pårørendes narrativer finnes etter min oppfatning best ved bruk av en kvalitativ metode. I det kvalitative forskningsintervjuet kan man få frem meninger og prosesser som utvikles i den samfunnsmessige konteksten de skapes innenfor. En styrke ved dette er at man kan få frem nyansene i historiene som fortelles. Det vil være et subjekt forhold, mellom forskeren og informanten noe som innebærer at resultatene av en forsknings prosess påvirkes av begge. Med subjekt mener jeg her at både jeg som forsker og min informant i felleskap produserer kunnskap og er to handlende subjekter som er avhengig av hverandre. Motsetningen til dette kan ses som i en kvalitativ undersøkelse der informanten gjennom for eksempel å svare på et spørreskjema blir et objekt for forskeren. De kvantitative dataene kan ofte uttrykkes i mengde, mens kvalitative data oftest inneholder tekst. Dette krever at forskeren reflekterer og viser hvordan han har kommet frem til kunnskapen. (Thagaard, 2004)

En av de viktigste forskjellene mellom en kvalitativ tilnærming og en kvantitativ tilnærming er at de egner seg for innhenting av forskjellige typer data. De kvalitative dataene som innhentes kjennetegnes ved data om sosiale relasjoner og meninger bak adferd. Kvantitative tilnærminger egner seg godt til innhenting av ”har” data og ”gjør” data. (Halvorsen, 2002)

Dersom mitt ønske hadde vært å finne ut hvor mange pårørende som har hatt kontakt med en fagperson ville jeg vurdert en kvantitativ undersøkelse. Da kunne fokuset vært på data i forhold til forekomsten av en mengde, eller antall, i stedet for som i kvalitative data i form av tekst, eller beskrivelser. (Thagaard 2004)

Samtidig er heller ikke et kvalitativt intervju, slik det er foretatt av meg nødvendigvis en åpen og fri dialog mellom informantene og meg som forsker. Selve intervjusituasjonen innebærer her en asymmetrisk maktposisjon. Jeg som intervjuer har bestemt spørsmålene, jeg har bestemt hvilke uttalelser jeg vil følge opp og hvilke jeg ikke følger opp. Jeg er en fagperson som også forsker, og jeg er den som har enerett til å tolke og rapportere hva mine informanter mener. (Kvale og Brinkmann, 2009) Det er mange feilkilder som kan være tilstede i kvalitativ forskning. Forskeren kan være forutinntatt, hans posisjon kan være slik at han ikke får den informasjonen han søker for at informantene forteller det de tror han vil høre eller er ute etter. Klarer forskeren å registrere den informasjonen som kommer? Det kan også være en fare at de konklusjoner forskeren trekker kan understøttes med utvalgte sitater. Det blir derfor viktig for forskeren å være åpen om de valg han har tatt. (Halvorsen, 2002)

### ***Validitet og reliabilitet***

Narrativ analyse handler om det å tolke. Det betyr at de narrative som er skrevet ikke den ”sanne” redegjørelser for hva som har skjedd i et liv eller en spesiell episode. I stedet antar man at hver leser opplever fortellingen på sin måte ut ifra sin posisjon som leser. Det finnes derfor ikke en ”sann” analyse. Ut ifra antagelsen om at validitet er sosialt konstruert, utskiller Kvale tre grunnleggende kriterier for validering. Hvor godt håndverk gjør forskeren? Her blir forskerens troverdighet stilt på prøve. Hvordan er den kommunikative validiteten? Dette krever at kunnskaps innhold prøves gjennom en dialog med forskere, informantene og andre. Den pragmatiske valideringen handler om muligheten til å handle slik det kreves i forhold til de funn som er gjort. Hvilke muligheter finnes for å gjennomføre det som skal til for å endre praksis? (Kvale og Brinkmann, 2009) Når det gjelder narrativ analyse blir validering til et spørsmål om troverdighet. Leseren må oppleve at de ut fra sitatene kan bedømme om

tolkningene kan brukes. Man bør også la informantene utale seg. Dette har jeg ikke gjort. Et annet av kriteriene er om leseren opplever at det som er skrevet gir ham eller henne en ny innsikt. Den pragmatiske nytteverdien er også et av kriteriene for troverdighet. (Johansson, 2005)

### ***Hva skjer når man transkriberer***

Det verktøyet man har i et intervju er språket. Man gjennomfører et intervju og får en muntlig historie som man transkriberer for så å analysere. Dette reiser spørsmål om man kan foreta en transkribering uten å miste data. Man tolker når man transkriberer, man velger hva man tar med og hva man utelater. Man tar fortellingen som er en aktiv handling, og skriver den ned og transformerer den over til en fortelling om en handling. Den her og nå opplevelsen man har i intervjuet er nå blitt en fortelling om intervjuet, slik den som transkriberer har valgt å nedtegne det. De som var der kjenner/husker, og har kanskje skrevet ned når det ble smilt, grått og tatt pauser, snakker raskt eller sakte, brukt kroppsspråk og gester. Den som leser transkripsjonen vil uansett hvor nøye det er transkribert gå glipp av deler av dette. Uansett hvor nøye man er med å transkribere vil transkripsjonen bare kunne ivareta deler av informasjonen man faktisk får i et intervju. (Kvale og Brinkmann, 2009)

### **Hvordan har jeg valgt å transkribere**

Jeg har i mine intervjuer valgt å ikke skrive notater underveis i intervjuene. Det er et valg jeg har gjort for å være tilstede i intervjuet på en konsentrert og nærværende måte. Jeg var redd at jeg ved å skrive samtidig som jeg lyttet og responderte ville bli for opptatt av det jeg selv holdt på med. Jeg vet at jeg lytter best når jeg ikke skriver samtidig, og valgte derfor å notere inntrykkene mine rett etter intervjuene i stedet. Jeg opplever at det jeg fester meg ved, er det som gjør størst inntrykk på meg som tilhører. Med denne måten å lytte på kan man si at jeg tar valg og ser noe, men overser noe annet. Dette gir meg en maktposisjon som forsker og som den som transkriberer den vitenskapelige teksten. (Johansson, 2005)

Jeg transkriberte intervjuene, samtidig som jeg gjorde dem om slik at ingen skulle kunne gjenkjennes. Jeg endret navn, og refererte alle informanter og pasienter i hankjønn for å unngå at noen skulle bli gjenkjent. Ved å endre på disse tingene risikerer jeg å endre noe av innholdet i informantens utsagn. I det jeg skriver på bokmål, endrer jeg og gjør om den

fortalte historien. Jeg har forsøkt å holde en tone i mine transkriberte tekster som viser respekt for mine informanter, og deres erfaringer. Laurel Richardson, en feministisk sosiolog diskuterer ulike moralske aspekter i sin bok "Writing Strategies." Hun trekker blant annet frem at den vitenskapelige teksten er en moralsk handling, og at man som forfatter av denne kan velge hvordan informantens stemmer skal fremstå i teksten. (Richardson, 1990)

Når jeg transkriberte intervjuene tok jeg med noen pauser, latter og følelsesuttrykk i transkripsjonen. Jeg lagde også et "kjerne- narrativ" på ca en ½ side tekst, hvor jeg oppsummerte det jeg som forsker opplevde som kjernen i den historien min informant hadde ønsket å fortelle meg<sup>3</sup>. Der noterte jeg også det jeg hadde blitt opptatt av i intervjuet. Mye av det som kommer frem i et intervju er ikke narrativt, men bare spørsmål og svar og utveksling av argumenter og andre former for diskurs. Riessman mener at forskeren må finne de narrative segmentene selv.(Riessman, 1993)

I min analyse har jeg forsøkt å argumentere og bruke begreper som er nær knyttet opp til det å være pårørende. Jeg har her bestrebet meg på å beskytte mine informanternes integritet, og ta vare på deres perspektiv gjennom fremlegging av mitt materiale.(Thagaard, 2004) Samtidig har jeg forsøkt å ivareta mine informanter ved å forsøke å sette meg inn i deres opplevelser av å være pårørende, slik at min gjenfortelling av deres opplevelser er holdt så nær opp til deres opplevelse som det var mulig for meg å få til.

Jeg avsluttet alle mine intervjuer med en oppsummering rundt hvordan intervjuet hadde vært, og jeg gav de pårørende et skriv som fortalte hvor de kunne søke hjelp for egen del<sup>4</sup>. Jeg tilbød også at de kunne ringe meg på institusjonen, dersom de kom på noe, eller trengte oppklaring på noe eller bare ville snakke med noen. Vi snakket litt om hvordan de hadde opplevd intervjuene, og jeg takket dem for å ha bidratt til min oppgave.

## ***Etiske perspektiver***

Jeg startet arbeidet med min oppgave med å lage ferdig intervjuguiden for så å søke Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste om forskningstillatelse.(Heretter kaldt NSD) Etter å ha fått prosjektet godkjent bestrebet jeg meg på å følge de tilrådingene NSD gav<sup>5</sup>. Jeg tok også

---

<sup>3</sup> Ligger ved et eksempel som vedlegg 2

<sup>4</sup> Ligger ved som vedlegg 3

<sup>5</sup> Ligger ved som vedlegg 4

kontakt med min arbeidsgiver for å få godkjenning fra dem i forhold til det å kunne snakke med våre pasienter og gjøre forskningen slik jeg har beskrevet<sup>6</sup>. Dette innhentet jeg en skriftlig tillatelse til. Jeg innhentet skriftlig og innformert samtykke fra mine informanter. Mine kollegaer skrev under på at jeg kunne bruke deres refleksjoner i oppgaven. De ble informert om oppgaven og mitt ønske om å bruke dem som refleksjonsgruppe.

### **Etiske perspektiv rundt utvalg.**

En av de etiske overveielene jeg gjorde meg før jeg skulle starte denne forskningen var at jeg ikke ønsket å snakke med pårørende uten at den som var pasient syntes dette var greit. Opplevelsen av å være pårørende er etter min oppfatning så knyttet opp mot det å være pasient at jeg fant ut at for meg var dette en riktig fremgangsmåte. Som en urutinert forsker valgte jeg å ha et prøveintervju før jeg startet opp med de ”virkelige” intervjuene. Min informant var her en person jeg kjente, som var pårørende til en person som opplevde rusmiddelavhengighet. I mitt prøveintervju fikk jeg mye informasjon som jeg opplevde kunne vært relevant for min oppgave, men jeg har valgt å ikke bruke noe av dette. På den ene siden så kunne det å bruke dette intervjuet vært med på å anonymisere mine øvrige informanter, da det ikke var hentet fra min arbeidsplass, men på den andre siden var denne informanten ikke valgt av den gjeldende pasienten. Etter å ha reflektert rundt dette fant jeg det riktig å ikke bruke informasjonen.

### **Etiske perspektiv rundt intervjusituasjonen.**

I arbeidet med å designe min intervjuguide har jeg tenkt mye på at det kan være belastende for informantene å skulle fortelle sin historie. Derfor ønsket jeg å begynne med litt nøytrale spørsmål for så å gå over til de litt mer personlige spørsmålene, og deretter stille spørsmål som distanserer seg litt fra det personlige for å avslutte intervjuet. Jeg ønsket med dette blant annet å kunne stoppe mine spørsmål når jeg opplevde at det ble for belastende å skulle fortelle. I et av mine intervjuer opplevde jeg at jeg måtte stoppe, ta pauser og være svært varsom da jeg opplevde at informanten selv ble svært berørt av de fortellingene det ble fortalt om. Jeg opplevde at informantens følelser ble vekket, og at sorgen over det som ble fortalt kom nær. Jeg valgte da å ikke gå videre, selv om det kunne ha tilført mer kunnskap i intervjusituasjonen.

---

<sup>6</sup> Ligger ved som vedlegg 9

I Kvale og Brinkmann sin bok bruker de et uttrykk fra Aristoteles, *phronesis*, som beskrives som en intellektuell dyd hvor man må erkjenne og reagere på det som er viktigst i en situasjon, for eksempel det å få frem mest mulig kunnskap i et intervju, eller å ivareta informanten, og forstå den sårbarheten som kan oppstå i denne spesielle situasjonen. (Kvale & Brinkmann, 2009 s.79) Intervjuene ble foretatt i hovedsak i løpet av et tre måneders perspektiv, men siste intervju ble først tatt ca 6 måneder etter første intervju. Jeg transkriberte så intervjuene fortløpende.

### **Etiske perspektiv rundt transkribering.**

Siden mine informanter kommer fra ulike kommuner og fylker ville de i et så lite utvalg som jeg har kunne bli gjenkjent på dialekt. Jeg har selv om jeg har fjernet dialekter, forsøkt å holde meg så nær opp til opprinnelsesintervjuet som mulig. De ordene jeg har forandret i mine sitater har jeg forandret på grunn av at de hadde en typisk muntlig form, som jeg tenker mine informanter ikke ville benyttet i en skriftlig gjengivelse. Det er viktig for meg at mine informanter skal fremstå på en måte som de ville kjenne seg igjen i, og at de skal føle at de er respektert.

# Teori kapitel

## *Funn i annen forskning*

Jeg har funnet lite forskning som eksplisitt gjelder samarbeid mellom pårørende til de som opplever en rusmiddelavhengighet og problemer med sin psykiske helse og fagpersoner. Jeg har søkt i data hos Sirus. (Statens institutt for rusmiddelforskning.) I tillegg har jeg søkt i Fokus på familien. Av utenlandske baser har jeg søkt gjennom Wiley Online Library, som søker i tidsskrift og bøker. Her finnes blant annet tidsskriftet "Family Process" som er et av de Amerikanske tidsskriftene som favner familieterapi. Jeg har også googlet. I tillegg har jeg brukt referanselister fra annen lignende forskning og søkt opp og lest i disse.

Det jeg har funnet er forskning som beskriver belastningene ved å være pårørende og forskning som sier noe om hva pårørende opplever å trenge av tilbud. Jeg finner fortellinger fra pårørende som forteller hvordan de opplever samarbeidet. I min forskning vil boken "Forbannede elskede barn" bli presentert. Boken handler om narkotikamisbruk sett i lyset av pårørende sine erfaringer. Denne boken bygger på forskningsarbeidet til Magnhild Mjåvatn Høie, hennes hovedoppgave i psykologi ved NTNU. ( Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet).

Det å være pårørende til pasienter som opplever rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse beskrives som en rolle preget av usikkerhet, angst og stress i tidligere forskning. (Nordlie, E. 2003, Copello et al. 2009, og Storbækken og Iversen, 2009) Bergensklinikkene er en av de store aktørene i Norge når det gjelder kunnskap om rusmiddelbehandling. De gjennomførte i 2009 en undersøkelse blant pårørende som var berørt av andre sin rusmiddelavhengighet. Deres utgangspunkt var å finne ut hva pårørende selv mente de trengte av oppfølging. Ofte har pårørende sitt behov blitt definert av fagpersoner i feltet, og ikke gjennom å spørre pårørende selv. De funn som kommer frem i forskningen er blant annet at kvinner søker oftere støtte enn menn, og de søker en mer emosjonell støtte. Yngre menn søker oftere hjelp en eldre menn, og men søker ofte praktisk støtte. 70 % av deltagerne i denne undersøkelsen sa de trengte mer kunnskap om å håndtere situasjonen som pårørende. 70 % av kvinnene i undersøkelsen og 50 % av mennene oppga å trenge hjelp til å sortere tanker og følelser. Nesten 50 % av deltakerne ønsket også hjelp til å sette grenser. Over 40 % av deltakerne oppgir at de trenger å vite mer om behandlingstilbud, dette til tross for at de fleste er foreldre



til pasienter som har levd med en avhengighet i over 7 år og som har vært i behandling flere ganger. (Storbækken og Iversen, 2009)

I en britisk undersøkelse fra UK Drug Policy Commission, 2009, forskes det på hvilke kostnader som oppstår for samfunnet ved at voksne pårørende utsettes for andre sin bruk av narkotika. Samtidig ses det på hvilke besparelser samfunnet har gjennom pårørende sin innsats for narkotika brukerne. Forskerne trekker frem hva som oppleves vanskelig for pårørende som er berørt av narkotikaproblemer. Funnene viser at pårørende ofte opplever bekymring rundt pasientens fysiske og psykiske helse. De opplever uro forbundet med personens avvikende oppførsel. Det sosiale livet til familien reduseres, og det medfører vanskeligheter i familiemedlemmenes kommunikasjon. Følelser som henger sammen med disse typer problemer er depresjon, angst, en følelse av hjelpeløshet, sinne og skyld. Forskerne finner at stigmaet som er knyttet til det å ha et rusmisbrukende familiemedlem, fører til at problematikken gjemmes unna av de berørte. Dette kan føre til at behandlingsapparatet går glipp av den støtten pårørende kan være for personer i behandling.

Forskerne mener å finne at de fleste behandlingssteder er mest opptatt av den som opplever rusmiddelavhengigheten. Pårørende holdes på avstand og ses ofte ikke som sentrale for en behandlingsprosess. I rapporten vises det til flere forskningsresultater som viser at pårørende ikke bare er en viktig støtte til personer som er i en behandling, men også for å få personer til å ønske en behandling. Det vises her til pårørendes egen behov for støtte og hjelp. Forskerne påpeker at pårørende sin situasjon kan bedres og at stresset<sup>7</sup> de opplever kan minskes ved forholdsvis enkle og kortvarige tilbud til gruppen pårørende. Pårørende betaler ofte en høy pris, for de omsorgsoppgavene som de til dels har blitt påtvunget. Å ha en person med et illegalt rusmiddelproblem i familien kan medføre at pårørende kan oppleve et høyt stressnivå som varer over tid. Forskingen konkluderer med at pårørende bør tilbys hjelp for egen del, uavhengig av familiemedlemmet som er berørt av rusproblemet. Pårørende bør få rom til å snakke om sine opplevelser. De bør tilbys informasjon og kunnskap, og tilbys hjelp til å mestre det stress de utsettes for. Der det er et behov eller ønske om å trekke inn et utvidet nettverk anbefales dette. Forskerne anbefaler behandlingssteder å ivareta pårørende, ved å henvise dem videre slik at de kan få hjelp for egen del. Her anbefales det at de pårørende som

---

<sup>7</sup> "Kroppens fysiologiske reaksjon ved påkjenninger" (Cullberg, s63, 1999)

ikke profiterer på tilbud andre steder, bør tilbys samtaler på behandlingsstedet. (Copello et al, 2009)

I boken til Mjåvatn Høie og Drottz Sjøberg rapporterer foreldre til dem som opplever rusmiddelavhengighet mangler ved hjelpeapparatet. Hvordan man opplevde å bli behandlet var avhengig av egne ressurser og hvem man møtte. De fleste foreldre opplevde seg lite inkludert og involvert i opplegget rundt barnet, spesielt etter at det ble myndig. De beskrev taushetsplikten som ”et tveegget sverd”. Noen foreldre hevdet at frivillighet i behandling gjorde barna deres sjanseløse. De ønsket at det skulle stilles vanlige menneskelige krav til de som var i behandling. Politiet ble av flere sett på som hjelpsomme fagpersoner. Ellers var det å bli lyttet til og behandlet vennlig noe som betydde en forskjell for de pårørende. Pårørende opplevde at det var vanskelig å komme videre i eget liv, og de fortalte om høyt stress over tid. De hadde også fortellinger om håp, styrke og mot. Flere av foreldrene rapporterte sinne når de møtte et utilgjengelig eller avisende hjelpeapparat, men de sa at dette sinnet gav dem styrke og kraft til å stå på. (Mjåvatn Høie & Drottz Sjøberg, 2007)

Når det voksne barnet, viser en avvikende adferd som narkotikabruk, vil det oppleves som en sosial katastrofe av foreldrene. Gruppeverdier i samfunnet som sier barn fra ”gode” familier skikker seg bra, er med på å redusere familiene sin selvfølelse. Man kan oppleve at ens egen sosiale status trues. Dette kan oppleves vanskelig når man møter andre med ”vellykkede” barn, for eksempel i hjelpeapparatet. Flere foreldre i dette utvalget rapporterte om en opplevelse av stigmatisering i møtet med hjelpeapparatet, og de opplevde det som langsomtgående og byråkratisk. Det var slik at troen på barnets motivasjon for endring hadde blitt mindre over tid. Allikevel beholdt foreldrene håpet, noe som forfatterne ser som en mestringsstrategi. (ibid.)

### ***Fra ekspert til tilrettelegger for endring gjennom språket.***

Før 1950 tallet var den dominerende holdningen innenfor psykoterapi at problemene var i individet. Det var en antagelse at man kunne oppnå en sann, objektiv og riktig viten om mennesker. Menneskets utvikling og fungering kunne ses ut fra ”en indre kjerne”. Denne indre kjernen kunne det oppnås sann viten om. Språket ble sett på som et verktøy for å uttrykke det man tenkte. Tanken hadde sitt utspring i denne indre kjernen. Relasjonene mellom mennesker og de problemene som ble opplevd ble tolket og forsøkt løst ut ifra en lineær

forståelse. I 1945 ble den generelle systemteorien innført av Von Bertalanffy. Han definerte enhver enhet som kunne opprettholde seg selv ved hjelp av et samspill med systemets deler som del av et system. Han mente at å studere samspillet i systemet var mer nyttig enn å studere delene. Denne teorien har hatt en stor betydning for familierapiens utvikling. (Hårtveit og Jensen, 1999) Familierapien oppstod blant annet som et opprør mot de tradisjonelle sannheter innenfor psykoterapeutisk tenkning. Man endret fokus og begynte å sette søkelyset på menneskers levekår, rasisme, kvinneundertrykning og psykoterapiens konservative holdning. Gregory Bateson (1904-1980) er ansett for å være den som leverte de grunnleggende premissene for det vi i dag kjenner som kommunikasjonsteori og familierapi. I tidlig familierapi forsøkte man å hjelpe familier som opplevde problemer ved å avdekke feil i familiens samhandling. Terapeutene var eksperter som kunne finne feilene og deretter foreta intervensjoner for å få familiene til å fungere bedre. (Ibid.)

I slutten av forrige århundre skjer det noe i samfunnet vårt. Gamle sannheter ble forkastet og nye sannheter oppstod. Den postmoderne antagelsen vokser frem. Innenfor flere og flere felt i samfunnet deler man antagelsen om at vi konstruerer og forstår sannhet ut fra den konteksten vi er i og den tiden vi lever i. Verden og oppfatningene av verden forandres kontinuerlig. Spørsmålet er ikke lengre hva som er sant, men hvordan man forstår og konstruerer sin egen sannhet, og hvordan slike forståelser vedlikeholdes. Man er ikke lengre så opptatt av å finne årsaker til menneskers adferd. Det sentrale blir å studere menneskers forestillinger og konstruksjoner av verden. (Hårtveit og Jensen, 1999)

Forståelsen endret seg over tid, og spredde seg. Innen de fleste retningene i familierapi gikk man bort fra synet på terapeuten som ekspert, og over til at alle er eksperter på seg selv. Terapeutens oppgave endret seg. Fra å være ekspert på hvordan problem skulle løses ble terapeuten ekspert på å være nysgjerrig, og stille spørsmål for å finne hver enkelts opplevelse, tanker og følelser.

### ***Nettverket som aktiv deltager i dialogen.***

Når mennesker opplever kompliserte og sammensatte problemer trengs det forskjellig redskap for å kunne hjelpe. Nettverksarbeid kan bidra til å sette klientens totale situasjon i sentrum for oppmerksomheten. Nettverksarbeid slik Jaakko Seikkula ser det, skal ikke erstatte andre hjelpemetoder som allerede eksisterer. Han ønsker tvert imot at forskjellige fagfolk og de

berørte skal være tilstede sammen, slik at alle hjelpe- og terapimetodene skal få like mye å si. Et sosialt nettverk eksisterer egentlig ikke som noe i seg selv, men som et begrep som kan brukes til å beskrive en helhet av menneskelige relasjoner. (Seikkula, 2000)

Når vi snakker om sosialt nettverk mener vi vanligvis de samhandlingsformene som gjør at individet bevarer sin sosiale identitet. Fra disse samhandlingsformene får personer åndelig støtte, materiell hjelp, tjenester, kunnskaper og nye relasjoner. (Marsella og Snyder, 1981) Dersom en person blir langvarig innlagt på sykehus etter en krise, kan dette påvirke nettverket på en destruktiv måte slik at personen mister den støtten han trenger for å bli frisk. Undersøkelser som støtter dette er gjort blant alkoholikere, depressive pasienter og psykiatriske pasienter som er underlagt institusjonsomsorg. Det å jobbe nettverksentrert er noe alle fagpersoner kan gjøre. Seikkula sier det på denne måten:

”Når den profesjonelle hjelperen retter oppmerksomheten mot forskjellige stemmer i klientens liv, for eksempel ved å invitere dem til en felles samtale for å definere oppgaven, da arbeider han nettverksentrert.” (Seikkula, 2000 s. 53)

Man skal ikke lete i klientens nettverk for å finne den som har skyld i klientens problemer, man skal heller ikke forsøke å forandre klientens nettverk. Det er nettverket som har kraft til å forandre. De som jobber med nettverk forsøker å skape en dialog mellom dem som deltar i nettverket. Nettverket kan forandre seg som et svar på det som skjer i dialogen. Seikkula har sett på hvordan den sosiale støtten i nettverket og familien innvirker på det å bli frisk igjen, og gjenvinne sine funksjoner. Han mener at dersom kriser løses feil, vil menneskers sosiale nettverk fungere dårligere og pasienten vil kunne oppleve å ikke få den støtten man trenger for å bli frisk. (Ibid.)

Det er slik at et problem blir et problem når det er definert som det, enten av pasienten eller av noen rundt ham. Et problem kan derfor bare opphøre når de som har definert det som et problem er enige i at det ikke er et problem lengre. Et nettverksperspektiv bør derfor inkludere alle de personene som har vært med på å definere problemet som et problem. En mulighet er å spørre hvem det er som kjenner til problemet og er bekymret. Dette kan være med på å redusere skepsisen til å be mennesker med i slike møter. (Seikkula og Arnkil, 2007)

Nettverksmøter kan noen ganger bli preget av monologisme. Dette skjer for eksempel når deltagerne blir opptatt av å fortelle andre hva de kan gjøre for å endre et problem. Det kan da

også lett bli foreslått at en person skal gjøre store endringer i livet sitt. I dialogismen settes søkelyset på området mellom mennesker, den fokuserer på det som skjer mellom mennesker, der de møter hverandre. Endringer er noe man kan gjøre i seg selv, ikke noe man kan foreslå at andre skal gjøre. Når man er i en dialog må begge parter lytte til innholdet i det som sies samtidig med at man må legge merke til måten det sies på. Taleren må vurdere den andre sitt kroppsspråk, bevegelser og tårer og andre ikke-verbale signaler. Taleren er subjektet for sin egen tale, men hva som blir sagt bestemmes også av den sosiale konteksten. Den sosiale virkeligheten er flerstemt og i enhver sosial situasjon er mange ulike stemmer nærværende. Kraften i disse stemmene til sammen er det som kan skape noe nytt, en endring. (Ibid.)

Intervensjonene i nettverksarbeidet er ikke ensidig rettet mot en monologisk endring av andre, men man kan kalle intervensjonen en styring i vid forstand. Michal Foucault sier at styring omfatter alle diskurser, programmer eller strategier som forsøker å forme eller endre egen eller andres adferd. I en nettverksdialog er allikevel den enkelt parts mulighet til å kontrollere situasjonen begrenset på grunn av det dialogiske, ekspertområdet som vokser frem mellom deltagerne. (Seikkula og Arnkil, 2007)

### ***Samskaping i terapi og bruk av spørsmålet som verktøy.***

Fra en antagelse om at systemet skaper et problem, gikk man innen det systemiske familieterapifeltet videre mot å anta at det er problemet som skaper systemet. Dette endret også terapeutens stilling. Terapeuten blir nå sett som en del av det systemet som problemet skapte. Alle som er berørt av et problem har naturligvis meninger om problemet. Dersom disse meningene er alt for forskjellige, holder folk ofte mer fast i sine egne meninger. Ved å samtale på en måte som åpner dialogen, og hvor meninger skiller seg litt fra hverandre er det lettere å finne frem til nye meninger. Terapeuten prøver i stor grad å unngå å uttrykke sine egne meninger, for på denne måten å ikke alliere seg med noen eller skape motsetninger i forhold til andre personer som har en annen forklaringsmodell. Vi er ikke nøytrale, men vi etterstreber å ha en nøytral holdning til det som det snakkes om. Terapeutens oppgave er å gå inn i dialogen for å forsøke å forstå hvordan de andre deltakerne skaper sine meninger og forklaringer. Vår oppgave som fagpersoner blir å innby til en samtale hvor vi sammen ser etter nye og andre forklaringer som det ennå ikke er tenkt ut. De passe uvanlige spørsmålene er ofte terapeutens mest anvendelige verktøy i bidraget til å løse opp fastlåste systemer. (Andersen, 2005)

De profesjonelle terapeutene bruker en ”åpning” som utgangspunkt for å stille klienten et spørsmål. Både det man hører og det man ser får en til å tenke at dette var viktig. Alt fra en trekning ved personens øyne, en sjelving, en som flytter seg på stolen, alt er med på å vise at dette er viktig. I en langsom samtaleform kan man her komme inn med nye spørsmål. Disse nye spørsmålene kunne for eksempel være: ”Hvis sjelvingen i hånden kunne snakke, hva ville den sagt da?” Dersom et barn gråt ville man kunne spørre foreldrene et tilsvarende spørsmål. Det som er felles for disse spørsmålene er at de leter etter det som ligger inne i den hendelsen som skjer. Spørsmålene leter ikke etter det som ligger forut for eller bak hendelsen, men det som ligger inni. Terapeuten må her greie å lytte på det som blir sagt, og ikke tenke at det egentlig handler om noe annet. Det som sies er det som blir sagt, og det betyr det som blir sagt, ingenting annet. (Ibid.)

### ***Sosialkonstruksjonismen og sannheten.***

Når vi snakker om at mennesker har en indre kjerne, da sier vi også noe om hvor alt kommer fra, og at det er denne indre kjernen som gjør mennesket til den det er. Dersom man i stedet antar at man kan konstruere sin virkelighet i en sosial relasjon, ved hjelp av språket, da holdes muligheten for en forandring åpen. Hadde vi valgt å si det han sier er det vanskelig for oss å forstå, og ikke sagt han er vanskelig, ville vi ikke lagt det å være vanskelig til ham som person. Vi hadde heller beskrevet vanskeligheten til å være det som foregikk mellom oss. Sosialkonstruksjonismen påberoper seg ikke å være sannheten. Den er bare en måte å forstå verden på. Konstruksjonistiske dialoger inviterer til å ta del i en annerledes forståelsesmåte. Vi har muligheter til å skape nye måter å være til på, fra det øyeblikket vi begynner å prate sammen. Vi kan være med på å konstruere oss selv. Gjennom å ha fokus på hvilken betydning individet legger i de følelsene det snakkes om, og gjennom å avdekke klientens foretrukne konstruksjoner, vil terapeuten kunne arbeide mot en endring av disse konstruksjonene. I en sosialkonstruksjonistisk tradisjon er det i kraft av relasjonene at betydninger oppstår og handlemønstre endres. Det er viktig for den sosialkonstruksjonistiske terapeut å ikke anta at egne holdninger og diskurser er de rette. Det er viktig å møte medlemmer av systemet med en ikke vitende posisjon. (Gergen, 2010)

Kenneth Gergen stiller spørsmål til de sosialkonstruksjonistiske terapiformene om det er mulig for dem å være verdinøytrale. Han stiller også spørsmål om vårt ønske om å behandle

mennesker er en følge av politisk intoleranse. I de nye terapiformene som er preget av sosialkonstruksjonistiske ideer vektlegges betydninger av de opplevde problemene, mer enn å avklare hva som virkelig foregår. I stedet for å innta ekspertposisjonen tar terapeuten del i den konstruksjonen som foregår i terapien ut i fra en ikke-vitende posisjon. Her består en ikke-vitende posisjon i at terapeutene forsøker å unngå å påføre klienten sine egne forutinntatte meninger, og forblir nysgjerrige på klientens fortelling. Interessen for relasjonen er større enn den vekten som blir lagt på de mentale tilstandene til klienten. De konstruksjonistiske terapeutene har fokus på at det ikke finnes noen verdinøytral terapi. Er du for eksempel fokusert på klientens arbeidsvilje, så står du i veien for hans livsnytelse. De fleste terapeuter løser dette dilemmaet ved å fortelle klienten om sine verdier. Gergen mener de tre mest populære formene for konstruksjonistisk terapi er løsningsfokusert terapi, narrativ terapi og polyvokalitet, eller en mangestemmet praksis. (Ibid)

### ***Terapeut rollen og den ikke vitende posisjon.***

Harlene Anderson sin innfallsvinkel til terapirommet er postmodernismen. Hun bruker begrepet et språklig system, og en språklig begivenhet når hun forklarer terapi. Hun beskriver dette som mennesker som i en samarbeidende relasjon og i en felles samtale er på vei mot en streben etter muligheter og håp. De filosofiske antagelsene som ligger bak denne tenkningen er at menneskelige systemer er språk- og betydningsskapende. Språket skaper en orden og en mening i vår verden, og det fungerer som en form for sosial deltagelse. Vår kunnskap skapes sammen med andre gjennom språket og våre dagligdagse gjøremål. Dermed er også selvet sosialt skapt gjennom samhandling med andre. Dette igjen får betydning for hvordan vi som terapeuter tenker om andre mennesker og hvordan vi ser vår egen rolle i deres liv. Man går bort fra terapeuten som en ekspert med større kunnskap enn den andre, og over til et samarbeidsorientert partnerskap.

Terapeutens ekspertise består i å skape det rommet hvor dialogen kan vokse. Med en samarbeidsorientert terapeutisk holdning inviteres klienten inn som en ekspert på innhold, livserfaringer og de omstendigheter som har fått ham til å søke hjelp. Her er terapeuten ekspert i å skape dialogen med klienten og beholde hans fortelling i fokus. Ved å bidra til å løfte frem klienten og hans historie, fremmer terapeuten at alle stemmer i rommet får snakke og at alle bidrar. Intensjonen er at alle skal oppleve sitt bidrag som like viktig som enhver annen sitt bidrag. Harlene Anderson advarer terapeuten mot å forsøke å bli en slags narrativ

ekspert som har svarene på hvordan en fortelling bør se ut. Hun mener at det ikke er slik at det ”usagte” ligger og venter på å bli oppdaget, men at det oppstår og tar form når vi snakker med hverandre. Terapeuten er heller ikke et ubeskrevet blad, slik som de andre har vi med oss vår historie, våre fordommer og våre erfaringer inn i samtalene. Vi må tenke på at vi er tilbøyelige til å se det vi forventer å se, og finne det vi leter etter. (Anderson, 2003)

### ***Nyskrivning av historier og narrativ praksis.***

Michael White har med sin terapiretning innenfor den narrative forståelsesmodellen lagt vekt på nyskrivning av historier og eksternalisering av problemer. Problemer som oppstår i menneskers liv plasseres ikke som en del av personen, men ses som noe utenfor personen. Når man snakker om en person som har angst, så har man samtidig sagt noe om hans identitet. Dersom man i stedet snakker om en person som kjemper mot angsten har man gitt personen et refleksivt rom mellom seg selv og det opplevde problemet. I den narrative terapiretningen utforskes ikke bare det som oppleves som problemet. En forsøker i tillegg å utforske de effektene problemet har på klientens liv, samt den betydningen som klienten tilegger disse effektene. Problemene blir ikke bare eksternalisert, klienten tar samtidig stilling til problemet. Klienten inviteres også til å gi problemet et navn. På denne måten blir lettere for familie systemet å jobbe mot problemet i stedet for å legge ansvaret for problemet på hverandre. (White, 2006)

Utforskningen består også i å utforske når problemet var mindre eller ikke så dominerende. Gjennom samskaping av en alternativ og mer foretrukket historie, kan mennesker oppnå håp og ny mestring. Det er ikke lenger den som opplever angsten som har skylden, eller de pårørende, men ”angsten” som herjer med familien. Dette kan bidra til å forstå fortid, nåtid og fremtid på en ny måte. Terapeuten bidrar til en dekonstruksjon av menneskers fortellinger og lager rom for at klientene kan erfare en nye fortolkninger av sine liv.(ibid.)

De siste par hundreårene, skriver Lundby, har den vitenskaplige tenkningen vært med på å fortrenge historiefortelling som en måte å formidle sannheter om verden på. Menneskene har alltid fortalt historier om sine liv, det er en grunnleggende menneskelig aktivitet. Gjennom de historiene vi forteller formes vår identitet. Identiteten vår oppstår og forhandles om i den gruppen vi tilhører, innen den kulturen vi lever i og i den tiden vi lever i. Vi forteller om våre erfaringer i form av historier. Det vi ser som viktig og essensielt får stor plass, og andre ting



legger vi ikke vekt på, eller ser noen mening i. Det får liten eller ingen plass. Hva vi gir plass avhenger av hva vi ønsker å beskrive. Skal jeg beskrive meg som pårørende, som student, som mor, som bilist? De fenomenene jeg ikke nevner er de jeg ikke anser har betydning for det jeg forteller. De delene av historien som ikke blir fortalt blir glemt. De historiene som står igjen, og som vi internaliserer, er de historiene som er med på å bygge vår identitet. (Lundby, 1998)

De store dominerende historiene i våre liv blir bygd opp på en måte så de forteller hvem vi er. Det kan være noe som kulturen vår oppfatter som en positiv ressurs, som ”jeg er en flink fagperson,” eller det kan være negativt preget som ”jeg er en rusmissbruker.” Likevel er det slik at når historien blir fortalt blir den endret i hver fortelling. Våre tidligere erfaringer både de glemte og de usagte virker inn på det vi opplever og derfor også på opplevelsen av det. Ved å forske i hva som ligger under de noen ganger fastlåste negativt pregede historiene, kan man sammen med klienten finne nye og mer foretrukne identiteter. (Ibid.)

### ***Løsningsfokusert terapi, hva om problemet var borte?***

Hva om alt som plaget folk og fikk dem til å gå i terapi var borte? Konstruksjonistiske tanker kan åpne for noen slike spørsmål. Det er jo ikke slik at vi ikke vil oppleve problemer og vanskeligheter i livene våre. De opplevelsene vi har er både virkelige og vonde, men vi minnes på at problemene skapes og opprettholdes etter hvordan vi forstår virkeligheten. Mange terapeuter foretrekker å ha et endret fokus i samtalene sine. Fra å ha et fokus på problemer ønsker de å ha fokus på løsninger. Løsningsfokusert kortidsterapi er en retning som fokuserer på løsninger fremfor problem. Terapeutene her ønsker å vektlegge psykisk sunnhet gjennom å sette søkelyset på klientens mestring. Gjennom å se etter hva klienten mestrer og deretter å forsterke dette, behøver man ikke prate om problemet. Tanken som ligger bak dette er at å snakke om problemer kan forsterke det vanskelige, og være unyttig for klienten.

Terapeutens jobb er å utforske hva klienten mestrer. Hva klienten mestrer er forskjellig for hver klient, og hvordan man tenker behandling blir derfor også forskjellig. Terapeuten tror at klienten er den som vet best hva han må gjøre for å løse problemet. Klienten og terapeuten jobber frem en enighet om hvilke mål klienten har og samarbeider mot dette målet. De løsningsfokuserte terapeutene ønsker å gjøre ting så enkelt som mulig. Slik de ser det er forandring noe som skjer hele tiden, og det er ikke mulig å ikke forandre seg. I stedet for å

spørre om når problemet var der, leter de etter unntakene fra problemene. Deres orientering er mot nåtiden og fremtiden. På denne måten kan de få frem pågangsmot og håp, etter hvert som klienten ser at han lykkes. Det er viktig å hjelpe klienten til å stole på egne krefter.

Løsningsfokuserte terapeuter trenger ikke jobbe med motstand da de alltid er med klienten på hans løsning av det han opplever som problem. Det hender at en klient henvender seg til dem, men at han skulle ha vært et annet sted med det han opplever som problemene sine, da kan de lede ham til rett instans. De tre retningslinjene for løsningsfokusert terapi kan sies å være:

1. Hvis noe ikke er i stykker, så ikke reparere det!
  2. Så snart du vet hva som virker, Gjør mer av det!
  3. Hvis det ikke virker, så ikke gjør det om igjen, gjør noe annerledes!
- (Berg og Miller s:40, 1998)

I løsningsfokusert terapi benytter man skalerings spørsmål, for og finne ut hvor klienten befinner seg i forhold til å løse problemet. Mirakelspørsmål blir brukt for å forestille seg hvordan verden vil være når problemet ikke fantes. Relasjonen er betydningsfull og her benevnes klienten ut fra hvilken relasjon han har til terapeuten. I løsningsfokusert terapi opererer man med tre relasjons typer. En kunderelasjon kan beskrives som en relasjon mellom klient og terapeut som har funnet frem til hvilket problem som søkes løst gjennom et samarbeid, eller hvilket behandlingsmål de skal ha. I en klagerelasjon har terapeuten og klienten funnet ut hvilket problem som ønskes løst, men de har ikke funnet skritt klienten kan ta for å komme dit, løsningen ligger utenfor det samhandlende systemet. De fortsetter da samarbeidet for å finne en ny vinkling som kan gjøre at de finner en løsning. Den siste relasjonen er betegnet som en besøkende relasjon, der blir ikke terapeuten og klienten enige om noen mål eller noen behandling. (Berg og Miller, 1998)

### ***Annen teori som er brukt i oppgaven.***

I boken ”Hope and Despair in Narrative and Family Therapy”, skriver forfatterne om hvor viktig håpet er i terapi og forteller hvordan hjerneforskning viser sammenhenger mellom håp og mestrings. Forfatterne viser til de komplekse sammenhengene mellom håp og håpløshet klienter kan oppleve, og reflekterer og viser til terapier rundt disse temaene. Boken viser hvordan terapeuter møter og engasjerer seg i disse innfløkte opplevelsene i livet. (Flaskas et al. 2007)

Boken til Kari Bøckmann og Alice Kjellevold er skrevet som en klinisk og juridisk innføring for pårørende og fagpersoner i helsetjenesten. De forteller i boken hvordan helsepersonell, er ansvarlige for å hjelpe pårørende og legge til rette for at deres rettigheter blir oppfylt og at de får sine roller avklart. Boken henviser til de lover og regler som regulerer samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell, og forklarer hvordan reglene bør forstås. Kjellevold er jurist og Bøckmann er psykologspesialist.(Bøckmann og Kjellevold, 2010)

”Klienten den glemte terapeut” er en bok om brukerstyring i psykisk helsevern. Bokens hovedmål er å bidra til at klientens stemme blir sterkere og mer synlig i det psykiske helsevernet. Tanken bak innholdet i boken er å bevege seg fra evidensbasert praksis (en bestemt behandlingsmåte for et bestemt problem) til praksisbasert evidens (å gjøre det som fungerer i forhold til den enkelte klienten.) I boken blir også klientens stemme tydelig gjennom egne bidrag i boken. (Ulvestad et al. 2007)

## **Analysen**

Noe av det jeg er opptatt av er hva som skjer mellom pårørende og fagpersoner, med størst vekt på hva pårørende opplever og ønsker av oss som fagpersoner. Det som skjer mellom oss er mitt fokus i oppgaven. Det finnes flere modeller for narrativ analyse. Jeg har valgt å analysere med hovedvekt på innholdet i intervjuene. Jeg kunne også ha valgt en fenomenologisk analyse. I Narrativ analyse synliggjør forskeren individets opplevde erfaring gjennom historier, mens i fenomenologien er man ute etter å forstå individets opplevelse gjennom de uttalelser og meninger som blir hevdet. I den skrevne rapporten vil den narrative forskeren komme med et narrativ om informantens opplevelse, mens den fenomenologiske forskeren vil vise frem essensen av fenomenet sett fra informantens side. (Creswell J. W, 2007)

Jeg har valgt ut mine narrativer etter tema i min intervjuguide, og har lett etter det som handler om pårørende sin interaksjon med fagpersoner. Dette valget har jeg tatt, selv om Riessman anbefaler sine studenter ikke å utelate noe ved å la problemstillingen styre utvelgelsen av det som analyseres. (Riessman, 1993) Min begrunnelse for dette er at jeg har informert både til de pårørende, pasientene og NSD om at det er det som skjer mellom oss som fagpersoner og de pårørende jeg er ute etter. Jeg ønsker å stå ved dette selv om andre deler av intervjuene også ville egnet seg for analyse.

Når jeg fortalte til mine kollegaer, som jeg her kaller refleksjons gruppe, om noen av de narrative mine informanter hadde delt, vakte dette stort engasjement hos dem. I drøftingen vil jeg derfor ta med deres vinkling inni oppgaven. Dette var tidlig i min prosess, men jeg hadde foretatt intervjuene og synes at det begynte å utkrystallisere seg noen temaer fra intervjuene som jeg valgte å fortelle om. Et av temaene som utmerket seg var opplevelsen av taushetsplikt, deretter ble jeg opptatt av makt og avmakt, og opplevelsen av møtet med fagpersoner. Senere fikk jeg rolleavklaring og informasjon inn som et viktig tema.

### ***Utvelgelse og prosessen i den narrative analysen.***

Alle deler av en forskning inneholder utvidelser, men også redusering av stoffet. Til slutt ender opp som en skrevet oppgave som møter leseren. Slik jeg forstår Riessman tenker hun hele prosessen delt inn i 5 nivåer.

1.

Hun begynner nivå 1, der informanten beslutter hva hun/han skal fortelle. Her velger informanten å fortelle noe og utelater kanskje en annen fortelling. Riessman kaller dette nivået ”Attending” eller deltagelse. Her ser jeg forskerens bidrag som å hente frem det spørsmål eller tema som han ønsker å snakke om, noe som utelater alle andre tema. På samme måte velger informanten hvilken historie han velger å fortelle, noe som utelukker andre narrativer.

2.

Neste nivå kaller Riessman for fortelling eller ”Telling”. Fortelleren velger ut hva som skal fortelles og fortellingen kan drives fremover av lytterens interesse.

3.

”Transcribing” eller transkripsjon er det tredje nivå. Her er det forskeren som reduserer og gjør valg i forhold til hva som skal med, og hva som ikke kommer med i transkripsjonen.

4.

Neste nivå er analysen, ”Analysing” Forskeren bestemmer hva som inkluderes og hva som ekskluderes. Til slutt gir analysen en metahistorie om hva som hendte, gjennom å trekke frem, redigere og gjenskape det som ble fortalt. Det blir en hybrid historie, et lagd dokument.

5.

Til sist vil den skrevne rapporten møte leseren. Her kan man miste mye av narrativets opprinnelige stemme. Det leseren får, er det den som foretar analysen legger frem og har valgt ut. Samtidig kan det skje en utvidelse gjennom at rapporten leses på forskjellige måter, avhengig av hvilken kontekst den leses i, og hvem som leser den. (Riessman, 1993)

Narrative forskere ser på temaet sannhet på forskjellige måter. De som er influert av fenomenologi, slik jeg har valgt, tar posisjonen at narrativer utgår fra virkeligheten. Det er i fortellingen vi får frem fenomenene i en strøm av bevissthet. Andre igjen sier at fortellere skriver inn sin egen ideologi og oppfatning i historiene. Når noen forteller om sitt liv, hender det at de lyver, de glemmer mye, overdriver, blir forvirret, og oppfatter ting feil. Likevel er det en opplevd sannhet, kanskje ikke akkurat som det forløp, etter en objektiv standard, men informantene gir oss sannheten ut fra sin opplevelse. Dette er ikke den vitenskaplige sannheten, og den kan heller ikke etterprøves på samme måte. Vi kan forstå det fortalte gjennom en tolkning, en oversetning. På en respektfull måte kan vi høre etter den konteksten informantene er en del av. Vi kan lytte etter hvordan de opplever verden. Noen ganger skurrer den sannheten vi finner i personlige narrativer oss i ørene. Dette kan gjøre oss

oppmerksomme på hvordan vår egen plass i verden spiller en rolle for hvordan vi tolker og skaper mening i informantenes narrativer. (Riessman, 1993)

### ***Valg av metode for analysen***

Jeg har valgt en narrativ tilnærming i analysen av mitt materiale. Jeg forsøker her å kombinere en strukturell narrativ analyse med innslag av en tematisk narrativ analyse noe Riessman holder frem som en mulig tilnærming. Hun anbefaler å kombinere metodene for å oppnå en rikere analyse. Min motivasjon for valg av metode har vært å få frem pårørende sine egne erfaringer og fortellinger om samarbeid med fagpersoner. Der jeg opplever at innholdet i narrativene ikke har blitt endret, har jeg fjernet forskerspørsmål og bekreftende utsagn fra teksten. Jeg har i stedet valgt å forklare konteksten i forkant av narrativet.

### ***Den tematiske narrative analysen***

Den tematiske analysen vektlegger innholdet i narrativet og dette er den tematiske narrative analysens eneste fokus. Dataene tolkes i lys av de temaene som oppdages under forskningen. De lokale forholdene som hvem fortellingen fortelles til og hvorfor den fortelles slik tillegges mindre vekt, men de samfunnsmessige faktorene fremheves. (Riessman, 2008) For å foreta den tematiske analysen har jeg laget en oversikt av de temaene jeg har festet meg ved i mitt materiale<sup>8</sup>.

### ***Labovs strukturelle analyse***

Gjennom en strukturell narrativ analyse kan man finne ut hvordan narrativet er organisert og satt sammen. Hvordan fortelleren legger opp til at lytterens interesse skal vekkes og hvordan fortelleren skaper mening ut fra sin måte å fortelle på. Fokuset endres fra ”det fortalte” til ”fortellingen”. Jeg har brukt Labov sin metode for koding av noen temaer. De temaer jeg har valgt ut og kodet på denne måten, mener jeg er med på å belyse funn i min oppgave. Her blir det viktig for meg å prøve å finne ut hva slags mening informanten tillegger narrativet. Riessman fraråder studenter å sette kodingen inn i den publiserte teksten, da hun mener det gjør den mindre lesbar og kan skape forvirring. (Riessman, 2008) Jeg viser derfor et eksempel på min koding i det første narrativet jeg analyserer. Labov sin modell fokuserer på hvordan

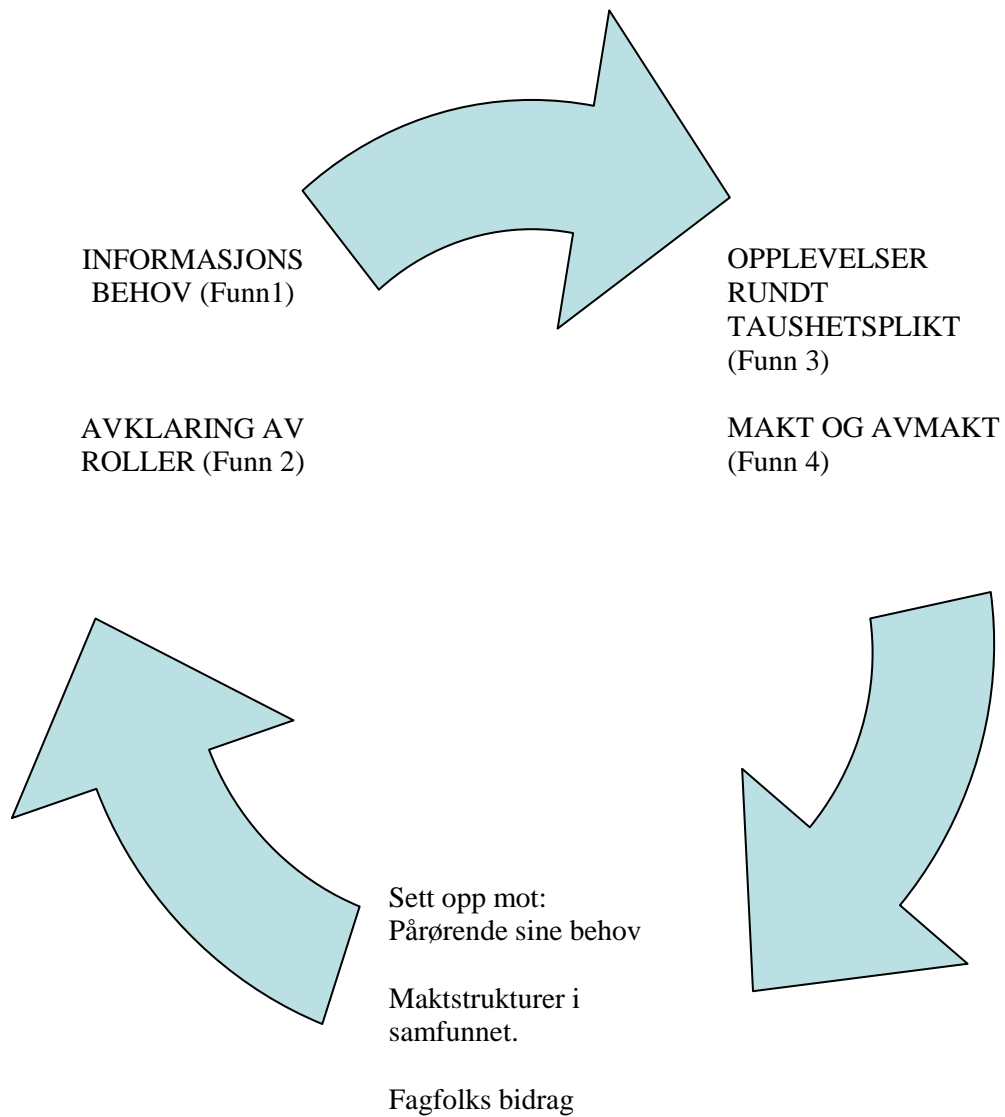
---

<sup>8</sup> Dette er med i vedlegg over temaer jeg mener å ha funnet. Vedlegg 5.

språklige enheter er lenket til hverandre gjennom først og fremst i en tidsrekkefølge. Han skiller også mellom intern og ekstern vurdering. Labov sin modell har blitt utsatt for hard kritikk blant annet for at relasjonen mellom forteller og tilhører helt mangler i hans modell, da han vektlegger samspillet i historien mer enn samspillet mellom deltagerne. (Johansson, 2005)

Labov mener at fortellingen har to hovedfunksjoner, det første er å fortelle hva som hendte, deretter er det å fortelle noe om hva slags mening informanten har lagt i hendelsen, tilslutt en evaluering av hendelsen. Kodingen starter ofte med å gi en sammenfatning om hva historien handler om dette kodes (AB) eller Abstract. Så følger en orienterende sekvens,(OR) eller Orientation, som gir svar på spørsmål som hvor, når, hvem og hva? Deretter redegjør fortelleren for hendelsesforløpet, og her følger det som driver historien fremover, (CA) eller Complicating Action. Så svares det på hvordan historien endte, (RE) eller Resolution. Tilslutt kommer det en oppsummering av hovedbudskapet (C) eller Coda. Det er også en evaluering (EV) eller Evaluation som gir oss en oppsummering av historiens poeng. (Johansson, 2005, Riessman, 2008)

**Funn i min forskning.**





I dette kapitlet vil jeg analysere de temaene jeg synes å ha funnet rundt informasjon i mitt materiale. Her vil jeg analysere hvordan jeg opplever at mine informanter er blitt berørt. Deretter vil jeg analysere det jeg beskriver som avklaring av roller og forventninger. Min neste analyse vil gå på temaer rundt taushetsplikten, og til slutt vil jeg analysere opplevelser av makt og avmakt som mine informanter har fortalt om. Jeg vil også vise hvordan jeg har brukt Labov sin strukturelle analyse i det første narrative jeg har valgt ut.

### ***Manglende rolleavklaring mellom fagfolk og pårørende.***

Manglende rolleavklaring ble brakt frem som et tema av en av mine informanter. Mitt spørsmål som ledet frem til dette var hvilke tanker han hadde om å trekke nettverket inn i behandlingen. Jeg velger her i tillegg til å ha valgt ut temaet i en tematisk analyse, også se på dette i lys av Labov sin strukturelle narrative analyse. For å komme dypere inn i informantens mening om hendelsen.

Her følger narrativet, som et eksempel på hvordan jeg har kodet<sup>9</sup>.

Mitt spørsmål Linje 501	Men hva slags tanker har du om å trekke nettverket sånn inn i behandling, Tenker du? <sup>10</sup> ...	AB
518	Ja, ja men vi har vært der at vi stort sett..vi har nok villet det	OR
519	og kanskje først å fremst så synes jeg det er rart at det,	OR
520	kanskje ført og fremst på institusjonen ikke ble innkalt til en prat uten pasienten.	OR
521	Og kanskje en status en gang i blant.	OR
522	Uten ham, der til dels vår rolle og hvordan kan vi samarbeide,	OR
523	blir veldig sånn der oppgave fokusert, altså.	CA
524	Jeg fikk ansvar for å følge ham opp med noe ... og sånn,	CA
525	Og det er på ett vis greit.	EV
526	Det blir sånn oppgavefokusert mer enn rolle fokusert	RE
527	Eller en slags opplæring av det å være pårørende da.	EV
528	Så jeg opplever det at de tingene vi samarbeidet med var veldig sånn konkrete,	EV
529	og det er jo fint at vi kan gjøre det,	EV
530	men det er et slags fundament som er under de konkrete oppgavene	C
531	som det hadde vært fint å vært enige om og ha en felles forståelse om.	C
532-534	...	
535	På det planet har en ikke beveget seg.	C
536	Vi har gått rett på de konkrete oppgavene tenker jeg.	EV

<sup>9</sup> Der jeg har satt inn ... er det utelatt noe tekst, blant annet for å ivareta beskyttelsen av informantens identitet. jeg har også fjernet to setninger som jeg opplever handlet om noe annet. Nummereringen er den samme som i linjenummer i intervjuet.

<sup>10</sup> Så fulgte noen linjer hvor informanten snakket om hvordan han trodde det var i andre familier, telefonen hans ringte og jeg slo av opptakeren. Når jeg slo den på igjen fortsatte han med dette.

Informanten oppsummerer ved å si: vi vil stort sett være delaktige. Samtidig har han med ”stort sett” i svaret sitt, noe som antyder at han ikke alltid ønsker å være med. De vil delta det meste av tiden, men ikke alltid. Han ønsker å snakke om sin rolle og hvordan han og institusjonen skal samarbeide. ”Fundamentet som ligger under” og som det ikke snakkes om, kan være en kjerne til å missforstå hverandre. Slik jeg tolker hans uttalelse så etterlyser han både en avklaring av hvordan det er forventet at en pårørende skal være, men også på hvilken måte en skal fordele ansvar og oppgaver. Er det å være pårørende en rolle med et fast innhold? Eller kan det være slik at pårørende rollen kan være forskjellige? Far etterlyser en avklaring av roller.

Kanskje er det slik for fagpersoner at det tryggeste og mest komfortable er å gi konkrete oppgaver? Som informanten sier så har man ikke beveget seg utenom de praktiske oppgavene. Dette er hans opplevelse, og jeg tolker ham dit hen at han ønsker å delta i en større grad enn å få konkrete oppgaver. Han ønsker en rolle i behandlingen som skiller seg fra rollen som far. Konkrete oppgaver inneholder ingen vanskelige dilemmaer for fagpersonene rundt. Det å be pårørende om å følge pasienten til bussen, kjøpe nye sko eller lignende er, og kanskje tidsbesparende også? Det at vi ikke beveger oss på flere plan, hva kan det bety? Det fundamentet som far ønsker å avklare, kan ha mange aspekter. Vi beveger oss bare på det konkrete uten å nærme oss det overordnede: ”målet” med vårt samarbeid. Kanskje må vi både innom det fundamentet som samarbeidet er tuftet på og det målet vi har felles for å komme videre? Vi reflekterer kanskje ikke rundt hvorfor vi tenker som vi gjør og samarbeider med pårørende som vi gjør. Kanskje vi må se på hvordan dette kan påvirke behandlingen og hvordan det kan påvirke relasjonene. Jeg vil betegne dette å søke å avklare roller og forventninger som et funn i min oppgave.

### ***Informasjonsbehov.***

Fire av mine fem informanter tok opp behovet for å vite mer om behandlingsopplegget før en pasient skulle innlegges på institusjon. De ønsket å vite noe om hvordan behandlingen var lagt opp, hvilken ideologi stedet hadde og hvilke grupper av fagfolk som jobbet der. På vår institusjon går informasjon i hovedsak til den som er søkt inn som pasient. I tillegg til dette finnes det informasjon på en hjemmeside. Etter at jeg hadde spurt en informant hvilke tanker han hadde rundt den informasjon som ble gitt, og hva han hadde trengt av informasjon responderer han slik:

”... vi så jo gjennom papirene han hadde fått og sånn og men vi kunne godt ha tenkt oss å ha litt mer hvordan... opplegget var planlagt for ham.. Kanskje gjennom hele opplegget da. Planer og intensjoner og greier. Det hadde vært greit det altså. For det måtte jeg spørre etter nå, når vi hadde det ansvarsmøtet nå, ... hvordan det var opplagt da. Med forskjellige faser og alt dette.”<sup>11</sup>

Informanten har fått noe informasjon, men savner allikevel den individuelle informasjonen. Han har ikke mottatt noen informasjon rettet direkte til pårørende. Jeg opplever i intervjuet at informanten er forsiktig i sin kritikk av mangelen på informasjon. Det kan hende han hadde kunnet vært mer tydelig i sin kritikk dersom forskeren, jeg, hadde vært uten tilknytning til institusjonen. Slik jeg tolker hans utsagn savner han en plan og en mening med det som gjøres i forhold til pasientens behandling. Informasjon om dette hadde han ønsket i forkant av en innleggelse. Det kan også være slik at informanten selv ønsker å lære mer om rusbehandling. Det han ønsket var offentlig formell informasjon, men han ville også vite hva slags helsehjelp hans sønn skulle få. Informanten fikk når han etterspurte det, den informasjonen han ønsket. Han fikk den i kraft av å være med i ansvarsgruppen. Han hadde fått lese den informasjonen som pasienten hadde fått. Ikke alle pårørende får slik tilgang til informasjon. Her kan man tenke seg flere årsaker. En kan være at pasienten ikke ønsker å dele informasjonen med sine pårørende, en annen kan være at pasienten ikke tenker på at pårørende ønsker informasjon. Fagpersoner og hjelpere er kanskje heller ikke bevisst på hva slags informasjon den pårørende ønsker. Pårørende etterspør ikke alltid informasjonen, og pårørende ønsker kanskje heller ikke samme slags informasjon. En annen informant uttrykker dette når vi snakker om hva som kunne ha gjort det lettere i rollen som pårørende:

”Jeg tenker informasjon, for det du får greie på får du greie på gjennom... det fikk jeg greie på gjennom Per.  
Og det er jo ikke sikkert at han sitter med den hele og fulle sannheten og han oppfatter vel ting som at det skjer ingenting, for eksempel.  
Og så viser det seg at det kanskje har skjedd mye, men at for ham så var det ingenting. For det var ikke noe interessant eller noe sånt.  
Og da hadde det kanskje vært litt lettere å kommunisere med ungen din da.  
Hvis, hvis du visste hva som var tilbudet, hvis du viste hva som ble gjort, du kunne korrigere, eller du kunne liksom ha noe å snakke om også.  
Og, jeg har litt tro på aktivitet da, mye aktivitet  
Så det å få vite litt om for eksempel ukeplaner, ukemenyer, hva som finnes av tilbud.  
Ja, og kanskje hva slags folk er det som jobber der, hva slags opplegg er det hva vil dem, hva er liksom... målet er å få dem rusfri, men på hvilken måte?”<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Intervju F1 linje 541-558

<sup>12</sup> Intervju F3 linje 532-562, også kodet i henhold til Labov sin strukturelle analyse.

Slik jeg tolker informanten her så er det viktig med informasjon av flere grunner. Informanten ønsker å bidra til behandlingsstedets arbeid ved å motivere til egeninnsats og aktiviteter. Informanten ønsker å hjelpe til med å holde strukturer i behandlingen. Her opplever jeg at informanten kunne ønske seg en mer aktiv rolle i behandlingen. Samtidig opplever jeg her en tvil fra informanten om behandlingsopplegget er ”så godt”. Pasientens oppfatning av situasjonen aksepteres heller ikke som den ”fulle sannhet”. Det åpnes for at det kan finnes flere årsaker til at pasienten ikke synes det er nok tilbud. Informanten vektlegger det å være i aktivitet høyt, og kanskje høyere en det som er tilbudet. Jeg tolker informanten slik at han av og til synes det er vanskelig å finne temaer å snakke med pasienten om. Han ønsker å ha nøytrale temaer å snakke med pasienten om. Det kan også være slik at konfliktnivået er høyt. Det kan være at pårørende synes det er vanskelig å finne temaer som oppleves som gode å snakke med pasienten om. Det er kanskje slik at man blir fastlåste i hver sine perspektiv slik at samtalene endrer karakter fra dialog til diskusjoner om hvem som har rett. Samtidig tolker jeg informanten dit at han ønsker å vite kvaliteten på tilbudet som gis pasienten. Innen rusfeltet finnes det flere ulike typer tilbud, og slik jeg tolker det, ønsker denne informanten å vite både hva slags tilbud som gis og hvordan det gis.

## **BEHOV FOR HVILE**

Pårørende i min undersøkelse har stor forståelse for de pårørende som ikke ønsker å være involvert, eller ikke hadde mulighet til å være involvert i pasientenes liv. Selv ønsket de alle å være involvert, i alle fall på dette tidspunktet i livene sine. Bare en informant sa at han skjermte seg noe, og han sa at han hadde andre han også hadde omsorg for, og at han derfor ikke kunne bruke alle sine krefter på pasienten.

”Han beskylder oss jo for bare å ta kontakt når han er på institusjon, og ikke ellers, men det er jo ikke sant.

Men selvfølgelig er jo oppmerksomheten fra oss større når han viser vilje til å gjøre noen ting. På en institusjon så følger vi jo opp og tar kontakt og roser og sånn.

Men det er jo ikke like lett å være entusiastisk når han drar gang på gang og havner utpå igjen.

Men du slutter jo liksom aldri å være far da.

Og men, så sier jeg til meg selv, nå orker jeg ikke mer, nå får han seile sin egen sjø.

Men du vet jo åssen det er.

Man stiller jo opp, men for min egen del så prøver jeg jo å distansere meg litt.

Jeg må jo det for å overleve.

Jeg har jo tross alt andre barn, barnebarn og samboer og jeg kan ikke vie meg helt til ham.

Da blir jeg ødelagt.  
Som far så må jeg jo liksom,  
jeg må beskytte meg selv litt også.”<sup>13</sup>

Her viser informanten til det å bli beskyldt for å ikke stille opp, som han forteller ikke stemmer. Det er vanlig at helsepersonell ber pårørende å ta vare på seg selv. Likevel føler far behov for å forklare hvorfor han må skjerme seg. Far gir ikke opp, når pasienten viser vilje til endring er far igjen på banen. Jeg tolker dette som at han har et håp om at noe kan bli bedre og annerledes. Far tåler mange nedturer uten å gi opp håpet om endring hos pasienten. Han sier at han kan ikke gi opp, for man er far. Ligger det en forventning i diskursen om foreldrerollen at en far skal følge opp sine barn, også når de er voksne? For hvert nytt forsøk sier far at det er vanskeligere å være entusiastisk og håpe og tro at nå skjer det noe. Far har tatt et valg ved å forsøke å ta vare på seg selv i situasjonen. Han beskytter seg selv gjennom å forsøke å distansere seg til den som er påvirket av rusmiddelavhengighet. Han sier at han må det for å overleve, noe jeg tolker som et sterkt utsagn. Denne informanten er mer aktiv når pasienten er på institusjon enn når han ikke er det. For andre informanter er det ikke slik. En innformant sier dette når vi snakket om hans tanker om å dra nettverket inn i behandlingen.

”Det er jo krevende og da, så det er jo deilig når en slipper å ha alt daglig kontakt med ham. Så.. det er ikke helt godt å vite om en orker.”<sup>14</sup>

I dette sier han, slik min tolkning er, at i den tiden pasienten er på institusjon kan pårørende hvile litt. Jeg forstår ham slik at det er anstrengende å være i en pårørende rolle. Når man da endelig kan få hvilt litt og pasienten er trygt plassert så kommer kanskje behovet for å slippe å forholde seg så mye til behandlingen. Min opplevelse er at andre pårørende i mitt materiale sier noe om det samme, det er et behov å kunne hvile og slappe av litt.

”Ja nå har han ikke vært så lenge her, vi har jo liksom hatt frihet nå da, sluppet ned skuldrene og bare venter på at han slår litt mer rot, så han får litt mer tid på seg til å komme over kneiken.  
Men jeg har jo, det ligger jo latent, hvor lenge liksom, kommer han ut i morgen, stikker han av, jeg har det i bakhodet ennå altså. Men det er vel sånn på grunn av, vi har jo opplevd det opp gjennom hele opplegget hans”<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Intervju F3 linje 284-305, også Labovs strukturelle analyse

<sup>14</sup> Intervju F2 linje 509-510

<sup>15</sup> Intervju F1 linje 199-206

Informanten sier her, slik jeg tolker det, at han hele tiden lever i en stressituasjon. Det bruker han metaforen ”sluppet ned skuldrene” til å fortelle om. Informanten sier at tiden hvor pasienten er på institusjonen er noe som gir mer egen frihet til å leve sitt eget liv. Informanten bruker flere metaforer i sitt narrativ, han snakker om å slå rot, komme over kneiken, og at han har det i bakhodet. Han tekker sammenhenger bakover i tid til tidligere erfaring, han forteller noe om hvordan han har det nå og han forteller også om drømmen sin for fremtiden. Han gleder seg til pasienten føler seg litt mer hjemme på institusjonen, og at han slår seg mer til ro. Samtidig har han en erfaring på at dette ikke alltid varer, og det er han også forberedt på. Jeg opplever at dette er en måte å fortelle oss som fagpersoner om hvor avgjørende det faktisk er for ham at dette går bra.

### ***Behov for kontroll og utfordringer med taushetsplikten.***

For en pårørende som har opplevd mange opp og nedturer blir det kanskje viktig å få en forutsigbarhet for å kunne slippe litt opp på behovet sitt kontroll behov. I alle fall om man tidligere har brukt mye krefter på det. Jeg snakket med min informant som fortalte hvordan situasjonen for pasienten hadde vært fra han oppdaget rusmiddelmissbruket og hvordan han engasjerte seg.

”Og da gikk det jo en to tre år da som, hvor det gikk til og fra, opp og ned hele tiden. Vi fulgte med hele tida og da kom vi inn sammen med ruskonsulentene der vi bor da. Og dem prøvde jo så godt dem kunne de da, men... det butta i kommunen med dem også. De ble nedprioritert de i kommunen altså. Jeg satt i en sånn støttegruppe rundt ham da i kommunen. Der satt ruskonsulenten og legen hans. Og politi var med, så jeg fulgte jo opp 24 timer i døgnet da, egentlig, jeg er litt sånn kontroll frik, så jeg måtte ha greie på hvor han var hen til en hver tid da.”<sup>16</sup>

Informanten sier noe om sitt behov for kontroll og hvordan det er å være pårørende når pasientens situasjon er ustabil. Det at pårørende benevner seg som ”kontroll frik” kan tolkes som en overinvolvering. En annen måte å forstå dette på er hvordan informanten håndterer sin egen indre uro. Kan det være slik at når informanten ikke hører fra pasienten kanalisere det en større angst? Det er flere av mine informanter som i intervjuene forteller om den frykten de opplever ved å ikke vite hvor deres nærmeste oppholder seg. Ved å holde den som opplever en rusmiddelavhengighet mest mulig nær seg, vil pårørende kunne tolke og forutse hva slags

---

<sup>16</sup> Intervju F1 linje 46-60

situasjoner som kan oppstå. Når de ikke vet hva som skjer er de ofte utrygge. De vet at ingen andre reiser ut og ser etter pasientene, slik er ikke støttesystemene bygd opp. Her trekkes det også frem at det stopper opp i kommunen. Det stopper ikke bare for informanten, men for ruskonsulentene også, det handler om budsjetter og bevilgninger og hvem som vinner kampen om ressursene. Informanten kritiserer slik jeg ser det systemet, ikke fagfolkene.

Informanten beskriver at pårørende må ta ansvaret der det offentlige svikter. Eller er det slik at voksne mennesker må ta ansvar for seg selv? Felles for alle mine informanter er at de har lagt ned utallige timer med innsats for sine voksne barn. Som samme informant uttalte til meg under intervjuet:

”Hadde jeg hatt et lønnstrinn så tror jeg at jeg kunne tjent mye på de timene jeg har brukt på... (navn) som egentlig det offentlige skulle ha tatt seg av.”<sup>17</sup>

Informanten forteller om hvordan han opplever seg selv møtt av fagfolk, og sier da noe om hva han tenker rundt pårørende som ikke har krefter/orker å følge opp på samme måte som han selv.

”Men det er vel det at jeg trækker til selv og ikke bare forlangt at sånn og sånn, nå må dere ta tak. Det kreves litt krefter på en måte. Ja, det gjør det altså. Når jeg tenker tilbake på folk som kanskje ikke har de, kall de ressursene da, orker å følge opp sånn, da må det være tungt.”<sup>18</sup>

Slik jeg forstår informanten opplever han positive tilbakemeldinger fra fagfolk for sitt engasjement. En underliggende verdi han synes å ha, er at man må bidra selv for å få noe tilbake. Kan det være slik at han blir mindre et offer for omstendighetene, når han kan bidra? Det å slippe å være passiv kan ha en verdi. Han sier at det må være vanskelig for pårørende som ikke får til dette, kanskje med begrunnelse i at man ikke har ressurser. Andre informanter opplever samarbeidet annerledes. For mange oppleves taushetsplikten som et hinder.

### **Det jo så fryktelig vanskelig det med taushetsplikten.**

Taushetsplikten oppleves av mange pårørende som et hinder. Mine informanter hadde et litt varierende syn på taushetsplikt. For meg så det ut som det var et tydelig skille mellom

---

<sup>17</sup> Intervju F2 linje 166-167

<sup>18</sup> Intervju F1 linje 249-256



pasienter og pårørende som hadde et svært åpent forhold, og de som ikke delte så mye. Jeg synes også det kunne tyde på at det var lettere for dem som kom fra mindre steder. Hvor godt de kjente fagpersonene rundt seg så også ut til å ha betydning. I min intervjuguide hadde jeg et spørsmål til mine informanter. ”Har du noen gang opplevd at noen glemmer seg bak taushetsplikten?” Her svarte to informanter at de ikke hadde opplevd det, en sa at det var bedre nå enn tidligere og to opplevde at det som var vanskelig var hvordan fagpersoner brukte taushetsplikten. De opplevde bruken av den som et hinder for god behandling.

Jeg opplevde at pårørende hadde en stor respekt for taushetsplikten og for pasientens rett til privatliv. De ønsket ikke informasjon som gikk på å få vite hva pasienten delte i samtaler eller snakket om i behandling. Slik jeg oppfattet situasjonen var de opptatt av å få vite, kan jeg hjelpe, trenger jeg å være i alarmberedskap, kan jeg våge å tro på en endring nå? En informant kom innpå dette når vi snakker om det å få lov til å bare være far, mitt bidrag i samtalen var en bekreftende umm.

”Nei, jeg ville nok ikke ha vært for tett på,  
for det kan bli litt vanskelig  
Det er jo, jeg har jo hørt mye av Per av ting han har opplevd som jeg helst ville ha  
vært foruten.  
Som jeg tenker at det, det skal ikke jeg vite.  
Det skal heller en psykolog eller en annen hjelper vite om.  
Det er ikke bra å være for tett på heller, for han... han skal jo leve med alt han har  
opplevd men... uff... (berørt)”<sup>19</sup>

Mine funn tyder på at det ikke er opplevelsene pårørende ønsker innsyn i. De ønsker informasjon når de opplever at de ville ha kunnet bidra til at pasienten fikk bedre, eller rett hjelp. Noen ganger trenger de å få vite noe for å stille sin egen uro og katastrofe forventning. Noen ting blir det også for belastende å få innsyn i. Mange møter en virkelighet som skremmer dem, som de tidligere ikke har behøvd å forholde seg til. De opplever slik jeg forstår det at taushetsplikten hindrer deres nære i å få den hjelpen de trenger.

En informant sier dette om hvordan taushetsplikten ble brukt tidligere. Her handlet mine spørsmål om hvordan det opplevdes for pårørende når pasienten uteble fra avtaler. Hva slags forventninger de hadde til hjelpeapparatet? Ellers bekreftet jeg det jeg hørte med nikk.

---

<sup>19</sup> Intervju F3 linje 159-167

”Og alle vet jo at en som går på heroin, ser jo ikke akkurat på klokka og holder ikke noen avtaler, og vet jo knapt hva slags dato det er.  
Så du kan ikke forvente at brukerne skal møte  
Punktlig og så.. så jeg synes liksom at det var litt lite hjelp å få.  
Nei altså når han skulle inn på psykiatrisk ungdoms team der, og til psykolog og sånn, så hadde jeg jo et håp om at det skulle skje noen ting.  
Så prøvde jeg jo å få tak i ham da og kjørte rundt og henta ham der han var og sånne ting.  
Så, så jeg prøvde jo liksom å få stabla ham på beina og...  
Nei den gangen følte jeg nok at du ble møtt med at nei vi har taushetsplikt, så vi kan ikke si noen ting.  
Så lenge han ikke gir sitt samtykke til at vi kan si noen ting så kan vi faktisk ikke nesten bekrefte at han har en avtale, at han er i systemet.  
Det blir så dumt.”<sup>20</sup>

Det er ikke nytt for oss som jobber med rusmiddelavhengighet at det kan være vanskelig for mennesker som er påvirket av rusmidler å holde avtaler. Mange pårørende bruker mye tid og energi på å forsøke å hjelpe. Det mine informanter har felles er håpet om en endring i pasienten sin situasjon. Opplevelsene rundt taushetsplikt er varierende. En informant svarte dette når jeg stilte spørsmål om han hadde opplevd at noen gjemte seg bak taushetsplikten, eller at han ikke hadde fått de svarene han synes han burde fått?

Nei jeg kan ikke si, nei jeg har egentlig litt respekt for den jeg, så jeg har egentlig ikke fått det altså. (liten pause)”<sup>21</sup>

Til andre igjen som har hatt en annen opplevelse:

”For det første så er det jo fryktelig vanskelig det her med taushetsplikten.  
Da står vi jo bom fast, også er det, hvor skal vi henvende oss da?  
Nei, også får vi beskjed om at han er jo voksen, han tar avgjørelsene selv.”<sup>22</sup>

Så spør jeg om det er sånn at pasienten ikke vil skrive under på et samarbeid.

”Jo hvis han hadde blitt spurt om han kunne gjøre det så, så hadde han nok gjort det, han ville nok hatt hjelp og støtte fra oss.  
Men det er jo mange ganger at han ikke har vært inni bildet, men at vi har følt at nå må det bare skje noe. Nå må vi bare ta fatt.”<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Intervju F3 linje 83-105

<sup>21</sup> Intervju F1 linje 325-327

<sup>22</sup> Intervju F4 linje 215-218

<sup>23</sup> Intervju F4 linje 222-225

Kanskje er dette en av de vanskeligste tingene å håndtere for mine informanter. Det går igjen i flere av intervjuene. Pårørende er bekymret for sine kjære. Det å leve med fortvilelsen over at nære personer tar valg som kan bety at de kan dø oppleves vanskelig. I tillegg har kanskje pårørende tanker om at pasientene er ute av stand til å ta egne avgjørelser. Personen tar valg uten at konsekvensene av valget betyr noe for dem. Pårørende opplever kanskje at de ikke ser konsekvensene av sine egne valg. De ønsker å stoppe dem i å ta disse valgene. Da kan de oppleve seg stoppet av taushetsplikten som her. Når fagfolk da møter dem kan de oppleve det som en avvisning når de får høre at han som voksen må ta avgjørelsen selv. De opplever kanskje at deres bekymring ikke tas på alvor. Det blir av en annen informant tatt frem at det ikke er så mye som skal til for å berolige bekymrede pårørende. De går kanskje i en katastrofeberedskap hele tiden? De er bekymret for sin kjære sin liv og helse. De vet kanskje ikke om vedkommende er på institusjonen eller ute. Dersom personen ikke ønsker at pårørende skal ha innsyn så får de ikke vite noen ting. Her spurte jeg om hvordan taushetsplikten stoppet og hvordan disse opplevelsene har vært.

”men det som oppleves er jo hele tiden den taushetsplikten, at den stopper jo opp for veldig mye og mange.

Det skal så lite til av informasjon før man kan finne roa i sjela, bare det å vite om han er i live eller ei eller hvor han befinner seg, gi oss bare et lite hint så kan vi sette oss ned, ellers så må vi ut på nye...”

Ja, på grunn av taushetsplikten kan ikke vi opplyse om det, på grunn av taushetsplikten kan ikke vi opplyse om det. Den får vi høre støtt og stadig.”<sup>24</sup>

Pårørende forteller om at de har reist rundt og lett, satt himmel og jord i bevegelse for å få vite om deres kjære er trygg og i live. Det å få beskjed om at dere kan ta det med ro i natt ville gjort en stor forskjell. De ønsker ofte bare å kunne sette ned alarmberedskapen. Her er vi inne på de vurderingene fagfolk må gjøre rundt taushetsplikt.

”Alt ville jo være lettere, det er jo det jeg sier, alt ville jo være lettere både for ham og for oss hvis vi sammen kunne møte opp og snakke, uten at det skulle tas hensyn til den der taushetsplikten og alt dette her hele tiden”.<sup>25</sup>

Her oppleves taushetsplikten som et hinder, men kan det være noe annet det dreier seg om? Taushetsplikten hindrer jo bare dersom partene ikke ønsker samarbeid og innsyn. Kan det her

---

<sup>24</sup> Intervju S linje 338-350

<sup>25</sup> Intervju M2 linje 273-275

dreie seg om fagpersonene sin tilbakeholdenhet? Eller er det slik at vi forstår uttrykket taushetsplikt forskjellig?

### **Å ikke være helt trygg i yrkesrollen.**

Når jeg spurte en far om hvordan han opplevde taushetsplikten og om han opplevde at noen gjemte seg bak den så svarte han:

”Vi har ikke opplevd det da,  
men det kan jo godt tenkes at en fagperson,  
er litt gira på, ikke er helt trygg i dette,  
hva er taushetsbelagt og hva er ikke, det opplever vi jo,<sup>26</sup>  
jeg tror noe har med trygghet, og noe er å tørre det og da.  
Noen steder da, man kan jo ikke gjøre feil...  
Men viss noen er litt utrygge så blir reglene en trøst.  
Sånn at jeg tenker at de største regel rytterne er de som er utrygge.  
De følger reglene mest, for da, det er på et vis trygt.  
Og det, vi har tolket noen av de vi har møtt som regelryttere,  
ikke akkurat på taushetsplikt,  
men på litt andre områder der man har en husregel eller en avtale, og den brøt du.  
og da er det trygt for behandlerne å gjemme seg bak reglene,  
istedenfor å ha styrke til å være fleksibel da.  
Jeg antar at det samme kan gjelde med taushetsplikten, ja.”<sup>27</sup>

Hvor trygg må man være som fagperson for å bruke taushetsplikten på en måte som opprettholder bestemmelsene i loven samtidig som man ivaretar pasienten og den pårørende? Slik som jeg forstår informanten sier han her: Det er noen steder man ikke kan, eller har lov til å gjøre feil når det gjelder taushetsplikt. Samtidig har han et ønske om at fagfolk bruker skjønn og fornuft. Han kritiserer ikke taushetsplikten, men måten den brukes på. Han sammenligner det med andre felt i livet, hvor utrygghet skaper redsel for å gjøre feil. Redsel for å gjøre feil skaper igjen et behov for å ha noe å gjemme seg bak eller forsvare seg med. En annen informant svarte dette når jeg spurte om han hadde opplevd at noen hadde gjemt seg bak taushetsplikten.

”Jeg tror kanskje at mange, at ikke alle er like godt innført i hvor de forskjellige grensene går og hvor mye opplysninger du kan komme med uten at du sier for mye og hvor lite du kan si før du har røpet alt, jeg holdt på å si det er veldig vanskelig den å håndtere.

---

<sup>26</sup> To setninger fjernet pga. fare for gjenkjennelse

<sup>27</sup> Intervju F2 linje 832-851

Jeg tror ikke alle er like trygg der. Det merker jeg jo bare når jeg har ringt, ringt forskjellige plasser for å be om hjelp at noen klarer fint å si noe de ikke burde ha sagt, og nå sa jeg noe jeg ikke burde ha sagt, noen klarer fint å si det burde jeg ikke ha sagt, men jeg har jo enda ikke brukt det mot noen, enda. For det har jo ikke vært noe sånn. Ja jeg tror det er en del usikkerhet rundt hvordan man håndterer den taushetsplikten.”<sup>28</sup>

Disse to informantene har samme synet på at det å være utrygg, kan gi utslag i forskjellig håndtering av regelverket. Kanskje er det sånn at så lenge fagfolk er forskjellige vil håndteringen av regelverket også være forskjellig? Min siste informant har opplevd at noen sier mer enn det som er innen for rammen av taushetsplikten.

### ***Jeg slo i bordet så alt som stod på pulten hans hoppet.***

En pårørende sitt råd til andre familier i samme situasjon:

Dere må ikke finne dere i alle avslag dere får.  
Jeg skjønner det nå, det forstod jeg ikke før.  
Vi har lært underveis, for å si det sånn.  
Når du er i denne situasjonen, så er det ikke annet å gjøre.  
Du må bare krige for dine rett og slett.<sup>29</sup>

Når pårørende opplevde å ikke bli møtt og hørt fant jeg i min undersøkelse at det mobiliserte en motstand i dem. De møtte opp hos leger, psykologer, hos NAV og andre steder i hjelpeapparatet hvor de beskrev at de slo i bordet for å bli hørt. En informant sier etter at en av deres nærmeste har fått et behandlingstilbud hos en psykolog og gått der til behandling en lang periode, flere år:

”Der også venta vi jo på at vi skulle få... noen innkalling og bli kontaktet som pårørende.  
Men det gjorde vi ikke (Tårer i øynene) men til slutt så, bestemte jeg og søster, at nå må vi bare komme opp der og snakke med dem.(Sterkt berørt)  
En dag han hadde time, ..., så møtte vi også opp for å få snakke med han.  
Og... det var jo ikke så populært.  
Ja, nei, han var ganske sånn avvisende. Men vi kom jo inn da.  
Og da slo vi faktisk i bordet og sa at nå må noe faktisk snart skje.  
Dette går jo ikke lengre. Nå, nå må han ha noe hjelp eller, eller få noe annen behandling eller hva det nå er.”<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Intervju f5 linje 579-589

<sup>29</sup> Laget narrativ etter Intervju F3 linje635-642

<sup>30</sup> Intervju F4 linje 113-122

Pårørende sier her at han hadde forventet informasjon, men den hadde uteblitt. Ingen hadde vært interessert i den pårørende. Her tar pårørende selv kontroll og går til fagpersonen, selv om de hadde forventet å bli kontaktet og invitert inn. Hva skyldes dette? Et av svarene jeg finner på dette i mitt materiale er at pårørende ønsker å bidra med informasjon til oss som fagpersoner. Hva er det som gjør at så mange fagfolk ikke ønsker denne informasjonen? Som intervjuer opplevde jeg at den avvisningen informantene følte satt igjen som sorg og smerte i informantene. Pårørende kom, med samtykke og sammen med pasienten, til tross for dette ble opplevelsen følt som en avvisning. Slik jeg opplever det i mine intervjuer er makt og motmakt noe pårørende tar i bruk når de opplever at det ikke skjer noen endring, og de opplever seg maktesløse. En annen informant fortalte:

”Så jeg følte nok det, jeg følte meg ganske maktesløs.

Fordi at jeg skrek i telefon husker jeg at nå må dere gjøre noen ting og sånn.

Og det, er opp til ham.

Jeg fikk hele tiden inntrykk av, de tvang ikke noen, dem henta ikke noen, det var opp til brukeren”<sup>31</sup>

Det er kanskje vanskelig for pårørende å godta at det ikke kan gis hjelp mot pasientens vilje. Kanskje er det slik at de ser en vilje som ikke fagpersoner ser. De kjenner andre sider av pasientens liv en de sidene som blir sett av fagpersoner i hjelpeapparatet. Det kom flere narrativer rundt det å bruke makt i mine intervjuer. Både fedre og mødre hadde møtt opp og slått i bordet for å bli hørt og lyttet til. En informant fortalte om et møte:

”Ja, ja jeg var jo, det var jo en episode som jeg var på lensmannskontoret som det heter på bygda, som jeg slo i bordet så alt som stod på pulten hans hoppet, (ler) da tok han affære han og, da skjønnte han alvorret.

Ja det er bare en sånn enkel episode som skjedde, nå må du følge opp sa jeg, og gå videre med dette.

Ja, sa han, han gjorde og det altså(Ler) Ja det ble litt voldsomt kanskje, men han ble, han skjønnte alvorret, men det, det var jo tøft da.”<sup>32</sup>

Flere av mine informanter forteller lignede narrativer, der de opplevde at å be om hjelp ikke var nok, de måtte slå i bordet og kreve. Kreve samtaler, kreve hjelp, slå i bordet, kreve handling. Selv personer som jeg opplevde som forsiktige med stor tiltro til den hjelpen fagfolk kunne gi deres kjære kom i situasjoner hvor de opplevde å måtte kreve. Min informant forteller hvilke midler han opplever å måtte bruke, samtidig forteller han noe om hvordan

---

<sup>31</sup> Intervju F3 linje 78-81

<sup>32</sup> Intervju F1 linje 261-272

dette er for ham. Han opplever at dette var en belastning, det var tøft å måtte gjøre. Allikevel gjorde han det for å få fagpersonen til å se det på hans måte. Kanskje kunne vi ved å invitere pårørende med i et samarbeid, eller høre på den informasjonen de vil gi, spart dem for den belastningen det er å måtte kjempe seg inn?

### ***Utveksling av informasjon og samarbeid.***

Mine informanter hadde forskjellige opplevelser rundt samarbeid. Noen informanter hadde opplevd svært lite og begrenset samarbeid med fagpersoner. Andre igjen hadde hatt en mer aktiv rolle i sine voksne barns behandling. Jeg har spurt mine informanter om hvordan deres kunnskap har blitt møtt av fagpersoner i feltet, og opplever her at det har variert. En av mine informanter svarer dette når jeg spør om hvordan han opplever at sin kompetanse som far og pårørende ble møtt:

”Jo jeg føler vel egentlig at, på grunn av at dette her har pågått så mange år, jeg er jo ingen nybegynner, jeg har vært mange, mange runder ut og inn og frem og tilbake også, jeg kjenner alle tegnene, jeg kjenner alle unnskyldningene. Jeg kjenner jo liksom gangen i det, men jeg slutter jo aldri å håpe, og en gang så kan det jo hende at han, jeg trodde jo kanskje det nå da at han var kommet til et sånt punkt at han skjønnte at han måtte gjøre noen ting. Så man... ja... man blir kanskje ikke så veldig skuffa når det går gærent igjen, for du er litt forberedt på det. Så jeg har jo ikke noen annen kompetanse en det å være far til en rusmissbruker over mange, mange år da.”

Mitt oppfølgingsspørsmål til dette var hvordan han tenker at vi som fagpersoner møter den kompetansen du har, og svaret er da:

”Nei, den har vel aldri blitt etterspurt så veldig.(Latter)”<sup>33</sup>

Går vi glipp av mye erfaring og kunnskap ved å ikke etterspørre den? Hva er det som gjør at vi ikke etterspør pårørende sin kunnskap? Informanten ser ikke sin egen kompetanse som noe han kan bidra med. Han synes heller ikke det er underlig at den ikke er blitt etterspurt. Han tenker kanskje ikke på den som nyttig for andre. En av mine informanter sier når jeg sier at du er jo ikke hindret av taushetsplikten, du kan jo fortelle hva du vil:

---

<sup>33</sup> Intervju F3 linje 231-249

”Ja, det kan jeg jo, men det er ikke så lett å sette seg ned å prate hvis de ikke viser interesse for det”<sup>34</sup>

Slik jeg forstår hans opplevelse så er det ikke alltid vi som fagpersoner evner å møte pårørende med empati og interesse og nyssgjerrighet. Fagpersoner ønsker av og til å ikke alltid å vite for mye om pasienten som andre forteller dem. Det å få kunnskap fra pårørende om pasienten og forhold i pasientens liv oppleves kanskje vanskelig for fagpersoner. Far sier at han ønsker å fortelle, men han opplever ikke at fagpersoner ønsker å høre, og da gir han opp. En pårørende som har bidratt med kunnskap om pasienten opplever allikevel å ikke bli hørt. Han forteller dette om sin opplevelse:

”men vi har følt at vi ikke er blitt lyttet til når vi har sagt at Per er sånn  
Og han klarer ikke det og det og det.  
Han må ha hjelp til å rydde.  
Det klarer han bare ikke.  
Og det hjalp vi ham med seks, åtte ganger på institusjonen.  
Vi vet ikke om noen andre som har gjort det.  
Og da tenker jeg, enten så har de ikke skjønt hva vi har sagt,  
hvilken hjelp han skal ha, eller så gidder de ikke,  
eller så har de ikke rutiner, ellers så har,  
og det så jo ikke ut, det var nedstøvet og det var sånn klissete overalt og det,  
Og det tar vi på et vis som at ikke vi har klart å nå frem da.  
At den kunnskapen vi mente vi hadde om ham ble på ett vis lyttet til,  
men ikke fulgt opp.  
Det var sårt og vanskelig, særlig for kona mi”<sup>35</sup>

Informanten har mange tanker her om hva det kan skyldes at han ikke har blitt hørt. Kanskje mener fagpersoner at det far sier ikke er riktig? Kanskje hadde de fått et annet syn på det om far hadde greid å ”ikke” gjøre oppgaven for sønnen? Kanskje er dette av større verdi for pårørende enn for fagpersonene han samhandler med? Informanten beskriver en opplevelse av å bli lyttet til, men ikke tatt alvorlig. Han har en opplevelse av å ikke ha nådd frem med budskapet sitt. Dette beskriver han som en sår og vanskelig situasjon for ham, men særlig for pasientens mor. Mine informanter har også positive møter med fagpersoner.

---

<sup>34</sup> Intervju F4 linje 268-269

<sup>35</sup> Intervju F2 linje 274-290, historien anonymisert.



Flere forteller at noen har sett dem annerledes og møtt dem annerledes. En sier:

”Det var jo at vi tilkalte legevakten, han var jo overstadig beruset og, var jo veldig krakilsk for å si det sånn. Jeg kunne jo ikke ha ham her den natten. Men det var jo veldig vanskelig å få dem til å komme da. De kom jo da omsider og tok ham med seg. Jeg sa jeg kan ikke ha ham her. Hele familien var her. Og de dagene nede på sykehuset når han var der, det var skikkelig mottagelse synes jeg. Da fikk vi være med, vi fikk komme og hver gang vi bad om å få snakke med dem, og det fikk vi og... i det hele tatt. Så, men da begynte jo liksom ballen å rulle litt. Det skjedde ikke noe mer, men jeg begynte å forstå at her er det et stort problem.”<sup>36</sup>

Her ble informanten møtt med forståelse i sykehuset, han fikk ingen løfter og det skjedde ikke noe mer, men det som var annerledes var møtet. Noen lot dem slippe til og gav rom for historiene de fortalte. Det å skape et klima som ivaretar og ser pårørende kan gjøre en stor forskjell for dem. Informanten vet at det ikke endret så mye annet en følelse av å bli sett og møtt.

---

<sup>36</sup> Intervju F4 linje 375-388 omarbeidet til et narrativ fra intervju.

## **Drøfting**

### **Personlige narrativer i ”rommet” mellom pårørende og fagpersoner.**

*Hvordan oppleves det å være pårørende, av pasienter som sliter med rusmiddelavhengighet og sin psykiske helse? Hva kan vi som hjelpere gjøre annerledes, for at samarbeidet skal oppleves mer hjelpsomt?*

I drøftingen vil jeg drøfte mine funn opp mot samfunn og samfunnsstrukturene sin innvirkning på rollen som pårørende. Hvordan man ved hjelp av en systemisk familierapi kan bidra til at pårørende kommer i fokus. Og hvordan møtene mellom fagpersonene og de pårørende kan bli mer hjelpsomme for de pårørende.

### **Informasjonsbehov**

Mine informanter savner på forskjellige måter å motta den informasjonen de ønsker når en pasient legges inn til behandling. Noen ønsker å få mer informasjon og noen opplever å ikke ha fått noen informasjon i det hele tatt. Mange behandlingssteder har et inntaksarbeid før en pasient tilbys eller skal inn til behandling. I familierapi og systemisk praksis bruker man ofte sirkulære spørsmål for belyse et tema eller en problemstilling. Kunne vi ved å stille annerledes spørsmål i et inntaksarbeid, undersøkt eller funnet ut om det var noen rundt pasienten som kanskje også ønsket informasjon? Kanskje pasienten selv ønsker å formidle at pårørende kunne ta kontakt med oss?

Dersom pasienten selv opplever at han kunne invitere noen inn, ville det kanskje gjøre en forskjell. På systemisk kafé, arrangert av Norsk Forening for Familierapi i Asylet, Oslo, 2. mars 2011 fortalte Frid Hansen fra Borgestadklinikken, hvordan pasientene deres blir oppfordret til å invitere med sine pårørende eller viktige andre med på et første møte på institusjonen. Vi kunne snakket med pasienten når vi møtte vedkommende første gang, om at den han hadde satt opp som pårørende var en viktig person som vi ønsket å gi informasjon. Kanskje vi allerede da kunne innhente samtykke til å informere pårørende, og fått vite litt om hvem som stod rundt pasienten? Kanskje kunne vi spurt om å få ta en telefon til vedkommende og forhøre oss om de ønsket informasjon? Informasjon kan bidra til at pårørende mestrer rollen som pårørende på en annerledes måte enn tidligere. (Ulvestad et. al, 2007) Av og til vil vi møte på pasienter som har vanskelige og konfliktfylte relasjoner med sine pårørende, hvor det i første omgang ikke gis adgang til å gi informasjon. Dette kan være

en reaksjon på at pasienten har opplevd svik og manglende støtte fra sine pårørende. Noen pårørende har også selv en avhengighetsproblematikk. Det er også slik at en del foreldre til personer som opplever rusmiddelavhengighet opplever at de blir utestengt og manipulert av sine voksne barn. (Storbækken & Iversen, 2009) Betyr det at all kontakt er brutt, eller at det ikke kan repareres, dersom det er en konflikt? Noen av mine kollegaer er opptatt av at mange pasienter har opplevd vanskelige relasjoner til sine nære, i barndom, ungdom, og i voksenlivet sitt. En av deltagerne i min refleksjonsgruppe, en psykolog sier dette i en refleksjon rundt å trekke pårørende inn i behandling når det har vært problematikk i relasjonene:

”For nettopp, det å bringe pårørende inn i behandlingen her, vil det også være som jeg sa tidligere, det kan være at det er et negativt forhold, men ved å faktisk sette ord på det, den negative relasjonen..

For dersom, dette forekommer da, så er dette noe som kan repareres. Det er ikke for seint, ikke sant, det å få lov til å være sint, å få lov til å være uenig og se at det er en grunn til at jeg har blitt som jeg har blitt. Det kan jeg faktisk få lov til å si at det er noen faktorer her som har vært mangelfulle for meg. Men ved å få sette navn på det og få anerkjennelse for det, så kan det også være en mulighet for å kunne faktisk si at dette her var ikke bra nok, men jeg kan også se at jeg er voksen nå, og jeg har lyst til å gå videre. Det er viktig for meg å kunne få si det her, jeg har sett disse tingene her nå gjennom behandling, men det gjør at jeg også har kommet mye lengre nå. Og nå har jeg kommet dit hvor jeg faktisk kan gå videre og vi kan få en relasjon, en god relasjon, også fordi jeg anerkjenner disse sidene her.

Ja, ikke sant der er det jo masse som kan skje.

Og det tror jeg kan være utrolig lærerikt og godt for mange foreldre. Jeg tror ofte de anerkjenner, og at de ser disse tingene også selv når de blir konfrontert med det, ofte kan i alle fall det skje. Det kan være en prosess selvfølgelig, det kan være en lang og vanskelig prosess, men det kan også føre folk nærmere hverandre.”<sup>37</sup>

Kanskje man som fagperson kan hjelpe mennesker å nærme seg hverandre? Skal man i et behandlingsforløp spørre kun en gang etter nærmeste pårørende, eller skal man spørre mange ganger? I faglitteratur blir en oppfordret til å jobbe med dette spørsmålet kontinuerlig, og det ses på som en verdi for pasienten å ha en involvert pårørende. Det kan bety en økt sjanse for å nå behandlingsmålet sitt. Hvilket svar man får på spørsmålet om å involvere pårørende kan være avhengig av på hvilken måte spørsmålene blir stilt. (Ulvestad et. al, 2007) På den ene siden finner man her diskursen om at pårørende skal involveres, som er en føring i dagens helsepolitikk. Det forventes at i årene som kommer vil dette bli ennå mer vektlagt. (Bøckmann K. og Kjellevold A., 2010) På den andre siden har pasienten selvbestemmelsesrett. Her er det klare føringer i lovverket om at det er pasienten som bestemmer med hvem og i hvor stor grad

---

<sup>37</sup> Utdrag fra refleksjonsgruppe linje 387-415, reflektør 1.

han ønsker et samarbeid. Kanskje noe av vår jobb som fagpersoner blir å etterspørre hva mennesker ønsker, og huske på at det kan skje endringer over tid? Det er ulike måter å se taushetsplikt på, mange ser ut til å tenke forskjellig om den. Fagpersoner og pårørende vurderer den kanskje ulikt. Ulike fagpersoner vurderer den også ulikt, og pasienter vurderer det på sin måte. Hvordan kan vi da få til en felles enighet rundt hvordan den skal forstås? Noen ser på det som at pårørende skal ha informasjon såfremt pasienten ikke nekter det, andre sier at ingen skal ha informasjon før pasienten har bekreftet det.(Ibid.)

Er det slik at rusbehandlingsfeltets fagfolk ofte forholder seg til enkeltindivider, og ikke tenker på at mennesker lever i sosiale relasjoner? Gjennom pasientens indre dialoger og samtaler kan vi fornemme deres sosiale nettverk, og de personene som påvirker deres liv. Disse personenes stemmer vil blande seg inn i den samtalen som foregår mellom oss som fagpersoner og pasienten. Du vil høre ekko av de samtalene han har hatt med sine nære og det som har blitt utviklet gjennom disse samtalene. Også de hjelperne som pasienten har møtt og snakket med tidligere blir med inn i dialogen med oss. De tingene som vi sier, vil pasienten sammenligne med det andre fagfolk har sagt til ham tidligere. Selv når to personer sitter og snakker sammen vil vi befinne oss i et nettverk av relasjoner. Vi vil oppleve tanker og meninger som er influert av far, av mor, av søsken, venner, familie og andre fagfolk, dette vil skje hos begge deltagerne i en samtale. Dette nettverket av relasjoner er det mulig å invitere inn i dialogen. (Seikkula og Arnkil, 2007) Ved å spørre og være undrende rundt dette kan vi få innblikk i hvordan pasienten tenker rundt deltakelse av sine pårørende.

Rusmiddelbruk som oppfattes som et problem både for pasienten, samfunnet og pårørende trenger mer enn en forståelsesramme for å kunne bli løst. For å bidra til å hjelpe den aktuelle pasienten og hans pårørende, er det viktig å finne ut hvordan de hver på sin måte forstår problemene. Jaakko Seikkula og Tom Erik Arnkil sier i sin bok at ingen har helt det samme perspektivet og ingen har helt det samme problemet. De forskjellige aktørene befinner seg ikke på samme sted i sine sosiale relasjoner. Det er ikke slik at rusmiddelbruk er et felles problem for alle aktørene. Hver aktør, fagpersoner, pasienten og familien har med seg hvert sitt syn på hva som er problemet og hvordan problemet påvirker dem. Problemene kan være tett sammenvevd og kanskje også forårsaket av hverandre, men de er ikke like. Det er ikke slik at aktørenes forskjellige perspektiver er utskiftbare, men perspektivene kan utvides i samspill med andre. Gjennom en utvidelse kan det oppnås endring.(ibid.)

Mine informanter fortalte om lite informasjon fra forskjellige fagpersoner i hjelpeapparatet. De ønsker seg mer og bedre informasjon og kunnskap. De ønsket et bedre samarbeid med NAV, fastleger og psykologer og institusjoner. Mine informanter har fortalt sine egne personlige historier. I annet forskningsmaterieell fra Norge og fra utlandet ser jeg at lignende behov gjenspeiler seg. (Storbækken & Iversen 2009, Copello et al., 2009, Skomedal, 2010) Det handler ikke bare om pårørende til pasienter som sliter med rusmiddelavhengighet. I en undersøkelse blant pårørende til pasienter som var diagnostisert med bipolar lidelse finner forskerne at pårørende måtte kreve å få snakke med behandlerne. De opplevde å få for lite informasjon. (Thorn, A. & Holte, A, 2006:5)

Her dreier det seg om et ønske om forskjellige former for kunnskap, og forskjellige typer forventninger. I en rapport bestilt av Bergensklinikkene om hjelpebehovet til pårørende av rusmiddelavhengige, ”Alene sammen”, sier 70 % av informantene at de trenger mer informasjon og kunnskap om rusmiddelavhengighet. (Storbækken & Iversen, 2009) Dette får meg til å reflektere over flere ting. For det første er det viktig for mennesker å organisere og forstå sine liv. En måte å forstå dette på er at mennesker forstår sine liv gjennom de historiene de forteller om dem. Disse historiene konstrueres ut fra den kulturen vi lever i, den tiden vi lever i og gjennom de narrative som dominerer kulturen i denne spesielle tiden. (Lundby, 1998) Det å få informasjon kan være en måte å kunne reorganisere sine historier på. I de siste årene har det skjedd en endring i måten å forstå rusmiddelavhengighet på. Forklaringsmodellene på hvorfor folk utvikler avhengighet har endret seg over tid i vårt vestlige samfunn. Samtidig har holdningene til de som opplever en rusmiddelavhengighet og deres pårørende kanskje ikke endret seg like raskt.

### ***Årsaker til problemer og deres løsninger.***

I de siste tiårene i forrige århundre ble faktorer i miljøet og samfunnsmessige faktorer sett på som en viktig årsak til at noen utviklet avhengighet av rusmidler. Man lette etter årsaker til det problematiske rusmiddelbruket i hjemmet, blant venner, og en fant årsaksforklaringer i samfunnet og i miljøet. Da ble det sett på som uhensiktsmessig å snakke om sykdom. Trenden har gått fra å snakke om rusmiddelmisbruk til å snakke om avhengighet, og i løpet av bare noen år har begrepet rusmiddelavhengighet blitt nesten enerådende i feltet. Fokuset har endret seg. Misbruksproblematikk ble tidligere sett på som et sosialfaglig felt. Nå har biologiske og medisinske forklaringer fått stadig større plass. Oppfatningene i samfunnet rundt det å

oppleve en avhengighet er også annerledes enn det å ha et misbruk. I vår forståelse av språket er misbruk ofte sett som selvforskyldt, mens når man bruker avhengighet tenker man ofte på sykdom.( Lund I. et al. 2010) Her er det mindre fokus på hvem som har skylden. Dette kan bidra til mindre skyld og skam for de berørte. Denne holdningen og problemforståelsen kan bidra til at pårørende og de som er pasienter opplever problemene mindre stigmatiserende.

For mange pårørende er det slik at deres eget liv blir stående på vent mens de følger opp den rusmiddelavhengige.(Storbækken & Iversen, 2009) Pårørende kan engasjere seg så sterkt i den som opplever rusmiddelavhengighet at de bruker alle sine krefter på dette. Informasjon kan gi forutsigbarhet og kan dermed hjelpe den pårørende i gang med sitt eget liv. Som mennesker leter vi etter mening i det som skjer. Er det slik at det å få informasjon vil være med på å gi pårørende en følelse av sammenheng? Pårørende til mennesker som erfarer en rusavhengighet berøres på flere og forskjellige måter. Selv om alle historiene er forskjellige, synes jeg også å se fellestrekk. Et fellestrekk er de stressbelastningene de pårørende opplever. Fedre, mødre, søsken og venner bruker mye av tiden sin til å bekymre seg for at den som har et rusmiddelproblem skal skade seg selv eller andre. I bøker hvor pårørende forteller sine historier kommer ofte dette frem.( Kaafjeld, 2004, Mjåvatn Høie og Drottz Sjøberg, 2007) Disse belastningene kan kanskje ikke fjernes helt, men de kan avhjelpes.

Noe som kan gjøre oss mer motstandsdyktige ovenfor belastninger, kan være å oppleve at tilværelsen er meningsfull, håndterbar og begripelig. Dersom du opplever din verden slik, kan det ha en salutogen eller helsebringende effekt. Jo større sammenheng du opplever i de tingene du utsettes for, jo større er sjansen for at du i en vanskelig situasjon vil kunne finne adekvate måter å håndtere vanskelighetene på. Samtidig er det slik at den kulturen du lever i setter grensene for hvilke ressurser du har å bruke i en gitt situasjon.(Antonovsky, 2005) Kanskje fagpersoner kan være med på å endre kulturens grenser ved å sette søkelyset på de pårørendes behov?

Informasjon eller ikke informasjon kan være et spørsmål om makt. Ved å holde noen utenfor informasjonsflyten hindrer man dem i delta. Skal man ha en dialog med pårørende, må de kjenne at de har en samhørighet og at de blir invitert inn i sammen med de fagpersonene som er involvert. For du kan bare høre til dersom de andre rundt deg er innstilt på å høre hva du sier og gjør. Da er du deltager i den virkeligheten som skapes og du blir ikke holdt utenfor. Det er ikke det å være enige som er avgjørende for en god dialog, det er det at det blir gjort

plass til dine synspunkter, meninger og din tvil. Er dette på plass så kan man føle seg inkludert selv om man ikke er enig. Det er viktig for oss som fagpersoner at vi kan etablere en slik samtale med pårørende. (Anderson, 2003)

Kan det oppfattes slik at dersom fagpersoner i rusbehandlingsfeltet inntar en ekspert posisjon, så reduserer vi verdien av pårørende sin kunnskap? Er det slik at vi vet hva pasienten trenger, eller er vi eksperter på problemsamspill? Det å motta informasjon, kan på den ene siden oppleves som å bli invitert inn i et behandlings samarbeid. Det kan gi trygghet i form av kunnskap, og det kan gi en følelse av å være regnet med. På den andre siden kan det kanskje av noen oppleves som en ny type krav til pårørende, en type forventning om å være en aktiv bidragsyter. Min forskning viser at alle pårørende ønsker ikke å delta hele tiden. De har ikke krefter til det. På bakgrunn av at ikke alle ønsker å engasjeres, burde vi kanskje heller ikke sende ut noen informasjon før vi vet at den pårørende ønsker det? Flere av mine informanter kommer gjennom intervjuene inn på at de forstår og respekterer de foreldrene som ikke orker å ha kontakt.

Det er ikke bare for å øke sin egen kunnskap at pårørende ønsker informasjon om et behandlingssted. Jeg opplevde at en av mine informanter ønsket å kunne snakke med sitt barn på en annen måte. Han ønsket å snakke om noen andre temaer enn de som opplevdes å være tilgjengelige for ham. Det å få informasjon handlet for ham om å få nye og felles og nøytrale temaer å snakke med sitt voksne barn om. Dersom pårørende og en pasient ønsker hjelp til å finne nye og annerledes måter å snakke sammen på kunne man ved hjelp av familierapi bidratt til dette. Mange samtaler er problem mettede og oppleves tunge og vanskelige av deltagerne i samtalen. Man kan oppleve å stå steilt imot hverandre og ha helt motstridene meninger. Meninger er alltid til en viss grad foranderlige og ikke helt bestemte. De er avhengige av konteksten, og konteksten forandres litt hele tiden. Meninger eksisterer gjennom den betydning vi sammen, gjennom språket, og den sosiale konteksten tillegger dem. Derfor er det alltid noe å forhandle om i en samtale. Historiene vi forteller om er bare en liten del av vårt levde liv, det er de delene vi setter søkelyset på. Andre erfaringer vi har hatt og har opplevd, glemmes og blir borte. Dersom vi som hjelpere kan bidra til at folk får tatt frem noen av sine alternative historier, eller får utvidet og gjort rikere noen av sine fortalte historier ville vi kunne bidra til at de opplever en ny forståelse av seg selv og den andre. (Lundby, 1998)

Det er kanskje slik at pårørende og pasienter som opplever å være berørt av rusmiddelavhengighet lett kan komme i situasjoner der de opplever å ikke kunne kommunisere med hverandre? De kan oppleve et samtalemessig sammenbrudd. Problemer i en familie kan som tidligere beskrevet i oppgaven ikke refereres til som et enkelt problem felles for alle i familien. Alle de involverte vil ha sitt syn på hva som er problemet og hva som skal til for å løse dette. Her kan det oppstå konkurrerende virkeligheter som gjør at familiens forsøk på samtaler ender opp som monologiske fastlåste gjentakelser uten rom for utvikling og endring. Familien kan på denne måten komme i en uløselig situasjon av gjensidige anklager. All energi går med på å opprettholde sine egne standpunkter og beskyttelse av egne perspektiv. Situasjonen oppleves mer og mer fastlåst. Her kan terapeuter og fagfolk bidra til å endre situasjonen ved å gi mulighet for et terapeutisk rom i samtalen. De kan invitere den eller de personene som opplever en fastlåst situasjon til å lytte mens terapeuten intervjuer den andre. Da kommer partene i en lytteposisjon og kan reflektere mens terapeuten og en av de andre samtaler. Med trygghet om at terapeuten vil anse alle sitt bidrag som like viktig og at alle vil bli hørt, åpnes det opp for en mulighet til å ta inn over seg den andre sitt perspektiv. På denne måten kan også perspektivene utvides. Man kan forstå hverandres forskjelligheter på nye måter. (Anderson, 2003)

Innen systemisk familierapi er det flere måter å se et problem på. Jeg vil ta frem tre antagelser om problemet, som er hentet fra forskjellige steder innenfor den systemiske forståelsen. Antagelser er ikke brukbare fordi de er sanne, men fordi de kan brukes som veivisere i samtaler. Jo bedre antagelsene stemmer med pasienter og pårørende sin opplevelse av situasjonen, jo mer hensiktsmessige vil de være for å veilede terapeuten videre. De forskjellige antagelsene kan være hjelpsomme på forskjellige steder og tider i et problems eksistens. Noen antagelser passer kanskje i problemets startfase, andre når problemet har vart en stund. Noen antagelser kan hjelpe oss som fagpersoner til å se at våre egne ideer påvirker de problemene vi møter. (Johnsen, Astrid, 1991)

Først vil jeg ta frem forklaringsmodellen som ser problemet som en løsning. Denne måten å se problemet på ble benyttet av Milanogruppen. Milanogruppen representert ved Boscolo, Checchin, Prata og Selvini-Palazzoli<sup>38</sup> brukte begrepet ”positiv konnotasjon”, eller en positiv verdiladning av problemet. Her jobbet de terapeutisk ut fra ideen om at problemet var

---

<sup>38</sup> Milanogruppen var et kraftsenter innen familierapien stiftet av Selvini Palazzoli etter at hun i 1971 startet et prosjekt med å benytte familierapeutisk tenkning i forhold til anoreksi -klienter. (Hårtveit og Jensen, s.35, 1999)



hjelpsomt for familien eller gruppen. Milanogruppen omtalte aldri den adferden som ble oppfattet som symptomatisk som noe som andre familiemedlemmer dro nytte av. Dette var fordi den ikke skulle bli oppfattet som en skjult bebreidelse av noen. (Hårtveit og Jensen, 1999) Rusmiddelbruken ville i et slikt perspektiv bli sett på som noe som er nødvendig for å opprettholde balansen i familien. Tanken bak dette er at all den symptomatiske adferden som vises i familien kan ses som en måte å bevare gruppen på. Et eksempel på dette kan være at mor og far har problemer i ekteskapet. Sønnen begynner å røyke hasj, og mor og far blir begge opptatt av sønnens problem. Sønnen sitt symptom blir da sett som en gave til familien, noe å holde seg samlet om. Terapeuten har da en antagelse om at rusmiddelbruket er en måte å løse en utviklingskrise på. Terapeuten vil ut fra denne antagelsen være nysgjerrig og utforskende på de forandringene som har skjedd i familien. Dette er en forklaringsmodell som kan være hjelpsom i en akutt fase, eksempelvis når pårørende akkurat har oppdaget at det er et problematisk bruk av rusmidler. (Johnsen, Astri, 1991)

En annen måte å betrakte problemet på er å se problemet som fiende. Michael White er den som har beskrevet hvordan man kan gjøre dette. Han mente at det er ikke personen som er problemet, men problemet er problemet. Her ses symptomet, eksempelvis rusen som noe som hindrer, undertrykker og er en fiende av dem som berøres av det. Ved å finne et navn på problemet sammen med de som er berørt av det, kan man i terapi få til å jobbe mot problemets innvirkning, på samme måte som man ville jobbet for å unnslippe eller overliste en fiende. Michael White kaller dette å eksternalisere problemet. I vår kultur har vi lett for å snakke som om problemet en person opplever er en del av personen. ”Han er en rusmisbruker”, ”han er diabetiker ” er vanlige talemåter. Det vi kan bidra til ved å bruke språket på en slik måte, kan være at personen det gjelder internaliserer problemet. En person kan for eksempel bli sett på som rusmiddelmisbruker, og ikke bli sett som noe annet enn det av andre, selv om vedkommende også er tømrer, kunstner, interessert i å lage mat, studere eller liknende. Rusmiddelmisbruket blir lett et dominerende kjennetegn, det eneste ved personen som blir synlig og meningsfullt for omgivelsene, og etter hvert også for personen selv. Identiteter tilskrives i samhandlingssituasjoner. (Skatvedt, 2009) Ved å skille problemet fra personen, hindres vi i å lage en personbeskrivelse som henger ved personen. Vi skaper et refleksivt rom mellom personen og det problemet som oppleves. Det å bli beskrevet som om man har egenskaper som er del av problemet kan etter min oppfatning være stigmatiserende. Din identitet og personlighet blir da knyttet til problemet. Det blir en type personlighetsbeskrivelse som tar fokuset vekk fra andre deler av personligheten. Terapeuten kan ved å undersøke

hvordan rusbruken influerer på pasienten og de pårørende få innblikk i den dominerende historien i folks liv. (White, 2006)

Både den pårørende og pasienten strever kanskje med å finne de gangene rusbruken faktisk mestres. Dette er det terapeuten forsøker å få frem flere historier om. Ved å lete etter disse unntakene og eksternalisere problemet kan man bidra til å lage en alternativ historie som er bedre å leve med. Både pårørende og pasienten får en åpning for å handle i den situasjonen man er i, gjennom å ha problemet som en felles fiende. Pårørende kan også bli stigmatisert på samme måte når noen sier: ” Hun er mor til rusmissbrukeren” Det føles annerledes når noen sier ”Hun er mor til Per, som bruker rus på en måte som skaper problemer.” (Ibid.) Som fagpersoner og hjelpere kan vi kanskje ved å være bevist på hvordan vi bruker språket også bidra til at de pårørende får en bedre opplevelse i møtet med oss. Vi kan unngå å legge beskrivelser av uheldige egenskaper til personen.

Den tredje antagelse om problemet er at problemet er knyttet til språket. Når problemet har fått et navn, som for eksempel rusmiddelavhengighet så får det konsekvenser både for den personen som opplever det og hans pårørende. Hvordan man forklarer rusmiddelavhengighet får også innvirkning på hvilken behandling som gis. Ser man rusmiddelavhengighet som sykdom vil man kanskje forsøke å behandle det med medisin, ser man det som et opprør vil man kanskje behandle det med disiplinering. Antagelsen er at de utenfor systemet, pårørende, samfunn og ”mannen i gata” inkluderes i definisjonen av problemet. Dette innebærer at fagpersoner som arbeider med rusmiddelproblematikk farges av sitt eget syn på hvordan rusmiddelproblematikk skal forstås. Våre oppfatninger av virkeligheten og vår egen forståelse og erfaring påvirker hvordan vi møter problemet. (Anderson, H & Goolishian, H, 1988) Det er derfor svært viktig for oss som fagpersoner å være bevist vårt eget ståsted og reflektere over våre egne holdninger.

### ***Taushetsplikt og helsevesenet innflytelse.***

Det kan se ut for meg som om pårørende ivaretas forskjellig avhengig av hvor i helsevesenet pasienten hører til. For meg ser det ut som tilbudet til somatisk syke sine pårørende har kommet lengre enn tilbud til pårørende innen rusbehandling og psykisk helsevern. Kanskje er det ikke så underlig når vi vet at pasienter som var berørt av rusmiddelavhengighet fikk

pasientrettigheter<sup>39</sup> så sent som i 2004. Det at rusmiddelmissbrukere fikk pasientrettigheter må ses som at den tidens stortingspolitikere og regjering ønsket at det skulle opprettes et bedre tilbud til mennesker som misbrakte rusmidler. Forklaringen på at pårørende har blitt sett mindre i rusbehandlingsfeltet kan være så enkel som at rusmiddelavhengighet først de senere årene har blitt tatt inn som en del av helsevesenets anliggende.

Nesten alle vil oppleve å komme i posisjonen som pårørende til en somatisk syk, om det er venner, familie eller andre. Bare noen av oss kommer i rollen som pårørende til personer som opplever problematiske forhold til rusmidler og si psykiske helse. Rusmiddelavhengighet er fra tidligere forbundet med skam og stigmatisering. Også innenfor psykiatrien har det vært lagt ansvar og skyld på pårørende i et historisk perspektiv. Dermed kan det hende at man ikke så godt kan ta inn over seg denne gruppen pårørende sin posisjon. Tidligere har ikke nære personer til mennesker som opplever rusmiddelavhengighet hatt krav på informasjon i kraft av å være pårørende. Statusen som pasient har endret dette. Informasjon om den helsehjelp som gis og om pasientens helsetilstand skal gis nærmeste pårørende dersom ikke pasienten motsetter seg dette.<sup>40</sup>(Lov om pasientrettigheter, 2005)

Flere av mine informanter opplever taushetsplikten som et hinder for god behandling og samarbeid. Deres narrativer forteller at dette er en opplevelse som er sann for dem. Kan det være slik at taushetsplikten lager noen snubletråder for både hjelpeapparatet, pårørende og pasientene? Er det mulig å løse dette? Eller er dette ikke tenkt på i utformingen av regelverket? Kanskje er det slik at vi må læres opp bedre i bruk av taushetsplikt. Kanskje vi må ha et større fokus på å berolige de pårørende? Noen forteller at politiet er de som gir klareste svar. Handler det om autoriteten til den som gir svaret? Kan det være slik at jo mindre autoritet du har jo vanskeligere blir det å håndtere taushetsplikten? Eller er det slik at vi som fagpersoner, pårørende og pasienter legger forskjellige ting i begrepet taushetsplikt? Kanskje er ikke taushetsplikt et så konformt uttrykk som vi noen ganger tror? Eller er det slik at vi som fagfolk ikke er trygge nok på hvordan vi skal bruke den? En av mine informanter sier at det er bedre i dag enn det var tidligere. Er det slik at taushetsplikten hindrer? Eller er det slik at fagpersoner kunne ha spurt oftere om samtykke til å gi informasjon? Når pårørende og

---

<sup>39</sup> Med rusreformen gis rusmiddelmissbrukere i tverrfaglig spesialisert behandling rettigheter på linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten slik disse uttrykkes i pasientrettighetsloven. Helsedepartementet (2004a): Rundskriv (I-8/2004):Rusreformen-pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.

<sup>40</sup> Pasientrettighetsloven paragraf3-3 sier: ” dersom pasienten samtykker til det, eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes” (www.lovdatab.no)

pasienten sammen tar kontakt med en hjelper, må man ikke da gå ut ifra at pasienten ønsker å involvere sine pårørende?

De fleste, også pasienter som opplever en rusmiddelavhengighet, ønsker støtte fra sine pårørende. De aller fleste aksepterer og ønsker at de pårørende får noen opplysninger. Dette kan enkelt løses ved for eksempel å lage samtykkeerklæringer sammen med pasienten. I disse kan det klargjøres hva pasienten tillates kan deles, og man kan snakke om hva som ikke ønskes delt. Dette bør tas opp flere ganger under behandlingen. Det å innhente samtykke fra pasienten bør ses på som en prosess. (K. Bøckmann og A. Kjellevold, 2010)

At taushetsplikt også oppleves som vanskelig for fagpersoner i behandlingsfeltet kan noen av refleksjonene til mine kollegaer også vitne om. En av mine kollegaer sier dette om taushetsplikt:

”Jeg tenker sånn taushetsplikt, på avdelingene, det er vanskelig. Man kan få inn en pasient som ikke ønsker at mor eller far eller en annen pårørende står på pårørende lista. Og så ringer for eksempel mor og er bekymret, og veit kanskje at pasienten er en tur i Oslo og ruser seg. Men så har man da blitt enig med pasienten om å ikke si noe, pluss at man har taushetsplikt”<sup>41</sup>

Man kan som fagperson bli holdt mellom ønsket om å berolige og hjelpe pårørende, og lojalitet til pasienten. Hvordan er taushetspliktbestemmelsene her? Lov om helsepersonell (Helsepersonell loven) LOV-1999-07-02 nr 62 paragraf 23 nr 1 sier at taushetsplikten gjelder ikke det noen er kjent med fra før.

Kanskje vil det være hjelpsomt for pårørende om vi som fagpersoner blir mer nysgjerrige på hva pårørende vet fra før? Kanskje er det ikke bare taushetsplikten, men også den tiden til fagpersoner har mulighet til å bruke på pårørende arbeid som gjør at pårørende føler taushetsplikten som et hinder? Vi tar oss kanskje ikke tid til å snakke med pårørende på en måte som gjør at de føler seg ivaretatt. I en hektisk behandlingshverdag kan jo det å ta seg tid til å snakke med pårørende oppleves som en ekstra belastning, eller noe som tar tiden fra andre viktige oppgaver. Jeg tror at overordnende føringer må være tydelige for fagpersoner og hjelpere om at man skal ta seg tid til pårørende. Kanskje man på system nivå må inn med klare føringer på hvordan pårørende skal ivaretas? Kanskje spesialisthelsetjenesten burde ha

---

<sup>41</sup> Kollega refleksjon linje 88-92, reflektør 2

veiledningsplikt til pårørende på samme måte som de i dag har veiledningsplikt til kommunene?

### ***Pårørendes behov for hvile eller deltagelse***

Pårørende til pasienter som sliter med et avhengighetsproblem har, eller har ofte hatt store omsorgsoppgaver i forhold til sine voksne barn. Mange av mine informanter fortalte om kjøring og henting, vasking, inn og utflytting av leiligheter, oppsøking i miljøet og bistand til å overholde avtaler ved polikliniske tilbud. At pårørende utfører slike oppgaver for den som sliter med rusmiddelavhengigheten kan ses på flere måter. Innenfor de behandlingstilbud som retter seg mot rusmiddelavhengige er det flere parallelle diskurser og forståelsesmåter i forhold til hvordan en ser pårørende sine bidrag. Ved den behandlingsinstitusjon som jeg arbeider, har man etter det jeg vet en positiv holdning til at pårørende bistår pasienten. Man har en felles plattform i en ikke konfronterende tilnærming i behandling. Vi bruker ”Motiverende Intervjuing” som felles metode. Hos oss er fokuset å jobbe med ambivalensen til pasienten og motivere for en ønsket endring på pasientens premisser. Uttrykket ”Å rulle med motstand” er mye brukt. I forhold til retninger som de innenfor den systemiske praksis, hvor klienten ikke ledes, blir MI (Motiverende Interviewing) sett på som mer målstyrt. Samtidig som man utforsker klientens ambivalens er målet å få klienten i ønsket retning. Det finnes mange forskjellige typer behandling og fagfolk og pasienter finner ofte de stedene som passer til sine egne overbevisninger. Fagpersoner i rusbehandlingsfeltet vet at pårørende ofte er i vanskelige dilemmaer, og opplever store belastninger ved en nær persons bruk av rusmidler. Det er aldri enkelt å ta avgjørelser i en situasjon som oppleves som en krise. Ofte kan det være slik at uansett hva man velger å gjøre oppleves alle valg du tar som gale, og det er lett å bli kritisert for dem i ettertid. (Bøckmann, K. og Kjellehold, A., 2010)

Jeg opplever at noen pårørende ønsker en aksept for at det er greit å ikke involvere seg. Behovet pårørende har for deltagelse eller hvile kan endre seg i løpet av et behandlingsopphold. Det kan skje endringer i deres egen livssituasjon som gjør at både ønske og mulighet til involvering vil endre seg. Som fagpersoner kan vi kanskje bli bedre på å akseptere og støtte pårørende i det å ta vare på seg selv. Her kan vi kan følge de retningslinjer som det oppfordres til i veilederen for psykisk helsevern. Vi kan bli ennå bedre på å spørre dem om deres liv og opplevelse.(Helsedirektoratet, 2008b) Kanskje kan vi også bli bedre i prosessen tenkning og ha større følsomhet for prosesser underveis i behandlingsforløpet.

I vårt vestlige samfunn er det en diskurs på at ” blod er tykkere enn vann”. Familierelasjoner vektlegges sterkt, og det ligger en forventning i at du skal støtte din familie. Dersom pårørende velger å ikke ha kontakt, kan de oppleve kritikk. De kan bli evaluert gjennom en taus normativ kunnskap som sier noe om ”hvordan ting skal være”. Dette kan ses på som moderne makt som beskrives av Michel Foucault, en av det 20. århundres mest innflytelsesrike sosialteoretikere. I enkelte terapiformer ser terapeutene det som en oppgave å hjelpe personer til å slippe undertrykkelse fra rådende diskurser som anses som uhensiktsmessige. Dette gjør de ved å hjelpe og oppfordre mennesker til et opprør mot den rådende diskurs. (Gergen, 2009)

Mange behandlingsmodeller har nesten bare individfokus på den som opplever rusmiddelavhengighet. Ved å overse pårørende og misbrukende og ikke misbrukende familiemedlemmer mister man også viktige ressurser for å lykkes i behandlingen. Familier og pårørende har ofte prøvd ut mange tilnæringsmåter for å påvirke den som opplever et rusmiddelproblem til å ta imot og delta i behandling, eller avslutte/endre sin måte å benytte rusmidler på. De vet derfor mye om hva som er prøvd og hvilke tiltak som ikke virker. Dersom terapeuten greier å hjelpe den pårørende, gjennom å belyse og stille spørsmål rundt hans situasjon, vil kanskje den pårørende endre på noe av sine egne handlingsmønstre. Kanskje han vil begynne å ta vare på seg selv på en annen måte? Ved å gjøre noe annet enn han pleier, så kan dette være et skritt i retning av å åpne opp og løse opp i fastlåste mønstre. Når samhandlingen endrer karakter kan det bidra til en endring også hos den som opplever rusmiddelavhengigheten.

Gjennom en løsningsorientert tilnærming til terapi, kan terapeuten møte pårørende med en holdning hvor de styrker og bygger opp pårørende sine egne ressurser. Dersom en pårørende er i en kunderelasjon til terapeuten, vil terapeuten og han komme til en enighet om hvordan de skal videreføre arbeidet. De vil finne ut av hva den pårørende trenger å gjøre for å nå målene sine, og se etter hva som allerede er gjort. Terapeuten vil da fokusere på hva klienten mener er til hjelp. Kanskje er relasjonen en slik som terapeuten vil kalle en besøkende. Da vil terapeuten lytte til hva pårørende ønsker. Vanligvis vil terapeuten da arbeide for å få klienten over i en kunderelasjon. Det er ikke sikkert en pårørende ønsker en terapi. Kanskje ønsker han bare å få informasjon. Da vil terapeuten kunne hjelpe ham dit hvor han kan få denne informasjonen. En pårørende som er i en klage relasjon til terapeuten, vil ikke umiddelbart se

seg selv som en aktiv deltager i sine ønskede endringer. Det vil da her kunne være den pårørende sitt syn at det er bare den som opplever rusproblemet som må endre seg. Her vil terapeuten kunne hjelpe til med spørsmål og nye innfallsvinkler som igjen kan legge til rette for en løsning, eller en ny forståelse av problemet. (Berg & Miller, 1998)

I en samarbeidsorientert postmodernistisk tilnærming er alle er eksperter på seg selv og sin egen verden. Du kan aldri vite hva som foregår i den andre, men gjennom samtaler og tolkninger kan dere komme frem til en enighet ved hjelp av språket om hvordan de temaene man samtaler om skal forstås. Pårørende sine narrativer er deres fortellinger. Det har tidligere ofte vært slik at fagpersoners fortellinger har telt mer enn klientens historie. Som mennesker er vi preget av de for forståelser vi har. Møter vi en person som har et hardt håndtrykk tenker vi kanskje at dette er en bestemt, resolutt mann. Sannsynligheten for at vi vil finne flere ting som bekrefter vår antakelse er stor. Slik kan det også være når vi møter pårørende. Vi kan lytte på pårørende, og vi kan bestrebe oss på å bruke nok tid, før vi trekker våre konklusjoner. Sett i lys av en samarbeidsorientert tilnærming består ikke terapeuten sin kunnskap av kunnskap om det aktuelle problemet, men i det å hjelpe til å skape et dialogisk rom. (Anderson, 2003)

### ***Viktigheten av håp og følelsen av fortvilelse.***

Mangel på informasjon kan føre til at pårørende opplever både sinne og fortvilelse. Dette kan føre over til bruk av makt og motmakt fra pårørende sin side, som jeg også synes å ha sett i mitt materiale. Det kan være slik at de som ikke får noen respons, og som ikke føler at de blir inkludert trekker seg tilbake. Det å føle seg ikke sett, og avvist når man opplever seg i en sårbar situasjon kan være svært belastende. Mange ganger så tåler man også mindre enn man ville tålt i en situasjon hvor man opplever mere kontroll. Mine informanter forteller om frustrasjon, håp og håpløshet i de samtalene vi har hatt. Det jeg slås av er kraften i det håpet som de har om at en behandling skal virke. Jeg tror vi i hjelpeapparatet legger for liten vekt på den kraften det er i dette håpet. Kraft for pasienten, som kanskje selv har mistet mye håp, og kraft for den pårørende for å greie å støtte og hjelpe videre. Som terapeuter kan vi bidra til å opprettholde og styrke håpet til pårørende. Samtidig som vi hjelper pårørende og pasienter i å gjenskape tillitten mellom seg. Det kan godt være slik at en god samhørighet i familien har blitt midlertidig brutt. Som fagpersoner kan vi jobbe for å gjenskape denne tillitten, og være

med å gi pårørende større ferdigheter og kunnskaper om rus, slik at deres situasjon bedres.  
(Bøckmann og Kjellehold, 2010)

Det forskes i dag mye på hvordan følelser påvirker hjernen vår. En av dem som har forsket på dette er en amerikansk forsker som heter Richard J. Davidson. Han har forsket i flere tiår på hvordan positive og negative følelser påvirker hverandre i hjernen vår. Han og hans forskerteam mener å ha funnet at hjernen påvirkes og skiller ut forskjellige kjemiske stoffer avhengig av våre følelser. Gjennom å mobilisere håp ser det ut til at det frigjøres stoffer som demper frykt og gjør at mennesker føler seg mer oppstemte eller håpefulle. Ingen er like og vi er sårbare for opplevelser og følelser i større eller mindre grad. Gjennom å skape håp sammen, og hjelpe til slik at pårørende opplever et håp kan vi bidra til at de får større motstandskraft mot følelsen av håpløshet.(Flaskas, et al. 2007)

Det å skrive ned sin historie kan for mange være noe som oppleves som helende. Familieterapien og spesielt den narrative retningen har brukt brevskrivning til å bidra til at mennesker får et endret syn på seg selv og sine opplevelser. Det å skrive kan gi folk et dialogisk rom mellom seg selv som forfatter og seg selv som leser av egen historie. Folk konstruerer historier om seg selv gjennom språket og sammen med andre rundt seg. I terapi kan også terapeuten bidra gjennom å skrive brev tilbake til klienten som en oppsummering av hvordan han har forstått klienten i timen. Gjennom en nedskrevet historie kan klienten få en annerledes opplevelse av seg selv. Han kan få en ny opplevelse av hvordan han takler vanskeligheter, hvilke mønster han følger, alt etter hvordan terapeuten har sett og opplevd ham. Klienten kan finne frem til unntakene av en dominerende historie og få hjelp til å tykne de alternative historiene om sitt liv. Historien kan også innholde vanskelige temaer og handlingsmønstre, som klienten ønsker å forandre når han hører dem. Ved å se det og reflektere over det kan det gi klienten mer rom for å handle på en måte som er nyttig for ham. Det å ha rom for å handle kan gi håp, og det håpet kan fagpersoner og pårørende skape sammen. (Ibid)

Det kan være utfordrende for fagpersoner i hjelpeapparatet å møte frustrerte og sinte pårørende. Det tapper også pårørende for krefter å være sinte og frustrerte. Eller er det slik at å være sint og frustrert kan få pårørende ut av offer rollen? I mine informanternes narrativer synes jeg å se at det å handle er noe som oppleves godt for dem. Når pårørende handler er det ofte slik at de ikke opplever at fagpersoner gjør det de ønsker eller forventer. Det å delta og gjøre



noe beskrives i litteratur om krisehåndtering som noe som kan oppleves godt. Det kan også forstås som noe man gjør for å gjenskape mening og få kontroll over en hendelse som oppleves uforståelig og meningsløs. (Cullberg, 1999) Det oppleves ofte uforståelig og meningsløst for pårørende at fagpersoner avviser deres tilbud om å delta med sin historie om pasienten. Fagpersoner på den annen side ser ut til å være bekymret for hvilken innvirkning disse fortellingene har på deres forhold til pasienten. Som en av deltagerne i mitt reflekterende team sa:

”Det å lytte mye til foreldre, det er kjempeviktig, og at de skal bli hørt. Samtidig så tenker jeg at dersom man hører mye på foreldre og skaper seg et bilde ut fra hva de sier, pårørende sier, så kan det speile eller det kan påvirke de tankene du gjør deg i møtet da. Med pasienten i terapien, og det er også, på en måte kan være farlig, for det kan være to parter som har ulike meninger, oppfattninger om ting, og da tenker jeg som eventuelt terapeutisk, da fagansvarlig for terapien, opptatt av det å skulle møte pasientens behov. Da og det er vi som på en måte skal skape en relasjon. Og så tenker jeg at hvis man da ser ting som på en måte skurrer. Det er mye problematikk i relasjonen foreldre barn da for eksempel, så tenker jeg at barn, det kan være voksne også, man er jo alltid et barn da, til sine foreldre, så tenker jeg at det vil jo være viktig for meg å skulle jobbe med det også i terapien, kanskje nettopp det å ta opp relasjoner til pårørende blir veldig viktig og kunne også være med på å styrke eventuelt en relasjon og på den måten, etter hvert utover i terapiforløpet i et tenkt tilfelle, kunne få pårørende på banen da.”<sup>42</sup>

Slik jeg forstår min reflektør så er han opptatt av å ha et samarbeid med foreldre, samtidig som han vil være så tilbakeholden at det ikke virker inn på relasjonen til pasienten. Pårørende påvirker vår forforståelse av pasienten. Det blir på denne måten synlig for meg noe av det som kan skje mellom fagpersoner og pårørende. Ut fra hver sin posisjon så leter man kanskje etter måter å samarbeide på. Når man står på hver sin side av et fjell, så ser man ikke det samme landskapet. Å se pasienten sitt perspektiv er en viktig del av jobb til fagpersoner i rusbehandlingsfeltet, men ved å gå rundt fjellet og utforske pårørende sitt perspektiv kan man få øye på noe nytt og se et større bilde. (Lundby, 1998) Ved å være nyssgjerrig kan man kanskje utvide perspektivene sine?

Vi må granske våre motiver og reflektere over våre praksiser, og vokte oss for at vi tilsiktet eller utilsiktet kommer i skade for å ekskludere pårørende sin gode vilje til å bidra. Ved å underkaste oss en maktmodell og en diskurs som sier at ”å snakke med pårørende kan føre til at vi får en vanskeligere relasjon til pasienten” har vi ekskludert muligheten for det motsatte.

---

<sup>42</sup> Fokusintervju linje 31-43 redigert fra muntlig til skriftlig form, reflektør1

Som i fortellingen til Anne Kyong Sook Øfsti og Jogeir Berg om et behandlingssamfunn for 20 år siden hvor mor ikke var ønsket inn på besøk, og alle tilsluttet seg denne diskursen, en maktdiskurs som hevder en sannhet. I deres tilfelle var diskursen at det var ikke bra for pasienten å få mor på besøk. Det er noen ganger vanskelig for oss å se når dette hender, dersom ingen forteller det til oss. (Øfsti & Berg, 2010)

Det å få møte mine informanter og høre om deres opplevelse får meg som fagperson til å reflektere mer rundt hvordan jeg kan møte dem på en bedre måte. Det er ikke bare vi som hjelperne som har kunnskap, det har også de pårørende informantene jeg har snakket med. Deres kunnskap er like viktig som vår kunnskap, kanskje viktigere. Vi som hjelpere trenger å få del i den kunnskapen den pårørende har. Som en av deltagerne som reflekterte på mine funn sa:

”Det er noe jeg ble kjempeopptatt av. Noe den ene pårørende utalte seg om i forhold til at det er fagkunnskap det de sitter med. En erfaring gjennom ti år eller 20 år. Vi sitter jo ikke med kunnskapen aleine, de sitter jo med utrolig mye kunnskap som bare kunne være skrevet om i fag.(Ivrig)  
Og det er vår jobb å skrive det litt om, og fortelle de hvor mye fag det er.  
Å skrive det om til praksis da, og la de handle, slik at det blir en handling, en samhandling ut av det.”<sup>43</sup>

Dersom vi hadde greid å fortelle pårørende hvor mye fag de hadde å bidra med til oss, ville vi også kunne få den respekten de fortjener fra oss som jobber i fagfeltet. Vi kunne gjennom å anerkjenne dette, gi dem en annerledes opplevelse av hvordan de ble møtt. Det å bli sett og anerkjent er viktig i alle møter. Det er viktig for oss alle at våre rettigheter blir ivaretatt og at andre regner med oss. Sett i et samfunnsperspektiv kan man stille spørsmål om pårørende til denne pasientgruppen får de samme rettighetene som pårørende til andre pasientgrupper. Det ligger de samme reglene til grunn for behandling av pårørende her som i andre deler av helsevesenet. (Ulvestad et al. 2007)

### ***Rolleavklaring mellom pårørende og fagfolk.***

Noen steder i helsevesenet vil pårørende bli sett som fagpersoners forlengede arm, de stiller opp der samfunnets ressurser ikke strekker til. Andre steder har pårørende kanskje blitt sett på som noen som opprettholder et problem. Det er ikke lengre slik at man i familierapien

---

<sup>43</sup> Refleksjons gruppe linje 228-244, skrevet om til et narrativ. Reflektør 3

bare forstår det slik at systemet skaper problemene. Det er kanskje heller slik at problemet skaper systemet. Et av funnene jeg synes å ha gjort gjennom mine intervjuer med pårørende er at det synes å mangle en avklaring av roller. Det ser ut for meg som om fagfolk i behandlingsapparatet og pårørende ikke alltid har en felles oppfatning om hva som er, og skal være, den enkeltes rolle i et behandlingsforløp. Kanskje man sammen med pårørende og pasient kan komme til en enighet om hva pårørende kan bidra med? Et viktig spørsmål er i hvilken grad rolleavklaring kan bidra til at pårørende opplever at hjelpen pasienten får er mer nyttig? Det å avklare roller og bli enige om hvem som skal gjøre hva er jo noe som fagpersoner er opplært til å gjøre i arbeidslivet. Hvilken instruks trenger man som ansatt før man går pårørende i møte? Hvor langt kan vi gå i å invitere pårørende inn? Vi kan avklare noen spørsmål gjennom å spørre pasienten, andre spørsmål må ledelsen vår svare på. Pasienten må uansett gi oss en tillatelse dersom vi skal samhandle med hans/hennes pårørende.

Mange pasienter jeg har møtt er fulle av skamfølelse for de belastninger de har påført sine nærmeste. De ønsker å beskytte dem, og sier derfor nei til at vi som fagfolk kan kontakte deres pårørende. Ofte vil ikke pasienten fortelle om dette når det første spørsmålet om samarbeid tas opp. Dette er vanskelige temaer også for pasienten og vil kanskje kreve mer tid og flere samtaler fra terapeuten. Noen pårørende har ikke blitt opplevd som støttende av pasienten, og pasienten har avsluttet kontakten, eller de har liten kontakt. Det finnes mange forklaringer på hvorfor pasienter ikke ønsker at deres pårørende skal inkluderes i behandlingen. Jeg opplever det derfor viktig å sette av nok tid til å snakke med pasientene om deres forhold til pårørende. Det å åpne opp for at pasienten kan reflektere over de spørsmålene terapeuten stiller kan også endre hans ståsted og åpne for ny forståelse i forhold til kontakt med pårørende og i egen problematikk. Dersom pasienten sier nei til at vi som fagpersoner kan ha kontakt med deres pårørende, eller at de ikke ønsker å sette opp noen som pårørende må vi som fagpersoner respektere dette. Vi kan allikevel, slik jeg ser det, ta opp spørsmålet igjen på et senere tidspunkt. Hvordan vi selv er komfortable i vår yrkesutøvelse kan kanskje påvirke oss i arbeid med pårørende? En av mine kollegaer sa i en refleksjon etter å ha hørt meg fortelle om de pårørende jeg har møtt, og deres ønsker og behov:

”Det er riktig, men jeg føler meg mye tryggere med å jobbe med pasientene her, enn med deres pårørende, for der er kunnskapsfeltet mitt et helt annet i forhold til pasientene. Så dette motet har vi snakket om mange ganger her. Og det føler jeg på, at det krever mot.”<sup>44</sup>

Eller handler det om maktforhold og hvem som har retten til å definere hvordan ting egentlig er. I Michel Foucault sine teorier om moderne maktforhold er diskurs et sentralt begrep<sup>45</sup>. Den kan uttrykkes i språket gjennom påstander som: ”Når noen kommer bort i narkotika, har de hatt en problematisk oppvekst.”, eller ”Han kommer fra et godt hjem, han greier seg bra.”. Kulturens normer skaper en sosial kontroll og den opprettholdes gjennom normaliserende holdninger til egne og andre sin ”tatt for gitt sannhet”. Terapeuter som forholder seg til en narrativ praksis vil her kunne dekonstruere ”makt språket” og kunne finne frem til nye og annerledes historier rundt dette. Pårørende kan gjennom dette få et mer nyansert bilde av egen situasjon, og oppleve mer mestring. Som terapeuter og behandlere må vi være oppmerksomme på vår egen bruk av maktspråk, og huske at vi også er en del av vår egen kultur og diskurs. (Lundby, 1998) På samme måte er pårørende også en del av kulturen og kanskje må de også endre noen av sine forklaringsmodeller og fordommer rundt rusmiddelavhengighet og de tanker de har om hjelpeapparatet.

Det er ikke sikkert at det er så enkelt å få til en rolleavklaring, for i behandlingsfeltet er det stor variasjon på hvor lett det er for familien og pårørende å slippe til. Kanskje det kommer av at fagpersoner i behandlingsapparatet ikke alltid har sett på pårørende som en ressurs i behandlingen, og kanskje fagpersoner tar større ansvar for behandlingen enn de trenger? Mange med et problematisk forhold til rus har også hatt andre negative faktorer i livet sitt, det kan være rusbruk hos egne foreldre, at de har opplevd seg forsømt og lite sett som barn og ungdom, at de har kommet med i feil miljøer eller andre vanskelige livshendelser. Det finnes mange oppfatninger av dette. De pårørende jeg har møtt har i varierende grad hatt et samarbeid med hjelpeapparatet. Hva er samfunnet og fagpersoners forventning? Hvordan er en god pårørende?

Det er et økt fokus på pårørende i helsevesenet. I Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015), som ble godkjent 8. april 2011 fremholdes det at pasienter som sliter med alvorlige eller kroniske sykdommer eller en kognitiv svikt ofte vil ha behov for bistand fra sine pårørende

---

<sup>44</sup> Linje 356-358 refleksjon av fagpersoner. Reflektør 4

<sup>45</sup> Foucault bruker begrepet diskurs som et spesielt mønster eller måte å tenke på. (Lundby, 1998 s93)

hele livet. Helsepersonell blir oppfordret til å se de pårørende, ta dem på alvor og bistå til at pårørende også får hjelp ut fra egne behov. Økt brukermedvirkning fra pasienter og deres pårørende er sterkt vektlagt. Det er et ønske om å styrke pårørendes og pasienters mulighet til lettere å hente ut informasjon gjennom en nettbasert helseportal. ( Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)Det er klare statlige føringer om pårørende rollen i helsevesenet. Politiske føringer er helt klare på at det skal legges til rette for at pårørende får informasjon, de skal få involvere seg og delta i utformingen og gjennomføringen av helsetjenester til dem de er pårørende for. De skal ses som en ressurs. Pårørende har egne behov som fagpersoner og hjelpere skal være oppmerksomme på. Det er pasienten og pasientens behov for helsehjelp som må være i fokus for fagpersoner innen helsetjenesten. Av og til er det slik at pasienten ikke vil at hans pårørende skal involveres, da må man respektere det, men i de fleste tilfeller vil både pasienter og pårørende samarbeide når forholdene legges til rette for det.(Bøckmann og Kjellevold, 2010)

## **Konklusjon og oppsummering**

Slik jeg tolker mine funn i mine intervjuer skiller opplevelsene til pårørende seg fra hverandre på noen måter. De informantene som har fått være med og som har fått fortelle sin historie sier at de blir sett som en ressurs for sine nære. Samtidig opplever jeg at det er en slags dobbelthet her, som jeg ikke helt synes å få tak i. Pårørende forteller at de ses som en viktig del av pasientens liv, en ressurs. Samtidig ser det ut som mange fagpersoner ikke etterspør deres kunnskap, og heller ikke bruker den kunnskapen de blir tilbudt. For meg er dette et dilemma. Mange kommer ikke i posisjon til de fagfolkene som skal ivareta deres kjære. Det ser ikke ut som dette alltid handler om at pasienten ikke ønsker den hjelpen pårørende vil gi. En kan undre seg over om det kan handle om fagfolks ubehag ved å slippe pårørende inn, eller fagfolks syn på hva pårørende kan bidra med.

Min problemstilling er to delt. På den ene siden har jeg spurt hvordan det oppleves for mine informanter å være pårørende til mennesker som sliter med sin avhengighet til rusmidler og sin psykiske helse. Funnene mine rundt deres opplevelser vil jeg beskrive som en stadig karusell av opp og nedturer. Dette er en belastende situasjon å være i som også er beskrevet i annen forskning og i bøker. (Nordlie, E. 2003, Kaafjeld, 2004, Mjåvatn Høie og Drott Sjøberg, 2007, Copello et al, 2009) Mine informanters opplevelser samsvarer i stor grad med funnene i disse. Likevel ser jeg at flere har bevart kraften, håpet og troen på at det en dag vil snu seg og bli bedre. Deres håp er en viktig ressurs også for pasientene. Det er kanskje også slik at håpet bærer oss som fagfolk fremover i dette feltet.

I mitt andre forskningsspørsmål har jeg ønsket å se på hva vi som fagfolk kan gjøre annerledes for pårørende, slik at de skal oppleve samarbeidet mer nyttig. Her mener jeg at mine funn er mer uvanlige. Et av dem er behovet for å avklare roller og forventninger mellom oss som fagpersoner og de pårørende. Det vil medvirke til å gjøre deres tilværelse mer forutsigbar. Ved å lytte mer og bedre på deres fortellinger, uten å være fylt opp av våre egne forståelser, ville vi kanskje lære av dem. De har en unik kunnskap, om det å være pårørende til våre pasienter, og denne kunnskapen trenger vi som fagpersoner. Ved å bedre informasjonsflyten vår til pårørende vil vi også kunne styrke dem. Kanskje kan vi lage bedre nettbaserte informasjonsløsninger, kanskje kan vi snakke mer med våre pasienter om samtykke til samarbeid? Pårørende etterspør også generell informasjon om

behandlingsfilosofi. De ønsker å spille på lag med oss. Kanskje kan vi trekke pårørende tidligere inn? Dette krever slik jeg ser det et økt ledelsesfokus på arbeid med pårørende. Kanskje det trengs et mer generelt tilbud til denne gruppen pårørende fra det offentlige? Mange private aktører er inne og gir råd og veiledning til disse pårørende. Mange får god støtte. Likevel er det mange pårørende som ikke benytter seg av tilbud hvor de kan hente støtte og hjelp. (Storbækken & Iversen, 2009) Dette kan også skyldes at det er komplisert å finne frem til hvor man skal henvende seg, når man er ny i rollen som pårørende for denne pasient gruppen. Flere av mine informanter snakket om dette.

For fagfeltet som helhet håper jeg at min oppgave gir inspirasjon til å se pårørende sitt behov med nye øyne. Tilrettelegge for bedre kommunikasjon, mer rolleavklaring og bedre og mer ivaretagelse av de pårørende som ønsker å delta rundt sine nære. I tillegg er det viktig å ha fokus på regelverket og de statlige føringene rundt pårørende arbeid. Jeg ønsker at vi som fagpersoner kan ta imot pårørende på en slik måte at de ikke trenger å bruke makt for å komme i kontakt med oss.

For min arbeidsplass ønsker jeg det samme, men i tillegg ønsker jeg at vi skal jobbe med vårt inntak, invitere inn pårørende og ha et stort fokus på å hjelpe våre pasienter og deres pårørende til å ha en god dialog. Mine informanter har hatt pasienter på min arbeidsplass. Selv om ikke alt de har opplevd handler om oss, så har vi muligheter til å forbedre oss. Det er bra, vi trenger å løfte blikket og tenke nytt om samarbeidet med pårørende. En av mine informanter sa det på denne måten:

”Hvis du da drar inn de pårørende med en gang, og får støtteapparat opp rundt dem i tillegg til klienten, så kan man kanskje hjelpe alle samtidig.”

## Litteratur:

Andersen Tom. (2005) *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk Psykologisk forlag. 3 udgave 6. oplag. 2010

Anderson, Harlene.(2003). *Samtale sprog og terapi, et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels forlag.

Anderson, H. og Goolishian, H. (1988) *Human systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. Family Process, Volume 27. Issue 4 pages 371-393.*

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur, 2 utgåvan, 2 tryckningen.

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

Cullberg, Johan.(1999) *Dynamisk psykiatri* Oslo: Tano Aschehoug. 5. utgave.

Copello A. et al. (2009) *Adult family members and carers of dependent drug users: Prevalence, social cost, resource, savings and treatment responses.*

The UK Drug Policy Commission (UKDPC) London URL:

[http://www.ukdpc.org.uk/resources/UKDPC\\_Families\\_of\\_drug\\_users\\_research\\_report\\_final.pdf](http://www.ukdpc.org.uk/resources/UKDPC_Families_of_drug_users_research_report_final.pdf)

Lest: 01.02.2011

Creswell John W. (2007) *Qualitative Inquiry & Research Design, Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.



Edland-Gryt M. et al, (2010) *Rusmidler i Norge 2010, Alcohol and Drugs in Norway*.

Oslo : Statens institutt for rusmiddelforskning Url:

[http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/Rusmidler\\_i\\_Norge\\_2010\\_NO.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/Rusmidler_i_Norge_2010_NO.pdf)

Lest: Februar 2011

Eliassen, H. & Seikkula, J. (2006) *Reflekterende prosesser i praksis: Klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforlaget 2 opplag

Flaskas C. et al. (2007) *Despair in Narrative and Family Therapy. Adversity, Forgiveness and Reconciliation*. Hove, East Sussex: Routledge

Gergen, Kenneth J.(2010) *En invitation til social konstruksjon*,  
2. utgave 1. oplag. København: Forlaget Mindspace

Halvorsen, K.(2002) *Forskningsmetode for helse og sosialfag, En innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. 4 opplag. Oslo: Cappelen Forlag AS,

Helsedirektoratet (2008b). *Veileder 15-1512. Pårørende - en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innenfor psykiske helsetjenester*. Oslo: Avdeling psykisk helsevern

URL: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-1332\\_7573a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-1332_7573a.pdf)

Lest: 2010.10.10

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

Lest: 2011.04.14

Hårtveit, H. og Jensen, P. (1999). *Familien – pluss en*. Oslo: Tano Aschehoug.

Johansson, Anna. (2005) *Narrative teori och metod. Med livsberättelsen i fokus*. Upplaga 1:6, Lund: Studentlitteratur AB

Johnsen, Astri.(1991). *Antagelsen som veiviser. Fokus på familien nr 3*.

Oslo. ISSN0332-5415

Kaafjeld F. (2004) *På nåler 11 stoffmisbrukere, 11 familier, 11 historier.*

Oslo: Orion forlag AS

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*

2.utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) LOV 1999-07-02 nr 63

URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Lest: 2011.02.12

Lov om helsepersonell (Helsepersonell loven) LOV-1999-07-02 nr 62

Url: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Lest: 2010.09.15

Lund I. et al (2010) *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*

SIRUS-Rapport nr. 4/2010 Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning

URL: [http://www.sirus.no/filestore/Automatisk\\_opprettede\\_filer/sirusrap.4.10.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.4.10.pdf)

Lest: Januar 2011

Lundby, Geir. (1998) *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskrivning av historier.* Oslo: Tano Aschehoug

Marsella, A. & Snyder K. (1981). *Stress, social Supports and Schizophrenic Disorders: Toward an Interactional Model. Schizophrenia Bulletin, 7, 152-163.*

Mjåvatn Høie og Drottz Sjøberg (2007) *Forbannede elskede barn. Narkotikamisbruk sett i lys av pårørendes erfaringer.* Oslo : J.W.Cappelens Forlag AS.

Nordlie, Egil (2003) *Tidskrift for Norsk Lægeforening nr.1 2003, 123:52-4*

Richardson, Laurel. (1990) *Writing Strategies Reaching Diverse Audiences*  
Thousand Oaks: Sage publications Inc.

Riessman Catherine Kohler (2008) *Narrative Methods for the Human Sciences*.  
Thousand Oaks: Sage publications Inc.

Riessman Catherine Kohler (1993) *Narrative Analysis*  
Thousand Oaks: Sage publications Inc.

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

Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik. (2007). *Nettverks - dialoger*.  
Oslo: Universitetsforlaget

Skatvedt A.(2009) *Alminnelighetens potensial En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultetet Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi Universitetet i Oslo (Avhandling innlevert for PhD-graden i sosiologi)  
URL: [http://www.duo.uio.no/publ/iss/2009/88651/avhandling\\_skatvedt.pdf](http://www.duo.uio.no/publ/iss/2009/88651/avhandling_skatvedt.pdf)

Lest : 2011.02.17

Skomedal Gro. (2010) *En kvalitativ studie om pårørende i spesialisthelsetjenesten Diakonhjemmet Høgskole ( Masterstudium i familieterapi og systemisk praksis)*URL:  
[http://brage.bibsys.no/diakon/bitstream/URN:NBN:nobibsys\\_brage\\_13434/1/Gro%20Skomedal.pdf](http://brage.bibsys.no/diakon/bitstream/URN:NBN:nobibsys_brage_13434/1/Gro%20Skomedal.pdf)

Lest: 2010.09.18

de Shazer S. (1994) *Spel med skillnad*. Stockholm: Bokforlaget Mareld.

Storbækken, S og Iversen, E. (2009) *Alene sammen: Om hjelpebehovet hos pårørende til rusmiddelavhengige. Rapport 2009/ Stiftelsen Bergensklinikkene*. URL:  
[http://www.bergenclinics.no/bk\\_archive/Alene%20sammen-webfil.pdf](http://www.bergenclinics.no/bk_archive/Alene%20sammen-webfil.pdf)

Lest: Januar 2011

Thagaard, Tove. (2004) *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*.  
Bergen: Fagbokforlaget

Thorn, A. & Holte, A. (2006) *Diagnose bipolar affektiv lidelse: foreldres erfaring. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2006:5.*

Url: <http://www.fhi.no/dokumenter/02CEEAC3DD.pdf>

Lest januar 2011

Ulvestad, A. K. et al. (2007). *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

White Michael.(2006) *Narrativ teori.* 1 utgave 3 oplag. København: Hans Reitzels forlag

Øfsti A. K. Sook og Berg J. (2010) *En Historie fra virkeligheten, Svensk Familjeterapi Nr 3-4 s34. Svenska Föreningen for Familjeterapi (SFFT )*

## **Liste over vedlegg med innhold:**

### **Vedlegg 1**

3 sider utskrift fra et av intervjuene som et eksempel.

### **Vedlegg 2**

Kjerne-narrativ fra et annet intervju som et eksempel.

### **Vedlegg 3**

Informasjon utdelt til informantene i etterkant av intervju.

### **Vedlegg 4**

Tilråding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.(2 sider)

### **Vedlegg 5**

Utvalgs-skjema for tematisk narrativ analyse (3 sider)

### **Vedlegg 6**

Informasjonsskriv om forskningsintervju (2 sider)

### **Vedlegg 7**

Intervjuguide (2 sider)

### **Vedlegg 8**

Samtykke erklæring.

### **Vedlegg 9**

Godkjenning fra arbeidsplass.

## Vedlegg 1 (3 sider.)

### Intervju f2 linje 451- 600

Jeg hører jeg ikke klarer å finne ordene for det. Eh,

#### **Vi kan komme litt tilbake til det også, men.. (Forsker)**

Det er noe med at vi faktisk kan si at vi tror dere bør gjøre sånn, for vi kan komme med nokså konkrete råd som sier at det, fra enkle ting som at dere må ikke vekke ham en gang dere må vekke ham mange ganger for å få han opp,

eller dere må, husk på at han får ikke med seg beskjeder.

Fordi om han sier ja, så får han ikke de med seg.

Dere må si det mange ganger,

dere eh, også opptrer han adekvat kanskje første gang,

sier ja, har du fått med deg beskjeden, sier ja, ja,

sier tror jeg at personellet da tror det og de tar kanskje sin opplevelse,

selv om vi har advart for den opplevelsen,

så tar de sin opplevelse som sann.

Og da har de ikke villet lytte på det rådet som vi har gitt de,

men ja, ja, så kan vi tenke.

Vi hører hva de sier, men vi ser nå hva vi ser.

Vi gjør nå hva som er best. eh, litt sånn stygge tanker har vi nok utvekslet kona mi og meg.

På at de, de ikke egentlig vil lytte.

Ta imot de rådene vi har gitt når vi har gått inn også,

det kan jo være, vi har jo ikke den medisinske kompetansen på en diagnose

Men vi har en veldig kompetanse på ungen vår.

Eh, har sloss mot ham, har sloss, har jobbet for ham

at han skulle oppføre seg slik som vi forventer av andre,

lenge, og også i non sammenhenger i tette rusperioder også,

da han dro fra institusjonen og sånn så,

vi prøvde jo å samarbeide,

kanskje var det noe om at vi ville gi mer omsorgen det,

en det det profesjonelle vil.

Eh, nei...

**Ja**

Det blir litt rotete.

**Men det er spennende å høre på..**

Ja vel..hyggelig

**Men hva slags tanker har du om å trekke nettverket sånn inn i behandling, Tenker du?**

Ja vi har jo vært klar til det.

Men det tror jeg ikke,

noen nettverk, noen har sikkert skadet sine pårørende,  
det aner meg at pårørende,  
fra full skala og kanskje de fleste ruspårørende kommer fra en familie som har litt belastning  
fra før.

Men der er det sikkert også ressurser.

Det blir liksom tanker om disse.

Det tror jeg ikke jeg skal spekulere så mye i men...

**Nei**

Men kan du si for oss nokså ressurssterke og oppegående familiene da så,  
så det må jo være en forutsetning at pasienten vil det eller kan overtales til det.  
Kan bearbeides for å gå med på det så må det jo være en voldsom styrke.  
eh, det er jo krevende og da så det er jo deilig når en slipper å ha alt daglig kontakt med ham.  
så... det er ikke helt godt å vite om en orker..

Og noen vil nok i perioder ha litt ro.

**Ja,**

For å komme seg litt selv og..

Ja, ja men vi har vært der at vi stort sett..eh vi har nok villet det  
og kanskje først å fremst så synes jeg det er rart at det,  
kanskje ført og fremst på institusjonen ikke ble innkalt til en prat uten pasienten en,  
Og kanskje en status en gang i blant.

Uten ham, der til dels vår rolle og hvordan kan vi samarbeide,  
blir veldig sånn der oppgave fokusert, altså.

Jeg fikk ansvar for å følge ham opp med noe skolegang og sånn,  
Og det er på ett vis greit.

Det blir sånn oppgavefokusert mer enn rolle fokusert

Eller en slags opplæring av det å være pårørende da.

Så jeg opplever det at de tingene vi samarbeidet med var veldig sånn konkrete,  
og det er jo fint at vi kan gjøre det,

men det er et slags fundament som er under de konkrete oppgavene  
som det hadde vært fint å vært enige om og ha en felles forståelse om.

**m...**

På det planet har en ikke beveget seg.

Vi har gått rett på de konkrete oppgavene tenker jeg.

Hva tenker du kan være årsaken til at det er sånn? Har du noen tanker om det?

Eh, ja, det ene, ja det er nok mange årsaker til det.

Det ene er at det er laget en slags mal.

Allerede, kanskje det er for få sånne ressursfamilier,

jeg vet ikke hvor unik vi er som familie men at det er litt uvanelig,

slik at man ikke regner med at det finnes noen ressurs,

også har man ikke laget noe opplegg eller tenkt på det,

muligheten godt nok.

S..det kan godt være tid, det er det jo for de fleste av oss på jobbene,  
Så en har en høyere intensjon enn det en rekker over.

Eh, det er også, det må jo være noe ledelsesfokus.

På institusjonen er det laget et dokument som sier noe om samarbeid,  
det så veldig fint ut,  
det var kjempeflott,  
men jeg opplever vel ikke at det ble levd ut,  
fulgt opp sånn, fint som det står skrevet..

**Nei?**

Og det er kanskje enn sånn,  
det kjenner jeg jo fra min egen jobb også,  
Det er lett å skrive gode planer om hvordan vi skal ha det.  
Men det å holde fokus på de mange kvalitetstinga i det daglige,  
Det er veldig krevende da.  
Å forplante det ut i organisasjonen.  
De beste sykepleierne er satt til å skrive det dokumentet,  
også klarer de ikke å få med seg de 14 andre som skal gjennomføre det i det daglige.  
Sånn blir det litt fra min jobb og at det..

**m...**

Det å få med seg alle til å gjøre det som en tenker.  
Nå husker jeg ikke om det står noe om foreldresamarbeid i det dokumentet, men generelt da.  
Nei, og så lurer jeg på om det kanskje er en usagt  
og kanskje utenkt redsel for å få råd da,  
jeg kommer tilbake til det med trussel,  
jeg tror egentlig ikke noen virkelig ikke vil det,  
men tror kanskje at vi fort tenker at dere i deres profesjon og meg i min,  
at det her har jeg i grunn kontroll på, vi vet åssen vi skal gjøre det.  
Vi gjør det sånn.

**Jeg tenker det at det hadde kanskje vært bedre å hatt litt utveksling på det?**

**Høres det ut som?**

Ja altså det å tørre å åpne en samtale på et sånn plan,  
Det synes jeg hadde vært spennende da.

**Um...**

Ja, altså vi har fått mye anerkjennelse og da,  
Kanskje særlig av ho som har fulgt oss mest opp i kommunen.  
Ikke fulgt oss opp, men fulgt opp Per,  
Hun har vært veldig forståelsesfull for vår situasjon.  
Ho har sett oss på en annen måte,  
hva har gjort at ho da har sett oss bedre, det er spørsmålet.  
På et eller annet vis så klarer ho å ta vårt perspektiv da.  
I noen sammenhenger,  
Dette er tøft for dere og dere må ha tenkt sånn og sånn.  
Vi hadde særlig et møte som var tøft, et sånt ansvarsgruppemøte.

Var det på institusjonen eller?



**Restorying /intervju f1**

Vårt problem er at sønn vår ofte har manglet motivasjon, han har ikke greid å følge opp de tilbud han har fått. Det kreves veldig mye av oss som pårørende, for dersom noen skal følge opp at han er i live og ikke forkommer så er det oss, de pårørende, som må gjøre det. Jeg skulle ønske at samfunnet kunne ta større ansvar for dette. Vi som pårørende til voksne burde slippe å være dem som hele tiden måtte følge opp, det burde være de offentlige sitt ansvar. Det er en stor belastning å være pårørende, vi trenger støtte og råd for ikke å bli syke selv, for mange er det også mye skam i dette. Pårørende gruppen hjalp oss å håndtere det, vi greier å senke skuldrene litt nå. Jeg er skuffet over at helsevesenet ikke tar våre problemer alvorlig. Vi lever i en berg og dal bane av håp og skuffelser. Jeg opplever at ruskonsulenten gjør mye for å hjelpe, men de blir også nedprioritert i ressurskampen i kommunen. Alle kommuner burde ha en støttegruppe for pårørende, det er mye rusproblem i de fleste kommuner. Landsforeningen Mot Stoff har endret livet til kona og meg. Det hadde også vært fint med samarbeid mellom kommunene når det gjelder å hjelpe pårørende. Vi ønsker oss en åpen dialog med behandlingstedene, vi vil ikke vite alt, vi har respekt for taushetsplikten, men vi ønsker å vite hvem dere er, ideologien deres, og det å bli invitert med inn dersom ungene våre vil. Det må være tungt for dem som ikke orker eller har ressurser til å følge opp, for du må kjempe hardt.

Notater etter intervju og kjerne narrativ skriving.

Pårørende må følge opp at folk er i live,(Rett til å forkomme)(opp mot fare for liv og helse)

Følelser: glede over behandling, uro over hva som kan skje, skuffelse mot systemet.

Samfunnet burde tatt mer ansvar

Vi er sårbare, vi trenger støtte, livet blir som en berg og dalbane.

Vi trenger en god kommunikasjon, forutsigbarhet

Noen linker og telefon nr

## Vedlegg 3

### ***Landsforeningen mot stoffmissbruk:***

Støtte, råd, veiledning: 81500205 (09.00-23.00 alle dager)

Koster vanlige tellerskritt, du kan være anonym.

Har lokalforeninger over hele landet.



Drevet av Norske kvinners sanitetsforening og er landsdekkende. Veiledningssenteret tilbyr veiledning til pårørende til rusmiddelavhengige fra hele landet.

Du er sikret veiledning fra høyt kvalifiserte personer med utdanning og lang arbeidserfaring innen helse-og sosialt arbeid.

Pårørende kan være foreldre til rusmiddelavhengige, søsken, døtre og sønner, besteforeldre og annen familie, ektefeller, samboere, kjærester og venner av rusmiddelavhengige.

Vi dekker alle typer rusmiddelavhengighet enten det er alkohol, medikamenter eller narkotiske stoffer. Vi har også kompetanse på dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri).

Våre tilbud til pårørende er gratis og gis som: · Veiledning per telefon. Individuelle timeavtaler ved senteret. · Kurs for pårørende. · Fellessamtaler og gruppemøter med pårørende som ønsker å ha med behandlere, arbeidsgivere eller andre som er berørt av situasjonen. · Familiesamtaler.

### ***Retretten:***

Vi i Retretten ønsker å bidra til at rusmisbrukere og straffedømte som vil leve et liv uten rus og kriminalitet skal få en "fair sjanse" til å klare det.

Hvem er så vi?

Vi som arbeider med direkte klientkontakt i Retretten er tidligere rusmisbrukere, straffedømte og pårørende, har mange års rusfrihet. Derfor kan vi være til inspirasjon eller være en hånd å holde i når livet er tøft. Enten du er innenfor eller utenfor en behandlingsinstitusjon eller du befinner deg i fengsel.

Vi ønsker også å støtte rusmisbrukernes og de kriminelles pårørende og nærstående. Pårørende er ofte en glemt gruppe. Det er lett å glemme at det er disse som rammes av all galskapen som blir en konsekvens av livet sammen med eller tett på en rusmisbruker. Ofte må de takle disse negative konsekvensene alene. Voksne, som barn.

Vi kan være en viktig ressurs for rusmisbrukere når de kommer hjem fra behandlingsopphold eller kommer ut av fengslet, slik at de ikke faller tilbake til misbruket.

TELEFONTID: kl. 08.00- 22.00 alle dager hele året Tlf: +4790690286

TILBUDET ER GRATIS OG DU KAN FÅ HJELP PÅ TIMEN UTEN AVTALE

Sosialmedisinsk poliklinikk i din kommune kan også gi samtaler til pårørende for deres egen del, henvisning kan gis gjennom fastlegen.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Anne Øfsti  
Diakonhjemmet Høgskole AS  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 16.12.2009

Vår ref: 23183 / 2 / IBH

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.12.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

23183	<i>Personlige narrativer i "rommet" mellom pårørende og fagpersoner. Hvordan oppleves det å være pårørende av personer som sliter med rus og sin psykiske helse i møte med fagpersoner? Hva ønsker pårørende at vi som fagpersoner bidra med, for at samarbeidet skal oppleves mer hjelpsomt?</i>
Behandlingsansvarlig	Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anne Øfsti
Student	Berit S. Lystad

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

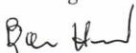
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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, 30.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Ingvild Bergan

Kontaktperson: Ingvild Bergan tlf: 55 58 32 32  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Berit S. Lystad, Svinndalveien 370, 1816 SKIPTVET

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet 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. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

23183

Utvalget består av ca. 6 personer som er pårørende til personer som er innlagt på en rusbehandlingsinstitusjon. Førstegangskontakt med de pårørende formidles via pasientene. Studenten Berit S. Lystad er ansatt ved den aktuelle institusjonen, og tar selv kontakt med pasientene for å få videreformidlet kontakt med pårørende. Det opplyses at pasienter som studenten har behandlingsansvar for ikke vil bli forespurt. Personvernombudet forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for måten førstegangskontakt opprettes på. Gitt at taushetsplikten skulle vise seg å være til hinder, forutsettes det at kontakt kan opprettes av en annen ansatt ved institusjonen med tilstrekkelig tilgang.

Det gis skriftlig informasjon til utvalget, og innhentes skriftlig samtykke. Pasientene gis muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, og velger selv om de vil videreformidle henvendelsen til noen av sine pårørende. Personvernombudet finner informasjonen som gis tilfredsstillende, gitt at det opplyses et mer konkret tidspunkt for prosjektslutt og anonymisering av datamaterialet. Det anbefales også å presisere både ovenfor pasienter og pårørende at det ikke får noen konsekvens for behandlingen som gis hvorvidt man ønsker å delta i forskningsprosjektet eller ikke.

Prosjektet vil kunne innebære behandling av sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 bokstav a (samtykke).

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

Innen prosjektslutt 31. juni 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. Anonymiseringen vil innebære at alle personidentifiserende opplysninger skal slettes, grovkategoriseres eller omskrives.

						<b>Vedlegg 5</b>
Mine kommentarer	TEMA	rød	blå	gul	grønn	brun
I.stiller opp for seg og sine	<b>Motivasjon for intervju</b>	-----	Vi er positive og stiller. Spennende, vært lite objekt, tilbake meldinger til inst.	Kan jo komme noe godt ut av det kanskje	Opptatt av best mulig info og hjelp.	Ville bistå
Noen korte noen lange	<b>Rushistorie</b>	Psykiske problem først så rus 10 år	Psykisk helse alltid, rus 7 år	12-15 år som vi har skjønt det.	De to siste år rus, ellers fra 8	10 år syk 2 år rus
	<b>Kontakt med hjelpere</b>	Ruskonsulenten ,prøvde, han var ikke motivert nok.	Politiet og så Primærlegen voksenpsykiatri kommunen, NAVs3 For tette bånd? S5	Rustjenesten, økonomisk hjelp.bortkastet. Psykiatrisk ungd.team, rundans.	Ba om kontakt, holdt med godt prat i tre år...	Uenig i vurderinger Hyggelig samtale uten resultat
	<b>forventninger</b>			At han skulle ønske hjelp, at han skulle få hjelp	Hjelp som fungerer, å bli hørt av fagpersoner.	Mer hjelp,ingenting skjedde
	<b>Å gå i for store sko</b>		De tror han kan, jeg vet det ikke er sånn.s10 + 16			Begynte med skole, burde begynt med dagliglivet
	<b>Følelsen</b>	Nå har jeg lært meg å legge meg på en sånn midt på treet linjes5	Følt oss som trussel s7 Alt fokus er på pasienten, hvem ser foreldre s7	Maktesløs, forventninger om at han skulle følge opp.	Dere får ta til takke med det dere har fått.	
	<b>Invitert inn</b>	Ruskonsulent var glad vi stilte opp.	Ingen har holdt oss utenfor i 1 fase s4	Samarbeid med ruskonsulenten, ellers har jeg ikke hatt så mye møter med fagfolk s..5	Adhd utredning, troppet opp hos psykolog og lege	Har aldri vært innkalt til noe. Troppet opp hos psykolog
Når det gjelder infm med avslag-kunne de ha hevist til fek. Veiledningscenter et? Kjenner ikke fastlegen e de tilbudene ?	<b>Ikke bli tatt på alvor</b>	Mor søkte hjelp for egen del belastning fikk avslag.	Ikke lyttet til når vi har sagt hva han trenger s6	Første gangen han var på institusjon var jeg sint på systemet, det fikk de høre, men det hjalp jo ingen ting det da s18	Psykiatrisk sykepl,lege, psykolog, ingen gjør noe. Hvorfor blir vi ikke involvert? S 5	Suicidal, fikk sovepiller
	<b>Å bli sett og hørt</b>	Det er beintøft for pårørende s9	Hvordan skal man være som pårørende s7 Annerkjennelse s14	Ha en forståelse for at foreldre trekker seg unna s16	Legevakten, sosionom, gjorde som hun sa.	Legevakten, sosionom, gjorde som hun sa.
	<b>institusjon</b>	Kjør åpne linjer, gi oss info, mer info før innleggelse.s10 Nå greier vi å slippe ned skuldrene og leve et normalt liv.s11	Følt oss minst møtt. S6 Lære opp i å være pårørende s12 Kanskje for få ressursfamilier?s12 Dokument om samarbeid s13	Jeg vil gjerne være en samarbeidspartner Vite litt om ideologien Hadde jeg vist mer kunne vi samarbeidet bedre.	Godt han er der, trygghet, forutsigbarhet. Fått mer informasjon om opplegget i forkant.	Endelig,for ham har det vært bogen nok....dørstokkmila er borte...
	<b>Å være søster, mor ,far</b>	Mer frihet s4 Berørt, ja, det er jo klart s5		Man slutter jo aldri å være far da.s8 Når rusen tar over blir det en helt annen person, det er vanskelig å		Gått greit, det har vært verre å være fagperson og søster Snakke med psykologen om....s12

				være far til det vesenet der.		
	<b>taushetsplikt</b>	Den har jeg litt respekt for, men han sier alt, så jeg kan bare spørre han s7 Når det har skjedd noe har jeg funnet det gjennom bakveier i miljøet	Pasienten må jo ville det, eller kan bearbeides for å gå med på det s12  Når noen er utrygge så er reglene en trøst, slik kan det også være med taushetsplikten.s19	Før ble man alltid møtt med den, nå har de kanskje skjønt at pårørende er viktig. Det må jo være lov for dere å si at han faktisk har dratt.s6 Spill på lag med de pårørende og ikke vær så forbanna opptatt av den taushetspliktens l 0	Fryktelig vanskelig, vi står bom fast. Setter begrensning på alt, det er ikke det jeg er ute etter, men hør på meg jeg har info som kan gjøre det enklere. Det er ikke så lett å sette seg ned å prate viss de ikke viser interesse for det.	Den stopper for mye, bare litt informasjon kunne gi ro i sjela. Vi kunne gitt masse informasjon, men de vil ikke ha den. Når det er snakk om liv død, da burde man kunne avvike fra taushetsplikten. Folk er usikre på håndteringen av taushetsplikt
	<b>redsel</b>				Jeg gikk til politiet	
	<b>belastninger</b>	Jeg fulgte opp 24 timer i døgnet s2 Sykemeldt, kona syk, å tørre å si en har et barn med problemer.s4 Stadige naget om hvor han ers4 Hvor lenge, ligger latent s5	Vi har gått lenge sykemeldt s8	Vasket ut og flyttet inn. Kjørt til timer og avrusning, fulgt opp på institusjoner	Hentet og kjørt og fulgt opp. Uforutsigbart, avlys e ferier, Jeg hadde jobb, så jeg rakk ikke mer...s12 meldte meg syk hos legevakt	Familien snakket om, nå går vi på kvelds skift, nå går vi på nattskift.
	<b>venting</b>			Jeg håper jo at nå har han skjønt...s7. Så han ville ikke...og så har jo åra gått.s3	Det har gått alt for lenge før vi fikk hjelp s5	Hadde vi fått hjelp før ville det kanskje ikke vært rus
	<b>Tilbud til pårørende</b>	Fikk tilbud om pårørende kurs,s3 Få påmeldt...skam og alt detta.	Stryk oss litt på ryggen, så greier vi resten selv. S8	Har vært med på pårørende samlinger på to institusjoner og fått samtaler på smp. Feilslått tilbuds s15	Bare sosionomen på legevakten, nå har jeg mye info.	Har ikke hatt krefter til det, men kanskje.....
	<b>Å kjempe</b>	Jeg slo i bordet så alt som stod på pulten hans hoppet s6		En kommer ofte lengst med å mase litt da...s.6	Du må krige rett og slett. Møtte og slo i bordet....s3 slo i bordet s8	Han hadde ikke vært der han er i dag uten oss....
	<b>Hvem kjenner pasienten</b>		De aller fleste vil prøve først selv s10		Det må være viktig for dere å få min info.	Vi kjenner ham best....s13
	<b>Ansvarsgruppemøte</b>	Er med i møtet.	Er med. Manglende støtte s14-15	Ville gjerne vært med i denne. Jeg har inntrykk at ansvarsgruppene ikke blir tatt helt på alvor	Ingen kom...s3 Da kuttet han alt og sendte avslutningsbrev. Nav løy... familiemedlem med.	-----
	<b>kompetanse</b>		Vi har ikke den medisinske kompetansen, men vi har en veldig kompetanse på ungen vår. S11	Jeg har ikke noen annen kompetanse enn å være far til en rusmissbruker over mange år...s7		
	<b>Tatt med i samarbeid</b>		På overflaten og bedre av noen.	Med på institusjons invitasjoner.	Eneste adhd utredning.	
	<b>Hvor søkes det støtte</b>	Lms,gruppe		Har en venninne	Familien	familien

	<b>Råd til andre</b>	Gå hardt på det offentlige støtteapparatet i egen kommune, en må være tøff der da s7	Til hjelpeapp. Finn noen som kan støtte helperene. S17		Stå på mye mer...s12 man må krige rett og slett.	
	Noe å snakke om			S13 da kunne du hatt noe å snakke med ungen din om.		

Skiptvet 10/03-2010

### Informasjonsskriv om forskningsintervju

Jeg viser til forespørsel om å være informant i mitt forskningsprosjekt som masterstudent ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo.

Våre pasienter har en behandlingstid i institusjonen fra noen måneder til et år eller to, men familiene og pårørende er alltid familie og pårørende. For meg er det derfor viktig å få snakke med pårørende om deres erfaringer og tanker om hva de trenger og ønsker fra oss som fagpersoner i hjelpeapparatet.

Jeg ønsker å foreta dybdeintervjuer med deg/dere, og gjennom dette bidra til økt kunnskap og forståelse for hva dere tenker og opplever er viktig, ut fra deres egen erfaring og ståsted. Jeg håper at dette skal kunne bidra til at pårørende opplever et bedre tilrettelagt samarbeid, og hjelpe oss som fagpersoner å møte dere slik dere ønsker å bli møtt.

Jeg ønsker å foreta et intervju av inntil 6 pårørende. I intervjuet vil jeg komme med noen spørsmål som jeg ønsker å stille alle dere som vil hjelpe meg i undersøkelsen. Dersom jeg trenger å få utdypning på svarene vil jeg stille noen tilleggsspørsmål. Det er viktig for meg at dere får fortelle uten at jeg bryter for mye inn. Jeg vil også sette av tid etter intervjuet slik at det kan stilles spørsmål og reflektere rundt hvordan opplevelsen har vært.

Mitt ønske er å skrive en masteroppgave som handler om det som skjer i rommet mellom de som er pårørende til våre pasienter, og oss som er fagpersoner og hjelpere. Jeg er ute etter de erfaringer, ønsker og drømmer pårørende har i sitt møte med hjelpeapparatet.

Jeg vet at voksne pårørende til vår gruppe pasienter ofte opplever store belastninger på sine egne liv, samtidig som de er betydningsfulle for våre pasienter.

Intervjuene vil jeg ta opp på lydbånd, og skrive ned, ordrett, i anonymisert form. Intervjuene vil vare ca:1 time.

Når jeg skriver min oppgave vil jeg presentere min forståelse av det dere har sagt, og jeg vil trekke frem anonymiserte deler av intervjuet for å belyse dette. Det jeg presenterer i oppgaven vil da bli preget av min bakgrunn og mitt fag, og den erfaring jeg har.

De som ønsker å delta i undersøkelsen vil bli ytterligere informert, og bedt om å skrive under et informert samtykke. Dere som sier ja til å bli med på dette har selvfølgelig anledning til å trekke dere fra samarbeidet når som helst i prosessen. I det informerte samtykket vil det stå hvordan jeg vil behandle og lagre det vi snakker om.

Det vil bare være jeg som forsker som kjenner deres identitet. Bånd fra intervjuene vil bli tilintetgjort når min oppgave er levert og vurdert.

De anonymiserte, utskrevne intervjuene vil jeg gå gjennom sammen med min veileder, som er Erik Leinum, psykolog og familierapeut som til daglig arbeider ved Lassonløggen rehabiliteringssenter, Oslo.



Anonymiserte deler av intervjuene vil jeg gjenfortelle for kollegaer, og be dem reflektere over det de har hørt. Deres refleksjoner vil også bli gjengitt i oppgaven.

Det vil ikke ha noen konsekvens for den behandlingen pasienten mottar hvorvidt man ønsker å delta i forskningsprosjektet eller ikke.

Takk for at du/dere har sagt dere villig til å motta mitt informasjonsskriv, og er villig til å bidra i min oppgave.

Dersom dere lurer på noe mer kan dere ta kontakt på telefon 69 02 12 60 og spørre etter meg. Jeg vil ringe dere tilbake så raskt jeg kan.

Jeg vil kontakte dere på telefon for å avklare nærmere rundt et eventuelt intervju.

Vennlig hilsen  
Berit Stav Lystad

Nybøle behandlingsinstitusjon  
Karjolkroken 186

1820 Spydeberg

## ***INTERVJUGUIDE***

**Hva var det som gjorde at du takket ja til å være med på denne undersøkelsen?**

**Hvordan er din tilknytning til pasienten?**

- Hvor mange år har du fulgt pasienten?
- Hvor lenge har du kjent til pasientens rusproblem, og eventuelle psykiske problemer?
- Hvordan opplever du kontakten mellom deg og pasienten?

**Kan du fortelle om første gang du kom i kontakt med hjelpeapparatet i rollen som pårørende?**

- Hadde du noen forventninger og håp til dette?
- Hvordan opplevde du første møtet med hjelpeapparatet?

**Kan du fortelle om et møte med en fagperson, hvor du opplevde å bli tatt med inn i et samarbeid?**

- Hva var annerledes i dette møte enn andre møter du har hatt?
- Er dette en måte du vanligvis har blitt møtt?
- Hvordan vil du beskrive det å være en samarbeidspartner?
- Hva tror du er grunnen til at det ikke har vært slik?
- Hvilke tanker har du om å trekke nettverket inn i behandlingen?
- Hvilken rolle ville du som pårørende ønske å ha?
- Har dette møtet hatt innvirkning på ditt forhold til pasienten?

**Hva har du opplevd som utfordringer i ditt møte med fagfolk som arbeider i hjelpeapparatet?**

- Hva tenker du kunne vært gjort annerledes?
- Har du noen tanker om hva dette handler om?
- Hvordan erfarer du å bli hørt og verdsatt med din kompetanse som mor/far/venn?
- Opplever du at "rus spøkelset" tar fra deg rollen som Mor/far/venn?
- På hvilken måte kan fagpersoner bidra til at du får rollen som Mor/Far /venn?
- Skjer det at hjelpere og fagpersoner blir påvirket av "rus spøkelset" i møtet med deg og din familie?

**Kan du dele noen av dine tanker om hvordan du generelt sett føler deg møtt som pårørende?**

- Hvordan ville du ønske at dette skulle vært?
- Hva er det som gjør at du tenker slik?

**Hvordan ville du ønske å samarbeide med fagpersoner i feltet?**

- Har du noen tidligere erfaring som kunne være nyttig?

**Dersom du skulle gi tre råd til fagpersoner som jobber i dette feltet, hva ville de være?**

**Har du opplevd at taushetsplikten hindrer, eller at noen gjemmer seg bak taushetsplikten?**

**Har du opplevd eller hørt om andre som har opplevd å få hjelp som du/de synes var nyttig?**

Kan du si litt om det som ikke er nyttig, men som vi som fagfolk gjør?

**Hvilke tilbud til pårørende ville du ønske å møte når ditt familiemedlem var i behandling?**

**Hvilke tilbud for pårørende vet du og din familie om?**

- Har du hatt kontakt med noen av disse?

Intervjuet formelt over, tenker å sette av 30 minutter til å samtale litt rundt hvordan intervjuet oppleves for dem, gi informasjon om det jeg vet om tilgjengelige hjelpetilbud, og gi tilbud om at de kan kontakte meg/institusjonen ved behov for en samtale dersom de ønsker dette eller har nye spørsmål rundt forskningen.

## Vedlegg 8

Skiptvet 24/03-2010

### MASTEROPPGAVE I FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK PRAKSIS

Diakonhjemmet Høgskole

Student; Berit S. Lystad

Tema for min masteroppgave/forskningsprosjekt:

I min masteroppgave ønsker jeg å sette søkelyset på pårørende sine erfaringer med samarbeid med fagpersoner i hjelpeapparatet. Hva fungerer og hva kan vi som hjelpere gjøre bedre. Hvordan kan vi samarbeide på en slik måte at det er hjelpsomt for pasientene, og familien som helhet.

Deltagelse i prosjektet er frivillig, og får ingen konsekvenser for den behandling som blir gitt. Alle som deltar kan når som helst uten å begrunne dette, trekke seg fra deltagelsen i prosjektet.

Informasjonen jeg får vil bli behandlet konfidensielt, bånd fra intervjuet vil holdes innelåst i arbeidsplassens safe. Identiteten til deltagerne vil holdes innelåst på annet sted, i arkiv på arbeidsplassen.

Når studiet er ferdig, senest 30.06. 2011 vil alle bånd og navnelister bli makulert og skriftlig materiale være anonymisert slik at ingenting kan føres tilbake til informantene.

Jeg har mottatt informasjon om studentoppgaven/forskningsprosjektet og samtykker med dette til deltagelse som informant.

Jeg samtykkes i at det kan brukes sitater i analysen/rapporten.

***Jeg har lest informasjons skriv og samtykke erklæringen, og samtykker i å delta i dette forskningsprosjektet som informant.***

.....  
Sted/dato

.....  
Navn

## Vedlegg 9

Mitt ønske er å skrive en masteroppgave som handler om det som skjer i rommet mellom de som er pårørende til våre pasienter, og oss som er fagpersoner og hjelpere. Jeg er ute etter de erfaringer, ønsker og drømmer pårørende har i sitt møte med hjelpeapparatet.

Pasientene har en behandlingstid i institusjonen fra noen måneder til et år eller to, men familiene og pårørende er alltid familie og pårørende. For meg er det derfor viktig å få snakke med pårørende om deres erfaringer og tanker om hva de trenger og ønsker fra oss som fagpersoner i hjelpeapparatet.

Jeg ønsker å foreta dybdeintervjuer med pårørende og gjennom dette bidra til økt kunnskap og forståelse for hva de tenker og opplever er viktig, ut fra deres egen erfaring og ståsted. Jeg håper at dette skal kunne bidra til at pårørende opplever et bedre tilrettelagt samarbeid, og hjelpe oss som fagpersoner å møte dere slik dere ønsker å bli møtt.

Mitt ønske er at vi skal kunne nyttiggjøre oss den kunnskapen i vårt arbeid ved institusjonen

Jeg ønsker en godkjenning fra dere at jeg kan snakke med pasientene ved institusjonen, og gjennom dem rekruttere informanter til mitt forskningsprosjekt. Jeg legger også ved kopi av den godkjenning jeg har fått fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS og mitt informasjonskriv til pasienter og informanter.

Godkjenning fra institusjonen.

Spjudeberg ..... 1/2-2010  
Sted/dato

M. Spakmo

As Børstley