

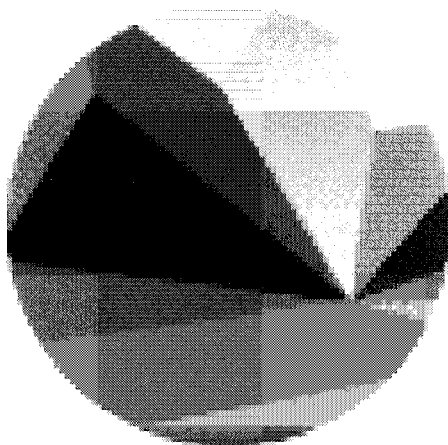
# BACHELOR I SOSIALT ARBEID

SA205S

”Hvilke erfaringer har pårørende med psykiatritjenesten som  
hjelpeapparat?”

Skrevet av: Marte Johansen og Maria Nathalie Friis Henriksen,

Kandidat nummer: 26 og 14



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

1.0 INNLEDNING.....	S. 2
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	S. 3
2.1 Definisjon av pårørende.....	S. 3
2.2 Definisjon av en god sosialarbeider.....	S. 3
2.2.1 Bevissthet om egen maktposisjon.....	S. 3
2.3 Sosialt nettverk.....	S. 5
2.4 Pårørende som ressurs.....	S. 7
2.4.1 Pårørendes belastninger og behov.....	S. 9
2.5 Kommunikasjon.....	S. 10
2.6 Systemteoretisk perspektiv og holisme.....	S. 11
2.7 Aktuelle lover.....	S. 12
2.7.1 Skjønn og brukermedvirkning.....	S. 13
3.0 METODE.....	S. 13
3.1 Etikk.....	S. 14
3.2 Informantene.....	S. 14
3.2.1 Presentasjon av informantene.....	S. 15
3.3 Intervjuguide.....	S. 15
3.4 Gjennomføring av intervjuene.....	S. 15
4.0 ANALYSEN.....	S. 17
4.1 Kontakten mellom behandlerne og pårørende.....	S. 17
4.1.1 Informasjon og kunnskap.....	S. 17
4.1.2 Taushetsplikten.....	S. 20
4.1.3 Makt og avmakt.....	S. 22
4.1.4 Avrunding av temaet.....	S. 24
4.2 Pårørende som ressurs.....	S. 25
4.2.1 Sosialt nettverk.....	S. 28
4.3 Møtet med psykiatrien.....	S. 30
4.3.1 Systemteoretisk perspektiv og holisme.....	S. 30
5.0 AVSLUTNING.....	S. 32

## VEDLEGG 1. INTERVJUGUIDE

## VEDLEGG 2. LITTERATURLISTE

## 1.0 INNLEDNING

Det som dannet grunnlaget for vår problemstilling var en samtale med personer i vårt eget nettverk, som fortalte om deres erfaringer som pårørende. Denne samtalen var med på å forme vårt personlige inntrykk om pårørende i psykiatritjenesten, vi tenker da på dette med at de sier at de ikke har blitt inkludert i behandlingsprosessen til pasienten. Vi valgte denne problemstillingen fordi vi ville finne ut om våre egne inntrykk og deres erfaringer stemmer overens med realiteten. Da tenker vi på om de pårørende blir sett på en som ressurs, og som en viktig støttespiller til pasienten under behandling. Vi er også ute etter å finne ut om de pårørende har fått tilbud om råd og veiledning som kan bidra til at de mestrer sin rolle som pårørende bedre. Vi vil belyse viktigheten rundt dette med at pårørende kan bli sittende med mange spørsmål og tanker som kan være vanskelige. Med dette i tankene vil vi undersøke om pårørende blir satt i fokus, med tanke på en positiv utvikling hos pasienten. Med dette mener vi som nevnt i form av råd og veiledning. Vi understreker viktigheten av å se på pårørende som individer og en del av pasientens nettverk på samme tid.

Når vi begynte å lete i litteratur fant vi ut at det var lite fagstoff om dette temaet. Noe som gjorde problemstillingen mer interessant, da det virket som om dette var et felt som ikke mange hadde forsket på.

I vår oppgave har vi blant annet tenkt å ta for oss relevant teori om pårørende som ressurs, viktigheten med å kartlegge pasientens sosiale nettverk, kommunikasjon med pårørende og pasient og teori om sosialarbeiderens rolle, verdier i møtet med pårørende. Videre vil vi gå nærmere inn på kvalitativ metode som vi har brukt i denne oppgaven. Deretter tar vi for oss analysen. Der vil vi sette teori og empiri opp mot hverandre, for å se om vi kan finne mønster og sammenhenger mellom informantenes uttalelser og teorien.

Med bakgrunn i dette ble problemstillingen vår:

”Hvilke erfaringer har pårørende med psykiatritjenesten som hjelpeapparat?”

## **2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER**

I dette kapittelet vil vi gjøre redegjøre for litteratur som vi senere vil komme til å drøfte opp i mot data som vi har innhentet gjennom intervju.

### **2.1 DEFINISJON AV PÅRØRENDE**

I følge pasientrettighetslovens § 1-3 b står pasienten fritt til å velge hvem som kan anses som pårørende og nærmeste pårørende. Med dette menes det at personen trenger ikke å ha noen familietilknytning med pasienten, for å være den nærmeste pårørende i forhold til helsetjenesten.

Etter psykisk helsevernlovens § 1-3 er en persons pårørende ”ektefelle, registrert partner, person som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med vedkommende, myndige barn, verge eller hjelpeverge”.

### **2.2 EN GOD SOSIALARBEIDER**

Prinsippet om å være en god fagperson i møtet med pasienter/klienter, pårørende og kollegaer står sterkt i sosialt arbeids teorier. Som behandler til en pasient er det viktig at man ikke bare ser på pasienten som ett objekt, men man ser på pasienten med ett helhetlig syn. Med ett helhetlig syn menes pasientens egenskaper, verdier, holdninger, nettverk, familie og ressurser. Vi ønsker i denne oppgaven velge å fokusere på hvordan behandlerne burde inkludere og være imøtekommende med pasientens familie. Bakgrunnen for valget vårt er at dersom man skal skape en endring, er det klokt å alliere seg med dem som står nærmest pasienten. Det er disse personene som har mest å gi av toleranse, utholdenhet, tilgivelse, stolthet og glede over en positiv utvikling. Det er ingen som har så sterk investering i at pasienten skal lykkes som familien og nettverket rundt (Tjersland, Engen, Jansen 31:2010).

Å utvikle seg til en god sosialarbeider, handler i stor grad om å utvikle seg som menneske. Det er vanskelig å skille mellom privatperson og fagperson i yrket som sosialarbeider. Dette er fordi vår egen historie og vår livssituasjon kan virke inn på hvordan vi forholder oss til andre og det vi får tilbake. En kan se på yrkestittelen som en trekant, slik som i boka *gode fagfolk vokser* av Greta Marie Skau; der en side er teoretiske kunnskaper, en annen side er

yrkesspesifikke ferdigheter og den tredje den personlige kompetansen. Disse faktorene som utgjør en god fagperson. Disse tre sidene henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengig av hverandre. Men hva innebærer disse faktorene?

Den første siden av trekanten er *Teoretisk kunnskap* som består av faktakunnskaper og allmenn og forskningsbasert vitenskap. I dette inngår både kunnskap om det våre fag rommer og som er relevante for utøvelsen av dem. Kunnskap om relevante begreper, metoder, modeller og teorien hører under denne kategorien.

Den andre siden er *Yrkesspesifikke ferdigheter* som omfatter et sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som hører til et bestemt yrke, i denne sammenhengen sosialarbeideryrket. Det kan være å skrive rapporter, delta i team, gå turer med pasienter og så videre.

Den tredje siden er *Personlig kompetanse* som kommer fram i møter med sosiale relasjoner og samarbeid med mennesker. Personlig kompetanse handler om den vi er som person, med oss selv og i møtet med andre. "Den handler om hvem vi lar andre få være i møtet med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan(...) Det er denne siden av kompetansen som tar lengst tid å utvikle." (Skau 58:2005). Personlig kompetanse består av egenskaper og ferdigheter som vi tilpasser og bruker i profesjonell sammenheng. (Skau. 58:2005)

Alle møter mennesker er i, er basert på en viss gjensidighet, på et "gi-og-ta forhold". Når man opptrer som profesjonell i møtet med pasienter, bør våre handlinger være rettet mot å tjene disse, mot å "gi". Det er her viktigheten i det å være imøtekommende spiller inn.

Som sosialarbeidere har vi kunnskaper, interesser og ferdigheter som kan brukes i samspill med klienter/pasienter. Det kan tenkes at ens ferdigheter er ens egen verktøykasse, med dette menes at det at en kan ta i bruk redskapene som en har tilegnet seg på veien som sosialarbeider. Man må også ha bevissthet om innholdet i denne verktøykassen, både å vite om dens manglende redskaper og når man skal bruke de rette redskapene til rett situasjon.

Det er fem ferdigheter som er viktig å ha med seg i sosialarbeiderrollen:

1. Evnen til å skape og utvikle kontakt
2. Fasthet i struktur, med sans for fleksibilitet
3. Tåle å bli provosert og utfordret
4. Utholdenhet og tålmodighet

## 5. Samarbeidsevne

(Tjersland, Engen og Jansen. 252-253:2010)

### 2.2.1 Bevissthet om egen maktposisjon

Relasjonen mellom pårørende og behandler er asymmetrisk. Helsepersonellet har faglig kunnskap som er av stor betydning pårørende. Helsepersonell har også makt til å sette i verk og sette inn tiltak. Disse tiltakene kan påvirke den pårørendes liv på en avgjørende måte. Eksempler på slike tiltak kan være forlengende behandling, støttetiltak og omsorgsnivå. Helsepersonell må til enhver tid være klar over den makten de innehar som profesjonelle. Makten bør anvendes på en god og respektfull måte. Dette kan bidra til at pasienten og de pårørende blir i stand til å dra nytte av sine rettigheter. I møter med pårørende burde profesjonelle legge opp til et godt samarbeid gjennom å vise omsorg og respekt (Bøckmann, Kjellevold. 2010:329).

Helsepersonell kan her møte utfordringer ved at skal være nære, tryggende og støttende, samtidig som skal være en grensesetter for de pårørende. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at de pårørende har makt i forhold til kunnskaper om pasienten og sine rettigheter, og ofte er helsevesenet avhengig av at den syke har privat omsorg (Bøckmann, Kjellevold. 2010:330)

Helsepersonellet bør også være oppmerksomme på at de pårørende kan få en avmaktsfølelse, på den måten at de opplever systemet som stort og ukjent, kanskje opplever de at behandlingen til pasienten ikke er bra nok. De kan også føle seg hjelpeløse som foreldre når de ikke har mulighet til å kunne bidra med å hjelpe barnet sitt på en tilfredsstillende måte. Noen kan sitte med en følelse av at de ikke stoler på systemet eller at de ikke føler seg respektert. (Bøckmann, Kjellevold. 2010:330).

### 2.3 SOSIALT NETTVERK

Et sosialt nettverk er et faguttrykk som forteller oss noe om samhandling og relasjoner mellom mennesker. Dette kan være alt fra nære relasjoner til foreldre, men også relasjoner som oppstår for en kortere periode, for eksempel klassekamerater.

*”Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre” (Finset 1986:13)*

Det sosiale nettverket er i stadig endring. Noen relasjoner vil ta slutt, andre vil kanskje vare livet ut. Likevel blir det viktig å se på det sosiale nettverket som eksisterer, og vurdere hvilke relasjoner som er langvarig eller av kortere variant. For å forstå mer hva et sosialt nettverk handler om viser Fyrand 2005 til tre sentrale begreper som gir ett mer helhetlig inntrykk av definisjonen "et sosialt nettverk". Disse tre begrepene er sosial samhandling, sosiale relasjoner og uformell struktur.

Sosial samhandling innebærer en interaksjon mellom mennesker, en "*gjensidig handling mennesker imellom.*" (Fyrand, 2005). Grunnlaget for en samhandling mellom to mennesker, kan ligge i at begge får noe verdifullt ut av det. I motsetning til sosiale relasjoner, er ikke sosiale samhandlinger noe varig fenomen. Derimot vil sosiale relasjoner by på en viss varighet og ikke minst regelmessig kontakt mellom to mennesker. Det er en relasjon der det eksisterer visse rammer rundt. Rammer som plikter og stiller forventninger ovenfor hverandre, et gjensidig og til dels et likestilt forhold. Det siste begrepet er av uformell struktur. Den uformelle strukturen henviser til at disse samhandlingene skjer ofte på uformelle arenaer. De skjer på menneskers egne initiativ og ikke innenfor formelle roller man eventuelt måtte inneha. De skjer på arenaer som hjemme, i nabolaget, og de skjer på grunnlag av egne behov og ønsker. Og ikke på formelle premisser. Mennesker skaper sitt eget sosiale nettverk, dette fordi vi som mennesker har behov for sosiale relasjoner og samhandling med andre individer. I teorien er det sagt at "*Hvert individ fungerer i en helhet.*" (Fyrand, 2005:39). Det vil si at vi må forholde oss til det sosiale systemet som vi er en del av. Det vi gjør påvirker andre og det andre gjør påvirker oss, dette blir en sirkulær bevegelse. Vi er alle enkeltdeler som til sammen utgjør en helhet. Poeng er at vi må forstås ut ifra en helhet og ikke hver enkelt individ. Det sosiale systemet består av relasjonene vi har til andre mennesker.

Familien er som regel den delen av det sosiale nettverket som står sterkest og betyr mest for de fleste. Familien har i fra begynnelsen av den største rollen i livet til ett lite barn, og naturlig nok den største innflytelsen på sosialisering prosessen. "*Ingen andre deler av nettverket har samme innflytelse på utviklingen vår*" (Fyrand, 2005:75) I nettverksarbeid, som går ut på å lokalisere pasientens nettverk og ressurser, kommer det frem at nøkkelpersoner kan være av stor nytte. Ofte er disse nøkkelpersonene representert i form av familie og slektninger, og vil være til stor hjelp når man står midt opp i en nettverksanalysering. Informasjon om nettverkets kvalitet eller kvantitet, hvem nettverket inkluderer og historien rundt nettverket. Kan bidra til at behandler får økt forståelse for pasient og dens nettverk.

Et godt og sterkt sosialt nettverk kan være avgjørende hvis man befinner seg i vanskelige situasjoner, dette kan være kroniske, somatiske eller psykiske sykdommer. Med sykdom kommer ofte et større behov for hjelp og da vil det mest naturlige være å bruke dem som man har nært og kjært. Det sosiale nettverket settes på prøve under slike omstendigheter. Det er en fordel om det sosiale nettverket kan betegnes som et nettverk av kvalitet, og ikke minst størrelse på nettverket kan få konsekvenser. *”Jo mindre nettverket er, desto fortere vil det bli ”brukt opp”.” (Fyrand, 2005:86).* Brukt opp i den forstand at det blir mye ansvar fordelt på få personer. Dette vil kunne få konsekvenser for hovedpersonen, som skyldfølelse, skamfølelse og tap av livskvalitet.. Et annet aspekt ved et svekket sosialt nettverk er at det oppstår en vanskelig situasjon. Vi har tidligere konstatert at et sosialt nettverk er basert på gjensidige samhandlinger, der begge tilfører noe verdifullt inn i relasjonen. I en situasjon med kronisk sykdom, vil mest sannsynlig gjensidigheten avta. Den som er syk, vil ikke kunne bidra i like stor grad som før med det som oppleves som verdifullt. Det vil oppstå en ensidig form for handling og fokuset vil være på den som er syk, naturlig nok. Konsekvensene for dette er at relasjonen tæres på og settes på prøve.

Når det gjelder hjelpeapparatet er det gjentatte ganger blitt fremhevet hvor viktig det er at man som behandler tar på alvor det å innhente kunnskap om det sosiale nettverket til en klient. Nettopp fordi det ligger så mye ressurser og informasjon innen dette nettverket. Om nettverket er av heller dårligere kvalitet, vil det være viktig å hjelpe klient å bygge opp ett godt sosialt nettverk.

*”Erfaringer viser at ved å bevisstgjøre nettverket til den enkelte, gi informasjon, veilede og å innkalle til nettverksmøter, vil en kunne få fram de ressursene som oppleves støttende for brukerne(...) Nettverksbygging er også hjelp til selvhjelp.” (Almvik og Borge, 2000:211)*

## **2.4 PÅRØRENDE SOM RESSURS**

Pårørende er ofte en viktig ressurs. Og det kan være en trygghet å ha pårørende rundt pasienten fordi de kan bidra med betydningsfull kunnskap og kjennskap om pasienten. Helsedirektoratet viser til involvering av pårørende som en ressurs kan bidra med å redusere sjansen for tilbakefall, redusere symptomer, bedre deres sosiale funksjon og øke følelsen av mestring hos pasient og pårørende.



[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P\\_r\\_rende\\_en\\_ressu\\_79889a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P_r_rende_en_ressu_79889a.pdf))

For noen vil pårørendes mulighet for å være en ressurs variere. Noen har ikke mulighet eller kapasitet, mens andre ikke har et ønske om å være en ressurs. Som behandler må man også ta hensyn til om pasienten vil at de pårørende skal involveres. Hvis ikke det er ønskelig fra pasientens side, må behandlerne vurdere hvorvidt de kan bidra til å bedre situasjonen, siden det som regel ikke er god praksis å utelukke pårørende.

En pårørende kan ha flere roller samtidig. Kanskje er man mor, søster/bror, venn, kollega og så videre, men som ressurs er man mer enn som så. Rollene som kan oppstå kan deles i inn i fem kategorier: pårørende som kunnskapskilde, som omsorgsgiver, som pasientens representant, som en del av pasientens sosiale nettverk og pårørende med egne behov.

[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/p\\_r\\_rende\\_en\\_ressurs\\_271634](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/p_r_rende_en_ressurs_271634))

Når man trer inn i rollen som en kunnskapskilde betyr dette at man sitter med kunnskap om pasientens bakgrunn, egenskaper, svakheter og ressurser. Dette er kunnskap som kan være viktig for en behandler å kunne ta med seg videre i behandlingen. De kan også se når en pasient er syk og har kunnskap om sykdomsbildet til pasienten. Her kommer viktigheten om et godt samarbeid mellom pårørende og behandler frem.

*Pårørende som omsorgsgiver:* Pårørende er pasientens nærmeste og viktigste omsorgsgivere. De hjelper til med daglige gjøremål, praktiske oppgaver og bidrar med å følge opp pasientens avtaler og behandlinger.

*Pårørende som sosialt nettverk:* Pårørende er pasientens nærmeste nettverk og kan bidra med å gi pasienten trygghet, stabilitet og tilhørighet.

*Pårørende som pasientens representant:* I noen tilfeller hender det at pasienten ikke er i stand til å ta seg av sine interesser og behov, det er da pårørende kan fungere som en representant for pasienten. Det kan være snakk om gjøre personlig arbeid for pasienten, slik som telefoner til forskjellige instanser, være en talsmann for pasienten og en rådgiver.

*Pårørendes egne behov:* det kan bli en belastning å være en pårørende. De pårørende sitter med mange tanker og følelser som kanskje ikke er så lett å fordøye. Sjansen for å utvikle egen helsesvikt som pårørende er en risiko. Det vil her være lurt å gi tilbud om rådgivning for å

kunne være en ressurs for pasienten og gi kunnskap om behandlingen, så lenge pasienten åpner for dette.

Noen pårørende synes det er beroligende at pasienten er under behandling og ser på dette som tid der de kan slappe litt av og gi kontrollen til behandlerne, dette er noe de profesjonelle må ta høyde for og respektere pårørendes behov.

([http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P\\_r\\_rende\\_en\\_ressu\\_79889a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P_r_rende_en_ressu_79889a.pdf))

#### **2.4.1 Pårørendes belastninger og behov**

Pårørende vil ofte gå igjennom en krisereaksjon når deres nærmeste blir syk. Disse reaksjonene kan være sinne, sjokk, benektning, depresjon og etter en stund akseptering. Dette kan medføre at pårørende glemmer egne behov og ønsker, og glemmer andre nære personer som også trenger omsorg og oppmerksomhet fra vedkommende. Dermed blir det sosiale nettverket kanskje nedprioritert. Her er det viktig at behandlerne viser hensyn og forståelse for den som er pårørende til den som er syk. *"Å kunne mestre belastende eller stressende situasjoner innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette kan bety å få kontroll på følelsene, få en bedre forståelse av situasjonen, eller rett og slett bare et praktisk grep om det som kan gjøres for at situasjonen skal bli minst mulig belastende"* (Eide og Eide 2007). Men for at de pårørende skal kunne mestre dette, er det viktig at behandlerne kommer med kunnskap og råd om den type situasjon eller sykdom som pasient og pårørende er i. Dette vil gi den pårørende økt forståelse og kunnskapsnivå om sykdom, sykdommens følger og behandlingen rundt.

Helsedirektoratet viser til at undersøkelser viser at pårørende som har gode mestringsstrategier med ett positiv forhold til barnet sitt, opplever mindre belastninger enn de uten gode mestringsstrategier.

([http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P\\_r\\_rende\\_en\\_ressu\\_79889a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P_r_rende_en_ressu_79889a.pdf))

## 2.5 KOMMUNIKASJON

*"Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske communicare, som betyr å gjøre felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med." (Eide og Eide, 2007:17)*

Det er noen kriterier for å kunne oppnå kommunikasjon. Kriterier slik som det må være to parter og at noe skal formidles. Her vil vi først og fremst ta for oss kommunikasjon mellom den profesjonelle og pårørende, og hvilke kriterier som den profesjonelle burde være inneforstått med for å kunne skape et godt samarbeid. Det er viktig for et godt samarbeid at man klarer å forstå hva den andre parten prøver å kommunisere.

Omsorg er en grunnleggende pilar innen helse og sosialyrker. Sammenhengen mellom omsorg og kommunikasjon innebærer fokus på hvordan man møter mennesker. Profesjonell omsorgsrelasjon handler om å ha en innlevelse i den andre personen med dens ulike sider. Evnen til å leve seg inn i andre sine situasjoner, kombinert med gode faglige kunnskaper og ikke minst en målsetning om å gjøre ting best mulig for vedkommende. Eide og Eide (2007) bruker et begrep som samler disse kvalitetene under ett ord. Begrepet er omsorgsprofesjonalitet, og kan forstås bedre ved å gå nærmere inn på tre begreper. Empati, fagkunnskap og målorientering. *"Dette utgjør en kvalitetssikrende triade av forutsetninger for god kommunikasjon mellom hjelper og bruker/klient"* (Eide og Eide, 2007:34) Empati er helt klart en av forutsetningene til god kommunikasjon mellom fagperson og klient. Empati dreier seg om å evne å lytte til hva klient sier og prøve å forstå deres historie. I tillegg til å prøve å sette seg inn i situasjonen deres og se deres reaksjoner for det de er. Under empati kommer begrepet "tune-in". "Tuning-in" betyr å komme på bølgelengde med klient. Noe som innebærer at hjelper forbereder seg på møtet med klient. Ved å tenke igjennom hvordan man skal ta best mulig imot, og få klient til å føle seg trygg i situasjonen. Det andre begrepet går på god faglig kunnskaper. Uten dette vil kommunikasjonen mest sannsynlig bli en utfordring, da det er forventet at hjelper skal bidra til utvikling. God profesjonell kommunikasjon forutsetter fagkunnskaper. Det siste begrepet er målorientering. Noe som innebærer at man må være bevisst hva målet med behandlingen er, hva man jobber mot og for å oppnå. Her må man også tenke på at det er klient selv som vet "hvor skoen trykker", og medvirkning fra klient sin side blir en selvfølge. *"Et mål for profesjonell kommunikasjon er nettopp å hjelpe klienten eller brukeren til å bruke sine ressurser og bestemme selv(...)"* (Eide og Eide, 2004:42).

Når man kommuniserer med folk foregår ikke det bare igjennom hva man sier, men også igjennom det man gjør. Kroppsspråket er avslørende om man ikke er observant på hvilke signaler man sender ut. Som profesjonell vil det være avgjørende om man klarer å skape et godt samarbeid og få tillit hos klienten. Derfor vil det være viktig å ta seg tid til å observere og analysere egen atferd i samhandling med andre, og at man hele tiden har et fokus på det at man kommuniserer med kroppsspråket. Det handler om å være kongruent, at det er samspill mellom det du sier og det du gjør. Det nonverbale blir derfor en veldig viktig del av en god kommunikasjon mellom hjelper og klient.

Det blir viktig å være godt kjent med seg selv og sin forforståelse i et møte med pasient og pårørende. Og lytte aktivt, være interessert og oppmuntre vil vise at man er opptatt av klientens og pårørendes beste. Å bruke bekreftende kommunikasjon og stille spørsmål, understreker nettopp dette med at man er interessert. Bekreftende kommunikasjon går ut på at man gir en bekreftelse på at det som blir sagt er mottatt og forstått.

## **2.6 SYSTEMTEORETISK PERSPEKTIV OG HOLISME**

Systemteoretisk perspektiv fokuserer på hvordan mennesker oppfører seg i samspill med omgivelsene. Videre hevder systemteorien at alt vi mennesker foretar oss må forstås i en sammenheng, og at vi handler på bakgrunn av ”feedback”. ”Feedback” vil si kommunikasjon og respons fra omgivelsene rundt, alt fra mennesker til lyskryss (Aadland, 2004). Det eksisterer flere retninger innen systemteori, forskjellige innfallsvinkler. Hovedtanken er felles, og den går ut på at alt skjer i en kontekst. Det eksisterer ikke bare en årsak til at noe skjer, men flere sammenhenger. Med dette menes at det er flere faktorer som spiller inn på hvordan ting skjer. Et eksempel kan være en alkoholiker, i stedet for å fokusere på helheten vil man anta at årsaken til at han/hun er alkoholiker ligger i at vedkommende har en forkjærlighet til rusmidler. Sett i ett systemteoretisk perspektiv vil man rette fokus mot andre sammenhenger til at situasjonen er som den er. Det er kanskje flere årsaker, som for eksempel arbeidsledighet, psykiske problemer eller andre årsaker.

Holisme er en del av det systemteoretiske perspektivet. Det holistiske systemet er basert på en helhetlig tankegang og ikke på detaljer. I sosialt arbeid blir det holistiske synet knyttet opp mot menneskesyn. Som innebærer at man skal se mennesket i sin helhet, ikke bare problematikken. For å behandle ett menneske med et holistisk syn, vil fokuset bli på hvilke

sammenhenger som kan ha ført til problemet. Ikke bare på hva problemet er, men hvilke sammenhenger og årsaker som problemet har oppstått i og av. Holisme handler om å skaffe en større forståelse. Det er igjennom å se systemet rundt at man først vil forstå hvilke sammenhenger som eksisterer. Det vil for eksempel være nyttig å innhente informasjon om det sosiale nettverket til klient.

## 2.7 AKTUELLE LOVER

Det er tre lover som er av særskilt interesse for vår problemstilling. Dette er for det første helsepersonelloven, den andre er taushetspliktløven og den tredje er pasientrettighetsloven.

**Helsepersonelloven** - "Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste." (Norges lover, 2003:664)

**Taushetsplikten** - § 21. Hovedregel om taushetsplikt. Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten er begrunnet i flere hensyn. Først og fremst i hensynet om å ivareta klienters integritet og personlige opplysninger. Men også på det grunnlag av at den er med å skape større rom for åpenhet og trygghet i samarbeidet mellom klient og fagpersonell. Noe som automatisk gjør samarbeidet lettere. Et brudd på taushetsplikten vil medføre store konsekvenser.

**Pasientrettighetsloven** - §1-1 "Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd." (Norges lover, 2003:654)

§ 3-3 "Informasjon til pasientens nærmeste pårørende. Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og dens helsehjelp som ytes. Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2." (Norges lover. 2003:654)

I utgangspunktet er informasjonen taushetsbelagt. Loven sikrer at pasient selv kan bestemme om han/hun vil at de nærmeste skal kunne ha innsyn i informasjonen. Samtidig som at hvis man ikke av en ukjent grunn skulle være i stand til å ta motta informasjon, så skal pårørende av pasienten ha krav på informasjon om hva som skjer. Pasient avgjør selv hvilken og hvor mye informasjon som de nærmeste skal ha tilgang til. Pasient må altså samtykke, noe som gis som regel muntlig eller skriftlig.

### **2.7.1 Skjønn og brukervedvirking**

Som sosialarbeider har man et sett med regleverker og mandater å forholde seg til når man skal gjøre vurderinger av saker. Men det er ikke nok og kun leve etter ett sett med regler, regler alene vil ikke gi svar på etiske problemer man kan støte på. Dette innebærer at man må bruke sosialfaglig skjønn i sin forståelse og vurderinger av saker. *”Uansett hvor gjennomregulert samfunnet er, kan regler alene ikke gi svar på alle de etiske problemer vi stilles ovenfor. Det er dessuten grenser for hvor mange lover og regler vi er i stand til å forholde oss til og rette oss etter”* (Kokkinn 2005:216). Å utøve skjønn innebærer at man tar en veloverveid avgjørelse og at fakta og hensyn er nøye vurdert opp mot hverandre. Muligheten til å utøve skjønn bidrar med å gi adekvat hjelp til pårørende/pasient. (Hanssen m.fl. 2010:22).

Etter tradisjonell tenkning om at den profesjonelle skal ha brukerens ønske og interesser i sentrum, sies det at man som profesjonell må kunne jobbe ut brukerens interesser og behov. Dette skal utføres i kraft av den profesjonelles egen kunnskap og erfaring. (Hanssen m.fl. 2010:32). I enkelte situasjoner er det slik at vedkommende ikke ønsker å medvirke. Andre ganger er det slik at pasienten ikke har mulighet til å medvirke, for eksempel ved bevisstløshet, sterk forvirring, eller kognitiv svikt. Det blir da behandlerens ansvar å kontakte nærmeste pårørende og formidle pasientens ønsker og synspunkter. (Hanssen m.fl. 2010:33)

## **3.0 METODE**

I vår oppgave valgte vi å velge en kvalitativ metode med halvstrukturert intervju, med hjelp av intervjuguide. Vi fant ut at dette måtte være den mest hensiktsmessige måten å innhente data til vår problemstilling. Grunnen til at vi benyttet kvalitativ metode var fordi vi ville gå ”i dybden” slik som kvalitativ metode gjør. Det ligger i ordet kvalitativ – kvalitet. Man går i dybden av dataene som vi samler inn og finner svar på problemstillingen. I stedet for å

fokusere på bredden slik som det gjøres i kvantitativ metode, går kvalitativ metode ut på å finne det spesielle mønstret eller fortelle noe om spesielle kjennetegn eller egenskaper ved fenomenet som studeres. (Johannesen, Tuft og Christoffersen. 32:2010). Vi valgte også å bruke kvalitativ forskning fordi vi vil undersøke et fenomen som vi ikke kjenner noe særlig godt til og vi ønsket å forstå dette mer grundig.

### **3.1 Etikk**

Vi har ivarettatt NESHS tre retningslinjer som forskere må ta hensyn til ved en undersøkelse. Disse er informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv, forskerens ansvar for å unngå skade.

Disse retningslinjene har vi fulgt ved at vi sendte ut informasjon om hva undersøkelsen gjelder og formålet med den. Samtidig ble de informert om hvordan vi ville bruke dataene som vi fikk inn og at alt ble behandlet konfidensielt og ville bli destruert etter bruk. Vi informerte også om informantens rett til å trekke seg om han/hun ønsket det. Vi brukte ikke spørsmål som vi mente var for sensitive eller private, vi fikk heller informanten selv til å gå i dybden. På den måten kunne informanten selv velge hva han/hun vil fortelle.

### **3.2 Informantene**

I denne oppgaven har vi valgt å bruke pårørende til pasienter som har vært i kontakt med psykiatritjenesten. Det vi har lagt vekt på når vi valgte informanter var at vi ville ha samme kjønn, ca samme alder og ca like lang "fartstid" som pårørende i psykiatrien. Vi tenkte det kanskje ville være greit med samme type bakgrunnsproblematikk, men det viste seg å bli vanskelig å utføre.

Vi valgte i utgangspunktet å ha fire informanter, men en informant falt i fra før vi gikk i gang med intervjuene. Dette fordi vi så at det var nok antall i forhold til vår problemstilling.

Informantene som vi har valgt er hentet i fra tre forskjellige psykiatriske sykehus. Alle er i forskjellige regioner. Grunnen for at vi gjorde det på denne måten var for å se om det var variasjon i funnene vi fikk, eller om det var et mønster som gikk igjen hos flere pårørende.

Vi har kjennskap til alle informantene fra før, og de er hentet ut i fra vårt eget nettverk. Dette kan ha påvirket noen av svarene vi fikk. Grunnen til at vi kanskje tror at det kan ha påvirket noen av svarene vi fikk er fordi man har lett for å prate på ett annet vis med en som man kjenner, enn en som er fremmed, og stoler dermed på en helt annen måte på intervjuerne.

### 3.2.1 Presentasjon av informantene

	Kjønn	Alder	Års erfaring som pårørende	Problematikk
Informant A	Kvinne	53	7	Rus
Informant B	Kvinne	53	4	Overgrep
Informant C	Kvinne	47	8	Rus og psykiatri

### 3.3 Intervjuguide

Vi tok utgangspunkt i en semistrukerert/delvis strukturert intervjuguide. Vi hadde fire deltemaer med utgangspunkt fra problemstillingen. Vi brukte denne typen intervjuguide fordi vi ville ha litt kontroll over det informanten fortalte og fordi vi ikke ville låse oss helt fast til faste svar, men heller få informanten til å fortelle litt mer utdypende. Underveis i intervjuene brukte vi oppfølgingsspørsmål som vi stilte der vi ønsket at informanten skulle utdype mer rundt spørsmålet.

Vi brukte også "traktprinsippet", slik at informantene skulle føle seg vel med hvordan vi utførte intervjuene. Traktprinsippet gikk ut på at vi stilte innledningsspørsmål og rene faktaspørsmål og gikk deretter over på overgangsspørsmål. Her ville vi at informanten skulle komme med personlige erfaringer og fortellinger som kunne si noe om deres forståelser av virkeligheten.

Det vi la hovedvekt på i oppgaven var nøkkelspørsmål. Ved nøkkelspørsmål kunne vi stille spørsmål som fikk informanten til å fortelle om autentiske hendelser. Dette anser vi som relevantt i forhold til vår problemstilling, siden den fokuserer på informantenes egne erfaringer.

### 3.4 Gjennomføring av intervjuene

Vi startet med å rekruttere informanter som ville være aktuelle til vår type oppgave. To av informantene vi fant var fra vårt eget nettverk, mens de andre to fikk vi anbefalt av venner som hadde kjennskap til disse informanter, altså vi brukte snøballmetoden. Intervjuene ble utført hjemme hos informantene.



Informantene bodde ikke i nærheten av hverandre, det resulterte i at det ble litt reising for oss. Vi utførte intervjuene hver for oss siden det ble en del reising. Vi avtalte tid og dato sammen med informantene før intervjuene, slik at vi hadde god tid og slik at de kunne forberede seg til vi kom. Når vi var i gang med intervjuene var det en informant som ikke kunne delta. Da vi fikk vite dette var det for kort tid igjen til å kunne skaffe seg en ny informant.

Informantene hadde kun mottatt informasjon om hva oppgaven gikk ut på og hvordan type intervju vi skulle ha. Vi valgte ikke å sende ut en oversikt over spørsmålene vi skulle stille, eller gi dem en oversikt over temaene før intervjuet, fordi her ville kanskje det ha bidratt til at vi mistet en del spontane uttalelser. Vi ville ha en mest mulig naturlig setting for informantene. Vi informerte på forhånd at ingen spørsmål måtte besvares hvis de ikke ønsket det og at de kunne trekke seg når som helst.

Vi ble enige om at vi skulle bruke lydbånd, slik at vi kunne gå tilbake senere å høre hva informantene fortalte. Vi tenkte at hvis vi noterte det informanten sa, så ville vi miste verdifull data som informanten ga oss. Vi mener også at man som intervjuer kanskje blir litt distansert i forhold til informanten når man sitter og noterer underveis, og at sjansen for at man overser den non-verbale kommunikasjonen er stor. Viktigheten av å være klar over sin egen forforståelse sto også sterkt da vi valgte å ikke notere underveis, dette fordi data som informanten sier kan bli preget av vår egen tolkning.

Informantene ga ikke uttrykk for at de syntes det var ubehagelig at vi tok opp det de sa på lydbånd. Dette kan ha sammenheng med at vi informerte dem om hvordan vi hadde tenkt å lagre informasjonen deres, før vi startet intervjuet.

Alle intervjuene ble utført hjemme hos informanten, dette var informantenes forslag. Dette fungerte veldig bra for både oss som intervjuere og dem som informanter. Settingen falt naturlig og det ble ikke en formell stemning over intervjuet. Det som kanskje var det negative var at det var noen få forstyrrende elementer. Men ikke forstyrrende i den grad at det påvirket svarene til informanten. Underveis i intervjuene prøvde vi som intervjuere å gi anerkjennelse til informanten om det han/hun fortalte. Informantene søkte noen ganger råd om svarene de ga var "riktige" i forhold til spørsmål og vi veiledet dem til de følte at de ga det "rette" svaret.

## 4.0 ANALYSEN

Intervjuguiden vår er bygget opp etter tre ulike kategorier, og vi velger å analysere datamaterialet ut fra temaer som vi har kalt: Kontakten mellom pårørende og profesjonelle, pårørende som ressurs og møtet med psykiatrien. Under hvert tema følges det opp med undertemaer. Disse er Informasjon og kunnskap, taushetsplikt, makt og avmakt,

### 4.1 KONTAKTEN MELLOM PÅRØRENDE OG PROFESJONELLE

#### 4.1.1 Informasjon og kunnskap.

I første del av intervjuguiden spurte vi informantene om de syntes at de fikk tilstrekkelig med informasjon, både generelt og spesielt om situasjonen som deres barn stod i. Her var alle veldig klare på at de ikke hadde fått tilstrekkelig med informasjon og at alle ønsket mer og konkret informasjon, noe som de ikke fikk. Samtidig fortalte samtlige informanter at de måtte på egen hånd lese seg til kunnskap og rådføre seg med andre som hadde vært i en lignende situasjon.

En mor forteller om informasjonen hun fikk:

*”Jeg måtte gå veien selv. Måtte søke hjelp spesielt hos andre som hadde opplevd det samme”.*

Som Skau (2005) sier det i boken ”Gode fagfolk vokser” at man som sosialarbeider har kunnskaper, interesser og ferdigheter som vi kan bruke i samspill med pårørende.

Her kan den profesjonelle bruke sine faglige ressurser til å hjelpe pårørende til å få en bedre forståelse rundt situasjonen og skape trygghet.

To av informantene sa at den typen informasjon de fikk fra hjelpeapparatet var av liten karakter. De fikk brosjyrer om hva de hadde krav på og generell informasjon rundt sykdomsbildet. De fikk ingen utdypende informasjon om situasjonen eller behandlingsopplegget. Den siste informanten sa derimot at hun fikk en hard informasjon om barnet sitt. Hun kaller det for rene faktaopplysninger om hennes barns situasjon. Hun sier det slik:

*”Jeg fikk egentlig en beinhard informasjon om hva som hadde skjedd. Også ble den ikke utdypet på noen måter. Pratet vel kanskje litt om depresjon og sånt, men ikke på noen utfyllende måte.”*

Informantene sier at de syntes at de fikk dårlig informasjon i forhold til det de ønsket å få, og at de ble sittende igjen med mange spørsmål som de ville ha svar eller kunnskap om. Hvis man knytter dette opp mot teorien i kapittel en, ser man at prinsippet om å være en god fagperson ikke kommer til synet her. For å kunne være en god fagperson kreves det tre faktorer, teoretisk kunnskap – informantene fikk lite til ingen kunnskaper fra de profesjonelle, de måtte heller tilegne seg denne kunnskapen selv. Det kreves yrkeskompetanse – de fikk heller ingen oppfølging eller tilrettelegging innenfor behandlingen rundt pasienten. Den siste faktoren er personlig kompetanse – måten den ene moren ble møtt og informert på, var et brutalt møte med situasjonen, og informanten følte ikke å ha blitt ivaretatt og ble sittende med mange uløste spørsmål.

Med basis i dette, spurte vi informantene om hvordan kontakten mellom de som pårørende og de profesjonelle var. De fleste sa at fagpersonene ikke var imøtekommende og at de satt igjen med en følelse av at de ikke hadde blitt hørt eller forstått på den måten som de ønsket. En sier det slik:

*”Jeg synes ikke de var... Jeg vet ikke hvordan jeg skal si det, men jeg synes egentlig de var kalde og upåvirkelige. Altså, jeg var en ikke-person for de. Det var bare rene skjære fakta, hun pratet en hel masse også ”ferdig” med den timen.”*

Når vi spurte om de kunne utdype hva de mente med at de profesjonelle var lite imøtekommende svarte den ene moren:

*”Det var vi som måtte stå på hele tiden, med å mase, og ringe. Det var ikke slik at vi kunne møtes på halvveien.”*

Det de pårørende her forteller er at de ikke ble ivaretatt, slik som de ønsket. Det var ingen som inkluderte dem i behandlingen eller inviterte til en samtale. Viktigheten rundt å ivareta og inkludere pårørende forsvinner og blir ikke i fokus. Her hadde ikke behandlerne hadde en intensjon om å hjelpe de pårørende med å gi dem kunnskap eller informasjon om det som skjedde rundt pasienten.. Det var de pårørende selv som måtte ta initiativ og foreslå et møte med behandlingspersonellet.

For å belyse viktigheten av å være en god fagperson og ha en god dialog med pårørende kan man trekke inn den profesjonelles omsorgsrelasjon i forhold til pasienten. Med dette menes at man må ha innlevelse i pasientens liv og dets helhet. Her velger vi å fokusere på pasientens pårørende. Med omsorgsprofesjonalitet kan man se at det består av tre spekter: empati, fagkunnskap og målorientering. Dette til sammen utgjør det vi kan kalle en kvalitetssikret triade. ”En kvalitetssikrende triade av forutsetninger for god kommunikasjon mellom hjelper og pårørende/pasient ”(Eide og Eide, 2007:34).

Når vi spør om hva det var som bidro til at de ikke følte seg hørt og forstått av de profesjonelle, hadde alle samme syn. Informantene sa at det var at de ikke kunne møtes på midten og ikke kunne bli sett på som en viktig person som de kunne samarbeide med. De sa også noe om at de syntes hele systemet sviktet under dem og at de opplevde seg som et objekt som ikke var tilstede, i behandlerens øyne. En informants beskrivelse:

*”Det var vel det at jeg aldri var fri til å kunne stille mine spørsmål, få komme frem med mine tanker. I en såpass vanskelig sak må jeg som mor veie mine ord for og ikke gjøre det verre for barnet mitt, som jeg satt sammen med. Også synes jeg egentlig at det var veldig hard og brutal informasjon. Vi fikk aldri noen spørsmål om at jeg på noen måte trengte råd og veiledning for hvordan jeg kunne takle dette hjemme. Det var bare den harde virkelighet og ferdig med det”.*

En informant forteller at hun syntes det var veldig personavhengig måten man ble mottatt på. Hun måtte jobbe seg til en god relasjon mellom behandler og pårørende mente hun. Dette er ikke noe som kommer med en gang, men som ville oppstå etter tid, sa hun.

Men en god relasjon til behandler er ikke den pårørendes eller pasientens ansvar å skape, dette er noe man som fagperson skal ha med seg i verktøykassen sin når man kommer i kontakt med mennesker. Å skape en god relasjon til pårørende vil bidra til at man kommer lettere i kontakt med personer i pasientens nettverk og det bidrar til og skape trygghet i forholdet mellom pårørende og fagperson. Det er alfa omega å ha god relasjon til pårørende siden de som oftest er i pasientens eget nettverk og kan bidra på en helt annen basis en det en behandler kan.

Bøckmann og Kjellevold (2010) sier i boken ”Pårørende i helsetjenesten” at det er helt klart enklere for fagpersonen å skape en god relasjon til pårørende som er høflige, takknemmelige og innordner seg med regler og rutiner på instiusjonen, enn med pårørende som stiller krav,

gir uttrykk for misnøye og viser aggresjon. På samme måte som det er lettere for pårørende å skape en god relasjon til profesjonelle som viser omsorg, tilstedeværelse og trygghet. En viktig faktor i denne teorien er at man er alltid i kontekst til hverandre og både fagperson og pårørende er i et gjensidig forhold som påvirker. Begge utløser følelser ovenfor hverandre. Disse følelsene kan komme av andre faktorer som spiller inn, alder, utseende, kulturbakgrunn og yrke er noen som kan spille inn.

#### **4.1.2. Taushetsplikten**

Alle informantene ga uttrykk for at de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon og at dette var motstridene i forhold til deres ønsker. Vi ville undersøke dette nærmere og gikk inn på dette med helsepersonellens lover, regelverker og pasientens rett til privatliv, med andre ord så gikk vi inn på dette med taushetsplikten i møtet med den pårørende.

Vi spurte informantene om det kunne være taushetsplikten som var et hinder for hvordan informasjon de fikk. Her var svarene ulike og vi fikk frem flere sider av hvordan informantene erfarte møtet med taushetsplikten. To av informantene fortalte at de ikke opplevde taushetsplikten som noe hinder for hvilken informasjon de fikk, dette var på bakgrunn av at pasientene hadde åpnet for en åpen dialog mellom den profesjonelle og pårørende. Pasienten ønsket selv at det skulle være åpenhet rundt pasientens tilstand og ga de pårørende fullt innsyn.

Her vil det være relevant å tenke at man som pårørende får full innsyn og blir informert og inkludert i behandlingsopplegget siden pasienten selv har åpnet for dette. Men i disse tilfellene der begge informantene svarer at de fikk full innsyn av pasienten selv, blir ikke ønsket om tilstrekkelig med informasjon oppfylt.

Det kan tenkes at grunnen for at de pårørende følte at det ikke ble tilstrekkelig selv med åpent innsyn, kan være fordi ordlyden i paragrafen om pasientrettighetsloven 3-3 sier: *Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og dens helsehjelp som ytes.* Det blir med andre ord ikke sagt at helsepersonell her har et ansvar om å opplyse pårørende med mindre pårørende selv ønsker det og søker informasjon. Dette kan være en grunn for at en informant sier:

*”Da jeg konfronterte de med at han hadde skrevet under på at jeg skulle ha full informasjon, så gikk det bra. Jeg ringte legen hans og jeg ringte behandlingsstedene*

*han var på, og fikk full informasjon, men dette var fra mitt eget initiativ. De tok lite kontakt med meg.”*

Den tredje informanten hadde ikke de samme erfaringene med taushetsplikten som de andre to. Hos denne informanten kom det klart fram at taushetsplikten hadde vært et stort hinder hele veien, både for kommunikasjon og informasjon mellom pårørende og profesjonelle, og pårørende og pasient. Informanten om taushetsplikten:

*”Taushetsplikten har ødelagt mye (...) Jeg er sikker på at ting ville ha gått en helt annen vei hvis den hadde vært opphevet og at vi som foreldre og familie hadde blitt tatt med i bildet lenge før. Da tenker jeg på å få vite ting, få tilbakemeldinger, og rett og slett få kontakt”.*

Informanten forteller videre at de ikke viste at taushetsplikten skulle bli et så stort problem for dem som foreldre, siden de ikke var kjent med psykiatrien før. Det var heller ingen som opplyste om muligheten for at deres sønn kunne oppheve taushetsplikten. Hun sier at taushetsplikten har gjort mer skade en godt, for både pasient og pårørende. Dette begrunner hun med:

*”Sønnen vår prøvde ved flere anledninger å ta sitt eget liv, dette var alvorlig og han ble innlagt. Vi hadde ikke fått beskjed om dette hvis det ikke hadde vært for en venn av han som viste om dette og informerte oss. Vår sønn var da 19 år... Da lå han fastreimet i en belteseng og ropte på meg, fortalte vennen hans. Og ingen tok en telefon for å gi beskjed om at han var innlagt på sykehus, fordi han var over 18 år. Hadde det ikke vært for kompisen hans, så ville det tatt en stund før vi hadde fått beskjed om dette. Sønnen vår ville at fagpersonene skulle ringe hjem til oss, men fikk til svar at det hadde de ikke mulighet til siden han lå i belteseng og ikke kunne ringe selv”.*

Det er i tilfeller som disse som informanten forteller om, man trekker inn lovens ordlyd om ”hvis forholdene tilsier det”, her er det snakk om at hvis pasienten åpenbart ikke er i stand til å ivareta sine interesser på grunn av fysisk eller psykisk forstyrrelse(...) skal pårørende de nærmeste pårørende ha innsyn i journalen. I dette tilfellet nevnt ovenfor ble ikke dette ivaretatt og behandlerne ga alt ansvar til pasienten som nettopp hadde prøvd å ta sitt eget liv og som var lagt i belteseng. Her vil vi påstå at det ble begått et alvorlig brudd på pasientens og de pårørendes rettigheter.

Moren til pasienten i dette tilfellet henviser til viktigheten av bruken av skjønn. I dette tilfellet ser man helt klart at fagpersonene er styrt av regelverket og utøver lite skjønn i sin praksis. Tanken om brukermedvirkning blir lite praktisert. Informanten forteller om sin sønn som ga sitt ønske om å kontakte pårørende, men som ble avvist på dette fordi dette var noe han måtte gjøre selv, de kunne ikke gjøre det for han. Nettopp fordi han ikke hadde gitt foreldrene innsyn. Hvis vi setter dette eksemplet opp mot skjønn og brukermedvirkningsteorien i kapittel seks, kan man se at i denne situasjonen ble ikke skjønnnet brukt med en moralsk og faglig side. Det ble heller ikke tatt hensyn til pasientens brukermedvirkning. Behandleren kan ikke velge fritt i hvilken grad brukeren skal involveres, brukeren kan både være pasient og pårørende. *”brukermedvirkning beskriver en relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteutøvere, der den som mottar helse – og/eller sosialtjenester involveres, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd” (Hanssen m.fl 2010:33).* Videre blir det sagt at mengden av pasientens egen deltagelse og innflytelse varierer, men det er et mål at pasienten skal kunne oppleve optimal medvirkning i forhold til sine egne ønsker og interesser.

Grunnen for at dette ikke ble ivaretatt kan man kanskje finne svar på i behandlerens eget verdi syn og holdninger til denne situasjonen. I teorien i kapittel to, står det skrevet hvilke egenskaper en sosialarbeider burde ha for å kunne utøve god praksis. Som sosialarbeider må man ha spesifikk fagkunnskap, som man har tilegnet seg gjennom utdanningen. Man må også være klar over hvilke yrkesprinsipper utdanningen bygger på. Forankret i dette ligger budskapet om å ha den enkeltes beste i fokus. Den siste faktoren er erfaringskunnskap, dette er noe man innhenter seg gjennom praksis, og handler om å tolke og forstå. Ved å ha disse faktorene og bruke dem gjensidig, vil en fagperson være rustet for å utøve skjønn (Hanssen m.fl 2010: 34).

#### **4.1.3 Makt og Avmakt**

På spørsmålet om hvordan relasjonen mellom informantene og behandlerne var, var det stort gjennomtrekk av at alle satt igjen med en avmaktfølelse, der de ikke hadde blitt inkludert eller tatt hensyn til, på en faglig og profesjonell måte, av behandlerne. En informant forteller:

*”Jeg var aldri fri til å kunne stille mine spørsmål, og få komme frem med mine tanker.”*

Vedkommende følte at hun var ikke det viktige i samtalen, det viktige var pasienten. Hun som mor ville gjerne ha råd og veiledning om hvordan hun skulle jobbe med denne

problematikken i sin hverdag på en best mulig måte. Men den profesjonelle var ikke opptatt av dette.

Her sitter den profesjonelle på en stor makt til å utøve hjelp og gi av sin kunnskap til den pårørende, men velger og ikke fokusere på dette. Det var ikke den pårørende som var i fokus.

En annen informant forteller om en episode med en behandler der hun følte seg maktesløs:

*”Første gangen jeg skulle besøke sønnen vår på sykehuset, på lukket avdeling, tenkte jeg at jeg skulle se hvilke klær han hadde med seg, at de var rene og at det var nok klær. Det første som møter meg når jeg åpner skapdøren er brukerstyr. Sprøyter, sitronflasker, skje osv. Jeg gikk ut på gangen og traff på en hjelpepleier, en ung mann. Så sa jeg ”Hva i all verden, her kommer jeg på besøk til vår sønn og det første som møter meg når jeg kommer er en gutt som er ruset og det ligger brukerstyr i klesskapet. Hva er dette? Han er jo innlagt her hos dere.” Da fikk jeg bare til svar: ”ja, det var de egentlig klar over. Men han var kun innlagt for en ting, og det er psykiatri, ikke rus. Så det er ikke vårt problem.”*

I denne fortellingen ser vi hvordan den pårørende besøker pasienten og finner brukerstyr på rommet, noe som personalet har kjennskap til. Hun reagerer med å bli frustrert og forvirret.

Det kan tenkes at behandleren går inn i en forsvarsposisjon og legger skylden over på pasienten selv, som er ruset. Videre forteller moren om at hun ikke skjønnte hvordan pasienten hadde fått narkotika inn på en lukket avdeling, og at hun synes systemet svikter. Og at hun ble sittende med en avmaktsfølelse siden hun viste at barnet hennes kunne ruse seg på en lukket avdeling, mens han var under behandling for en annen diagnose.

Her henter vi inn relevant teori fra kapittel en og fem, om makt og avmakt, og kommunikasjon. Måten man møter en pårørende kan bidra til å skape både avstand og nærhet. Alt er avhengig av hvordan man som fagperson er i møtet med den pårørende. Den profesjonelle må kunne utøve omsorgsrelasjon til vedkommende, det handler om å ha evnen til innlevelse i en annen persons situasjon, slik at man kan se helheten med alle de ulike sidene. (Eide og Eide. 2007)

Kanskje ville begge overnevnte situasjonene ha hatt et annet utfall hvis fagpersonene ville bruke sin faglige kunnskap og innlevelse på en bedre måte.



Dette med å være lyttende i møtet med den pårørende eller pasienten skaper tillitt og trygghet hos vedkommende, og bidrar til å legge grunnlaget for en god relasjon. Hvis man er åpen for at de pårørende kan fortelle om sine tanker, bekymringer og spørsmål, vil den pårørende føle seg respektert og hørt. Dette er også en viktig grunnpilar i forhold til dette med godt samarbeid mellom pårørende og behandler.

#### **4.1.4 Avrunding av temaet**

Før vi skulle runde av temaet rundt kontakten mellom de som pårørende og behandlerne, spurte vi om hva de syntes om viktigheten rundt at de profesjonelle tar hensyn til de pårørende, da tenkte vi på dette med å inkludere, informere og samarbeide med dem. Her svarte alle informantene at det i aller høyeste grad er viktig at behandlerne ser på de pårørende som en ressurs og at behandlerne får øynene opp for at pårørende kan ha det tungt når en av deres nærmeste blir syke, og trenger kanskje litt veiledning for å mestre hverdagen bedre. En informant sier:

*”Ja, helt klart. Uten pårørende tror jeg den jobben blir veldig, veldig vanskelig. Jeg tror pårørende sitter med den beste kompetansen”.*

En annen informant forteller:

*”Ja. I høyeste grad. Det er vi som skal prøve å være sterke og være der og gjøre det beste ellers. Så vi trenger hjelp og kanskje styrke for å gå, for å klare å gå veien videre i lag med. Så det synes jeg er veldig viktig”.*

Som en avslutning på dette temaet spurte vi informantene om de hadde noen forslag til hvordan behandlere kan inkludere de pårørende. Et par av informantene kom med ideer til hvordan dette kunne gjøres. En sa at behandlere må bruke mer tid på de pårørende og ta dem med hele veien, så lenge pasienten ønsker dette. Hun belyste også dette med å ta seg tid til å forklare og informere litt om hva de kan støte på i hverdagen, slik at de blir mer forberedt og blir bedre rustet. En annen informant sa at før behandlerne kan inkludere de pårørende i behandlingen, må det antageligvis gjøres noe med taushetsplikten eller bruke mer skjønn når det kommer til at pasienten ikke vil oppheve taushetsplikten.

Vi tror det den første informantene sier er veldig viktig i forhold til dette med å inkludere og informere. Det vil bidra til å gi den pårørende positive forsterkninger i hverdagen og sjansen for å mestre problemer og tanker vil øke. Det den andre informantene sier er vi litt i tvil om,

siden det er viktig at pasienter kan bevare sitt privatliv og være en aktør i sitt eget liv. Skjønnnet er også veldig viktig å kunne ivareta når det kommer til pårørende og det er viktig at skjønnnet blir en del av behandlernes faglige praksis, men for at man skal kunne gå utenfor taushetsplikten skal det ligge noe til grunn som tilsier at pasienten ikke er ved sine fulle fem eller at pasienten gir tillatelse til det.

## 4.2 PÅRØRENDE SOM RESSURS

I den tredje delen av intervjuguiden har vi valgt å gå inn på temaet som omhandler pårørende som ressurs og sosialt nettverk. Vi har lagt vekt på å få avdekket de pårørendes meninger om de fikk den hjelpen de selv trengte for å kunne være en ressurskilde. I tillegg har vi spurt informantene om viktigheten av å inkludere de pårørende i behandlingsprosessen. Det første vi vil gå nærmere inn på er pårørendes egne behov.

Som helsedirektoratet viser til i sin artikkel, kan det bli en belastning å være den nærmeste til en person som er syk. I utgangspunktet ligger fokus på den som er syk og hvordan man skal kunne hjelpe han/henne. Som regel vil det være nødvendig å skape plass i dette fokuset til sammenhengen som denne pasienten står i, nemlig nettverket rundt. Det at man forflytter fokuset ifra det som omtales som problemfokuseret tilnærming, til å skifte fokus til løsningsorientert tilnærming. Uten å gå nærmere inn på helheten i disse tilnærmingene, vil vi bare trekke ut essensen. Noe som i praksis kanskje ville innebære at man går fra å fokusere på hva problemet er og hvordan man kan behandle det. Til å "løfte blikket" å se på hva omgivelsene rundt har å tilby. Det kan for eksempel være nøkkelpersoner i nettverket som kan være med å bidra i behandlingsprosessen. Poenget blir at, ofte kan en positiv utvikling ligge i å innhente nøkkelpersoner til å bistå behandlingen. Videre blir det viktig og følge opp disse pårørende, slik at man skaper et sterkt og sunt miljø rundt pasienten.

Informantene er alle under samme mening når det gjelder i hvilken grad de har fått oppfølging og tilbud om hjelp. Alle informantene har svart at de ikke har fått noen form for hjelp, til hva enn det var de trengte hjelp til, av hjelpeapparatet. Det som også viser seg å gå igjen er at samtlige informanter måtte på egen hånd skaffe seg kunnskaper og informasjon. Den ene av informanten svarer på et spørsmål om hun har fått den hjelpen hun trengte:

*"Ikke igjennom.. Jeg har måtte lest meg til mye selv, jobbet mye med det selv. Så den veien har jeg fått hjelp. Men ikke via hjelpeapparatet, nei det føler jeg ikke."*

Som profesjonell vil mye av arbeidet innebære å skape ett godt samarbeid. Noe som krever at man er åpen, forsøker å komme på bølgelende og skape tillit i forholdet. Ikke minst også at man forsøker å sette seg inn i den situasjonen som pasienten og dens pårørende befinner seg i. De pårørende er bare mennesker. De vil kanskje føle at de trenger veiledning og ikke minst kunnskaper. Å sette av tid til de pårørendes behov vil gi en fordel for begge parter, både for de som skal behandles og den som behandler. Helsedirektoratet påpeker i en av sine artikler at man som pårørende vil ha mange forskjellige roller ovenfor pasienten. Disse rollene flyter på mange måter over i hverandre, med noe uklare grenser. Eksempel på hvilke roller man får som pårørende er som nevnt tidligere i oppgaven blant annet: pårørende som omsorgsgiver, pårørende som sosialt nettverk og pårørendes egne behov. Her vil vi bare trekke noen paralleller mellom det å være en ressurs og samtidig ha egne behov. Det å være pårørende kan for mange oppleves som en belastning. Man har mange tanker og følelser som ikke alltid er lett å kjenne på. Selv om man i første omgang behandler pasient, vil det å styrke de pårørende som ressurs virke positivt på utfallet for utviklingen i behandlingsprosessen. Dette fordi pasienten gagnar på å ha et nettverk rundt som støtte, og skulle ikke de pårørende få dekket egne behov, vil de etter hvert falle fra. Pårørende vil ofte få en krisereaksjon når deres nære blir syk. De kan kjenne på følelser som sjokk, sinne og kanskje hjelpeløshet. Fokuset på pasienten blir dominerende, og egne behov vil mest sannsynlig komme i bakgrunnen. Hvis man ikke tar dette på alvor og ser et rop om hjelp, vil det kanskje føre til utbrenthet for de pårørende. I sammenheng med å føle at man ikke blir tatt på alvor og ikke får den hjelpen man trenger, sier en mor følgende:

*"Ofte når han kom inn under en behandling så var jeg så sliten og lettet at jeg brukte den tiden som en hvile. Fordi man er bare så tappet. Man føler seg så utbrent, man klarer ikke å ta så mye kontakt. (...) Men jeg var bare fullstendig utbrent. Jeg ringte jo flere ganger og snakket med dem (de profesjonelle), i den grad jeg fikk kontakt."*

Videre under dette temaet om pårørende som ressurs spurte vi om de profesjonelle inkluderte og om de pårørende følte at de ble betraktet som en ressurskilde. Her svarte to av informantene at de ikke følte at de profesjonelle anså dem som ressurser. Den siste informanten svarte at det var veldig personavhengig. Som profesjonell er det en rekke retningslinjer som burde følges, for å kunne være en god fagutøver. Når det kommer frem at informanten mener hun har ulike erfaringer med forskjellige personer, er det noen som har klart å lykkes der andre ikke har. Som sosialarbeider har man kun et verktøy, selv og for å lykkes må man hele tiden utvikle seg selv. Ikke minst ha i bakhodet at en hver sak er

forskjellig og krever forskjellig behandling. En viktig måte å inkludere de pårørende på er å gi veiledning og dele den kunnskapen man som profesjonell yrkesutøver sitter på. Et gammelt ordtak lyder "Kunnskap er makt". Mange pårørende føler kanskje at de har havnet i en håpløs kamp, som ikke tar noen ende. Gjennom å gi de pårørende kunnskaper, vil de trolig føle nytt pågangsmot. Den situasjonen omgitt av avmakt vil endre seg, da de vil få ett større begrep om hva situasjonen dreier seg om og hva de kan gjøre for å bidra til positiv utvikling. Gjennom å gi informasjon om behandlingen og veiledning om hva som venter dem, vil de kunne fatte nytt mot og håp til å fortsette kampen. Og ikke minst vil det å gi kunnskaper om hva de kan gjøre for å være ressurser for sitt barn, bidra til et mer realistisk forhold til situasjonen. Både i form av rimelige forventninger og mer realistiske håp. En av informantene sier dette om de profesjonelles bidrag til å veilede og gi informasjon i forhold til deres barns situasjon:

*"Dette er noe vi har slitt med helt alene. Vi har måttet skaffet oss informasjon på egen hånd. Heldigvis så har vi hatt gode ressurssterke mennesker rundt oss. Jeg vil påstå at jeg for noen år tilbake siden hadde en heldags jobb med å sitte i telefoner for å skaffe meg informasjon og i det hele tatt."*

Videre kan samme informant fortelle dette om de profesjonelles interesse for deres ressurser:

*"Nei, de hadde ikke det målet for øyet. De hørte jo på det jeg hadde og fortelle, der og da. Men nei."*

På den siste delen av temaet om pårørende som ressurs gikk vi nærmere inn på informantenes syn på viktigheten av pårørendes rolle i en behandlingsprosess. Der svarte alle informantene at de anså det som meget viktig at de pårørende blir sett på som en ressurskilde for pasienten. Som pårørende spiller man en sentral rolle i pasientens liv.

*"Enormt viktig, kjempe viktig! Det er ingen andre enn de pårørende eller de i nære relasjoner som kan hjelpe de i hverdagen. Og det er faktisk hverdager det er mest utav. Det er ene og alene, vil jeg tørre å påstå, de pårørende som ser humørsvigningene. Som ser hvordan, hører og merker tingenes tilstand. Og ingen har åpne dører til hjelpeapparatet og kan gå akkurat som de vil. Det blir de pårørende de tyr til. Så de er en enorm, nesten den viktigste ressursen de har, de som sliter."*

#### 4.2.1 Sosialt nettverk

Med dette utsagnet som en pekepinne, skal vi videre inn på betydningen av det sosiale nettverket. Som en naturlig del av det å være pårørende, er man en del av pasientens sosiale nettverk. Under samme tema som pårørende som ressurs, vil det bli sentralt å trekke frem hva undersøkelsen visste i henhold til fokus på det sosiale nettverket til pasienter. Ut ifra de spørsmålene vi stilte informantene våre, var alle enstemmige når det gjaldt viktigheten med å innhente både informasjon og kunnskaper hos de pårørende av pasienten.

Et sosialt nettverk er summen av de relasjoner og samhandlingene vi som mennesker har til andre mennesker. Hvor stort og av hvilken kvalitet nettverket består av, varierer fra menneske til menneske. Det som i midlertidig er sikkert, er at vi alle i ulike grader samhandler med andre individer. Og nettopp igjennom samhandlingen, oppstår relasjoner. Relasjoner kan også variere, både i kvalitet og varighet. Som Fyrand (2005) sier, blir de relasjonene vi skaper, skapt på ett gjensidig grunnlag. Et grunnlag der man opplever samhandlingen og relasjonen som verdifullt for begge parter. Den største delen av det sosiale nettverket vil ofte være familien, for de fleste. Som vi nevnte tidligere i oppgaven kan pårørende være slektninger, men dette valget er fritt. For noen vil kanskje valget av pårørende falle utenfor familiære sammenhenger, men for de fleste vil familien spille den primære rollen i nettverket. Familiens sentrale rolle i menneskers nettverk har nok mye av sin årsak i at de som regel er den største delen av livet vårt fra dag en. Nettverket vårt består i begynnelsen bare av familien. Og de er i tillegg de som har den største innflytelsen på sosialiseringprosessen vår. Fyrand (2005) konkluderer med at familiens betydning er enestående, med tanke på påvirkningskraft i forhold til utviklingen vår.

Det sosiale nettverket består av de personene man forholder seg til i ulike situasjoner. Dette er snakk om arenaer som for eksempel som hjemme, på jobb og i nabolaget. Det sosiale nettverket representerer hverdagen vår. Tidligere i oppgaven nevnte vi ett sitat fra en av våre informanter. Dette sitatets budskap er klart og tydelig; ”det er hverdager det er mest av”. Derfor vil det ha enormt mye å si hva man fyller disse hverdagene med.

*”Ja, det er kjempeviktig. Fordi pårørende kan ha mye å bidra med som kan være kjempe nyttig, både for den som syk og for de som skal behandle. Vi som pårørende kan sitte på mye informasjon som kan være verdifull for behandlerne.”*

Betydeligheten av å satse på nettverksarbeid kan for noen mennesker være alfa omega. Og dette gjelder spesielt for de mennesker som er syke og befinner seg i en situasjon der de trenger hjelp. Fyrand (2005) påpeker hvilken stor betydning et godt sosialt nettverk kan ha for de mennesker trenger det mest. Det vil være en fordel for pasienten å ha ett stort nettverk med ressurssterke personer. Blant annet fordi konsekvenser ved å ha ett lite sosialt nettverk kan bli at ressursene tar slutt. De pårørende blir utbrente, og når de forsvinner er det ingen andre som kan fylle deres plass i nettverket. Dette var noe som gikk visste seg å være en felles faktor for alle våre informanter. De satte på erfaringer som omhandlet at nettverket ble satt på prøve. Dette fordi det aldri ble opprettet noe form for ordentlig samarbeid mellom de pårørende og behandlerne. De som pårørende følte ikke at de ble inkludert i hjelpeprosessen. En mor uttrykker sin mening om hvor viktig det er for henne at de pårørende blir sett:

*”Ja, det er alfa omega. Det kan ikke bare være helsepersonell rund en som strever så mye. Man må inkludere en som har nære relasjoner til vedkommende. Om det ikke er foreldre, så noen som er i slekt eller venner. Det må ikke være familie, fordi det er mange som står uten familie, når familien har gidd opp.”*

Det som går igjen blant informantene innen for dette temaet, er at de alle uttrykker misnøye overfor hvordan de har blitt behandlet. I disse tilfellene virker det som om mangelen på samarbeid er det som veier tyngst. Faren ved at fokuset på behandlingen blir så sentrert rundt pasient og problemet, er at man kanskje ikke får det utviklingen man vil ha. Nettverksbygging er på en av mange metoder for å skape hjelp til selvhjelp. Det er nettopp det sosialt arbeid handler om. Å hjelpe noen som står i en situasjon som blir for vanskelig å komme ut av alene. Sammen er man sterkere. Det kan tenkes at det finnes tilfeller der man ikke vektlegger å innhente verken kunnskap om eller nøkkelpersoner i ett nettverk. Sett i forhold til det som har kommet frem i denne oppgaven, finnes det ikke tvil om at alle parter tjener på å utvide samarbeidet. Pasient vil helt klart tjene på at de pårørende som har av interesse å hjelpe, blir inkludert. Både som støttespillere og hjelp til alt praktisk, som de ikke er i stand til å gjøre selv. For helseapparatet sin del vil nøkkelpersoner i ett nettverk rundt pasienten kunne bidra med blant annet en innsikt som ikke profesjonelle kan komme til alene. Det kan nesten virke som om det ofte blir kjempet en kamp på begge sider av pasienten, men kampen blir ikke kjempet sammen. Vi mener at det virker mot sin hensikt til tider, når samarbeidet mangler. Dette fordi det går med så mye energi og tid til å ”kjempe” for noe som burde vært en selvfølge. For eksempel bruker de pårørende til tider mye energi og krefter på å ”nå

igjennom” til helseapparatet, på å bli inkludert. Noe som resulterer i utmattelse, utbrenthet og ikke minst negative erfaringer med helseapparatet.

Når nettverket settes på prøve, skjer det ikke bare igjennom at de nærmeste pårørende sliter seg ut. Alt henger sammen, noe som medfører at når noen blir syk og trenger en større del av de ressursene som eksisterer i nettverket, lider noen andre under dette. For pårørende vil det mange ganger oppleves som en tap – tap situasjon. I tillegg til at de står på for pasienten og bruker mye krefter på dette. Er det kanskje andre nære som også trenger dem, men må komme i andre rekke.

### **4.3 MØTET MED PSYKIATRIEN**

I den siste og avsluttende delen av intervjuguiden vår, var vi ute etter informantenes helhetlige inntrykk og erfaringer de hadde gjort seg i møtet med hjelpeapparatet. Det ene spørsmålet handlet om å få frem informantenes helhetlige inntrykk av hjelpeapparatet. Mens det andre gikk på hvilke erfaringer de satte igjen med etter alt som hadde vært. Under dette temaet vil systemteoretiske perspektivet og holismen være det teoretiske innspillet.

#### **4.3.1 Systemteoretisk perspektiv og holisme**

På det spørsmål om hvilket helhetlig inntrykk informantene sitter igjen med etter deres personlige møte med hjelpeapparatet, er de alle enige om at det var dårlig. En hver situasjon og sak er forskjellige. Noe disse informantene også er farget av, de forteller deres egen historie. Selv om vi ikke har valgt å legge fokus på hvilken problematikk de enkelte informantene har opplevd, så vil likevel deres meninger ligge til grunn i nettopp deres situasjoner. Her har vi valgt å vise hva samtidlige av de tre informantene fortalte da de skulle summere opp deres erfaringer. En mor forteller har svart dette om hennes helhetlige inntrykk av hjelpeapparatet:

*”Nei, det er jo dessverre at det fungerer dårlig. Jeg må bare beklage, men jeg synes det fungerer dårlig. Og spesielt for de som sliter med rus og psykiatri. Det er liksom ikke noe helhetlig syn.*

- Videre oppfulgte vi med å spørre om informanten med dette utsagnet, mener at psykiatritjenesten er for dårlig?

*”Ja, dessverre. Det er for dårlig. Og jeg regner med, jeg har ikke noen tall å slå på bordet, men går ut ifra at det er liten helbredelsesprosent. Nei, vi har for dårlig tilbud og behandlinger.(...) Nei, det er ikke verdig i Velferds-Norge. Vi er for dårlige, rett og slett.”*

Neste informant forteller hennes oppsummering av det helhetlige inntrykket av hjelpeapparatet:

*”Det er dårlig, kjempedårlig.”*

- Intervjuer spør så om hvilke assosiasjoner hun som får når hun tenker på den delen av psykiatrien de har vært i kontakt med:

*”Jeg får bare vondt i magen av å tenke å det. Fordi vi ble avvist og avvist, gang på gang.(...) Jeg sitter bare med en dårlig bismak i munnen når jeg tenker på den kontakten som vi har hatt med psykiatrien. Vi prøvde alt, vi sendte inn bekymringsmeldinger, vi reiste i møter med dem, vi gråt i telefonen.. men det ble ikke tatt til følge. Det er det standarsvaret som møter oss hver gang, dette med taushetsplikt.”*

Den siste av informantene forteller sitt syn på dette temaet:

*”Nei, akkurat den avdelingen, eller den poliklinikken som barnet mitt var knyttet til, den har jeg ikke noe særlig veldig positivt å si om. Det kan hende at det var vanskelig i og med at barnet mitt var såpass gammel som hun var, at hun kunne velge selv. Men jeg hørte aldri noen plasser at hun ikke ville at jeg skulle vite. Så mitt inntrykk er at det er veldig dårlig når det gjelder pårørende, fordi jeg ble ikke inkludert, var ikke med.”*

Disse informantene forteller alle en forskjellig historie. De har alle forskjellige utgangspunkter, de har opplevd ulike behandlingsprosesser på forskjellige steder i landet. Ikke minst er problematikken i tillegg til dels forskjellige fra hverandre. Det de alle har tilfelles, er opplevelsen av å ikke bli inkludert som den ressursen de føler de innehar og gjerne vil bidra med.

Det systemteoretiske perspektivet fokuserer på å se alt i sin kontekst. Mennesket i sin kontekst er nettopp menneske i sine omgivelser, det sosiale nettverket. Mennesker handler på bakgrunn av de tilbakemeldingene vi får fra vår kontekst, våre samhandlinger med andre.



Som nevnt tidligere er holismen en retning innenfor det systemteoretiske perspektivet. I tråd med holismen vil det være riktig å se mennesket i sin helhet. Noe som innebærer at man ikke bare kan lete etter "svaret" i problemet, men i alt som pasienten representerer ellers og. Det handler om å få en større forståelse for mennesket. Noe man oppnår ved å sette fokus på de sammenhenger pasienten befinner seg i, se på det sosiale nettverket og ikke minst om det lar seg gjøre, inkludere pårørende i prosessen.

## 5.0 AVSLUTNING

Vi har i denne oppgaven belyst pårørendes erfaringer med den delen av psykiatritjenesten som de har vært i kontakt med. Vi mener at teorien vi har brukt i oppgaven har vært relevant, og bidratt til å belyse motsetningene og samsvarene mellom teori og informantenes erfaringer.

Ut i fra problemstillingen har vi funnet tre problemområder som skiller seg ekstra godt ut i fra andre områder i oppgaven.

Det første og største området er inkludering av pårørende. Vi har sett et tydelig mønster som har gått igjen hos samtlige informanter, til tross for ulike behandlingssenheter i ulike fylker. Vi ser at informantene har en klar mening og erfaring om lite samarbeid mellom pårørende og fagpersoner. Dette vil si at de ikke har blitt inkludert i behandlingen, de har ikke fått tilbud om veiledning og råd eller blitt sett på som en ressurs for både pasient og behandlere.

Det andre problemområdet er kommunikasjon mellom pårørende og behandler. Her ser vi at informantene har hatt problemer med å få kontakt med behandlere av forskjellige grunner. Noen legger vekt på taushetsplikten, noen fikk ikke rom for å stille spørsmål og komme med egne tanker og noen sier at kommunikasjonen er personavhengig, da tenker vi på den faglig kompetansen.

Det tredje problemområdet er det helhetlige synet som informantene opplevde at ikke var tilstede. Da mener de at behandlerne har fokusert for mye på problematikk og diagnose. Og for lite på det andre som er rundt, da tenker vi på ressurser rundt pasienten og ikke minst i pasienten selv.

Det vi sitter igjen med etter denne oppgaven er en økt forståelse for viktigheten rundt å se de pårørende og inkludere se som en del av behandlingsprosessen. Det er viktig både for en mer helhetlig forståelse av pasientens situasjon, da de pårørende kan ha mye interessant

informasjon å komme med. I tillegg til at pasienten vil ha en positiv opplevelse og kanskje nytt mot, når profesjonell og pårørende kjemper for samme sak. Når vi nå går inn i yrket som sosialarbeidere er dette noe vi vil ta med oss. Fokuset på helheten bidrar til hjelp til selvhjelp.

## INTERVJUGUIDE

Hvilke erfaringer har pårørende med psykiatritjenesten som hjelpeapparat?

Informasjon:

1. Informasjon - føler du at du fikk/har fått tilstrekkelig med informasjon? (i forhold til ditt barns prob.)
2. Hvilken type informasjon fikk du?
3. Synes du dette var god/dårlig informasjon?
4. Følte du at taushetsplikten ble et hinder for hvilken informasjon du fikk som pårørende?

Kontakten mellom profesjonelle og pårørende.

5. Hvordan opplevde du de profesjonelle i møtet med deg som pårørende?
6. Hva var det de profesjonelle gjorde som bidro til at du følte deg sett/hørt? Eventuelt ikke sett/hørt.
7. Synes du det er viktig at de profesjonelle tar hensyn til pårørende?
8. Har du forslag til hvordan man kan inkludere de pårørende?

Pårørende som ressurs.

9. Føler du at du har fått den hjelpen du har trengt for å kunne være en ressurs?
10. Følte/føler du at de profesjonelle inkluderte deg og så på deg som en ressurs?
11. Synes du det er viktig at behandlere ser på pårørende som en ressurs for pasienten?

Møtet med psykiatrien.

12. Kan du si litt om ditt helhetlige inntrykk av hjelpeapparatet?
13. Hvilke erfaringer har du gjort deg med hjelpeapparatet i psykiatrien?

## LITTERATURLISTE

Aadland, Einar. 2004, "Og eg ser på deg..." vitenskapsteori i helse- og sosialfag, universitetsforlaget.

Bøvkmann, Kari og Kjellevold, Alice. 2010. "Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring". Fagbokforlaget.

Ekeland, Tor-Johan, 2010. "Konflikt og konfliktforståelse". Gyldendal Norske forlag. 1. Utgave, 3. Opplag.

Eide Tom og Eide, Hilde. 2004. "Kommunikasjon i praksis- relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid". Gyldendal akademisk.

Eide, Hilde og Eide, Tom. 2007. "Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk". Revidert utgave. Gyldendal akademisk.

Fyrand, Live. 2005. "Sosialt nettverk – teori og praksis". 2. Utgave. Universitetsforlaget.

Hanssen, Helene, Hummelfelt, Kristin, Kjellevold Alice, Norheim, Anne og Sommerseth, Rita. 2010. "Faglig skjønn og medvirkning". Fagbokforlaget.

Kokkinn, Judy, 2005. Profesjonelt sosialt arbeid, 2. Utgave. Universitetsforlaget.

Tjersland, Odd Arne. Engen, Gunnar. Jansen, Ulf. 2010, "Allianser – verdier, teorier og metoder i sosialt arbeid". Gyldendal akademisk.