

Rita Sommerseth

## Pårørendesamtalen

En kvalitativ studie av profesjonsutøveres erfaringer med samtaler hvor pårørende søker hjelp



Rapporter fra Universitetet i Stavanger nr. 39



# Pårørendesamtalen

---

En kvalitativ studie av profesjonsutøvernes erfaringer med samtaler hvor pårørende søker hjelp

Rita Sommerseth

Universitetet i Stavanger

N-4036 Stavanger

NORGE

[www.uis.no](http://www.uis.no)

ISSN 0806-7031

ISBN 978-82-7644-528-2

Rapport nr. 39 Universitetet i Stavanger

## **Forord**

PårørendeSenteret i Stavanger tok initiativ til en undersøkelse av pårørendesamtalen. Prosjektideen ble senere videreutviklet i et samarbeid med Programområdet pårørendeforskning, og bygger på praktiske erfaringer fra flere profesjonsutøvere med lang erfaring fra samtaler med pårørende.

Programområdet pårørendeforskning ved Universitetet i Stavanger har fungert som referansegruppe for prosjektet.

Undersøkelsen av pårørendesamtalen er ikke en veiledning i hvordan en kan gjennomføre samtaler, men gir bakgrunn for å forstå noen av betingelsene som knytter seg til samtalen og hva som inngår i det teoretiske grunnlaget. Videre viser undersøkelsen hva profesjonene vektlegger i samtaler blant annet i form av konstruerte case og tilnæringsmåter.

## **Takk til bidragsytere**

Jeg vil takke Pårørendesenteret for at de tok initiativ til gjennomføringen av prosjektet og Helsedirektoratet som har bidratt med finansiering. Videre vil jeg takke profesjonsutøverne ved PårørendeSenteret som med stor velvillighet har delt sine erfaringer fra pårørendesamtaler. Takk til kolleger i Programområdet pårørendeforskning for deres kommentarer til flere av rapportutkastene. Spesielt rettes en takk til tidligere høgskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Helle Annfelt, som ga nyttige kommentarer i sluttfasen. Til slutt vil jeg takke Institutt for helsefag for arbeidsplass.

Stavanger 13.03.13

Prosjektleder Rita Sommerseth, tidligere dosent, Programområdet for pårørendeforskning.

## Sammendrag

PårørendeSenteret har gitt Programområdet pårørendeforskning, ved Universitetet i Stavanger, i oppdrag å utføre en undersøkelse av pårørendesamtalen.

Tema i undersøkelse er knyttet til:

- Hvem er de pårørende og hvorfor søker de hjelp
- Å være pårørende er både en ressurs og en byrde
- Samtalen som redskap i profesjonsfag som helse- og omsorgsfagene
- Ulike typer teoretisk påvirkning i forhold til pårørendesamtalen

Det legges særlig vekt på:

- Konstruerte case som eksempler på tilnæringsmåter i pårørendesamtalen
- Tilnærming i prosesser med livsproblemer eksemplifisert med casene.
- Har rammebetingelse betydning for samtalen
- Skillelinjer mellom samtaler ved Pårørendesenteret og samtaler i helseinstitusjoner
- Klientifisering av pårørende

De pårørende søker hjelp for egen del fordi de har en nærstående person som er fysisk eller psykisk syk, har en funksjonsnedsettelse eller et rusmisbruk. Eller at de får for lite eller for dårlig informasjon fra hjelpeapparatet eller de ikke vet at det er informasjon og få, eller at hjelpeapparatet viser for liten forståelse for deres situasjon, eller at de ikke finner frem til relevant hjelpeinstans.

Pårørendesamtalen ser ut for å ha sitt utspring i generell profesjonsteori fra helse- og sosialfagene, men er påvirket av rådgivningsteori, teori om støttesamtaler, kriseteori, terapeutiske samtaler og annen teoretisk og klinisk bagasje den enkelte har i sin bakgrunn. Brukermedvirkning er sentralt. Profesjonsutøverne møter en stor variasjon av problemer i samtalene, noe som krever gode kommunikasjonsferdigheter og kjennskap til hjelpeapparatet. Det er sentralt for profesjonsutøverne og «skreddersy» tilbudet til den enkelte. Det presenteres seks konstruerte case og tilnæringsmåter for samtaler. I en analyse og tolkning av tilnæringsmåtene prøver en å vise hvordan profesjonsteori kan anvendes for å forstå pårørende, men og for å vise at casene representerer flere utfordringer enn det som er vist i det enkelte case.

Forskjellene i de organisatoriske forholdene for Pårørendesenteret og helseinstitusjoner og kommuner skaper ulike betingelser for pårørendesamtalen. Det kan se ut som uavhengighet i forhold til hjelpeapparatet er viktig når en skal hjelpe pårørende med og «forhandle frem» ulike tilbud.

## Innhold

Innledning.....	1
Statlige føringer i arbeid med pårørende.....	3
Kapitel 1. Pårørendesenterets etablering .....	5
Målgrupper.....	5
Hvilke typer tilbud gir PårørendeSenteret .....	6
Gruppetilbud for pårørende.....	7
Tilbud om kurs for voksne pårørende .....	7
Kapitel 2. Metodisk fremgangsmåte .....	8
En kvalitativ studie .....	8
Utvalg .....	8
Datainnsamling.....	8
Analyse .....	9
Etiske overveielser.....	10
Kapitel 3. Hvem er de pårørende? .....	11
Begrepet pårørende .....	11
Hvorfor søker pårørende hjelp? .....	12
Kapitel 4. Å være omsorgsgivende pårørende kan både være en ressurs og en byrde.....	15
Kapitel 5. Pårørende og helsevesenet.....	17
Helsevesenets behov- den pårørende som ressurs? .....	17
Er det slik at helsepersonell overser de pårørende?.....	18
Kapitel 6. Samtalen som redskap i profesjonsutøvelsen i helsefagene .....	20
Den profesjonelle samtalen .....	20
Kapitel 7. Ulike kvaliteter i samtalen.....	24
Kapitel 8. Brukerperspektiv/brukermedvirkning .....	29
Kapitel 9. Ulike teoretiske perspektiver i pårørendesamtalen .....	31
Den rådgivende samtalen .....	31
Den støttende samtalen.....	32
Illustrasjon av støttesamtalen etter Johnsen og Toft 1996: (Damgaard og Nørrelykke 2007):.....	33
Den terapeutiske samtalen .....	36
Barnesamtalen .....	38
Kapitel 10. Hva sier profesjonsutøvere om samtalerne? .....	41
Viktig å gi hjelp på den enkeltes premisser .....	41
Informasjonsrettede og generelle pårørendesamtaler.....	41

Profesjonsutøverens oppfatninger av det å ha tid.....	45
Styrker i pårørendesamtalen.....	45
Farer i pårørendesamtalen.....	47
Kapitel 11. Pårørendesamtalen eksemplifisert ved seks konstruerte case, tilnæringsmåter og analyse/tolkning av casene .....	49
Case A.....	49
Tilnæringsmåte i samtalen.....	50
Analyse og tolkning av case A .....	53
Case B .....	54
Tilnæringsmåte .....	55
Analyse og tolkning av case B.....	57
Case C.....	59
Tilnæringsmåte .....	59
Analyse og tolkning av case C.....	61
Case D.....	62
Tilnæringsmåte .....	63
Analyse og tolkning av case D .....	64
Case E .....	65
Tilnæringsmåte .....	65
Analyse og tolkning av case E.....	67
Case F.....	68
Tilnæringsmåte .....	69
Analyse og tolkning av case F.....	70
Kapitel 12. Profesjonsutøvernes tilnærming i prosesser med livsproblemer .....	71
Kapitel 13. Hva er pårørendesamtalens teoretiske og praktiske forankring? .....	74
Verdiene som vektlegges inngår i flere typer samtaler .....	74
Pårørendesamtalen har en mangetydig teoretisk forankring.....	75
Kapitel 14. Hvordan kan rammene påvirke pårørendesamtalen? .....	78
Organisasjonsformen er viktig .....	78
Kapitel 15. Hvilke utfordringer reiser en pårørendesamtale for hvem og hvorfor? .....	80
Skillelinjer mellom samtaler ved PårørendeSenteret og pårørendesamtaler i helseinstitusjon .....	80
Hjelp versus terapi.....	81
Klientifisering av pårørende? .....	83
Avslutning.....	84







## INNLEDNING

Samtalen er grunnleggende for pårørendeinvolvering (Bøckmann og Kjellevold 2010). Men det som skjer i samtaler med pårørende som søker hjelp for egen del har i liten grad vært løftet frem og problematisert.

Prosjektideen «Samtalen med pårørende» ble lansert av PårørendeSenteret i Stavanger, høsten 2011, og er senere videreutviklet i et samarbeid mellom ledelse og ansatte ved PårørendeSenteret, samt deltagerne i forskergruppen for pårørende, nå Programområdet pårørendeforskning ved Universitetet i Stavanger. Studien har i hovedsak tatt utgangspunkt i profesjonsutøvernes erfaringer med det som inntil nylig var hovedgruppene av pårørende ved PårørendeSenteret, nemlig pårørende til personer som er rusmisbrukere og pårørende til personer med psykiske lidelser. Men det trekkes og inn erfaringer fra en mer utvidet gruppe pårørende som nå inngår i senterets målgruppe bl.a. barn og unge som pårørende.

Hensikten med prosjektet har vært å løfte frem samtalen og tilnæringsmåtene som profesjonsutøvere anvender i kontakten med pårørende som søker hjelp for egen del i et tilbud rettet mot pårørende. Utgangspunktet for samtaler med pårørende er som oftest at vedkommende opplever en eller annen form for belastning eller en negativ byrde i forhold til et familiemedlem som har en sykdom eller andre byrder (Grad og Sainsbury 1963). Det er vanlig å bruke begrepet omsorgsbelastninger om en slik situasjon. Selv om samtalen er en del av utdanningen i profesjonsutøvelse ser det ut for at mange profesjonsutøvere kan være usikre på hvordan pårørende bør møtes (McCormack, Treiman, Rupert, Nadler, Arora, Lawrence og Street 2011). Det kan for eksempel ha sammenheng med at pårørende som søker hjelp for egen del ikke er brukere, og dermed ikke faller inn i den type kategorier som

helse- og omsorgsinstitusjoner anvender. Videre kan usikkerheten være knyttet til kunnskapshull i utdanningen, en vet for eksempel ikke nok om hvordan en møter pårørende i samtaler fordi det ikke finns noen egen fremgangsmåte for pårørendesamtaler. Samtalen har heller ikke et klart **vi- de** skille som en vil kunne finne i enkelte av tilbudene som helse- og omsorgsinstitusjoner gir, men ser ut for å være nærmere et **vi-** holdning, noe som kan forsterke uklarhetene i samtalen. I sosialfaglig arbeid har henvendelsene ofte sitt utgangspunkt i livssituasjon/problem, noe som kan være gjenkjennende i samtaler med pårørende og dermed være en styrke i slike samtaler.

Flere organisasjoner og sentre her i landet har tilbud rettet mot ulike grupper av pårørende. De fleste av senterne har vært i virksomhet noen år og har lang erfaring med samtaler rettet mot pårørende. Noen av senterne har ansatt pårørende med brukererfaring og profesjonsutøvere, mens andre sentre kun har ansatt profesjonsutøvere. I studien tas det utgangspunkt i erfaringer fra et senter hvor de ansatte utelukkende har profesjonsbakgrunn.

Formålet med studien er og utforske ulike tilnæringsmåter i samtaler med pårørende. Hva er en pårørendesamtale? Finns det en egen form for samtale med pårørende? Kan en slik samtale ha ulike påvirkningskilder, som for eksempel generell kommunikasjonsteori, profesjonsteori, supplert med tilnæringsmåter hentet fra for eksempel rådgivningssamtaler, krisesamtaler, støttesamtaler og terapeutiske samtaler, eller finns det andre påvirkningskilder? På denne bakgrunn håper vi studien vil kunne bidra med ny forståelse av pårørendesamtalen.

Studien har konsentrert seg om følgende spørsmål:

Hva er en pårørendesamtale og hvordan er den teoretiske og praktiske forankring?

Hvordan beskrives betydningen av gitte rammer?

Hvordan arbeider profesjonsutøvere når prosessene skjer med utgangspunkt i den enkelte pårørendes livssituasjon?

Hvilke utfordringer reiser en pårørendesamtale for hvem og hvorfor (hos den pårørende, og hos den profesjonelle)?

## **Statlige føringer i arbeid med pårørende**

De senere årene har det i de statlige føringene for offentlig helse- og omsorgspolitikk vært en økende oppmerksomhet rettet mot pårørende som en ressurs (NOU 2011:17; Meld. St. 10, (2012-2013); Helsedirektoratet 2012, Helsedirektoratet 2011; Helsedirektoratet 2008 a; Helsedirektoratet b; Sosial- og helsedirektoratet 2007; Sosial- og helsedirektoratet 2005). Både pårørende og brukere oppfattes nå som eksperter på egen situasjon og egen mestring og denne ressursen må i følge myndighetene tas i bruk, ikke minst som støttespillere. Her har særlig samhandlingsreformen som aktualisert pårørendes involvering, det vil si deres medvirkning i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester (Meld. St.16. (2010-2011).

Men pårørendes egne behov og rettigheter har og i økende grad blitt vektlagt (Helsedirektoratet 2012, NOU 2011, 11). Det gjelder deres behov for informasjon, råd, veiledning og opplæring, noe som også fremheves av Bøckman og Kjellevoid (2011). Forfatterne viser til kommunenes veiledningsplikt som følger av forvaltningsloven § 11, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2. Barn som pårørende av syke foreldre er særlig vektlagt (Meld. St.16 (2010-2011; Helsepersonell lov § 10).

Myndighetenes satsing innebærer en forbedret situasjon for pårørende, men på tross av satsingen er det mange pårørende som fortsatt opplever seg oversett av helsevesenet, eller opplever ikke å få nok eller får for dårlig informasjon, eller ikke vet at det finns informasjon (Sommerseth og Hanssen 2012, upublisert rapport; Lewis 2007). Helsedirektoratet (2008, s.78) peker på noen prosedyrer for pårørendearbeid som bør følges av virksomhetene i helsetjenesten:

- ser pårørende som en ressurs
- har minstekrav for involvering av pårørende
- utarbeider plan for samarbeid med pårørende
- informerer pårørende om hvem som er ansvarlig for pårørendearbeid
- oppretter tidlig kontakt med pårørende

## **DEL I. BAKGRUNN**

### **KAPITTEL 1. PÅRØRENDESENTERETS ETABLERING**

PårørendeSenteret i Stavanger ble åpnet 19. august 1998 av daværende sosialminister Magnhild Meltveit Kleppa (Jubileumsskrift 2008). Ideen til et senter for pårørende sprang ut fra en humanistisk ideologi hvor en opplevde at både offentlige og private organisasjoner sviktet. Senteret var det første av sitt slag her i landet, og skulle gi hjelp og støtte til de som var pårørende til personer med en psykisk lidelse og rusproblemer og/eller samt andre avhengighetstilstander. Tilbudet var en forlengelse av det tilbud som det offentlige hjelpeapparat kunne gi. Virksomheten ved PårørendeSenteret har hatt to tyngdepunkter. En del av virksomheten har rettet seg mot informasjon til pårørende (dette kommer jeg tilbake til), en annen del er rettet mot direkte arbeid med pårørende, i form av individuelle samtaler eller gruppesamtaler. Hvilken del av virksomheten som hadde størst omfang er vanskelig å si, men det kan se ut som informasjonsarbeidet har minsket noe de senere årene.

#### **Målgrupper**

Fra oppstarten i 1998 var arbeidet konsentrert om de nevnte målgruppene. I 2010 utvidet senteret målgruppene til: "alle som står nær en som er fysisk eller psykisk syk, har en funksjonsnedsettelse eller et alkohol- eller rusmisbruk. I tillegg har senteret mål om å bidra til økt pårørende-involvering i helse- og sosialtjenesten, samt forskning og kompetanseutvikling på feltet (Årsmelding 2011).

## Hvilke typer tilbud gir PårørendeSenteret

PårørendeSenteret er et sosialfaglig lavterskeltilbud for barn og voksne. Det er ingen ventelister, tilbudet er gratis og man trenger ingen henvisning (Årsmelding 2011). Pårørende er ikke en ensartet gruppe, men har forskjellige behov for hjelp og støtte ut fra den spesielle situasjonen de er i og hvilke ressurser de har.

### Tilbudet gis ofte i form av:

- telefonrådgivning
- individualsamtaler
- par/familiesamtaler
- gruppetilbud
- kurs
- temakvelder

De første 10 årene hadde senteret kontakt med ca 2600 personer, og det ble utført ca 16000 samtaler (Jubileumsskrift 2008). Samtalefrekvensen med den enkelte varierte de første årene fra en til 20-30 samtaler (Paulsen 2005). I 2011 tok 377 nye pårørende kontakt og aldersspredning er 7-80 år (Årsmelding 2011). Henvendelsene kommer fra; voksne barn som har vokst opp med foreldre med rusproblem og/eller psykiske problem og som trenger å snakke om en uforutsigbar og belastende oppvekst. Samlivspartnere til personer med rusproblem og/eller psykiske problem som har mislykkes i å sette grenser for seg selv og/eller barn, foreldre som opplever seg mislykket i forhold til en sønn eller datter med rusproblem og/eller psykiske problem. I disse gruppene utgjør mødre et klart flertall. Det er også henvendelser fra søsken til personer med rusproblem og/eller psykiske problem. Alle disse gruppene har behov for å snakke med andre om hvordan det er å være i slike livssituasjoner (Årsmelding 2011; Paulsen 2005).

## **Gruppetilbud for pårørende**

Det har i en årrekke vært gitt gruppetilbud til pårørende. I 2011 hadde senteret fire samtalegrupper for voksne med til sammen ca 30 deltagere.

## **Tilbud om kurs for voksne pårørende**

Det er et pågående samarbeid mellom Lærings og mestringssenteret ved Stavanger Universitetssykehus og Pårørendesenteret om kurstilbud. Siden 2010 det vært arrangert 4 årlige pårørendekurs a 3 samlinger x 2 timer, med ca 15 deltakere på hvert kurs. Temaer i kurset har vært:

- Å være pårørende - i ulike faser - over tid.
- Reaksjoner, belastninger og behov.
- Hvordan utsettes pårørende for egen helsesvikt.
- Fokus på pårørendes egen helse og mestring.
- Pårørendes kommunikasjon og samarbeid med helsevesenet og andre støttespillere.

Innledere på kurset har vært ansatte ved Lærings og mestringssenteret ved Stavanger Universitetssykehus og Pårørendesenteret, samt pårørende i ulike livssituasjoner.



## **KAPITTEL 2. METODISK FREMGANGSMÅTE**

### **En kvalitativ studie**

Studien er en kvalitativ studie (Kvale og Brinkmann 2009), hvor hensikten med prosjektet har vært å løfte frem samtalen og tilnæringsmåtene som profesjonsutøvere anvender i kontakten med pårørende som søker hjelp for egen del. Formålet med studien er og utforske ulike tilnæringsmåter for samtaler i pårørendearbeid. Finns det en egen form for samtale med pårørende? Eller er det slik at det hentes tilnæringsmåter fra, rådgivningssamtaler, krisesamtaler, støttesamtaler, terapeutiske samtaler eller andre typer samtaler. Studien konsentrerer seg i hovedsak om den individuelle samtalen.

### **Utvalg**

Utvalget består av konstruerte case av samtaler, hvor seks profesjonsutøvere, en psykiatrisk sykepleier, tre sosionomer, og en barnevernspedagog, har bidratt med en case hver. I tillegg har alle seks deltatt i diskusjoner om generelle tilnæringsmåter i samtaler.

Profesjonsutøvere har ulik erfaring fra direkte arbeid med pårørende. To av dem har vært i arbeid ved senteret svært lenge, en omtrent fra etableringen av senteret. Tre av dem er ansatt i løpet av de to siste årene i engasjementer. Alle har høy klinisk kompetanse, med en eller flere kliniske videreutdanninger. De fleste har mange års erfaring fra psykiatri- og rusproblematikk.

### **Datainnsamling**

Datainnsamlingen har foregått i form av møtedeltagelse, samtaler, observasjoner, dokumenter og konstruerte case. Prosjektleder har vært deltagende observatør i fire møter,

hvor profesjonsutøvere har diskutert hva de legger i sin forståelse av arbeid med pårørende, samt to møter hvor det ble foretatt avveininger av henvendelser fra pårørende og hva som skulle gjøres før et eventuelt tilbud om samtale ble gitt. I tillegg har prosjektleder hatt en rekke samtaler med en nøkkelinformant, som er en av de med lengst erfaring fra pårørendesamtaler. Samtalene er tatt opp på lydfil og skrevet ut. Hver av casene ble diskutert i samlet gruppe. Her var diskusjonen rettet mot hva som kan fungere i pårørendesamtalen og hvorfor det fungerer. Diskusjon av casene er tatt opp på lydfil og senere skrevet ut og tilsendt den enkelte profesjonsutøver, som så har kommet med en endelig fremstilling av «sitt» case. Møtene har med et unntak foregått på informantenes arbeidssted.

## **Analyse**

Analysen av dataene har skjedd med utgangspunkt i case, diskusjoner i møter og en rekke intervjuer. Gjennom bruk av utskrifter av lydopptak har en forsøkt å beskrive, drøfte og analysere hva som er sentrale elementer i samtalene og hva som fører til endringsprosesser. Profesjonsutøvernes opplevelse av samtalen ble beskrevet gjennom møtene om samtalen og casene. Lydfil fra møter og samtaler ble analysert i en stegvis prosess i henhold til Kvale og Brinkmann (2009).

De enkelte casene og beskrivelse av tilnæringsmåtene ble sendt til den enkelte profesjonsutøver, slik at de fikk mulighet til å si seg enig eller uenig til det som kom fram og komme med forslag til tydeliggjøring. Det øvrige intervjumaterialet ble deretter strukturert, og i det videre arbeidet med intervjuene ble meninger utviklet, tolket og systematisert i kategorier og underkategorier, som i rapporten framkommer i rapportens to siste delområder. For å validere forståelsen av pårørendesamtalen, har flere utkast av rapporten,

og spesielt casene, tilnæringsmåter og tolkning av fremgangsmåter vært drøftet i fremlegg med informantene, forskergruppe og andre flere ganger.

## **Etiske overveielser**

Studien er godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). Tillatelse til gjennomføring av prosjektet ble gitt av institusjonens styre. Alle deltagerne ble informert skriftlig og muntlig om prosjektet, og informert samtykke ble innhentet før intervjuene ble foretatt. Deltagerne ble fortalt at deltagelse var frivillig og at de kunne trekke seg fra prosjektet på ethvert tidspunkt. Informantene kan ikke gi identifiserbare opplysninger om tredjeperson. Det vil si at opplysningene som er gitt under intervjuer, eller i møter om samtalen ikke kan gjenkjennes.

## **DEL II. PÅRØRENDE**

### **KAPITTEL 3. HVEM ER DE PÅRØRENDE?**

#### **Begrepet pårørende**

Ordet pårørende kommer fra det danske verbet å paarøre, senere fornorsket til pårøre, som betyr å være beslektet med (Bokmåls ordboka 1997). Mange mennesker oppfatter seg som eller defineres som pårørende og etterspørres i flere livsoverganger, som ved dåp, konfirmasjon, giftemål og død. I forbindelse ved innrulling i militæret, fengselsopphold, ved påmønstring av båt og ved innleggelse i sykehus er det vanlig å oppgi nærmeste pårørende.

I Medisinsk ordbok (10.10.2011), er pårørende en fellesbetegnelse for personer som er registrert som berettiget til informasjon om pasientens tilstand i henhold til pasientens eget ønske, oftest nær familie. Av lov om pasient- og brukerrettigheter, § 1-3 bokstav b (2.juli 1999) går det frem at følgende personer skal anses som pasientens pårørende dersom vedkommende ikke er i stand til å velge; ektefelle, registrert partner, person som lever i ekteskaps- eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige søsken, verge eller hjelpeverge. Hovedregelen er at det er pasienten, som bestemmer hvem som skal være hennes eller hans pårørende. Hvis nærmeste pårørende ikke er oppgitt, er den pårørende den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølgen som er angitt. Når det gjelder en videre anvendelse av begrepet pårørende kan

både familiemedlemmer, venner og andre kjente oppfattes som pårørende, avhengig av hva den enkelte definerer som sine pårørende.

En forståelse av begrepet pårørende (caregiver) er, i følge Hunt (2003), en multidimensjonal forståelse. En positiv oppfatning av begrepet pårørende inkluderer caregiver esteem, uplifts of caregiving, caregiver satisfaction. En negativ oppfatning er; caregiver burden, hassles, strain, stress, mens et nøytralt begrep er; caregiver appraisal. Som vi ser er begrepet pårørende ikke et entydig begrep, selv om vi langt på vei kan analysere måten begrepet brukes på, og hva slags termer vi forbinder begrepet med (Rodgers og Knafli 2000). I studien anvendes en multidimensjonal forståelse av begrepet pårørende, i tråd med Hunt (2003).

### **Hvorfor søker pårørende hjelp?**

Pårørende er ikke en ensartet gruppe. De har forskjellige behov for hjelp og støtte ut fra den spesielle situasjonen de er i og ut fra egne ressurser. For mange pårørende er det en livsoppgave å være pårørende, hvor de opplever og ikke ha noe valg. Det kan være en tvetydig situasjon, hvor det for eksempel kan være vanskelig å ha oversikt over hvordan situasjonen til den de er pårørende til vil utvikle seg, og hvordan de selv vil oppleve egne belastninger. Mange kan i slike situasjoner oppleve å få redusert livskvalitet og dårlig helse. På den andre siden kan det, i følge Hunt (2003), være en tendens til å ignorere de positive sidene ved å være pårørende.

Paulsen (2005) en tidligere leder for PårørendeSenteret i Stavanger sier: « For de aller fleste pårørende som har hatt kontakt med PårørendeSenteret, har relasjonen til den psykiske syke eller rusmisbrukeren gjort dem fortvilet». Når det gjelder pårørende til

personer både i rusvernet og psykisk helsevern er det, i følge Paulsen (2005 s.7): «grupper som enten har blitt oversett eller har blitt tillagt store omsorgsplikter. De har strevd med sin vanskelige livssituasjon og fått lite og ingen hjelp. Avvisning fra hjelpeapparatet (det var pasienten de skulle ta seg av) var bare en av frustrasjonene de hadde». Videre sier Paulsen: «Det som røyner mest på de pårørende er ansvaret og omsorgen i de lange periodene når pasienten ikke er i behandling eller ikke vil ha/får behandling». Det kan se ut som pårørende i slike situasjoner fortsatt opplever å bli overlatt til seg selv med stort ansvar.

Når rusmisbruk oppstår hos et familiemedlem, kan en pårørende oppleve å svinge i takt med den rusavhengiges «ups and downs», og dermed utvikler det Hellstrøm (1999) betegner «med avhengighet». Det kan da være viktig å få hjelp til å rette fokus mot den som har problemet, for eksempel den som ruser seg og dennes stagnasjon, og opplevelsen av å være «okkupert» av dette fenomenet. En gruppe pårørende er voksne personer med ubearbeidede og belastende opplevelser fra egen barndom hvor foreldre har hatt rusmisbruk eller psykisk problem, slike erfaringsopplevelser kan i en gitt situasjon bli aktualisert, og kan gi til et behov for å oppsøke hjelp. En annen gruppe er samlivspartnere til personer med rusmisbruk eller psykisk problem, og som opplever de mislykkes i å sette grenser enten for seg selv, den syke eller i forhold til barna. Hvis forholden forsøkes å holdes skjult, plages de ofte av skyld og skamfølelse, sinne og sorg. Søsken til personer med rusmisbruk eller psykisk problem eller som har andre problem kan også trenge hjelp fordi de bekymrer seg eller er ambivalente til den som er syk. Eller de kan være bekymret for egne foreldre, som de syns sliter seg ut. Andre pårørende kan være familiemedlemmer som besteforeldre eller tanter og onkler eller nære venner som bekymrer seg for en de er knyttet til. Mange eldre er pårørende til en syk ektefelle med store omsorgsbehov. Den kan for

eksempel oppleve at det er nesten ulovlig å gi uttrykk for at en er sliten, eller å vise lettelse over at den en er pårørende til endelig har fått en sykehjemsplass.

En stor del av henvendelsen til PårørendeSenteret, har som allerede nevnt sammenheng med at pårørende har en nærstående person som er fysisk eller psykisk syk, har en funksjonsnedsettelse eller et rusmisbruk, og trenger hjelp til å drøfte problemer knyttet til denne type situasjoner. Videre kan henvendelsene gjelde den pårørendes utfordringer og forventninger i forhold til seg selv som pårørende, i forhold til egen familie og hjelpeapparatet og at de kan stå i fare for å utvikle egne helseproblem. Her kan det kan stå sterke følelser på spill, følelser som sjelden er i harmoni med hverandre (Shulman 2003). Den pårørende som har eller har hatt en nær relasjon til den de er pårørende til kan oppleve at relasjonen er under press når den en er pårørende til for eksempel blir avhengig av tjenester fra helsevesenet. Flere kan oppleve det som om noe i relasjonen er forandret eller tapt, trenger hjelp med og sette ord på eventuelle opplevelser som for eksempel sinne og sorg, og hvordan de kan bidra fremover. De som oppsøker hjelp kommer fordi de ønsker å mestre sin situasjon som pårørende på en mer hensiktsmessig måte.

## **KAPITTEL 4. OG VÆRE OMSORGSIVENDE PÅRØRENDE KAN BÅDE VÆRE EN RESSURS OG EN BYRDE**

Flere studier (McWilliams, Hill, Mannion, Kinsella og O`Callahan 2007, Baker og Robertson 2008; Lewis 2007; Hashizume 2000) viser at det er vanligere for kvinner å ha omsorg for mennesker med kroniske helseproblem, enn det er for menn. Studier fra Norge (Weimand, Hedelin, Sällström, Hall-Lord 2010) viser at mer en tre fjerdedeler av uformelle omsorgsgivere er kvinner. Mange pårørende er sentrale omsorgspersoner med betydelig kjennskap til og kunnskap om den som er syk. Undersøkelser viser at involvering av pårørende kan redusere faren for tilbakefall hos den som er syk, føre til færre symptomer, bedre deres sosiale fungering, og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende (Weimand mfl. 2010). Men mange pårørende opplever at de befinner seg mellom barken og veden i forhold til helsevesenet. På den ene siden brukes de, på den andre siden overses de av helsepersonell som har sitt fokus rettet mot den som er pasient. Dette kan oppleves som et krysspress og være svært utilfredsstillende.

En annen side ved den pårørendes innsats, er at det ofte er en ulønnet virksomhet, som kommer i tillegg til eget arbeid, og utføres noen ganger i et nettverk av familie og venner. Mens Scharlach (2008) hevder at oppgavene ofte gjøres av en person. Det kan være emosjonelt givende arbeid, men og krevende, hvor den som utfører arbeidet kan miste opplevelsen av å ha et eget selv (Davies 1995). Kvinnene har større byrder og mer redusert livskvalitet enn det menn har. Weimand mfl. (2010) studie viser at flere kvinner enn menn er enslige, skilt eller enker, de har sjeldnere noen å dele oppgaven som pårørende med. Slik vil den som alene utfører omsorg, ofte ha mindre tid til familie og venner. Selv om mange påtar seg slike oppgaver ut fra en moralsk forpliktelse, eller fordi de ønsker det, kan både



skyldfølelser og sinne oppstå. Når byrdene blir for store kan mange oppleve det som en lettelse å få en samtale med noen som står utenfor den nære familiekretsen (Shulman 2003).

Videre er det studier som viser at kvinner, sammenlignet med menn, har større grad av emosjonelle reaksjoner og symptomintensitet når de møter stressfylte omsorgssituasjoner (Koerner & Kenyon 2007). Men stadig flere menn påtar seg oppgaver som pårørende (Baker og Robertson 2010; Baker og Robertson 2008). Eldre mannlige ektefeller bruker mer tid på omsorg enn andre grupper, men er mindre oppmerksom på den hjelpen de kan få i sin kommune, enn kvinnelige omsorgsgivere er (Knutsen og Råholm 2009). Flere studier viser at pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse har dårlig helse (Weimand mfl. 2010; Rudnick 2004). I Weimands studie fant en ikke noen forskjeller mellom kjønnene med hensyn til helse når utdanningsnivået var likt, men en antar at byrdene som nevnes overfor slår ulikt ut på helsen for kvinner og menn. I en studie av ektefeller til kvinner med spinalkanalskader, viste det seg at mennene ikke fikk noen form for emosjonell støtte fra profesjonelle i forhold til den angst og hjelpeløshet de opplevde (Isaksson mfl. 2008). Mennene var også usikre på hvordan de skulle håndtere egen støtte til ektefellen og støtten til ektefellen fra øvrig familie.

## **KAPITTEL 5. PÅRØRENDE OG HELSEVESENET**

### **Helsevesenets behov- den pårørende som ressurs?**

Når samtalen med pårørende foregår i regi av helsepersonell med behandlingsansvar, er fokuset oftest pasienten og pårørendes involvering i helsehjelpen, slik Bøckmann og Kjellevold (2010) oppfatter det. Ikke minst vil det ved alvorlig og/eller langvarig sykdom med sterke symptomer og betydelig funksjonsnedsettelse noen ganger være påkrevet å samarbeide med pasientens nærmeste. For pårørende vil det å involvere seg ofte innebære merarbeid og de kan noen ganger trenge hjelp med å finne ut hvordan de skal regulere sin innsats, slik at de ikke utvikler egne helseproblemer.

Det er viktig at helsepersonell og pårørende (og pasient) formulerer både kortsiktige og langsiktige mål for deltagelsen i omsorgen. I slike samtaler vil det være viktig å få avklart de pårørendes forskjellige utgangspunkter for hvordan de eventuelt ønsker å delta i situasjonen til den de er pårørende til. Pårørende kan ønske å delta i handlinger som inneholder omsorg og som strekker seg over tid, eller de kan ønske å holde en viss avstand hvor deres deltagelse er begrenset. Det kan og være slik at den pårørende ikke er ønsket som omsorgsgiver i livet til den de er pårørende til. I tilfeller hvor sykdommen ikke kan behandles kurativt og har dødelig utgang, stilles det ekstra krav til helsepersonellens samhandling med pårørende. Har pårørende (og pasient) forventninger til helsepersonell som ikke blir innfridd, kan det skape konflikter og vanskelige relasjoner mellom den pårørende og helsevesenet (Kvangarnes 2007).

## Er det slik at helsepersonell overser de pårørende?

De senere årene har det i økende grad blitt rettet oppmerksomhet mot den situasjon at mange pårørende opplever seg oversett av helsepersonell. En av utfordringene er at helsepersonell har sine forestillinger om forståelse og mestring av helseproblemer med seg fra medisin og samfunnsvitenskap, og kan betrakte problemene de møter utenfra, ovenfra og ikke minst fra lang avstand. Det kan noen ganger gi liten interesse for å engasjere seg i forhold til pårørende eller det Gadamer (1960 s.365) kaller «sann konversasjon» som er en prosess der to mennesker forstår hverandre. Det som er karakteristisk for enhver sann konversasjon er at begge åpner seg for den andre, virkelig aksepterer den andres synspunkter som en verdig oppmerksomhet og setter seg inn i den andre i en slik grad at han ikke bare forstår vedkommende som et bestemt individ, men og hva han sier.

Et annet poeng er at helsepersonell ofte opplever et høyt stressnivå, fordi de må reagere på kriser som har oppstått, i stedet for å komme dem i forkjøpet, og de kan ha lite tid til pårørende. En del av «travelheten» kan, i følge Shulman (2003), være en uheldig måte å rømme fra smerten på, smerte som kan være knyttet til å prøve å leve seg følelsesmessig inn i den pårørendes situasjon. I stedet for å engasjere seg, kan det føre til at helsepersonellet enkelte ganger nærmest «unngår» kontakt med den pårørende.

Et tredje poeng, som kan oppstå når et travelt helsepersonell møter pårørende, er som Wadel (1984) påpeker, at arbeid som utføres på en rekke områder, har glidende overganger til innsats som betraktes som «trivielt» eller hverdagslig. Slik jeg oppfatter Wadel, er hans poeng at en rekke typer arbeid i samfunnet vårt av det hverdagslige slaget nedvurderes, og at i hans forståelse av «trivialitet», kan oppfatninger om omsorg som pårørende tar på seg, og innsats som gjøres i samarbeid, oppfattes som «triviell». Et fjerde

poeng, som Furåker og Mossberg (1997) påpeker, er at mange pårørende arbeider nokså alene. Nettopp den glidende overgangen mellom arbeid og innsats som betraktes som «triviell», eller hverdagslig og at den pårørende er alene, og en opplevd «travelhet», hos helsepersonell, kan ha bidratt til at pårørendes innsats ikke tillegges noe særlig vekt.

## **DEL III. SAMTALEN**

### **KAPITTEL 6. SAMTALEN SOM REDSKAP I PROFESJONSUTØVELSE I HELSEFAGENE**

#### **Den profesjonelle samtalen**

Filosofen Skjervheim (1996) hevder at ekte samtaler har en treleddet relasjon, mellom den andre, meg og sakstilhøvet. Det innebærer at når en person vil snakke med en annen om noe som angår begge, vil saksforholdet som det snakkes om inngå som et tredje ledd. I følge Glente (2002, s.17), finner en samtale sted når noen taler sammen og er i en situasjon: «hvori den enkelte, individet, subjektet deler talerum med andre autonome individer og indgår i en vekselvirkning med dem». Her må den enkelte ytring i samtalen forstås i lys av hele samtaleforløpet. Slik vil det i de fleste tilfeller av menneskelig samvær skje et samspill av gjensidig påvirkning som går over kortere eller lengre tid, både verbalt og nonverbalt (Manusov og Patterson 2006). Det skjer en systematisk meningsformidling som er en særlig viktig del av hele adferds- repertoaret.

Hovedhensikten med en samtale og den talenes replikker kan være å utøve en bestemt påvirkning, det vil si å få den andre til å gjøre noe, eller unnlate å gjøre noe, eller til å vise sympati. Samtalen kan dermed sies å være noe dagligdags, som ikke er lett å uttrykke presist, og som kan være vanskelig å skille fra annen menneskelig aktivitet (Moustgaard og Vejleskov 1993). Wiklund og Bergbom (2012) skiller mellom instrumentell og emosjonell kommunikasjon, men i praksis er dette integrert. Den instrumentelle kommunikasjonen handler for eksempel om å gi objektiv informasjon, mens den emosjonelle kommunikasjonen for eksempel i pårørendesamtalen innbefatter respekt, trøst og tillit. Det

handler om å vise at personen er forstått, gi støtte og maksimere den andres muligheter for å håndtere sin situasjon, samt å skape en tillitsfull atmosfære hvor vedkommende kan formidle sin opplevelse av situasjonen.

Den profesjonelle samtalen i helse- og sosialfagene ser ut for å ha sitt utgangspunkt i et bredt spekter av teorier, i denne fremstillingen gjøres det rede for noen av dem. Denne samtaleformen er påvirket av kommunikasjonsteori. (Eide og Eide 2007; Manusov og Patterson 2006; Berger og Chaffe 1995; Carkhuff 1969) og generell profesjonslitteratur, bl.a. fra sosialfagene og er basert på yrkenes verdigrunnlag: Shulman, 2006, 2003, 1992, Payne 2005, 2002; Woods og Hollis 2000; Compton og Galaway 1994. Compton og Galaways bok «Social Work Processer» har kommet i flere utgaver siden 1975. Deres modell er bygget på tre nøkkelbegrep; økologisk perspektiv, klient-sosialarbeider som partnerskap og problemløsningsprosess. En del av boken retter seg mot den individuelle samtalen. Ved å ta i bruk systemteori flytter forfatterne fokus fra egenskapsforklaringer til samhandling.

I Shulmans bok fra 1992 er den norske fra utgaven delt i to, den første delen i norsk heter «Kunsten å hjelpe individer og familier» (Shulman 2003), her er de første fem kapitlene viet den individuelle samtalen, mens andre delen heter «Kunsten og hjelpe mennesker i samhandling med system» (Shulman 2006) er rettet mot grupper. Shulman presenterer sin tilnærming som en interaksjonsmodell. I Woods og Hollis (2000) bok «Casework», finner en flere kapitler viet samtalen. De bruker betegnelsen psykososial terapi på sin tilnærming. Payne presenterer i sin bok «Teorier i sosialt arbeid» en rekke tilnærminger til sosialt arbeid, uten å gå nærmere inn på selve samtalen. Profesjonsteori benyttes i samtaler til å forstå mennesker (individer og familier) som befinner seg i vanskelige

livssituasjoner og behandler indirekte pårørende. På denne bakgrunn vil det i den videre fremstilling anvendes profesjonsteori som om den og gjelder pårørende.

Samtalen har en begynnelse, et forløp og en slutt. Begynnelsen handler om "hvor den andre er". Drivkraften er, slik Fog (2008) uttrykker det, en "sandsynlighet for, at det (samtales) kan hjelpe". Den pårørende må få en forståelse av å være sett, hørt og forstått, men har hele tiden en risiko for å bli misforstått. Kommunikasjon kan med andre ord forene mennesker i å gjøre gjensidig forståelse mulig, men kan og skape konflikter og friksjon. I den profesjonelle samtale står profesjonsutøveren i den andres tjeneste (Damgaard og Nørrelykke 2007), hvor profesjonsutøveren må forberede seg empatisk for møtet, i dette tilfellet med den pårørende. Det handler det om å se det særegne hos hver enkelt person (Ethelberg og Fog 1998).

Shulman (1992 s. 56) som viser til Schwartz, betegner denne forberedelsen for «tuning in». Selv om Shulman diskuterer klienter i sosialt arbeid har hans tenkning relevans for arbeid med pårørende. Denne prosessen handler om profesjonsutøveres bestrebelser på å komme i kontakt med følelser og bekymringer hos den pårørende som måtte komme opp. Hensikten med denne tilnærmingen er at profesjonsutøvere prøver å sette seg selv i stand til å bli en mer sensitiv mottaker av den pårørendes eventuelle indirekte kommunikasjon i innledningen av kontakten, og kunne respondere direkte tilbake. Shulman hevder at ved og «forhåndsinnstille» seg på denne måten blir en bedre i stand til å «finne tonen», fange opp indirekte signaler og gi respons tilbake. Dette er viktig fordi flere pårørende kan være svært ambivalente når det gjelder å søke hjelp, det er mer akseptabelt å klare seg på egen hånd.

Et hinder for direkte kommunikasjon kan ofte være samfunnets tabuområder, hvor følsomme temaer ofte er utelukket fra samtalen. Den pårørendes kan hindres i

kommunikasjonen om følelser som er knyttet til problemet det søkes hjelp for, noe som vedkommende kan oppleve som skremmende og dermed være et hinder når det gjelder å sette ord på livsproblemer som «trykker på». Profesjonsutøveren kan på sin side kan unnlate å ta opp vanskelige temaer. En profesjonsutøver som er «forhåndsinnstilt» på samtalen med den pårørende, kan imidlertid fange opp det uuttalte, også temaer som angår relasjonen mellom den pårørende og profesjonsutøveren.

Avslutningsfasen i en samtale er ofte en tid for å tenke på de positive forandringene som har skjedd, hvordan de har skjedd, hvordan de kan integreres og bygges videre på. Måten avslutningsprosessen foregår på, kan ha avgjørende betydning for klienten, noen ganger i lang tid etter behandlingen er avsluttet (Woods og Hollis 2000).



## KAPITTEL 7. ULIKE KVALITETER I SAMTALEN

Den som arbeider med mennesker i en profesjonell sammenheng, må både ha kvalifikasjoner og kompetanse på det å utføre en samtale (Eide og Eide 2007).

Kvalifikasjonene er knyttet til personen, mens kompetanse viser til personens evne til å etablere et fruktbart forhold mellom sine kvalifikasjoner og den spesifikke organisatoriske sammenheng hvor kompetansen skal benyttes (Shulman 2003, 2006) Den personlige kompetansen, omfatter den enkeltes personlige holdninger og egnethet, etiske holdninger, ansvarsfølelse, kreativitet og oppfinnsomhet. Mens funksjonell kompetanse er knyttet til problemløsningsevne, samhandling og evne til etablering av relasjoner til andre, er strategisk kompetanse knyttet til evne til å analysere muligheter og begrensinger i de omkringliggende systemer (Shulman 2006; Woods og Hollis 2000). For en rekke profesjonsutøvere i helse- og omsorgsfagene vil det å mestre samtalen være en viktig del av profesjonsutøvelsen. Grimen (2008) hevder at helsefagene står i visse verdiers tjeneste, hvor de må ta vanskelige verdivalg, uten klare regler for prioritering. Ulik kulturbakgrunn vil kunne føre til at den pårørende og profesjonsutøveren oppfatter verden og tilværelsene forskjellig (Eide og Eide 2007). Profesjonsutøveren skal ikke fortolke eller bestemme hva et problem er, eller handle for eller på vegne av personen. Gjennom å opptre som en «katalysator» og veileder for den pårørendes formulering av visjoner og valg, skal de, i følge Villadsen (2003), hjelpe den enkelte å ta selvbevisste og selvstendige valg. Dette innebærer at profesjonsutøvere i løpet av en samtale må foreta en rekke skjønnsbaserte beslutninger (Hanssen mfl. 2010; Grimen 2008).

Pårørende vil ha ulike forventninger og behov i forhold til samtalen som skal foregå.

Det de har til felles er at de har behov for å meddele noe til en annen i fortrolighet. Den

pårørendes oppfatning av sin situasjon som pårørende kan være positiv, nøytral eller negativ. Drivkraften i rollen som pårørende er ofte knyttet til de positive opplevelsene, men og byrdene som følger med, samt hennes eller hans ressurser for å mestre situasjonen. Det Schibbye (2009) betegner nærhet- distanse regulering, kan være sentralt å ta opp for noen pårørende, hvor avgrenset kan for eksempel den enkelte være og samtidig være tilknyttet. I en intimitetsrelasjon for eksempel som pårørende til en ektefelle som er avhengig av omfattende tjenester fra helsevesenet, kan det være vanskelig å motstå krav om å engasjere seg, selv om den pårørende opplever at kreftene minsker. Den tidligere intimiteten kan gjennom krav om nærhet representere et tyranni, fordi de står i motsetning til å overleve, noe som krever distanse (Sennet 1992). Her kan den profesjonelles betraktning utenfra være til hjelp for den pårørende.

Peck og Norman (1999) fremhever noen trekk ved samarbeid i kommunalt psykososialt helsearbeid rettet mot voksne, som en finner igjen i arbeid med pårørende. De ulike profesjonene tilnærminger i arbeidet er ikke bare preget av deres verdier, men og den teoretiske kunnskap som ligger til grunn for utdanningen. Profesjonsutøvere som sykepleiere og sosionomer, vil i følge Peck og Norman (1999), legge vekt på å oppnå menneskelig kontakt med klienten, i dette tilfellet den pårørende, hvor de tar i bruk medlidenhet, integritet, ærlighet, pålitelighet, vennlighet, bekymring og tålmodighet. De vektlegger videre å oppnå tillit og gi håp, for den det gjelder. Disse verdiene vil være sentrale i en virksomhet rettet mot pårørende. Men et fravær av slike verdier kan og være tilfelle. I Uggerhøys (1995) studie kommer det frem at familiene ofte savner at profesjonsutøvere viser respekt, menneskelighet, ærlighet og engasjement.

Samtalen kan også betraktes som et møte mellom to eksperter, den ene er en profesjonell ekspert på sitt område og den pårørende er ekspert i eget liv. I de fleste samtalene oppstår ulike former for hindringer i kommunikasjonen (Shulman 2003). Den pårørende kan oppleve seg krenket, ydmyket eller motarbeidet, noe som ikke er lett (Starrin 2007). Når den pårørende har søkt hjelp for egen del, og presenterer sine problem, er et grunnleggende dilemma balansegangen mellom å respektere individet samtidig som en ønsker at det samme individet skal underkaste seg en forandringsprosess (Villadsen 2003). Dilemmaene kan løses ved å utvikle den respektfulle dialog eller det likeverdige møtet mellom profesjonsutøver og den pårørende (Hanssen mfl. 2010; Villadsen 2003).

Kontaktforholdet viser til hvordan profesjonsutøveren og den pårørende samhandler (Shulman 2003). Det er viktig for alle profesjonsutøvere å kunne gi hjelp, og oppleve at hjelpen blir tatt i mot. Samtidig er det svært komplisert fordi det alltid er slik at en profesjonsutøver kan begå feilgrep, særlig om den pårørende opplever seg utilstrekkelig og strever med å finne frem til måter å ta imot hjelp på. Den pårørende kan oppleve seg neglisjert, ignorert eller avbrutt og da kan samtalen gå i oppløsning (Holm Riis og Birkelund 2010). Det som i utgangspunktet var et likeverdig samarbeid kan noen ganger utvikle seg til en hierarkisk samhandlingsrelasjon, med en svekkelse av den pårørendes selvfølelse. Shulman (2006 s. 158) kaller det for «ekspertfella», når profesjonsutøveren har alle svarene og prøver og «å få orden» på personen som deltar i samtalen. Profesjonsutøveren må kunne formidle klart og tydelig til den pårørende at en lytter, men det er og viktig hvordan vedkommende lytter. Lytting forsterkes ved hjelp av blikkontakt, og å vise respekt, oppmuntring og anerkjennelse. En gjensidig respekt kan, i følge Wiklund m.fl. (2012), betegnes etisk kommunikasjon.

Selv om det eksisterer kulturforskjeller, er de grunnleggende elementer i hjelpende kommunikasjon de samme. Det er imidlertid viktig å undersøke om de budskap som kommer når frem til de respektive parter, det vil si om budskapet forstås, og på hvilken måte det forstås av de som deltar i samtalen. Profesjonsutøvernes evne og vilje til empati, inn toning, aktiv lytting, bekreftende kommunikasjon og klar formidling av informasjon er viktig på tvers av kulturgrenser (Eide og Eide 2007). Når det gjelder verbal og nonverbal kommunikasjon kommer det til uttrykk på forskjellige måter i ulike kulturer, det samme gjør idealer og verdier. Videre er det viktig å være oppmerksom på at mennesker fra ulike kulturer har nonverbale uttrykk for emosjoner som er ganske forskjellige (Matsumoto 2006). Det å forstå den andres språk og koder er en forutsetning for god kommunikasjon. Det innebærer for eksempel at et budskap som har en symbolsk forståelse i en kultur kan være utilgjengelig for en fra en annen kultur. Porter og Samovar (1988) forklarer det slik; Når et budskap når den kulturen der den skal dekodes, har den allerede gjennomgått en transformasjon, fordi betydningen av innholdet i den opprinnelige meldingen blir endret i løpet av dekoding fasen. Innholdet i budskapet modifiseres fordi den kulturelle betydningen hos avsender og den som mottar budskapet er forskjellige. På denne bakgrunn er det viktig for profesjonsutøvere å være oppmerksomme på at mennesker fra andre kulturer, kan ha helt andre måter å forstå helse og sykdommer på enn hva vi gjør i en vestlig kultur. Her er det viktig og ikke å redusere den pårørende til en representant for en annen kultur (Heap 2012).

Retningslinjer for hvordan en skal gå frem, kan være en hjelp, men de kan være på kollisjonskurs med den enkelte profesjonsutøvers oppfatning av uavhengighet og kliniske vurderingsferdigheter. Fog (2008) er opptatt av forholdet i samspillet, og novisenes forskrekkelse når de oppdager at det meste er avhengig av dem som personer, og at det å skulle bruke seg selv kan være truende. Collin (2010) viser til McDonald (2005), som i en

studie fant at sykepleiere har en tendens til å forholde seg til retningslinjer, fordi de knytter det til profesjonalitet, mens de er kritisk når andre ikke følger retningslinjene. Retningslinjer kan noen ganger stå i veien for å forstå den pårørendes særegenhet.

Yrkesorganisasjonene forplikter den enkelte og følge etiske retningslinjer for profesjonell yrkesutøvelse. Videre utformes det profesjonelle sjiktet i et samfunn hovedsakelig av forskning, utdanning, yrkes- og arbeidsliv samt allmenhetens eller medborgernes etterspørsel etter tjenester. Profesjonene styres, i følge Svensson (2011), etter fire styringsformer, *forvaltningsstyring*, som foregår ved hjelp av lover og forordninger, *organisasjonsstyring*, hvor byråkrater styrer etter administrative prinsipper, regler, forskrifter og rutiner, *profesjonsstyring*, som foregår ved kollegiale organisasjonsformer basert på utdanning, vitenskap og etikk, og *markedsstyring*, hvor tjenester fra allmenheten, medborgere eller klienter gir innspill. Her vil det være viktig at den pårørende medvirker gjennom uformell kontroll til å forbedre kvaliteten på tjenestene (Bourgeault, Hirschhorn og Ssinssaulieu 2011). Det gjelder også hvordan en møtes i samtaler.

## KAPITTEL 8. BRUKERPERSPEKTIV/BRUKERMEDVIRKNING

Det er som tidligere nevnt sterke føringer fra myndighetene om at brukere skal delta i utviklingen av tjenestene. I den brukerorienterte samtalen vil en være opptatt av å mobilisere og styrke personens egne krefter, og nøytralisere krefter som bevirker avmakt (Thesen og Malterud 2001). Brukerorientering kan bety at en profesjonsutøver eller en tjenesterepresentant tenker seg inni situasjonen som brukeren har, og yter tjenester/gir hjelp ut fra denne forståelsen. Dette er og sentralt for samtaler med pårørende.

Brukermedvirkning beskriver en relasjon mellom tjenestemottakere (her den pårørende) og profesjonsutøveren, der den som mottar helse- og/eller omsorgstjenester involveres, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd (Aadnanes, 2007; NOU 2004:18, s.77). Martinsen (2005) hevder at omsorgsaspektet i relasjonen er, grunnleggende asymmetrisk, mens Dahlager (2005) tenker seg at profesjonsutøvere mer er veileder i et forhold, som stadig er asymmetrisk, men med et fokus på personen som autonomt individ med rett til å velge. På denne bakgrunn må profesjonsutøvere hele tiden reflektere over sin maktposisjon, med lojalitet til brukeren (Ekeland 2007).

Brukerperspektiv beskrives imidlertid på ulike måter i faglitteraturen. Hanssen mfl. (2010) argumenter for at brukerperspektivet i en profesjonell relasjon må forstås todimensjonalt. Når det gjelder den ene dimensjonen som forfatterne kaller et *faglig brukerperspektiv*, vises det til Seim og Slettebø (2007) som poengterer at den profesjonelle skal se brukeren og ha brukerens interesser og behov i sentrum. Den andre dimensjonen er, i følge Hanssen mfl. (2010), uttrykk for brukerens egen forståelse av seg selv og sin situasjon i fortid, nåtid og i framtid. Denne nedena-og-opp synsvinkel, kaller forfatterne *brukerens*

*perspektiv*. Selv om forfatterne ikke bruker begrepet pårørende, kan deres tanker om brukermedvirkning inngå i grunnlaget for samtaler med pårørende.

Begrepet brukermedvirkning, slik Slettebø (2008) oppfatter det, er forskjellig avhengig av ideologisk og politisk ståsted. Det grunnleggende for brukermedvirkning er «empowerment», et treleddet begrep som er knyttet til styrke, kraft og makt, både som målsetting og virkemiddel (Askheim og Starrin 2007). En hjelper personen, her den pårørende, til styrket selvfølelse, og større makt og innsikt som konkretiseres i handlinger (Andersen, Brok og Mathiasen 2000). Det handler for eksempel om å lære seg nye ferdigheter, som å fremme krav i forhold til ulike hjelpeinstanser (jfr. *advocacy* begrepet hos Payne 2005). En prosess hvor de selv kan ta grep for å forbedre sin situasjon. Slettebø (2000) forstår «empowerment» som noe som finner sted på ulike nivå; individ-, familie-, gruppe-/lokalsamfunns-/organisasjonsnivå, mens Payne (2002. s. 360), mener at «empowerment» er en paradoksal virksomhet på grunn av at om makten gis av en organisasjon eller et individ så skjer dette ut fra en maktposisjon. Payne hevder at profesjonsutøvere har vansker med visse «empowerment strategier» fordi de er en del av et system som rutinemessig nedvurderer visse minoritetsgrupper. Han mener selvhjelpsgrupper må skaffe seg makt på egen hånd. «Empowerment» som prosess handler om, utvikling av selvtillit, utvikling av gruppebevissthet, reduksjon av selvbebreidelse, personlig ansvar for endring, og økning av egen kompetanse (Payne 2006). Begrepet «empowerment» må ikke forveksles med «enablement» (bemyndigelse) som er det profesjonsutøvere gjør når de hjelper organisasjoner å skaffe seg makt.

## **KAPITTEL 9. ULIKE TEORETISKE PERSPEKTIVER I PÅRØRENDESAMTALEN**

Som tidligere nevnt finns ser det ut for ikke å være noen entydig teoretisk forankring for pårørendesamtalen. Derimot inngår rådgivning-, støtte-, krise- og terapeutisk elementer i slike samtaler, og det presenterer en kort innføring i disse tilnærmingene.

### **Den rådgivende samtalen**

Betegnelsen rådgivning finner en innenfor mange yrker, og rådgivning brukes ofte som en felles betegnelse for den som gir hjelp til en hjelpesøkende. Det å gi råd til andre kan være nyttig, men innebærer en stor grad av makt. Noen forfattere (Johannessen, Kokkersvold og Vedeler 1994) avgrensar rådgivning i forhold til konsultasjon og veiledning, mens forfattere som Barth, Børtveit og Barth (2001) bruker betegnelsen endringsfokusert rådgivning på det motiveringsarbeid de foretar seg i forhold til rusmisbrukere. De presiserer at tilnærmingen deres handler om profesjonell rådgivning til mennesker som er i endringsprosesser. Både Barth mfl. (2001) og Shulman (2006) vektlegger at tilnærmingen handler om at ressurser og endringspotensiale finns hos den enkelte, mens det er hjelperens oppgave å tilrettelegge for at ressursene kan utløses. Hjelperen blir mer tilrettelegger og katalysator enn ekspert, noe som kan være nyttig for den som er pårørende.

Forfatterne Johannessen mfl. hevder at begrepet rådgivning brukes upresist om ulike former for hjelp, som for eksempel terapi, personlig rådgivning, konsultasjon, veiledning, yrkesrådgivning, utviklingsarbeid og undervisning. Johannessen mfl. (1994 s. 21) vektlegger også at det handler om: "å sette den som søker hjelp, i stand til å ta i bruk sine egne ressurser og selv skaffe seg den kunnskapen vedkommende trenger". Forfatterne skiller



mellom direkte og indirekte rådgivning. Den direkte rådgivningen er rettet mot enkeltindividet, eller en hel organisasjon. Den indirekte rådgivningen er arbeid med individer via rådsøker eller en som søker hjelp i sin yrkeskompetanse. Hos Barth mfl. (2001) er rådgivningen rettet mot individet, mens Johannessen mfl. (1994) påpeker en indirekte dimensjon som har sammenheng med at det er rådgiveren som har ansvar for at samtalen beholder et profesjonelt preg. Her understrekes det at til tross for at det er en likevekt mellom partene, er det allikevel en ulikevekt som handler om rådgiverens ansvar for å bringe samtalen fremover, og at det gir et resultat som for eksempel fører den pårørende frem mot en løsning av saken det søkes hjelp for.

## **Den støttende samtalen**

Støttesamtalen omtales som en av flere arbeidsformer i sosialt arbeid (Sverdrup 1998). Sverdrup bygger sin fremstilling på teori fra flere nordiske psykiatere, to norske psykologer, en svensk sosialarbeider, en norsk sykepleier, samt litteratur utviklet av amerikanske sosialarbeidere, som har vært anvendt i norsk sosialarbeiderutdanning m.m. Når en person påtar seg en følelse som kanskje ikke er berettiget, kan en støttende handling være informasjon og opplysning som kan kaste nytt lys over situasjonen (Damgaard og Nørrelykke 2007). I støttende handlinger er aksept og respekt sentralt, slik en vil finne i samtaler med pårørende. Sverdrup (1998) vektlegger støttebehandling i arbeidet med personens ytre livssituasjon, og nevner arbeid med familier som en del av dette. Hun påpeker imidlertid betydningen av å anvende emosjonell støtte og styrking av personens forsvar. Fremgangsmåten kan forstås som hun er opptatt av «containment» (Bion 1967), selv om hun ikke bruker begrepet.

## Illustrasjon av støttesamtalen etter Johnsen og Toft 1996: (Damgaard og Nørrelykke 2007):

<p>Man kan udvise respekt ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- give positiv opmærksomhed</li><li>- lytte aktivt</li><li>- være troverdig</li><li>- give seg god tid</li><li>- huske personens navn og præsentere sig selv</li><li>- udvise almindelige høflighedsritualer</li><li>- stille relevante spørgsmål</li><li>- kontrollere sine forhåndsantagelser</li><li>- undlate at afbryde eller tale i munnen på den anden</li></ul>	<p>Man kan udvise autenticitet ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- tale passende om seg selv</li><li>- reagere naturlig</li><li>- dele følelser med den andre</li><li>- være spontan</li><li>- <b>det, vi siger, er i overensstemmelse med vores nonverbale adfærd</b></li><li>- undlade at forsvare seg</li><li>- lade være med at foregive, at vi er noget eller nogen, som vi ikke er</li><li>- spørge og undersøge</li><li>- sige til og fra</li><li>- synliggøre vore egne synspunkter og værdier</li><li>- følge op og handle i overensstemmelse med det avtalte</li></ul>
---	--

Sverdrup forståelse av støttebehandling, er i hovedsak rettet mot to målgrupper, den ene gruppen er klienter med alvorlige psykiske lidelser og med ego svakhet. Den andre gruppen er klienter med reaksjoner forårsaket av kriser og traumer som de for kortere eller lengre tid ikke mestrer. En tredje gruppe som inngår i Sverdrups fremstilling, er personer med angst og skyldfølelse. Sverdrup viser til Florence Hollis (1981) og Goldsteins (1984) arbeid med målgrupper som kan knyttes til støttebehandling. Her peker Sverdrup på Hollis vektlegging av kommunikasjonsferdigheter som tar sikte på å dempe angst og å øke selvrespekt og selvtillit. Dette gjør profesjonsutøveren gjennom å lytte, forsikre, vise interesse, utrykke tro på personens muligheter, samt å vise omsorg. Begreper som innsiktsbehandling og støttebehandling, finner Sverdrup hos Goldstein (1984), samtidig er hun opptatt av at

personens ytre miljø og livssituasjon er et forsømt område i litteraturen. I denne tilnærmingen, hjelp med det ytre miljø, beskrives hjelp med små og store praktiske problemer i forhold til økonomi, bolig, hjelp i hjemmet, sosial isolasjon, omsorgs- og tilsynsbehov, tilknytning til arbeidslivet, forhold til familie, til nettverk, til nabolag og lokalmiljø og andre forhold i deres livssituasjon. En slik form for støtte vil det også være behov for å tilby i pårørendesamtaler.

En krise karakteriseres av en tilstand av akutt følelsesmessig forstyrrelse, der personen for en tid er ute av stand til å mestre sin situasjon med vanlige tiltak for problemløsninger. Flere pårørende vil være i en krisesituasjon hvis det skjer noe uventet med deres nærmeste, og de vil reagere svært forskjellig. Det er relasjon til den som rammes som vil være avgjørende for den pårørendes reaksjoner. God kommunikasjon kan hjelpe den pårørende til å bearbeide reaksjoner og å oppnå bedre krisemestring (Hoff 1986).

Ordet krise kommer fra det greske ordet krisis og betyr plutselig forandring, avgjørende vending eller skjebnesvanger vending. I litteraturen skilles det ofte mellom to typer krisesituasjoner; livskriser og traumatiske kriser (Retterstøl og Weisæth 1985; Cullberg 2007). Den pårørende kan befinne seg i begge typer kriser samtidig. Kriser betraktes som vendepunkter i folks liv. Fra å ha befunnet seg i en «stabil tilstand» hvor de mestret nye begivenheter i livet, vil krisen slå de ut av balanse. Mange pårørende vil befinne seg i en prosess av stadige kriser. Det er viktig at profesjonsutøveren får i gang en hensiktsmessig kommunikasjon med personen som er i krise, er lyttende, viser omsorg og tilbyr hjelp. Kommunikasjonen har en relasjonell dimensjon hvor en prøver å få tak i den andres følelser gjennom bruk av egne emosjoner (Shulman 2003). I en krisesituasjon vil den pårørende, være mer åpen for å ta i mot hjelp av andre enn det vedkommende vil være i en annen

situasjon. For profesjonsutøveren er det sentralt å bidra til at den pårørende som er i krise kan oppnå bedre mestring.

I krisearbeid har det vært en økende interesse for korttidstilnæringer som oppgaveorientert praksis (Eriksen 2003; Epstein 1992; Reid 1992). Slike tilnæringer er og aktuelle i arbeid med pårørende. Selv om krisearbeid og oppgaveorientert praksis er to forskjellige tilnæringer har modellene visse fellestrekk. Både Epstein og Reid betrakter begge modellene som eksempler på kortvarig intervensjon som er tidsavgrenset, strukturert og målrettet (Payne 2005). Det viser seg at tidsavgrensning mobiliserer energi, og letter det indre presset. Strukturen innebærer en systematisk tilnærming sammen med personen i fem faser som omfatter; forberedelse, kartlegging av problemer og ressurser, inngåelse av samarbeidsavtale, planlegging, gjennomføring og evaluering av oppgaver og evaluering og avslutning. At arbeidet er målrettet innebærer at problem omskrives til mål.

Flere forhold vil ha betydning for den pårørendes reaksjoner (Bøckmann og Kjellebold 2010). Å gi god og tilstrekkelig informasjon gjentatte ganger er ofte den viktigste utfordringen når en møter en pårørende i krise. Det kan være informasjon om den som er skadet, sykdom, behandling og andre følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå. Både hvem som rammes og hvordan vedkommende rammes har betydning, samt hvordan den som er pasient selv reagerer. Det er og viktig hvordan den som rammes og den pårørende, kommuniserer og samhandler. Hvordan den pårørende opplever helsetilbud som gis, vil og kunne påvirke reaksjonene. Individuelle og situasjonelle forhold hos den enkelte, vil kunne virke inn, men og forhold som den pårørendes egen stresstoleranse, og tilgang på støtte fra omgivelsene. Ikke minst er det viktig å huske på at ulike kulturer har forskjellige former for krisehåndtering.

I en krisesituasjon har den pårørende behov for å kunne snakke fritt om sine reaksjoner i forhold til det som har hendt. Mestring er, i følge Eide og Eide (2007), en prosess hvor man ofte pendler mellom å være åpen og lukke seg, mellom å skyve unna og slippe til, mellom å være i kaos eller å ha kontroll, mellom forvirring og forståelse, mellom det å forsvare seg eller miste taket på situasjonen. Den pårørende vil pendle mellom det å mestre krisen gjennom praktisk handling ut fra hva situasjonen krever og det som er fysisk mulig.

Profesjonsutøveren kan i en krisesituasjon hjelpe personen med å komme til klarhet i hva som er hendt og litt etter litt begynne å akseptere situasjonen (Payne 2005).

## **Den terapeutiske samtalen**

Terapeutiske samtaler har ulike formål. Noen ganger vil en finne at terapeutiske elementer inngår i pårørendesamtaler. En forutsetning for dette er, i følge Shulman (2003) at vedkommende person vil innlate seg på en meningsfull kontakt med profesjonsutøveren, det vil si utvikle en «terapeutisk allianse», som et grunnlag for kontakten. Den «terapeutiske alliansen» er et eksempel på en variabel som finns i flere ulike behandlingsmodeller.

Winther- Jensen (2002) hevder at alt som foregår i møtet mellom klient og terapeut, inngår i den terapeutiske samtalen. Siktemålet i kliniske samtaler er, i følge Finseth (2011), behandling og å ha effekt på klientens opplevelser og atferd. Profesjonsutøverne påtar seg å være en profesjonell samtalepartner og «projeksjonsskjerm» for klientens ubevisste følelser, mens klienten påtar seg behovet for å bearbeide ubevisst materiale sammen med den profesjonelle samtalepartneren. Dette står i motsetning til en alminnelig samtalepartner som ikke krever følelsesmessig motytelser. Ofte finner slike samtaler sted hvor en person strever med å komme frem til meningsfulle forhold i sin livssituasjon, noe som og kan gjelde for pårørende. Familierapiens «grand old lady», sosionomen Guro Undersrud har uttalt

”det er aldri lett å sette en grense mellom omsorgsarbeid og terapi” (Anmarksrud s. 48, 1988). Slike grenselinjer kan være problematiske i arbeid med pårørende. Dette vil jeg komme tilbake til.

Fog (1986 s. 93) betegner terapeutiske samtaler som et dobbelt refleksjonsforhold hvor: ”erkenderen er også erkendt og den erkendte også erkender.” Fogs poeng er at det er tale om et dobbelt forhold, hvor begge har subjekt og objekt karakter, og hvor samtalen er preget av et spenningsforhold mellom symmetri og asymmetri. Det handler om et ensidig tilgjengelighetsforhold hvor klienten inviterer profesjonsutøveren til å reise rundt i hans/hennes psykologiske landskap, mens det motsatte ikke er tilfelle.

Når noen søker hjelp, er det ofte et brudd på et tidligere mønster. Det handler om å ha våget å søke hjelp, og at vedkommende ut fra egen forestilling risikerer en avvisning. Klientens egen beredskap vil handle om å forsøke eller ha beredskap for mottrekket, å få terapeuten til å avvise seg. Terapeuten må ha en flytende oppmerksomhet, en profesjonell tilstedeværelse (Rogers (1975/1990)). I Bondis (2008) fremstilling hevdes det at hos Rogers vil effektivt terapeutisk arbeid være avhengig av profesjonsutøverens kapasitet, hvor det gjelder å bringe inn spesifikke kvaliteter inn i relasjonen. Det er ikke en evaluerende oppfatning av klienten, men handler om å ha omsorg for klienten som en atskilt person, med rett til å ha egne erfaringer. Den pårørende kan i en viss forstand gjøres til gjenstand for terapeutiske intervensjoner, men med en frihet fra makt. Profesjonsutøveren må se pårørende som et helt menneske med sine utviklingspotensialer, også når vedkommende ikke er i stand til å se dette selv. Språket og formuleringene profesjonsutøveren bruker er et verktøy i samtalen. Dette kommer jeg tilbake til.

Videre er det viktig at profesjonsutøveren har empatisk forståelse, noe som innebærer å forstå klientens private verden, som om den var ens egen, uten å miste "som om" opplevelsen. I følge Nedrum (2002), er det ikke faglig enighet om hvilke psykologiske fenomen som skal betegnes med begrepet empati, men det går det et hovedskille i oppfatningene knyttet til empati i terapeutisk arbeid. Her mener noen at empati er en bakgrunnsfaktor, mens andre mener det er selve virkemiddelet. I terapeutisk arbeid handler det om evne til å ta den andres perspektiv. Men det er viktig å kunne skille den andres og ens eget perspektiv. Har en evne til å holde seg selv tilbake og la den andre fremtre i kraft av seg selv, og forsøke å forstå dem med sensitivitet og åpenhet og som Nedrum bemerker, og med lav grad av kategorisering, har en antagelig oppnådd det Shulman (1992 s. 59) betegner et « working relationship», hvor både positive og negative følelser påvirker utkommet av kontakten. I følge Bondi (2008) vektlegger Rogers en egalitær ikke hierarkisk relasjon mellom den som søker hjelp og profesjonsutøvere, og gir en oppfatning av rollen som profesjonsutøveren som en tilrettelegger, eller en som gir service, ikke en autoritetsfigur.

## **Barnesamtalen**

Barnesamtalen blir kort behandlet i denne fremstillingen og det vises til litteraturliste for videre lesning.

Endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven gir helsepersonell ansvar for å informere og følge opp barn (under 18 år) som er pårørende (Bøckmann og Kjellevold 2010; Helsepersonelloven (2.juli 1999) § 10 a + rundskriv). Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å ha et barneansvarlig personell (Helsepersonelloven §§ 10a og 25 tredje ledd, Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a. Barnesamtalene krever at profesjonsutøverne er spesielt kvalifisert for å samtale med barn, og kan samarbeide med de partene som er involvert i

barnets situasjon. Barn som pårørende avgrenses imidlertid i lovparagrafene til barn med foreldre som har sykdomstilstander som psykisk syke, rusavhengige og somatisk syke og skadde foreldre (Haugland, Mowatt, Ytterhus og Dyregrov 2012).

Barn er lojale mot sine foreldre og vil sjelden komme frem med hendelser og opplevelser som kan være til skade for dem (Røed Hansen 2011; Nordenhof 2012). Derimot kan de fortelle om egne reaksjoner, hva de er redde for eller opplever som vanskelig. Det viser seg at barn som våger å føle, etter hvert lærer å regulere egne følelser, noe som gir grunnlag i å utvikle innlevelsesevne i andres situasjon (Killén og Olofsson 2009a). Det er derfor viktig for profesjonsutøvere å få tak i det enkelte barns opplevelser og ressurser i deres situasjon som pårørende, når en av foreldrene er syke (Rimehaug, Børstad, Helmersberg og Wold 2006; Siegbrit 2007; Solbakken og Lauritzen 2006). Slik har barnesamtalen en støttende hensikt (Sverdrup 1998).

Barn kommer sjelden til en samtale fordi de selv har ytret ønske om hjelp. De kommer fordi noen andre oppfatter at de trenger hjelp (Røed Hansen 2011). Et annet forhold som særpreger barnet er at det er i en naturlig utviklingsprosess, og at deres reaksjoner må forstås ut fra hvor de befinner seg i denne prosessen (Fogany og Target 1996; Fogany mfl. 2000). Utfordringen for profesjonsutøveren når det er noen andre som har bedt om hjelp på vegne av barnet er å gjøre samtalen meningsfull for barnet. For profesjonsutøverne er det viktig å huske på at mindre barn kan regrediere i sin utvikling (Røed Hanssen 2011; Bøckmann og Kjellevold 2010).

Profesjonsutøvernes viktigste samarbeidsparter for å komme i posisjon i forhold til barna, er foreldrene eller andre voksne (Røed Hansen 2011). Foreldre må møtes med respekt, omsorg og empati for å skape et godt samarbeidsklima (Glistrup 2004).



Foreldresamtalen kan bidra til en åpnere dialog om vanskelige tema, noe som kan bidra til at barna sikres en trygg og ivaretagende situasjon. Det er og viktig å avklare med foreldrene om det er noe de ikke er klare til å snakke med barna om (Eide og Rohde 2009). Samtidig må de få anledning til å snakke om sine bekymringer og fortelle hvordan de tror situasjonen og problemene berører barnet. Slik får profesjonsutøverne en oversikt over barnets situasjon og reaksjoner.

Barn og unges situasjon endres ofte dramatisk når det oppstår alvorlig sykdom i familien (Bøckmann og Kjellebold 2010). Flere studier (Killèn og Olofsson 2009a og b; Bratli 2008; Aamodt og Aamodt 2005) viser at noen barn kan få problemer når det oppstår dysfunksjonelle forhold i nær familie. I slike situasjoner trenger barnet å få vite at det finns voksne som kan avlaste dem når det gjelder bekymringer for foreldrene (Killen og Olofsson 2009 a og b; Eide og Rohde). I samtalen med barnet kan profesjonsutøveren gi en forståelse av hva som skjer med den som er syk, familien og barnet selv. Samtidig må det være rom for barnet å komme frem med egne følelser og opplevelser (Røed Hansen 2011).

Departementet har utgitt veiledere om å samtale med barn i barnevernet (2009 Q-1156; Q1106B).

## **DEL IV. RESULTATER, CASE OG ANALYSE AV CASE**

I denne fremstillingen er det forskerens forståelse av profesjonsutøverne oppfatninger som presenteres.

## **KAPITTEL 10. HVA SIER PROFESJONSUTØVERNE OM SAMTALENE?**

### **Viktig å gi hjelp på den enkeltes premisser**

I et jubileumsskrift ved PårørendeSenteret (2008), er en av refleksjonene etter 10 år at; «Pårørende strekker seg langt, ofte lengre en et familieliv kan tåle». For å kunne ha et pårørendes perspektiv som grunnlag og opprettholde det over lengre tid, hevder profesjonsutøvere at det er en fordel at organisasjon ikke tilhører eller er en del av de tjenestetilbudene som ytes til pasienter. Profesjonsutøvere som møter den pårørende unngår dermed å komme i klemme mellom ulike former for lojalitet som de oppfatter at de forskjellige helse- og omsorgsinstitusjonene representerer. De som har vært ansatt lengst ved PårørendeSenteret, hevder videre at de har en felles idelogi som lyder; "Vi lærer mye av de pårørende." Noe som har vokst frem sterkt og tydelig er at den enkelte profesjonsutøver må åpne seg hver gang, for å vinne frem i forhold til den som er pårørende. Her er det viktigst å kunne lytte og ha tålmodighet. Det er videre en oppfatning om at den pårørende må få mulighet for å oppdage ting selv, altså må hjelpen gis på den enkeltes premisser. Profesjonsutøvere fremholder at å være pårørende er ingen diagnose, og at det er grunnleggende viktig å holde frem for seg at livssituasjonene til den enkelte de møter, vil variere.

### **Informasjonsrettede og generelle pårørendesamtaler**

Halvparten av informasjonsarbeidet foregår i form av rådgivende samtaler pr. telefon, noe foregår i direkte samtaler og i ulike typer kursvirksomhet. Profesjonsutøvere gir uttrykk for at det ikke er noe klart skille mellom informasjonsrettede samtaler og andre typer samtaler.

Informasjon kan inngå i flere typer samtaler. Mange pårørende har for eksempel behov for å vite mer om sykdommen til den de er pårørende til, og de trenger mer informasjon om rettigheter, både egne rettigheter og rettigheter til den de er pårørende til. Når det gjelder informasjonsarbeid er en del av dette arbeidet rettet mot pårørende som ikke får meddelt seg tydelig nok til hjelpeapparatet, eller ikke kan eller forstår fremgangsmåtene for å få informasjon eller hva slags hjelp som finns i de ulike hjelpesystemene.

Profesjonsutøverne ved senteret hevder at pårørende ofte bruker lang tid for å finne frem til en person i et hjelpesystem som kan gi relevant hjelp. Det er ofte slik at den pårørende møter en ny saksbehandler fra gang til gang, noe som ikke gjør situasjonen enklere. Det innebærer at den pårørende må gjenta sitt ærende til stadig nye personer, noe som forsinker muligheten for snarlig hjelp. Videre er pårørende ofte ukjent med at det er mulig å be om svar på hva som blir gjort med den henvendelsen som hun/han har kommet med til den enkelte hjelpeinstans.

Profesjonsutøvernes mål for informasjonsrettede samtaler er å bidra med det de betegner som en innføring i det å kommunisere med de ulike hjelpesystemene. Først og fremst handler denne tilnærmingen om å gi informasjon om hva slags tilbud som gis på de ulike stedene. PårørendeSenterets ansatte rådgir på forberedelse til møter med for eksempel; kommunale kontorer, hvordan en får kontakt med ulike behandlingsinstanser, at det for eksempel finns en kontaktsykepleier i organisasjoner som en kan ta kontakt med osv. Helse relaterte systemer er ofte tilrettelagt for en bestemt fremgangsmåte for å oppnå kontakt eller for å få hjelp, og fremgangsmåtene kan være så kompliserte og uforståelige, at ikke alle pårørende forstår hvordan de skal gripe det an. Noen ganger trenger den pårørende en som lytter når det er viktig å få ut frustrasjon før de møter til en avtale med en

person i et hjelpesystem, mens andre ganger trenger de hjelp med å begrense det antall spørsmål de bør ta opp med et system når de møter en representant for systemet for første gang. Profesjonsutøveren fører sjelden ting i pennen selv, men de oppfatter det som sentralt å mobilisere den enkelte pårørendes ressurser. Det er viktig og ikke overta ansvar, men å gi mestring, ofte krever dette at profesjonsutøveren må bruke lang tid på å forberede den pårørende til møtene med ulike hjelpeinstanser.

En annen del av arbeidet er direkte arbeid med pårørende. Dette arbeidet er delt inn i flere undergrupper som individuelt arbeid, arbeid med par, familier, ulike typer grupper. Kursvirksomhet, er et eget tilbud eller et tilbud i samarbeid med lærings- og mestrings senterne. Generelt kan en si det er to veier til et tilbud ved Pårørendesenteret. Den ene veien er via en individuell samtale, den andre veien er via påmelding til gruppetilbud som avrettes eller en tredje vei er kombinasjon av samtaletyper.

De fleste pårørende oppsøker tilbudet i et håp om å få hjelp med noe som ikke alltid er klart formulert i utgangspunktet. Den pårørende går ofte noen runder med seg selv før vedkommende avgjør hva hun/han trenger hjelp med. Flere har tidligere opplevd at deres problem møtes med mangel på interesse fra helsepersonellens side i andre hjelpesystem eller at de har opplevd og ikke fått hjelp. Andre har mer eller mindre tilfeldig blitt gjort oppmerksom på tilbudet ved Pårørendesenteret. Flere av de ansatte hevder at de pårørende velger en henvendelse til Pårørendesenteret fordi det er lett tilgjengelig, sentralt, gratis og en kan ringe og kommer raskt til. En møter et personell med høy fagligkompetanse som er vant med å ha samtaler og tåler å ta opp vanskelige temaer. De ansatte har kunnskaper om hva det innebærer å ha forskjellige sykdommer og de kjenner til forskning på ulike problemområder. Og ikke minst har de kunnskaper om å få frem ting som ellers kan

være vanskelig å sette ord på. Et spørsmål som alltid reiser seg er; Hva ville være til hjelp for vedkommende i den situasjonen hun eller han er i nå. For eksempel vil det for en som er sterkt engasjert i situasjonen som pårørende være hensiktsmessig å tilby et kurs for pårørende, før en gir andre tilbud.

En gruppe av de som oppsøker pårørendesenteret er pårørende til personer som selv ikke oppsøker hjelp (rusproblematikk, psykiske problem). Dermed er det ofte en hel familie som opplever og ikke få anerkjennelse for sine opplevelser, som de bokstavelig talt kjenner på kroppen, fordi de faller utenfor helsevesenets finmaskede nett. Flere av denne gruppen som oppsøker PårørendeSenteret ser på denne kontakten som en slags måte å få styrke på, og som kan forbindes med en forpliktelse til å gjøre noe med situasjonen. Det kan for eksempel reises problemstillinger som å skaffe seg styrke til å bryte ut av et ekteskap hvor det er alvorlig rusmisbruk, eller begrense kontakten med en rusmisbrukende mor/far, eller et behov for annen type hjelp

Ofte uttrykker den pårørende stor forbauselse over at de har kommet til et sted som er til for dem, og de får aksept for at de finns og blir tatt alvorlig. Mange har med seg en opplevelse av å ha virret omkring, uten å høre hjemme noe sted, slik kobler frustrasjonen seg inn som en bagasje som det etterhvert blir for tungt å bære alene. Nå får de fortalt sin historie i et rom hvor der er en annen som sitter og lytter og formidler forståelse, opplever de seg bekreftet og anerkjent, og byrdene kan lette. Flere kommer til samtale et par ganger, dropper ut en periode, for så eventuelt komme tilbake.

## **Profesjonsutøverens oppfatninger av det å ha tid**

Profesjonsutøverne har flere felles verdier som de formidler til de pårørende, en grunnleggende respekt for den enkelte. De hevder det er grunnholdninger som er preget av stabilitet, men at de også er dynamiske, selv om de som enkelte profesjonsutøvere er forskjellig. Grunnholdningene kommer til uttrykk ved at de oppfatter den enkelte pårørende som en «unik» person, som ikke skal møtes med travelhet, men være i sentrum for profesjonsutøverens oppmerksomhet. I første møte med senteret viser de at vedkommende er ventet. Det er sjelden en person venter mer enn et par minutter på en samtale og de serverer kaffe ved ankomst. Ved telefonhenvendelser ringer de alltid tilbake så snart de kan. Profesjonsutøverne hevder at pårørende må ses og møtes med det største alvor. Det handler om å vise at profesjonsutøverne er pålitelige og til å stole på. Det legges vekt på at samtalen skal være preget av tid, ro og tilstedeværelse. Det er viktig for profesjonsutøveren å formidle til den pårørende at vedkommende er kommet til rett sted, et sted hvor de kan få hjelp. Hvis vedkommende trenger hjelp fra andre, hjelper de til med å lete frem personer som har betydning for den videre prosessen. I møter med barn er de opptatt av å formidle at barnet er ventet.

## **Styrker i pårørendesamtalen**

En styrke i samtalen er når profesjonsutøveren klarer å formidle en forståelse av hva det innebærer å være pårørende. Både forståelse og fortrolighet, er grunnleggende for den videre kontakten. Fortroligheten kan åpne opp for at den pårørende forteller hvordan de har det og hva de har vært igjennom, noe som kan hjelpe den profesjonelle å forstå hvor de er i sine forskjellige faser som pårørende. Dette kan igjen motvirke at den profesjonelle agerer i takt med den pårørende, og kan opprettholde et overblikk over det som skjer.

En annen styrke er at profesjonsutøveren forstår at for mange pårørende vil deres opplevelse av håp forandre uttrykk gjennom de ulike fasene de befinner seg i. En som er pårørende til en rusmisbruker kan for eksempel oppleve stor sorg når en sønn som har ruset seg i lengre tid blir rusfri. Fra å ha vært i en avhengighetsrelasjon, kan sorgen handle om sønnens ønske om løsrivelse. En mor kan fra og alltid ha vært hjelper, konfronteres med et ønske fra sønnen om mer frihet. Her vil tilnærmingen være å hjelpe moren til å forstå at det finns håp, selv om ikke hun lenger er den som kan bære håpet.

En tredje styrke for profesjonsutøverne er å forstå at ikke alle pårørende har styrke til å gå inn i en utviklingsprosess, eller skal ha en utviklingsprosess akkurat nå. For noen kan det gi forverrelse av situasjonen de er i, men profesjonsutøveren må satse på å opprettholde den pårørendes verdighet. Det kan for eksempel være en pårørende som har en identitet knyttet til en diagnose, en mor til en stoffmisbruker, eller ektefelle til en person med Alzheimer. I slike situasjoner kan den pårørende kan for eksempel være med i en gruppe, selv om vedkommende ikke kan benytte seg av det som blir sagt og gjort i gruppen. Allikevel kan det å være inkludert gi verdighet.

En fjerde styrke er å vite at ikke alle mennesker vil la seg «empowere», noe som er på kollisjonskurs med mål for behandlingsarbeid. Den innsatsen som profesjonsutøveren gjør kan allikevel føre til en utvikling hos den pårørende, slik at vedkommende får det bedre med seg selv.

En femte styrke er at profesjonsutøveren forstår at den pårørende som har kontakt med behandlingpersonell i spesialisthelsetjenesten, samtidig med kontakten vedkommende har med PårørendeSenteret, må vektlegge samhandling. Det gjelder situasjoner hvor en må oppfordre den pårørende til kontakt med egen lege, hvis vedkommende trenger vurdering

av en depresjon og synes å være lite i stand til å komme videre som pårørende før hun har fått hjelp for egen del. Hvis det for eksempel er en psykolog som har rådet den pårørende til å gå i gruppe, kan det være en god kombinasjon å fortsette hos egen behandler, samtidig som kontakten med Pårørendesenteret pågår. For noen pårørende kan det være vanskelig å forholde seg til to prosesser samtidig for eksempel ved at de ikke kan slippe taket i den behandleren de allerede har kontakt med, og ikke får nyttiggjort seg gruppen. Det kan da være viktig å gi vedkommende råd om å komme tilbake på et senere tidspunkt.

## **Farer i pårørendesamtalen**

Det kan være en utfordring i pårørendesamtaler at profesjonsutøveren har hørt den samme historien mange ganger før. Det vil si at det er store fellestrekk i mange livshistorier, selv om den enkelte selvfølgelig har områder som skiller. Faren er at en utvikler fordommer som; dette kan jeg, og da kan det skje at en går for fort frem i samtalene. Her er det viktig å få og ta imot innspill fra kolleger når det gjelder ens egne holdninger. Det er en styrke å kunne dele byrdene, og det er og en kvalitetssikring. Ikke minst er det er usunt å være hjelper alene.

En annen fare når en arbeider med pårørende er den «hjelperen» alle har i seg, og at en får mye positiv feedback når en hjelper. Men hva er hjelp? Mange pårørende har også et hjelpersyndrom, og de forventer hjelp av den profesjonelle. Men det er viktig og ikke la seg drive av presset om å gjøre noe, det vil si at profesjonsutøveren handler i stedet for å søke å oppnå forståelse. Behovet til den pårørende kan være så stort at profesjonsutøveren setter i gang med et eller annet, bare for å tåle å være i situasjonen. Det profesjonsutøveren gjør gjennom handlingen er å lindre egen uro, i stedet for å tåle å stå i situasjonen til en forstår mer. Handlingen kommer med andre ord i veien for forståelsen. Profesjonsutøveren må



kunne tåle å være i en arbeidsprosess uten å stoppe opp selv om det ikke alltid er like klart hvordan en skal nå målet.

En tredje fare er at det er fristende for alle profesjonsutøvere som arbeider med mennesker å gå inn i en ekspertrolle. I det øyeblikket forlater en likeverdet. Det å formidle at en vet mye kan medføre at en gir seg selv en opphøyet status, men samtidig kan det stenge for åpenhet og forhindre den andre kommer frem med sine synspunkter.

En fjerde fare er at profesjonsutøveren blander seg inn i, eller konkurrerer med den psykologiske eller psykiatriske behandlingen som den pårørende går i et annet sted. Det bør i stedet legges og til rette for at den pårørende kan gå parallelt til samtaler i full forståelse med sine respektive kontaktpersoner.

En femte fare er at en unnlater å sikre seg profesjonell veiledning.

# KAPITTEL 11. PÅRØRENDESAMTALEN EKSEMPLIFISERT VED SEKS KONSTRUERTE CASE, TILNÆRMINGSMÅTER OG TOLKNING AV CASENE

For å belyse noe av fremgangsmåten i kontakten med pårørende og samtaleformene har hver av profesjonsutøverne konstruert ulike case, i alt seks case. Det enkelte case som presenteres er konstruert av flere case for å få frem trekk som er typiske i det arbeidet som gjøres, samtidig som konfidensialitetshensyn ivaretas. Når det gjelder tilnæringsmåter i det enkelte case er det viktig å presisere at det i denne fremstillingen er forskers forståelse av de profesjonelles tilnæringsmåter som presenteres. Denne forståelsen er basert på felles diskusjoner blant profesjonsutøverne om deres tilnæringsmåter og forskerens tolkning av dette. Forskerens hensikt med analyse og tolkning av casene har vært å belyse hvordan profesjonsteori kan anvendes for å forstå pårørende, men og for å vise at casene kan representere flere utfordringer enn det som er vist i caset. Dette må ikke forstås som at profesjonsutøverne som har konstruert casene ikke er oppmerksomme på slike utfordringer. Casene belyser hvordan Pårørendesenteret imøtekommer ulike behov hos pårørende, og gir noen eksempler på hva samtaler over kortere og lengre perioder tid kan bestå i.

## Case A

*Mor på 48 år har igjen bedt om en samtale. Hun har gått til samtaler ved Pårørendesenteret i to perioder tidligere. Hun og mannen hadde siste gang noen felles samtaler. Problemene har vært knyttet til en sønn som hadde rusmisbruk. Det startet da han var i 12 års alderen, og medførte stor slitasje for hele familien. Det ble etablert mange hjelpe- og støtteordninger for sønnen i grunnskolen og senere fikk han ulike behandlingstiltak innen rusomsorgen. Foreldrene stilte opp med hjelp etter beste evne. Ved avslutning av kontakten*

*for ca. 1 år siden ble mor invitert til å delta i samtalegruppe. Dette ble avslått fordi hun syntes hun hadde fått god hjelp, spesielt med å få til felles regler hjemme, og at sønnen hadde flyttet ut. Hun ville heller ta kontakt igjen ved eventuelt senere behov. Sønnen som nå er blitt 24 år, har bodd hjemme i perioder. Han har hatt et kortere fengselsopphold. Foreldrene har ikke alltid visst hvor han var, men mor har hatt kontakt med ham på mobiltelefon. Hun har stadig vært bekymret for hva som kan skje med han.*

*Det aktuelle nå er at sønnen igjen har dukket opp hjemme. Dette var en lettelse i første omgang. Samtidig har mor gått inn i et gammelt mønster med å ordne opp for ham, gi ham penger o.l. til tross for at hun og mannen er blitt enige om og ikke gjøre dette. Konfliktene i familien er nå store; en eldre bror har flyttet ut fordi han ikke orket mer, en yngre bror som går på videregående skole blir svært urolig. Han er mors støtte, samtidig som han ønsker å flytte ut på grunn av forholdene hjemme. Hun sier at mannen ikke orker mer, han syns hun «danser for mye etter sønnens pipe».*

## **Tilnæringsmåte i samtalen**

I dette tilfelle foreslo profesjonsutøveren at begge partene kom sammen til første samtale. Det var med tanke på de aktuelle konfliktene som oppfattes å være i hjemmet, og at det sist var nyttig for ektefellenes samarbeid at de kom sammen til samtaler. Men mor ønsket denne gangen å komme alene. I første samtale fortalte mor at hun lenge hadde tenkt å ta kontakt, men hadde stadig utsatt det. Hun formidlet mye skuffelse, hun hadde hatt et håp om at sønnen skulle klare det denne gang, men så er det bare blitt verre. Hun har mye selvbredelser og skyldfølelse, både overfor sønnen og de andre i familien. Ikke minst har hun kjent hun seg alene og mislykket – også fordi hun ikke har klart å opprettholde gode mestringsstrategier i forhold til sønnen, noe hun fikk til i siste kontakt. Samtidig fortalte hun

at hun nå var i gang igjen, med å skaffe ny leilighet for sønnen. Profesjonsutøveren oppfattet henne som mer fortvilt og sliten enn hun var ved siste kontakt. Hun formidlet forståelse for at moren er sliten og frustrert, og imøtekom hennes behov for å ha samtaler alene en tid fremover. Moren uttrykte stor lettelse over å ha tatt kontakt igjen og samtidig ha fått fortalt om situasjonen, slik hun opplever den nå.

Profesjonsutøverne hadde sin oppmerksomhet rettet mot at mor kan ha en mulig depresjon. Denne vurderingen var mulig fordi profesjonsutøveren hadde bakgrunn fra tidligere klinisk praksis innen psykisk helsetjeneste og kunnskap om at langvarige belastninger kan føre til depresjon. Det ble derfor foreslått at moren kontaktet fastlegen for vurdering / behandling.

Mange pårørende til ungdom med rusproblem havner i en ond sirkel der de svinger i takt med rusmisbrukerens opp og nedturer, med håp og skuffelser og gjentakelser av utmattende handlingsmønster. De pårørende har ulike behov for hjelp etter hvilken fase de er i. I dette tilfelle anvendte profesjonsutøveren «medavhengighetsmodellen» (Hellstrøm 1999), som viser de mekanismer pårørende generelt er utsatt for, og hvordan en kan bli tappet for krefter og energi. Ofte gir bruk av modellen gjenkjenning. Profesjonsutøveren formidlet at mors tilstand nå er en «Normal reaksjon på urimelig stor belastning/utfordringer gjennom mange år. For denne moren ga det en ny forståelse/forklaring til hennes egen opplevelse, og hun kunne lettere akseptere situasjonen. Samtidig ønsker profesjonsutøveren gjennom en slik innfallsvinkel å formidle håp og muligheter for endring, og bedre mestring i fremtiden.

Det kan virke som rusproblem i seg selv medfører stor skyldbelastning med ekstra ransaker av hva en som foreldre har gjort feil. Det kan være forhold som at foreldre har skilt seg eller flyttet, at de skulle ha forstått problemet før etc. Profesjonsutøveren er lydhør

for slike følelser, men har samtidig stille spørsmål som; Hva ville skjedd om dere ikke flyttet, hvis du ikke skilte deg, etc. Refleksjoner som dette så ut til å løse opp i noen av selvbekreftelsene og skyldfølelse hos denne moren. Profesjonsutøveren vurderte at dette kunne være en begynnelse til å se mer realistisk på sønnens egne valg.

Profesjonsutøveren rettet sin oppmerksomhet mot morens strev med å skaffe sønnen leilighet, og stilte spørsmål om hvordan sønnen var engasjert i dette prosjektet. Her ble mor minnet på at dette hadde hun gjort før. Mor ble mer bevisst behovet hun hadde for å beskytte familien, men og hennes behov for kontroll når hun visste at sønnen hadde at sted å bo. Her er det viktig å minne mor om de tilbudene som faktisk er tilgjengelige for sønnen.

Profesjonsutøveren bruker ofte tid på og bevisstgjøre de pårørende for eksempel i forhold til tiltak som er forsøkt før, både fra behandlingsapparatet og fra de pårørende side. Dette kan innebære at moren får gitt uttrykk for mye frustrasjon og sinne i forhold til det hun har opplevd som svikt fra hjelpeapparatet, men også anledning til å hente frem det som har virket bra. Det er også en innfallsvinkel til anerkjennelse av egen innsats. Men profesjonsutøveren må ikke gå for fort fram. Det har sammenheng med at oppmerksomhet rettet mot moren som person kan medføre økt sårbart, spesielt om temaene i samtalen berører hennes såre punkter. Samtidig kan det være nødvendig å gå inn i slike områder, for at moren skal komme videre. Det krever stor tålmodighet å følge den pårørende i sårbare perioder. Etter hvert kan mer fokus på morens rolle i forhold til det å være omsorgsperson /hjelper være nødvendig. Mor har vokst opp med alkoholproblemer hos egen far. Hun begynte å reflektere over at hun alltid har hjulpet andre, men lite tatt hensyn til seg selv.

Denne innsikten førte til at hun denne gangen hadde lyst til å ta i mot et tilbud om samtalegruppe for seg selv.

## **Analyse og tolkning av case A**

Casets problemstilling handler om en mors reaksjoner etter langvarig rusmisbruk hos en sønn. Når moren tar kontakt kan det se ut for å være en tilnærmet krisetilstand i familien, hvor flere av familiemedlemmene ikke lenger orker å forholde seg til rusmisbrukeren. Profesjonsutøveren har kjennskap til den pårørende og ektefellen gjennom et kontaktforhold som ligger et år tilbake. I begynnelsen av kontakten ser vi at profesjonsutøveren foreslår en strategi for intervensjon som har sammenheng med at hun kjenner saken. En annen forståelse kan være at hun oppfatter seg «å vite best», (jfr. paternalismebegrepet hos Starrin 2007), når hun foreslår at både hun og mannen bør komme til samtalen. Denne oppfatningen ser ut for å være bygget på tidligere fellessamtaler ektefellen. Moren kan imidlertid ikke se for seg å gå inn i den foreslåtte tilnærmingen, hun vil komme alene til samtaler. En kan anta at hun er blitt «empovered» i sin tidligere kontakt med profesjonsutøveren, og er blitt i stand til å kjenne hva hun har behov for (Starrin 2007).

Morens tidligere vegring mot å gå til samtale i gruppe etter siste kontakt ble avsluttet, gir profesjonsutøveren en forståelse av at det kan være et mer omfattende problem hos kvinnen enn hva hun i siste kontakt ga uttrykk for. Profesjonsutøverens refleksjonsevne mobiliseres, og hun får kontakt med sin paternalistiske tenkning og mobiliserer sin «containende» evne (Sommerseth 2010; Bion 1967) for å møte mor der hun er. Hun har behov for samtaler alene. Det kommer frem at mor er sliten og frustrert og profesjonsutøveren vurderer henne etter hvert som deprimert og ber henne oppsøke fastlege. Profesjonsutøveren oppfatter at moren er låst i et samspill med sønnen som hun

ikke kommer ut av og hun har problem med å ta inn over seg at hele familien er frustrert. Hun forstår at moren bare kan se deler av dette samspillet, og at er hun ikke er rede til å ta det hele emosjonelt inn over seg. Arbeid med emosjonelle prosesser hvor det er stor motstand forutsetter at profesjonsutøveren kan ta seg god tid. Profesjonsutøveren vektlegger i sin videre strategi en forsiktig støtte til mor i hennes bestrebelser for å skaffe sønnen leilighet (Sverdrup 1998), og hun tar i mot og «container» hennes frustrasjoner i forhold til helsevesenet (Shulman 2006). Hun oppmuntrer moren til å reflektere over sin egen situasjon, hvor hun har forstrukket seg i forhold til andre, og hun støtter hennes utvikling mot videre mestring ved å anerkjenne hennes innsats overfor sønnen (Payne 2005; Woods og Hollis 2000; Ekeland og Heggen 2007). Profesjonsutøverens tilnærming ser også ut for å romme en forståelse for å ta et problem av gangen. Mor får behandling for sin depresjon hos fastlegen samtidig som hun forsetter sin kontakt med senteret.

Profesjonsutøveren vurderer at moren trenger å få emosjonell kontakt med at hun er oppvokst med en far som er rusmisbruker, og å sette dette i sammenheng med aktuell livssituasjon, først da er hun i stand til å forstå at andre i familien reagerer slik de gjør. Når moren etter hvert forstår sitt eget samspillsmønster med andre i familien kan profesjonsutøveren igjen presenterer et gruppetilbud hvor hun får tilgang til andres erfaringer fra tilsvarende situasjoner og dermed får hun en utvidet kunnskap om mulige løsningsstrategier.

## **Case B**

*Mor til en jente på 12 år, henvender seg først pr telefon, og ønsker å drøfte følgende problemstilling hun står oppe i; Hun og far har en felles datter på 12 år, og ble skilt for tre år siden. Hun synes de har et bra samarbeid når det gjelder barna, selv om hun ser at dette har*

*sammenheng med at hun gir seg og for eksempel ikke krever det bidraget hun formeldt skal ha, og ellers er ettergivende på det meste.*

*Den aktuelle problemstillingen nå er at jenta på 12 år ikke ønsker å dra til far etter en episode der han var påvirket av alkohol, og ble veldig sint på jenta og skjelte henne ut. Jenta sier hun opplever at faren drikker alt for mye og nesten «alltid». Mor sier at eks-mannen hadde stort alkoholforbruk også da de bodde sammen, men hun har aldri tenkte på at han var alkoholiker. Nå lurere hun på om hun skal ta jenta på alvor og ikke sende henne til far, eller om datteren bare kan ha «plukket» opp mors uvilje mot far.*

*Kvinnen får til å begynne med time hos en av kollegene på senteret for å drøfte og denne saken videre. Profesjonsutøveren som har samtalen opplyser til moren; Hvis det blir aktuelt på et senere tidspunkt at datteren på 12 år skal komme til samtale vil det bli tatt kontakt med en som er fagkonsulent for barn og unge slik at alle kan ha en samtale sammen.*

## **Tilnæringsmåte**

I denne type sak, hvor barnet er berørt skal det grunnleggende hensynet være barnets beste (Barnekonvensjonen artikkel 3). Her har begge foreldrene foreldreansvar og derfor er det viktig at samtalen skjer i forståelse med begge foreldrene. Selv om bare en foreldre er en viktig støttespiller for barnet i det daglige, er det viktig at begge foreldrene er med i alt som skjer, i den forstand at en ikke foretar seg noe uten at begge foreldrene er informert. I dette caset kunne en tenke seg at moren ville ønske å avgjøre alene hvorvidt datteren skulle besøke far eller ikke. Det kan hun ikke, fordi begge foreldrene har foreldreansvar og må være med i alle faser av det som skjer med datteren. Hvis foreldrene samarbeider dårlig må en prøve å få den andre parten til å komme til en avklarende samtale. I denne saken er det



viktig at begge foreldrene deltar i samtalen, fordi fremtidige besøk for barnet hos far kan bli et problem. Det hender at foreldre avklarer spørsmål om hvem som skal møte før den ene parten tar kontakt med senteret. Om bare en av foreldrene er involvert fra starten, må imidlertid begge gi samtykke om kontakten med barnet skal fortsette. I dette caset kan en mulig problemstilling være at faren til barnet ikke synes han har et problem med alkohol, mens mange i hans omgivelser kan tenke at han har det. Det kan jo hende far synes det er greit at datteren går til samtale, men at han selv ikke har noen ønsker om det. Hvis far ikke samtykker til at datteren går til samtale, må en vurdere hvor alvorlig situasjonen er. Det er alltid viktig å vurdere hvem en eventuelt skal trekke inn i samarbeidet. En kan for eksempel diskutere med moren om barnevernet skal trekkes inn i saken.

Det å gå frem med forsiktighet er ofte hensiktsmessig. Slik en oppfatter moren i denne saken, tar hun ikke inn over seg at datteren kan ha reagert på farens drikking tidligere. Men når profesjonsutøveren spør hvorfor moren skilte seg, var svaret at det var på grunn av alkoholen. Det er en utfordring at foreldre tror at barna skal klare en situasjon de selv ikke har klart. Derfor er det viktig i denne type samtaler å hjelpe mødre til å sette ord på noe de har tenkt på eller vært bekymret for, men som ikke har vært helt fremme i deres bevissthet. En kan oppleve at moren får dårlig samvittighet når barnet reagerer på farens drikking. En tenker jo ofte at den av foreldrene som ikke drikker er en god beskyttelse for barna i forhold til den som drikker, men slik er det ikke alltid.

Når en snakker med barn som har hatt et problematisk forhold til en av foreldrene, kan en etterspørre om de har opplevd andre voksne som har sett de eller har brydd seg om deres situasjon. Barnet kan ha opplevd en lærer som har brydd seg. Det kan være viktig å styrke barnets selvhverdelse, ved og for eksempel snakke om hva de skal bli når de blir store,

hva de har av drømmer og ønsker. En kan videre tenke at barnet kan ha en sårbarhet når det gjelder å våge å stå frem for sin egen del, eller vil våge å si fra. I dette caset hvor barnet ikke lenger ønsker å besøke far, er det viktig at hennes stemme får komme frem. Hvis en annen person i teamet arbeider med moren er det viktig at partene samarbeider. Hvis andre personer skal inn i saken er det viktig at overføringen til andre foregår på en ryddig måte. Et aktuelt samarbeid kan eventuelt være helsestasjonens familiesenter o.l.

## **Analyse og tolkning av case B**

Casets problemstilling er en skilt mor som er bekymret for datteren reaksjoner på farens alkoholproblem i forbindelse med besøk hos ham. Datteren nekter å besøke faren etter at han påvirket av alkohol skjelte henne ut.

Profesjonsutøverens tilnærming er et spørsmål om hva som er best for barnet. Hvis profesjonsutøveren er for opptatt av lovverket, kommer det ikke alltid like tydelig frem at det er viktig å sette seg inn i hva barnet opplever emosjonelt (Killen og Olofson 2009a; Shulman 2003). Begge foreldrene har foreldreansvar og videre samtaler må skje i samråd med begge foreldrene, noe som også profesjonsutøveren vektlegger. I denne saken var det ingen avklaring mellom foreldrene på forhånd før mor tok kontakt med senteret. På denne bakgrunn er det viktig at profesjonsutøveren «lytter ut» mor uten og i særlig grad kommenterer selve situasjonen. Med tanke på en eventuell fremtidig samtale med begge foreldrene, må ikke far som i dette tilfelle ikke var orientert om samtalen på forhånd, få grunn til å oppleve at for mange forhold i relasjonen mellom han og ekskona er berørt uten at han tilstedeværelse. Det er en vanskelig balansegang mellom det og få nok kunnskaper til å vurdere om det grunnlag for å være bekymret for jentas situasjon, samtidig som

profesjonsutøveren må holde seg tilbake. Lojaliteten hos profesjonsutøveren må også være hos den av foreldrene som ikke er tilstede (Woods og Hollis 2000).

Profesjonsutøveren har imidlertid et behov for å vite hva som var årsaken til bruddet mellom foreldrene. Woods og Hollis (2000) påpeker at rutinemessige spørsmål knyttet til rusrelatert atferd er nødvendig. Mor fremholder at det var fars alkoholproblemer som ligger til grunn for skilsmissen, men det viser seg at mor ikke har tenkt at eksmannen har hatt et alkoholproblem. Vi ser at dette svaret gir profesjonsutøveren en ny forståelse av situasjonen, hvor det kommer frem at mor kan ha undervurdert fars problem og hvordan det kan virke inn på relasjonen datter- far.

Selv om profesjonsutøveren har en oppfatning om at det er viktig at jentas stemme må komme frem, må begge foreldrene si seg enig i at datteren får samtale med noen på egen hånd, slik saken står nå. Profesjonsutøveren er som tidligere nevnt, innforstått med at begge foreldrene må innkalles til en samtale sammen, og at hun må få frem begge foreldrenes syn på saken. I noen tilfeller vil den en søker å få i tale, i følge Shulman (2003), ikke være rede for å ta i mot hjelp. Foreløpig vet ikke profesjonsutøveren om far vil komme til samtale.

En må anta at jenta er knyttet til faren, selv om hun nå er dypt krenket av at hans utskjelling. Det er først og fremst jentas emosjonelle opplevelse som må ivaretas. Ikke minst er det viktig å få avklart hva som kan trygge jentas kontakt med far, eventuelt om det på sikt er nødvendig med en pause. Når det gjelder jentas eventuelle behov for selvhevdelse må det først klargjøres hvilket område jenta trenger selvhevdelse på. Det viktigste nå er å tilrettelegge for en kontakt hvor jenta kan trygges, slik at selvhevdelsen får et grunnlag å

vokse frem på. Profesjonsutøveren ser også for seg at saken kan vises videre til et familiesenter om det er behov for en videre oppfølging.

## **Case C**

*Mannen er 48 år og ringte PårørendeSenteret og spurte om han og hans kone kunne komme sammen til en samtale her. Hans kone har fått behandling for kroniske smerter i mange år. Hans situasjon nå var at han kjente på en del diffuse helseplager, dette hadde han tatt opp med fastlegen, men han hadde ikke fått noen diagnose eller anbefalt behandling. Nå hadde han tenkt at det kunne være nyttig for han og kona å snakke med noen om deres situasjon ved PårørendeSenteret. Etter avtale med PårørendeSenteret kommer han til første samtale alene. Det viser seg at han ønsker å fortsette med noen samtaler alene for å fokusere på egne reaksjoner og utfordringer i rollen som pårørende til sin kone.*

## **Tilnæringsmåte**

Når en person på denne bakgrunn søker hjelp har det noen ganger sammenheng med at det skjedd noe som gjør at situasjonen blir u håndterbar. Har rollen som pårørende ført til helsesvikt? Når oppsto plagene, hvilke situasjoner er de knyttet til, har de øket i intensitet, og ikke minst hvordan påvirker plagene han. Han blir oppfordret til å drøfte sine plager og aktuelle behandlingstiltak med fastlege. Samtidig ble han tilbudt individuelle samtaler ved PårørendeSenteret.

Mannen presenterte vansker i kommunikasjonen mellom han og kona. Det ble informert om at det var mulig for paret å søke hjelp på et familierådgivningskontor, dersom de ønsket det. Han ønsket i stedet fokus på dette i de individuelle samtalene ved PårørendeSenteret. Han ble opplevd som en mann med diffuse plager, han hadde lite energi

og livsgnist, en følelse av å være «lost». «Jeg er bare en brikke i familien, og har brukt all min energi og fokus på å være til hjelp for min kone og barna”. Han kunne oppfattes som en mann fremmedgjort for seg selv, men sensitiv for andre. Han hadde gitt så mye oppmerksomhet til konas sykdom, og vært en hjelper, men var ikke kjent med seg selv utenfor omsorgsrollen.

I saker med en slik problemstilling er situasjonen i et grenseområde for hva som er senterets virksomhet. For å reflektere over grenseaspektene i henvendelsen kan personalet spørre seg selv om hvordan de ville forholdt til han om han hadde oppsøkt en psykiatrisk poliklinikk. Der ville det blitt foretatt en diagnostisering. Slike vurderinger er ikke PårørendeSenteret oppgave. Allikevel vil personalet som møter ham være opptatt av omfanget på hans plager og om de er uttrykk for den situasjonen han står i som pårørende.

Ofte er personer som oppsøker et pårørende tilbud ikke fortrolig med å sette ord på sin egen situasjon, og kan streve med å finne frem til ord som uttrykker det de føler i situasjonen. I en slik situasjon kan personalet anbefale et kurs som er rettet generelt mot pårørende, hvor den pårørende kan få lov å ta i mot kunnskaper fra andre. Gjennom å lytte til andre i et gruppetilbud, kan de som deltar i gruppen gradvis komme i kontakt med egne tanker og følelser, og finne ord og språk på egne opplevelser og behov i situasjonen. Mannen ønsket å gå på et av de faste pårørendekursene, men det passet ikke med datoene.

Et personell med mye erfaring fra behandlingsarbeid er en styrke når det gjelder arbeidet med pårørende. Denne styrken er knyttet til evne til å gjøre sonderinger mellom ulike kliniske fenomen. For eksempel når det er spørsmål om det er riktig å gripe tak i et bestemt fenomen i forhold til hva som er oppdraget i arbeid med pårørende. Det er videre en klar styrke og ha oversikt over de ulike behandlingstilbud, og på et tidspunkt i kontakten

gjøre mannen oppmerksom på at slike tilbud finns. I sonderingsarbeidet mellom ulike fenomen som det kan være aktuelt å gripe tak i, må den pårørendes behov i rollen som pårørende stå sentralt. Noen ganger kan det innebære at personalet må tåle å stå i en situasjon eller et fenomen som en ikke helt forstår hensikten med. Det er som å gjøre en innsats for å flytte en stor stein for å få tak i en mindre som ligger under og som mangler i det byggverket som er underveis. Den kliniske styrken kan også skape forstyrrelser i oppdraget som skal utføres overfor den pårørende. Det kan kanskje i noen saker medføre at en påtar seg behandlingsarbeid, som andre skulle utført.

## **Analyse og tolkning av case C**

Casets problemstilling er diffuse helseplager hos en ektefelle som i årevis har hatt en kone som har fått behandling for kroniske smerter.

Profesjonsutøveren er i begynnelsen av første samtale lyttende og prøver å finne ut hva problemet består av og om det er en sak for senteret. Hun ser for seg at mannen kan drøfte noen problemer med fastlege, samtidig som hun viser til Familierådgivningskontor for eventuelle kommunikasjonsproblemer med ektefelle. Profesjonsutøveren rådgir om hvordan klienten kan samhandle med andre hjelpesystem (Skulman 2006; Johannessen mfl. 1994) Samtidig opplever profesjonsutøveren mannen som hjelpeløs og han beskrives som «lost» i caset, noe som innebærer at han ikke er fortrolig med å sette ord på hva han føler i situasjonen. Mannens hjelpeløshet og selvutslettelse ser ut for å ha en «appell» i forhold til profesjonsutøveren, og hun tilbyr han hjelp i form av individuelle samtaler. (jfr. empatiforståelse hos Nerdrum 2002). Profesjonsutøveren kan være bekymret for at mannen ikke skal få hjelp andre steder fordi hans problem er så diffuse. Her benytter profesjonsutøveren sin terapeutiske kunnskap til å sondere mellom ulike scenarier (Finseth

2011). Profesjonsutøveren er opptatt av at klienten skal finne sine egne muligheter (jfr. «the- person- in- situation concept», som beskrives av Woods og Hollis s. 246), og hun vil med sitt tilbud sikre at han får hjelp. Profesjonsutøveren er innforstått med at tilbud om terapi ligger utenfor grenseområdet for senterets virksomhet, men gir et tilbud om terapeutisk orienterte samtaler.

## **Case D**

*En sosiallærer ved en videregående skole, henvender seg pr. telefon. Han er bekymret for elev, en jente på 18 år, som planlegger å ta seg av moren etter at moren kommer ut fra institusjon til høsten. Jenta vil ta fri ett år for å følge opp moren. I tillegg til å gå siste året på videregående skole, jobber hun nesten hver ettermiddag/kveld for å tjene penger til dette prosjektet. Moren har et langvarig illegalt rusmisbruk. Datteren ønsker at hun og moren skal flytte til slektninger i en annen by for at moren skal komme bort fra miljøet hun har nå. Jenta har bodd i fosterhjem siden hun var liten. Hun har kjæreste og venninner som hun har lite tid og energi til å være sammen med. I tillegg til jobb bruker hun mye tid på skolearbeid og legger sin ære i å gjøre det godt på skolen.*

*Jenta kom pliktskyldig til samtale etter at sosiallærer hadde bestilt time til henne og oppfordret henne til å gå. Selv hadde hun ikke så mye behov for samtale, hun visste hva hun ville gjøre. Hun var dessuten lei av at alle fortalte henne, dette må du ikke gjøre. Du må ikke ta så mye ansvar for moren din. Hun forteller at alle fraråder henne å bruke så mye ressurser på moren. Hun vil ikke diskutere planen sin, men ønsker opplysninger om hjelpeapparatet og hva som kan være aktuell hjelp for moren. Jenta vil nå gjøre sitt til å få mora på rett kjøll og er åpen for å det kan gå begge veier, men vil prøve.*

## Tilnæringsmåte

Det ble valgt å fokusere på: Informasjon om hjelpeapparatet. Hvordan er det for henne å ha tatt på seg en så stor oppgave? Hva hun tror hun kan oppå og hva kan hun risikere? Hvordan tror hun at hun vil tåle det dersom moren fortsetter og ruse seg som før? Hva tror hun moren er moden for? Hvordan skal hun evaluere og konkludere? Når skal hun få tid til sitt eget liv? Hvordan er det å være henne (jenta) nå? Hva trenger hun videre?

Jenta ville bestille ny time før hun skal besøke moren for å diskutere planen sin med henne. Profesjonsutøveren tenkte, det vil ikke være nyttig om en kjører det samme sporet som alle andre har gjort. Jeg prøvde å være mer nysgjerrig og finne ut hva hun håpet på, og hva ville skje om det ikke gikk, slik hun håpet. Spørsmålene mine var; Om hun trengte å stille opp så mye, om hun trengte å være så engasjert, om hun heller ikke måtte være litt mer tilbaketrukket og beskytte seg selv mer. Hvordan vet du når du skal gi opp prosjektet hvis det går den veien. Først ville ikke jenta være med på denne tankegangen, men så kom det frem at hun så det var ganske «risky business». Det hun var mest interessert i var hvor mye hjelp hun kunne få av hjelpeapparatet, det vil si, andre enn henne. Det viste seg at hun hadde veldig lite kunnskaper om hjelpeapparatet og hvilke offentlige tilbud som finns til moren. Hun ønsket ingen ny avtale, men hun skulle besøke moren, og ville komme innom for en oppdatering. Jeg spurte henne og om morens deltagelse i prosjektet. Kan moren si nei til deg? Hva vil være din mors andel i dette. Har hun dårlig samvittighet eller ønsker hun og en ny vri på livet sitt. Dette var datteren litt usikker på.

Videre kan en undre seg over slektningens deltagelse, er det noe realisme i deres deltagelse? Er det jentas ønsketenkning? Om det er et reelt prosjekt er usikkert. Situasjonen kan være uttrykk for jentas drømmer om å realisere en mor. Et livsprosjekt fordi faren er



helt ute av bildet. Jenta er styrt av et desperat håp om å endre livet til moren. Venner og kjæreste skjønner at jenta er sliten, at hun har det travelt. De aksepterer at hun når hun kommer på besøk, ligger hun på sofaen og hviler seg. Det er omvendte roller i relasjonen til vennene.

## **Analyse og tolkning av case D**

Casets problemstilling er at en skolerådgiver har blitt bekymret for situasjonen til en 18 åring jente med et langvarig fosterhjemsopphold, som vil ta et friår fra skolen og ta ansvar for en rusmisbrukene mor.

Dette caset gir et forenklet inntrykk av et komplisert, men kort kontaktforløp. Vi ser at profesjonsutøveren har reflektert en god del over mulige tilnæringsmåte i saken før hun møter jenta. Hun vurderer det slik at hun må handle annerledes enn hva som har vært intervensjonen til andre tidligere i saken. Hun vurderer at det vil være negativt å gi råd om jentas forhold til moren, og holder seg med andre ord vekk fra en mulig moralisme over jentas situasjon og hennes prosjekt (Shulman 2006). Hun konsentrerer seg i stedet om å gi informasjon om helsevesenet og anlegge en undrende tilnærming med konkrete spørsmål til jenta. Profesjonsutøveren ønsker å gi anerkjennelse til ideene jenta har og holder seg unna områder som virker lite gjennomtenkt fra jentas side. Slik trygger hun jenta positive initiativ, nemlig hennes ønske om og «redde» moren og selv om det er uklart hva slektningene kan stille opp med. Profesjonsutøveren «container» både jentas og sin egen usikkerhet over hva jenta ønsker for fremtiden (Shulman 2006; Compton og Galaway 1994; Bion 1967)). Det handler bla om motstå egne handlinger til en vet mer om situasjonen (Sommerseth 2010). Hun holder seg derfor vekk fra områder som at jenta antagelig jobber for mye og at det går ut over skolearbeid. Slik blir profesjonsutøverens strategi en anerkjennelse av det jenta

allerede har planlagt, uten å umyndiggjøre henne. Hun må vente til en eventuell neste henvendelse fra jenta, for hun kan få svar på om hennes strategi har fått jenta til å reflektere mer over situasjonen hun står i.

## **Case E**

*Kvinnen gjorde den første henvendelsen på telefon. Hun startet samtalen med å fortelle at hun var hos legen sin i går og da legen spurte om hun hadde behov for noen å snakke med, hadde hun svart nei. Hun sier at hun i løpet av natten har kommet frem til at hun har behov for noen å snakke med og det er begrunnelsen for å ta kontakt. Klienten har vært gift i over 30 år og at mannen har hatt et stort alkoholforbruk i mange år. Hun forteller at hun det siste året hatt et halvt års opphold i utlandet i forbindelse med en utdanning. Hun kom tilbake for ca. 2 måneder siden med forventninger om at hun nå hadde nye krefter og giv til å takle hverdagen og mannens alkoholavhengighet. Hadde selv håp om hun skulle klare å ta en ny runde, men måtte erkjenne at egne helseplager og oppgitthet over situasjonen ikke gjorde det mulig. Hun måtte gjøre noe.*

## **Tilnæringsmåte**

Halvparten av de henvendelsene som kommer til pårørendesenteret har rusproblem som årsak til kontakt, og henvendelsen er av de mer typiske. For mange av de som har rusproblem i familien er det vanskelig å oppfatte seg som pårørende, hvis for eksempel ektefellen ikke oppfatter å ha et problem. Den som er pårørende får dermed ikke anerkjennelse for det hun eller han opplever som problem, dette er ikke uvanlig ved rusproblem i en familie. Det som er typisk i denne type sak er at den som henvender seg ofte har gått med problemet i årevis og så har det skjedd noe som får de til å henvende seg. Flere

kan oppleve/kommer til en erkjennelse om at de har latt seg manipulere av ektefellen. Det er en flau situasjon, særlig hvis en er kommet i for eksempel 50-60 års- alderen, da er det dumt å spørre; Hva har hendt med meg? Hvis de stiller seg spørsmålet; «Skal jeg bare gå ut av det», blir det hele kjempeskremmende. Som ektefelle kan en ha investert mye krefter og mye av seg selv for å få det til å gå, og da er det både bittert og sårt ikke å lykkes. I tillegg er det ofte en usikkerhet på om det er noen alternativer.

Den som kommer har et stort behov for å fortelle sin historie og fortellingen kommer ofte med et stort trykk. For den som er pårørende handler historien om hvorfor hun har oppsøkt hjelp nå. Kvinnen har skjult alkoholproblemet for slekt og venner. Det kommer frem detaljer om hvordan situasjonen har vært. Fortellingen representerer en rettfærdiggjørelse og en begrunnelse for henvendelsen. En test på om hun er forstått. Det er viktig at profesjonsutøveren lytter fortellingen helt ut, og slik bekrefter vedkommende. Dette er en sårbar fase i kontakten, og en må ikke komme med kommentarer som vedkommende opplever som en avvisning, ved for eksempel og bagatellisere eller "vanlig gjøre" problemet. Samtidig er det viktig å formidle at flere i en lignende situasjon ville opplevd det samme. Mange synes deres problem ikke er stort nok.

Profesjonsutøvere kan ofte oppleve at personen som henvender seg har tatt et valg før de henvender seg, og at de nå ønsker endring. De har bestemt seg for noe, nemlig for å ta bedre vare på seg selv. Selv om det er tid for endring, stoler de ikke på sin egen dømmekraft og ved å oppsøke hjelp søker de å få behovene sine bekreftet. Mange kan ha vært i tilsvarende situasjon mange ganger før, men denne gangen reagerer de annerledes, for eksempel som ektefellen i dette caset. I stedet for å kaste alt sitt til sides og stille opp for ektefellen, ble hun denne gangen rasende. I slike situasjoner kommer det ofte frem slike ting

som: »Jeg har gått med brosjyren deres i veska lenge», eller « jeg hørte om kontoret fra en venninne».

Flere ektefeller til de som har rusproblem forteller at de har tilpasset seg problemet. De har aldri trodd at det skulle komme så langt, eller det skulle bli så galt. Gjennom å fortelle sin historie viser de et behov for å forklare ting for seg selv. Mange kan ha fått råd fra venner og kjente som for eksempel; nå må du gå fra ham osv. Slike råd kan oppleves krenkende når en ikke har bedt om rådene. Selv om den pårørende kan ha et mål om å gå fra en alkoholisert ektefelle, er det ikke sikkert denne målsettingen lar seg nå umiddelbart, men de kan få hjelp til å lære å flytte fokus fra den alkoholiserte partner til seg selv. Det kan være med å bidra til at den som er pårørende kan bli tydeligere på egne grenser og hjelpe seg selv til et mer selvstendig liv, ut fra sine egne valg.

## **Analyse og tolkning av case E**

Casets problemstilling handler om et langvarig alkoholproblem hos ektefelle, og som har vært holdt skjult for øvrig familie. Etter et halvt års atskillelse fra ektefelle grunnet videreutdanning i utlandet, kjenner kona at hun er i sterk tvil om hun har krefter til å gå inn i en ny runde med mannens problem.

Profesjonsutøveren møter en meget kjent problemstilling, et rusproblem hos en av ektefellene som har vart i årevis. Det er ikke uvanlig at rusproblem hos ektefelle kan skape krise (Woods og Hollis 2000). Siden problemet er velkjent, må profesjonsutøveren innstille seg ekstra nøye på denne personen for å ta inn over seg hva som er det spesielle med denne situasjonen. Historien kommer med stort trykk og hun er lyttende (Shulman 2003). Det er viktig når noen har bestemt seg for endring, at vedkommende opplever støtte. Kvinnen er i

eksistensiell krise, hvor hun bebreider seg selv og sine valg opp gjennom livet.

Profesjonsutøveren ser ut for å bestemme seg for at det er viktig at kvinnen får lytte til seg selv, noe som krever refleksjon fra profesjonsutøverens side, og «containment» (Bion 1967).

Men også profesjonsutøveren lytter. Det er balansen mellom konsentrasjon rettet mot kvinnens fortelling som «unik», samtidig som hun fremholder at kvinnen deler sin situasjon med flere, noe som gjør at kvinnen opplever seg ivaretatt. Det krever profesjonell «klokskap» å opprettholde denne balansen. Denne type utfordring kan profesjonsutøveren bruke som en utfordring for å mobilisere positiv energi og motivasjon for vekst (Woods og Hollis 2000).

## **Case F**

*Kvinnen som henvendte seg var i midten av 30 årene. Hun tok kontakt med Pårørendesenteret fordi den eldste datter slet psykisk, atferdsmessig og sosialt. Det hadde toppet seg da datteren ikke klarte gå på skolen. Kvinnen var gift og hadde fire barn. Eldste datter går 1 vgs. Datteren hadde alltid vært annerledes, fortalte mor. Den aktuelle situasjonen nå var at datteren løy, ikke gikk på skolen, hadde nesten ikke venner, og var deprimert. Mor var fortvilet; Hun lurte på hvordan hun skulle reagere og forholde seg til datteren og til hjelpeapparatet. Hun var redd for at datter ikke klarte å fullføre 1. vgs. Hva skulle hun gjøre? Hun hadde ikke tid til å vente, følte hun, da hun var redd for at datteren falt helt ut av skolen. Mor fortalte at hun opplevde lite støtte i far, at far og datter hadde dårlig relasjon og hvor far i stor grad overså datteren. Mor hadde kontaktet lege, rådgiver, PPT, og datteren var henvist BUP. Datter hadde tilbud om psykolog på helsestasjon i ventetiden. Alle hadde forskjellig ideer om hva det dreide seg om. Mor følte seg ikke hørt, ikke tatt med i behandlingen/planene, fikk ikke informasjon. Hun var selv enebarn. Hennes mor har vært*

*alvorlig psykisk syk siden hun ble født. Hun ble fortsatt utsatt for morens vrangforestillinger, blamering og grenseløs atferd og hadde et ambivalent forhold til henne. Det kommer etter hvert frem at hun hadde vokst opp hos en far som hadde alkoholproblem og hadde hatt helgesamvær med mor da hun var barn. Hun hadde selv ikke fått noen oppfølging rundt dette. Nå hadde hun ingen tillit til hjelpeapparatet! Følte seg alene!*

## **Tilnæringsmåte**

Fokus for profesjonsutøveren i samtalen var « containing » (Bion 1967), hjelp til å se muligheter-akseptere begrensinger, hjelp til å holde ut, stole på hjelpeapparatet, anerkjenne tidligere historie og følelsene rundt. Først er profesjonsutøveren opptatt av hvorfor vedkommende har tatt kontakt, hva er det som trykker på akkurat nå. I denne saken var mor bekymret for den eldste datteren, og hun har behov for å dele bekymringene med noen. Hvis den pårørende er fortvilet, kan en se et behov for å agere. Et behov for å gjøre noe. Da er det nyttig å se på hva som er gjort, og om det har vært nyttig. Videre er det viktig å se på hva som er mulig og ikke mulig, for mor og familien. Hva kan andre hjelpe med? Profesjonsutøveren gir en orientering om hva som er realistisk.

Det kan også være forhold i familiesituasjonen som gir den pårørende en sårbarhet, for eksempel i forhold til det å bli sviktet. Her hadde kvinnen en historie som gjentok seg. Denne moren hadde i sin barndom en syk mor og hadde selv opplevd å bli sviktet. Det satt lang inne å be om hjelp og hun stolte ikke på hjelpeapparatet. Det er viktig for profesjonsutøveren og « tune inn » på hva moren er klar for, hvor er hun i prosessen. Er dette et nytt problem eller har det pågått lenge? Her vil det være viktig å formidle trygghet og tillit over tid, slik at moren kan begynne å stole på profesjonsutøveren og få et trygt rom til bevisstgjøring og refleksjon, som igjen kan føre til at hun kan stole på seg selv og sine egne

vurderinger. Eks: Hvorfor reagerer hun som hun gjør? Kan moren orke eller tørre å gi fra seg noe av ansvaret? Kan/må far involveres mer?

## **Analyse og tolkning av case F**

Casets problemstilling er en mor som oppsøker hjelp fordi hennes datter er i noe som hun oppfatter som en bekymringsfull situasjon, og hvor hun er usikker på hvordan hun skal forholde seg både til datteren og hjelpeapparatet.

Profesjonsutøveren oppmerksomhet er rettet mot sammenhengen mellom det å være fortvilet og ha et behov for agere (Shulman 2003). Hennes innledende strategi er å prøve å forstå hvorfor moren søker kontakt nå og ivareta hennes uro, samtidig prøver hun å få oversikt over hva som allerede er gjort i forhold til datterens situasjon av andre instanser. Caset viser at det er mange instanser som allerede er inne i forhold til datteren. Derfor må profesjonsutøveren lytte til det som mor forteller og som kommer frem mellom linjene i hennes historie. Hvorfor oppsøker hun en ny instans når hun allerede har kontakt med så mange instanser allerede? Hva er det som trigger mors sårbarhet? Det at hun opplever en mangel på støtte fra ektefelle og selv hadde hun en mor som var syk da hun var barn og at hjelpeapparatet sviktet den gang, kan være sentralt. Her kan det være et «ekko fra barndommen» som spiller inn i den aktuelle situasjonen (Heap 2012). Profesjonsutøveren oppfatter at det er viktig å trygge moren og at hun trenger tid før hun helt kan stole på at hjelpeapparatet som nå er mobilisert, kan ta seg av datteren. En støttende tilnærming ser ut for å være aktuell med en viss oppfølging i ventetiden til datterens tilbud er kommet i gang (Sverdrup 1998).

## **KAPITTEL 12. PROFESJONSUTØVERNES TILNÆRMING I PROSESSER MED LIVSPROBLEMER**

Studien viser at profesjonsutøverne er orientert mot livsproblemer, og de er brukerorienterte i den forstand at de prøver å forstå henvendelsen fra den pårørendes perspektiv (Hanssen 2010, Starrin 2007; Slettebø 2008). Når profesjonsutøveren tar utgangspunkt i livsproblemer hos den pårørende, er det «personen i situasjonen» som vedkommende prøver å forstå (Compton og Galaway 1994). Denne prosessen referer til interaksjonen mellom profesjonsutøveren og den pårørende, eller den pårørende og andre, for eksempel familiemedlemmer. Prosessen kan med andre ord knyttes til selve innholdet i samtalen som kommuniseres til profesjonsutøveren.

Studien viser at profesjonsutøverne vet mye om hva som er deres styrke i pårørendesamtalen, bl.a. at ikke alle pårørende har styrke til å gå inn i en utviklingsprosess, mens andre er innstilt på en slik prosess. Det innebærer at når et mønster i samarbeidsprosessen begynner å avtegne seg må profesjonsutøveren ta et skritt tilbake, slik Shulman (2003) anbefaler. Hva betyr problemet for den pårørende i den livsfasen vedkommende er i. jfr. kriseteoretisk forståelse og livsfaser (Hoff 1986). For eksempel i case F, hvor kona gir opplever ektefellens mangeårige rusproblem som uoverkommelig. En livssituasjon kan innebære mange pågående livsprosesser, hvor profesjonsutøvernes må prioritere mellom de mange problemstillinger som en henvendelse innebærer. Det innebærer at samtalen ikke anvendes for å finne ut hva profesjonsutøveren skal arbeide med, men for å finne ut hva den pårørende faktisk er opptatt av å arbeide med. Det kreves en evne til å være avventende, det vil si å la være å handle, til en har forstått hva henvendelsen fra den pårørende gjelder (Sommerseth 2010; Shulman 2003).



Her viser studien at profesjonsutøverne er opptatt av flere farer i pårørendearbeid, ikke minst «hjelpersyndromet» (Hellstrøm 1999), hvor en kan risikere å gå for fort frem. En kilde til misforståelser som kan oppstå i kommunikasjon mellom den pårørende og profesjonsutøveren, er for eksempel hvis en ikke knytter samme mening til uttrykk og symboler som anvendes, eller at en ikke snakker samme språk. Her er det viktig for profesjonsutøveren å være åpen på sin egen kunnskapsmangel og etterspørre den pårørendes oppfatninger (Woods og Hollis 2000). Fokuset lytting innebærer, i følge Shulman (2003), at en forsøker å høre kommunikasjonen som den pårørendes forsøk på å bearbeide noe. Profesjonsutøveren må innstille seg på at «fortellingen» om situasjonen er et forsøk fra den pårørendes side på å lete etter sammenhenger som ikke er umiddelbart tydelige. På denne måten kan lyttingen bidra til at tillit mellom partene bygges opp.

Poenget med prosessene er at profesjonsutøveren leter etter sammenhenger mellom prosess og innhold, slik at drøftingen av prosessen utdypet arbeidet med innholdet og omvendt. Den pårørende kan gjennom sin opptreden demonstrere sin livssituasjon eller problemet som har ført dem til samtalen. For eksempel i case A hvor moren gjennom jakten på enda en ny leilighet til sønnen, demonstrerer at hun ikke lenger klarer å opprettholde gode mestringsstrategier i forhold til ham. Prosessen er innholdet. Vendepunktet kommer når moren erkjenner at hun har kommet til kort. Profesjonsutøveren behøver, i følge Shulman (2003), ikke å være tilbakeholden når det gjelder egne meninger, men må sørge for at det som formidles brukes som en av flere kilder til forståelse av den pårørendes sosiale virkelighet. Profesjonsutøverens erfaring formidles på en slik måte at den er åpen for vurdering og innvendinger. I case C anbefales et kurs for andre pårørende, slik at den pårørende kan erfare hvordan andre pårørende formulerer seg. Slik kan den pårørende få øvd seg på å finne ut hvordan hun ser på saken, og hvordan hun kan si det som må sies. Har

den pårørende fått en opplevelse av at det er mulig å forholde seg til følelsesmessig smerte og tar ansvar for sin egen rolle i forhold til livsproblemene, kan vedkommende gå inn i en samarbeidsprosess med en betydelig egeninnsats, en egeninnsats som er også viktig i forhold til å utfordre andre hindringer for hjelp, noe som vedkommende kan oppleve i ulike hjelpesystemer.

## **DEL V. VIDERE ANALYSE OG DISKUSJON**

Hensikten med prosjektet har vært å løfte frem tilnæringsmåter som anvendes i samtaler med pårørende i et lavterskeltilbud med høgt kvalifiserte personell med bakgrunn som sosionom eller sykepleier, i en privat organisasjon, som ikke er et behandlingstilbud.

### **KAPITTEL 13. HVA ER PÅRØRENDESAMTALENS TEORETISKE OG PRAKTISKE FORANKRING?**

#### **Verdiene som vektlegges inngår i flere typer samtaler**

Studien viser at profesjonsutøverne fremhever noen verdier i pårørendesamtalen som sentrale. Profesjonsutøverne vektlegger å ha en gjennomgående integritet, ærlighet, pålitelighet, vennlighet, og tålmodighet som grunnlag for kontakten med pårørende. Slike verdier er grunnlaget for all medmenneskelig kontakt og er sentralt for mange andre typer samtaler enn pårørendesamtalen. Profesjonsutøverne er videre opptatt av å sette av nok tid når de skal møte en person for første gang og innstille seg på å lytte til den historien som fortelles. Det og «se» den en møter, det vil si at en oppretter blikkontakt med vedkommende og viser at en er emosjonelt tilstede er sentralt for profesjonsutøverne i studien. Men de er og opptatt av å høre etter og merke seg detaljer, ikke minst hva som utelates i fortellinger om livsproblemer. Her er det viktig å vise forståelse og respekt for livsproblemene som det fortelles om, noe som etter hvert kan gi grunnlag for tillit. Det å ha respekt for den andres verdier og valg, og å gi anerkjennelse for innsats som er gjort, kan gi håp for den som søker hjelp. Noen ganger er det til hjelp å vise omsorg i form av medlidenhet eller trøst. Verdiene som vektlegges i denne studien inngår i og har fellestrekk

med flere typer samtaler og er dermed ikke spesifikke for profesjonsutøvernes pårørendesamtaler (Eide og Eide 2007; Shulman 2003, 2006; Woods og Hollis 2000).

## **Pårørendesamtalen har en mangetydig teoretisk forankring**

Studien viser at pårørendesamtalen har sitt utgangspunkt kommunikasjonsteori (Eide og Eide 2007; ; Manusov og Patterson 2006; Berger og Chaffe1995; Carkhuff 1969) og generell profesjonslitteratur, bl.a. fra sosialfagene (Shulman 1992,2003,2006; Compton og Galaway 1994; Woods og Hollis 2000; Payne 2002, 2005), mens casene illustrerer at pårørendesamtalene tar opp i seg elementer av rådgivningssamtaler (Johannesen mfl. 1994), støttesamtaler (Sverdrup 1998), krisesamtaler (Cullberg 2007; Hoff 1986; Retterstøl og Weiseth 1985) og terapeutiske samtaler (Rogers 1975/1990; Bondi 2008). På denne bakgrunn kan en slå fast at tilnæringsmåten i pårørendesamtalen ikke er særlig entydig, men har elementer fra en rekke typer tilnæringer. Pårørendesamtalen ser også ut for å være påvirket av organisasjonens eller institusjonens ideologiske utforming, arbeidsoppgavene samt de ulike fagkunnskaper hos den eller de som har samtalene (Eide og Eide 2007; Dahlager 2005). Studien viser videre at det ikke er et klart skille mellom informasjonsrettede og generelle pårørendesamtaler, men at informasjon inngår i de fleste av samtalene. Profesjonsutøverne betrakter henvendelsene de pårørende kommer med som livsproblemer. De anvender det de vet om styrker i pårørendesamtalen på en positiv måten, men de ser også farene de står overfor. Her vil løpende veiledning for profesjonsutøverne være med på å sikre nivået i samtalene, slik praksis er ved PårørendeSenteret.

Det som er spesielt med flere av de pårørende som henvender seg til PårørendeSenteret, er at de ofte har satt egne behov og ønsker til side på grunn av tilstanden hos den de er pårørende til. Studien viser at profesjonsutøverne gir rom, og

dermed tid og tilstedeværelse for å samtale om vanskelige og motstridende følelser. Tilnæringsmåten i noen av samtaleene viser at det kan det være et høyt konfliktnivå mellom familiemedlemmer. Her kan et mål for samtalen å oppnå atferdsendring i forhold til samspillsmønstret som har oppstått. Videre viser studien at den som utfører samtalen bruker seg selv som et profesjonelt redskap, og anvender oppmerksomheten, intuisjon, spontanitet og empati i møtet med den andre (Fog 2008, 1986; Nerdrum 2002). I følge Fog vil det si at den enkelte bruker sine erfaringer med folk og deres forskjellige reaksjonsmåter. Her ser det ut for å være viktig for profesjonsutøverne å ta hensyn til de ulike kjønnsbelastninger som pårørende (Baker og Robertson 2010; Knutsen og Råholm 2009; Baker og Robertson 2008; Koerner & Kenyon 2007; Hirst 2001).

Som vi ser viser studien at profesjonsutøverne har interesse for det Wadel (1984) betegner som det trivielle. I dette ligger en interesse for det som kommer frem i den enkelte pårørendes situasjon, og av det som utspiller seg i dagliglivet. Det kan forhindre at problem vokser. Shulman (2003 s.199) gir et eksempel hvor en person åpner samtalen med å fortelle «hvor hyggelig helgen var i forhold til uka som gikk». Formuleringen «i forhold til uka som gikk» er et rødt flagg for å fange profesjonsutøvernes oppmerksomhet. Poenget er, i følge Shulman, å bli i stand til å fange opp ambivalensen når det gjelder å sette ord på smertefulle følelser. Villadsen (2003) sammenligner det med å utvikle en etnografisk ekspertise hvor en ser kulturen innenfra, noe som setter profesjonsutøveren i stand til å fremstille problemene og ressursene som objekter for det arbeid som skal gjøres i samtalen. Dette krever både menneskekunnskap og dagliglivsforståelse hos profesjonsutøverne. Videre viser studien at tilnærmingen i casene er preget av brukermedvirkning og at kulturell forståelse av de pårørende er sentralt for profesjonsutøverne (Hanssen mfl. 2010; Hook mfl. 2011). Det

er en forståelse som krever det Davies (1995 s.55) omtaler som: "flexibility and multiskilling."

## **KAPITTEL 14. HVORDAN KAN RAMMENE PÅVIRKE PÅRØRENDESAMTALEN?**

### **Organisasjonsformen er viktig**

Studien viser at profesjonsutøverne ved Pårørendesenteret har en felles eller sammenfallende oppfatning om hvordan senteret bør styres og arbeidet utføres. Det som ser ut for å ha stor betydning for profesjonsutøverne er at tilbudet til de pårørende er organisert som egen organisasjon/eget tiltak, utenfor helseforetaket, og har anerkjennelse blant pårørende. Profesjonsutøverne mener at dette er en forutsetning for å kunne markere sin uavhengighet overfor helseforetak og kommuner. De hevder at uavhengigheten er spesielt viktig når en skal hjelpe pårørende i kunsten å samhandle med ulike hjelpesystemer. I følge Shulman (1992) er en slik forhandlerposisjon sentral. Har en dette utgangspunktet vil en etter profesjonsutøvernes vurdering kunne lettere få i stand og opprettholde en forhandlerposisjon, det som Compton og Galaway (1994 s. 433) betegner «the role of mediator», på vegne av de pårørende. Forhandlerposisjonen ser med andre ord ut for å kreve en stor grad av uavhengighet og ser etter min oppfatning ut for å være viktig å sikre i arbeidet med pårørende.

Et annet viktig forhold i det organisatoriske grunnlaget er at senteret har en profesjonell legitimitet, gjennom en høyt kvalifisert gruppe ansatte, hvor målet for virksomheten er å gi hjelp og støtte til pårørende. Et tredje viktig forhold er at senteret har både politisk og byråkratisk legitimitet i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og helsedirektorat, som gir økonomiske bidrag til virksomheten. Et fjerde forhold er at når pårørende oppsøker hjelp for egen del, kan det virke forebyggende på utvikling av større problem. Studien viser videre at den daglige driften ved Pårørendesenteret kjennetegnes av

en kollegial organisasjonsform, noe som ser ut for å inngå i og å opprettholde den eksisterende tilnærming i pårørendearbeidet. Organisasjonsformen er sammenfallende med noen av organisasjonsformene Svensson og Karlsson (2008) beskriver. Her fattes flere av beslutninger i fellesskap etter at hver og en har satt sitt, og har begrunnet sin mening. Profesjonsutøverne kjennetegnes av samarbeid, mens de som har vært lengst ansatt ser ut for å ta et ansvar for et vedlikehold av institusjonens tradisjoner, ved at noen tar ansvar for at innarbeidede arbeidsprosesser følges, og at en opprettholder en viss standardisering i tilnærmingen til arbeidet.



## **KAPITTEL 15. HVILKE UTFORDRINGER REISER EN PÅRØRENDESAMTALE FOR HVEM OG HVORFOR?**

### **Skillelinjer mellom samtaler ved PårørendeSenteret og pårørendesamtaler i helseinstitusjon**

I motsetning til samtaler i helseinstitusjoner, som foregår både med og uten pasienten til stede (Bøckmann og Kjellevold 2010), oppfordres de pårørende som henvender seg til PårørendeSenteret som oftest å møte til den første samtale alene (ved samtaler som gjelder barn bes begge foreldre møte). Dette innebærer at fokuset først og fremst er rettet mot hva som har rammet den pårørende (Furåker og Mossberg 1997). Den pårørende får full oppmerksomhet, samtidig er det slik at det nesten alltid finns en «tredjepart» en pasient eller flere. Det innebærer at profesjonsutøveren må ha en forestilling om den/de som er fraværende. De unngår dermed noen av de krav som helsepersonell opplever; som konkurrerende etiske krav fra andre pårørende og pasienter, kontekstuelle krav om konfidensialitet og nødvendighet av å bygge en allianse med den som er pasient (Weimand mfl. 2012).

PårørendeSenteret er som tidligere nevnt en privat stiftelse, med et tilbud til pårørende som er organisert utenfor et nærliggende helseforetak. De av profesjonsutøvere som har sosialfaglig bakgrunn og er ansatt i privat virksomhet, omfattes ikke av helselovene, det gjør derimot sykepleiere. Hvis PårørendeSenteret skulle inngå en avtale med et helseforetak vil antagelig deler av virksomhet som inngår i avtalen omfattes av helselovene. Hvordan det vil gi seg utslag i praksis er uklart.

Det er og slik at mange av de pårørende som henvender seg til PårørendeSenteret ikke kvalifiserer til vanlig helsehjelp, eller oppfyller kriterier for slik hjelp. De vil, slik

profesjonsutøver oppfatter det, ha problemer med å få et tilbud om samtaler et annet sted. Profesjonsutøverne gir uttrykk for at de pårørende ikke skal oppfylle noen bestemte kriterier for å få hjelp ved senteret. Tilgjengeligheten synes å være fordelaktig for den som trenger hjelp. Studien viser at den enkelte henvendelse allikevel gjennomgås nøye (Weimand mfl. 2010; Baker og Robertson 2008). Det er heller ingen oppmerksomhet rettet mot hvordan den pårørende skal medvirke i behandlingen, fordi Pårørendesenteret ikke er en behandlingsinstitusjon. Profesjonsutøverne er imidlertid opptatt av hvilke konsekvenser den eventuelle involveringen har for den pårørende, og om den pårørende trenger å regulere sin innsats. Profesjonsutøverne ved Pårørendesenteret har ingen plikt å journalføre det som foregår i pårørendesamtalen. Det blir imidlertid tatt notater etter den enkelte samtale, men notatene makuleres etter en tid. Det innebærer at det som foregår i samtalen ikke kan innhentes for å inngå i helseforetakenes journalføring, og dermed vil opplysninger om samtalen eller at samtalen har foregått, ikke være tilgjengelig for den som er pasient. Dette står i klar motsetning til helseinstitusjonens praksis i plikt om journalføring (Bøckmann og Kjellehold 2010). Dermed unngår senteret det Stichweh (2008), hevder foregår i profesjonshierarkier i helsevesenet, at den til enhver tid ledende profesjon kontrollerer de andre i systemet. En annen påfallende forskjell er at profesjonsutøverne har tid og rom til rådighet for den enkelte. De kan konsentrere seg om det som faller utenfor de diagnostiske kriterier, nemlig dagliglivet små og store bekymringer (Wadel 1984).

## **Hjelp versus terapi**

Det er som allerede nevnt ingen bestemt tilnæringsmåte for pårørendesamtaler, men flere tilnæringer som blant annet ser ut for å være avhengig av hva den pårørende selv bringer inn i samtalen, noe som kan gi store muligheter for individuelle tilpasninger for den enkelte

pårørende. Hvordan samtalene foregår vil være avhengig av den enkeltes profesjonsutøver, hvor både den enkeltes kvalifikasjoner og kompetanse har betydning når det gjelder å få i gang utviklingsprosesser. Her er det viktig å være fleksibel og å ta i bruk sammensatte ferdigheter (Eide og Eide 2007; Dahlager 2005; Villadsen 2003). Men denne mangelen på entydighet kan være problematisk fordi det er til liten hjelp for den uerfarne profesjonsutøver.

Som tidligere nevnt er profesjonsutøveren stilt ovenfor balansegangen mellom å respektere den pårørende samtidig som en ønsker at vedkommende skal underkaste seg en forandringsprosess (Villadsen 2003). Denne asymmetrien i relasjonen, ligger til rette for at profesjonsutøveren kan anvende sin profesjonelle definisjonsmakt for å bestemme hva slags samtaler den pårørende har behov for. Er det lite sammenfall mellom profesjonsutøveren og den pårørendes når det gjelder forståelse av behov, kan profesjonsutøverens fokus snevres inn og «hjelpet behovet» hos vedkommende mobiliseres. Profesjonsutøveren kan oppleve at det er hun som har kunnskapene til å gjøre noe med situasjonen. Evne til å reflektere over situasjonen betraktes med andre ord som profesjonsutøverens hoveddomene (Sommerseth 2010). Betrakter profesjonsutøveren denne ekspertkunnskapen som en garanti om at den beste avgjørelsen er fattet, kan det handle om å dempe egen angst, hvor en er «blind» for mulige overskridelser. Forsterkes dette av en drivkraft om å handle, kan det være et forsvar eller en begrunnelse for å gi et terapeutisk behandlingstilbud, selv om det faller utenfor rammene for tilbudet som skal gis.

Hvis en møter pårørende med et tidligere relasjonsmønster som er under press, kan det være vanskelig for den uerfarne profesjonelle å forstå opplevelsene emosjonelt, fordi sterke avverger spiller inn (Schibbye 2009). På samme måte som barnet kan ha fantasier om

å bli forlatt, kan den voksne pårørende ha tilsvarende fantasier. I slike situasjoner kan en profesjonsutøver som ikke er terapeutisk skolert, plutselig befinne seg i noe som ligner et terapeutisk et behandlingsforløp (Bondi 2008). Denne type utfordring vil kreve tilgang til veiledning for nye profesjonsutøvere.

Det vil i mange samtaler være viktig for profesjonsutøverne å anvende terapeutisk forståelse. Har en profesjonsutøver høy klinisk kompetanse og den pårørende har behov for mange samtaler, kan det oppstå situasjoner som ligger i gråsonen mellom støtte, omsorg og terapi (Winter- Jensen 20029; Fog 1986). En erfaren profesjonsutøver vil kunne sikre at grensene ikke overskrides.

## **Klientifisering av pårørende?**

Spørsmål knyttet til grensedractingene mellom terapeutisk behandling og terapeutiske samtaler ligger i gråsonen mellom støtte, omsorg og terapi og er et område som langt fra er avklart og som vil kreve mer utredning. Det er en økende tendens i samfunnet til at normalitetsbegrepet snevres inn, og at de som faller utenfor får en diagnose. Selv om pårørende ved Pårørendesenteret ikke omfattes av helseinstitusjonenes diagnosesystem viser studien at det er paralleller mellom de tilbud som senteret gir og tilbud en møter i helsevesenet, ikke ved at det gis en diagnose, men ved at det i enkelte tilfeller kan bli gitt et tilbud som kan minne om behandling. Selv om slike tilbud kan representerer enkelttilfeller gir det grunnlag for å reise et viktig spørsmål om hvorvidt en slik praksis kan gi en fare for utvidelse av samfunnets klientifisering. Filosofen Hans Skjervheim advarte i sin tid mot det terapeutiske blikket, som i utrensmål oppfatter den andre som et hjelpetrengende kasus (Skirbekk 2006).

Det er i dag klart akseptert at profesjonsutøvere med helse- og omsorgsfaglig kompetanse har en velegnet bakgrunn for å anvende terapeutisk orienterte samtaler. Men en slik bakgrunn hviler ofte på et medisinsk grunnlag hvor ekspertkunnskaper fremheves. Det trengs i høy grad erfaringskompetanse for å kunne motstå en slik paradigmatisk ballast, som har som tradisjon og alltid vite hva som passer best for de en møter i rollen som profesjonsutøver? Her vil det være viktig både å ha en løpende, åpen og reflekterende intern dialog og ha «portvakter» som hjelper til med grensemarkeringene, spesielt i oppbyggingen av en ny tjeneste rettet mot pårørende. Det handler om å markere og opprettholde pårørendes rettigheter til en tjeneste. Hvis et høyt kvalifisert personell i tilbud rettet mot pårørende, lar seg friste til å ta i bruk terapeutisk kompetanse med tilbud om behandling av pårørende over lengre tid, har de da sviktet sin målgruppe? Eller er det slik at pårørende bør et slikt «spesialtilbud» når det er hensiktsmessig? For eksempel hvis muligheten for å få hjelp andre steder er minimal? Denne type spørsmål vil kunne utfordre både tjenestetilbudets idelogi og gråsoner. På denne bakgrunn er det viktig hvilke tilnærminger og verdier som vektlegges i tilbudet til pårørende, men det er og viktig hvordan dette omsettes til praktiske handlinger.

## **Avslutning**

Prosjektet omhandler tilnæringsmåter i samtaler med pårørende, som søker hjelp for egen del. Pårørendesenteret er ikke en behandlingsinstitusjon med behandlingsansvar for pasienter. Dermed er utgangspunktet for samtalen annerledes enn om samtalen initieres av helsepersonell, hvor fokuset oftest vil være pasientens og pårørendes involvering i behandlingen. Pårørendesamtalene er klart påvirket av kommunikasjonsteori og generell profesjonsteori i helse- og sosialfagene, rådgivningssamtaler, støttesamtaler, kriesamtaler,

terapeutiske samtaler og av den enkeltes profesjonsbakgrunn, men med et klart helsefremmende og et forebyggende perspektiv. Hovedutfordringen i samtalen er å gi hjelp til den pårørende. Samtidig må rammene være slik at de skaper gode forutsetninger for handlingene som skal gjøres av profesjonsutøverne som gjennomfører samtalen.

## REFERANSER

Anmarksrud, S. 1988. Familierapiens grand old lady er et oppkomme av liv. Sosionomen nr. 21.

Andersen, M., Brok. P. & Mathiasen H. 2000. Empowerment på dansk. Frederikshavn: Dafolo.

Asheim, O.P. & Starrin B. red. 2007. Empoverment I teori og praksis, Oslo: Gyldendal Akademisk. 189-199.

Aamodt, L. G. & Aamodt, I. 2005. *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.

Barbosa da Silva, A. 2006. Menneskesynets relevans for helseetikk. I. Antonio Barbosa da Silva (red) Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Baker, K. L. Robertson, N. 2008. Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging & Mental Health*. Vol 12.no 4, July, 413-422.

Barne- og likestillingsdepartementet. 2009. Snakk med meg: En veileder om å snakke med barn i barnevernet. Oslo: Departementets servicesenter. Q-1156

Barne- og likestillingsdepartementet.2009. Samtaler med små barn i saker etter barneloven. Oslo: Departementets servicesenter, Q 1106B.

Barth, T. Børtveit. T. og P. Prescott. 2001. Endringsfokuset rådgivning. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berger, C.R. og S.H. Chaffe (red).1995. Handbook of Communication Science. Newbury Park, California: Sage.

Bion, W.R. 1967. *Second Thoughts*. New York: Jason Aronson.

Bokmålsordboka. <http://www.nob-ordbok.uio.no/forklaring.html>

Bondi, Liz. 2008. On the relational dynamic of caring: a psychotherapeutic approach to emotional power dimensions of womens work. *Gender, Place and Culture*. Vol 15.3. 249-265.

Bourgeault, I. L. Hirschhorn, K. og I. Ssinssaulieu. 2011. Relations between professions and Organizations: More fully Considering the Role of the Client. *Professions & Professionalism*. No 1. 67-86.

Bratli, S. 2008. *Læring og mestring for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre*. Skien: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring.

Bøckman, K., Kjelleveid, A. 2010. *Pårørende i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.

Carkhuff, R.R. 1969. *Helpers and Human Relations* (vol. 1 og 2). New York: Holt, Rinehardt & Winston.

Collin, J. 2010. Qualitative Contribution to the Study of health Professions and their Work. In *Qualitative Methods in Health Research*, ed by I. Bourgeault, R. Dingwall, and R. De Vries. London: Sage.

Compton, B. Roberts and B. Galaway. 1994. *Social work processes*. Pacific Grove: Brooks/Cole.

Cullberg, J. 2007. *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dahlager, Lisa. 2005. *I samtalens rum*. København: Ph.d-afhandling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, København Universitet

Damgaard, I. og H. Nørrelykke. 2007. *Den personlige samtale*. København: Hans Reitzels forlag.



Davies, C. 1995. Competence versus care: Gender and carework revisited. *Acta Sociologica* 38:17-31.

Eide, H. og T. Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.

Eide, G. & Rohde, R. 2009. *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn ungdom og familier*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ekeland, T. 2007. Kommunikasjon som helseressurs. I Ekeland, T.J. og K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjøring*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 31-52.

Epstein, L. 1992. *Brief treatment and a new look at the task-centered approach*. New York: MacMillan Pub

Eriksen, R.E. 2003. Oppgaveorientert tilnærming- anvendbar kunnskap ved norske sosialkontor. I Zahl, M-A. *Sosialt arbeid Refleksjon og handling*. Bergen: Fagbokforlaget. 191-214.

Ethelberg, E. og Fog, J. Den lægende samtale. *Psyke og Logos*, nr. 19.

Finseth, A. 2011. Den kliniske samtalen- en kilde til stress eller støtte? I von der Lippe, A og M.H. Rønnestad (red) *Det kliniske intervjuet*. Bind II. *Praksis med ulike klientgrupper*. s.94-128. Oslo: Gyldendal. 79-93.

Fog, J. 1986. Adskilt i forbundethed. *Psyke og logos* nr.1.

Fog, J. 1987. Interviewet som forskningsmetode. *Psykologisk skriftserie*. Århus: Århus Universitet. *Psykologisk skriftserie Aarhus*.

Fog, J. 2008. Det ansente forhold mellom den almene og den anvendte psykologi. *Psyke og Logos* nr.1.

Fogarty, P og Targett, M.1996. Playing with reality.: Theory of mind and the normal development of psychic reality. Journal of Psychoanalysis, 77, 217-233.

Fogarty, P, Gergely, G, Jurist, E.I, & Targett, M. 2002. Affekt regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press

Furåker, B. og A-B. Mosseberg. 1997. Vårdansvar och bundenhet. Socialvetenskapelig tidskrift nr.1

Gadamer, HG. 1960. Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen: Mohr.

Glente, K. 2002. Om samtals idè. Den, der fanger fuglen, fanger ikke fuglens flukt. I Holm U. M. (red). 2002. Om samtaler en nordisk antologi. Gøteborg:  
<http://medlem.spray.se/ullaholm/>

Glistrup; K. 2004. Det barn ikke vet...har de vondt av. Oslo: Pedagogisk forum.

Grad, J og Sainbury, P.1968. The effects that patients have on their families in community care and a control psychiatric service- A two year follow- up. British Journal of Psychiatry, 114, 265-278.

Grimen, H. 2008. Profesjon og kunnskap. I Anders Molander og Lars Inge Terum. Profesjonsstudier. 71-86. Oslo: Universitetsforlaget. 71-86.

Glente. K. 2002. Om samtals ide. i U. Holm (red.) Om samtaler en nordisk antologi.  
<http://medlem.spray.se/ullaholm/17-32>.

Hanssen, H. (redaktør), Humerfelt, K. Kjellevoll, A. Norheim, A. og R. Sommerseth. 2010. Faglig skjønn og brukervedvirkning. Bergen: Fagbokforlaget. 21-50.

Hashizume, Y. 2000. Gender Issues and Japanese Family-Centered Caregiving for Frail Elderly Parents or Parents-in-Law in modern Japan; From the Sociocultural and Historical perspectives. *Public Health nursing*, 17. (1). s.25-31.

Haugland, B. Storm Mowatt, B. Ytterhus, K. Dyregrov. 2012. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Haukø, B. H. & Stamnes, J. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien* 11:32 -35.

Heap, K. 2012. Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon, minner, kriser, sorg. Oslo: Kommuneforlaget.

Hellstrøm, T.1999. Flodhesten i dagligstuen. Sørumsand: G-perspektiv.

Helsedirektoratet. 2008. Pårørende – en ressurs. (Veileder IS-1512) Oslo: Helsedirektoratet

Henz, U. 2006. Informal caregiving at working age: Effects of job characteristic and family configuration. *Journal of Marriage and Family*, 68: 411-429.

Hoff, L. A.1986. Kriser. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Hook, D. Franks, B. & M. W. Bauer. 2011. The Social Psychology of Communication. London: Palgrave Macmillan

Howe, D. 1995. Attachment theory for social work. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.

Hunt, C.K. 2003. Concepts in Caregiver Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, (1) .s. 27-32.

Isakson, G. Josephsson, S. Leksell, J. and L. Skär. 2008. Men's experiences of giving and taking social support after their wife's spinal cord injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therap.*, 15 s.236-246

Johansen, J. & J. Toft N. 1993. Sig hva du mener. København: Aschehoug.

Johannessen, E. Kokkersvold, E. og L. Vedeler. 1994. Rådgivning Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis. Oslo: Universitetsforlaget.

Jubileumsskrift for PårørendeSenteret 2008.

Killén, K. & Olofsson, M. 2009.a. Rusmiddelproblemer og omsorg for barn. I Killén, K. & Olofsson, M. (red). *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Killén, K. & Olofsson, M. 2009.b. Ulike tilnærminger til forebygging og behandling. I Killén, K. & Olofsson, M. (red). *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Koerner.S.S., Kenyon, D.B. 2007. Understanding "good Days" and "Bad Days": Emotional and Physical Reactivity Among Caregivers for Elder Relatives. *Family Relations*, 56, (January) s.1-11.

Kvale, S. og Brinkmann. 2009. Interviews. London: Sage.

Kvangarsnes, M.2007. Helsearbeideren som pedagog. I Ekeland,T.J. og K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 184-201.

Larsson, B.2002. Att gå på besøk Arentskal samtal i en pedagogisk kontekst. I Holm, Ulla M. (red). 2002. Om samtal en nordisk antologi. Gøteborg: <http://medlem.spray.se/ullaholm/>

Lewis, J. 2007. Gender, Ageing and the «New Social Settlement»: The importance og Developing a Holistic Approach to care Policies. *Current Sociologi* 55:271.  
<http://csi.sagepub.com/>

Martinsen. K. 2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Matsumoto, D.2006. Culture and nonverbal behavior. I Manusov, V.& M.L. Patterson (red.) The Sage Handbook of Nonverbal Kommunikation. London: Sage Publication.

McCormack, L., Treiman, K., Rupert, D., Nadler, P., Nadler E., Arora, N.K., Lawrence, W., og Street, R.L. 2011. Measuring patient-centered communication in cancer care: A review and development of a systematic approach. *Social Science & Medicine* vol 72, issue 7.p 1085-1095.

Norsk Medisinsk ordbok (10.10.2011)

<http://norsk.babylon.com/welcome/index?affID=7570&subid=4583>

McWilliams, S., Hill,S.,Mannion, N.,Kinsella, A., O'Callaghan.,E. 2007. Caregiver psychoeducation for schizophrenia: Is gender important? *European Pshychiatry*, 22, s.323-327.

Moustgaard I.K. og H. Vejleskov.1993. Samtalen i psykologisk belysning. København: Dansk psykologisk forlag.

Nerdrum, P. 2002. Om empati. I Rønnestad, H og von der Lippe, A. *Det kliniske intervjuet*.

Oslo: Gyldendal Akademiske. 74- 100.

Nordenhof, I. 2012. Pårørendesamtaler med barn og voksne. Bergen: Fagbokforlaget.

Paulsen, M.H. Stiftelsen Pårørendesenteret- start og utvikling 1998-2005.

Payne, M. 2005. Teorier i sosialt arbeid, København: Hans Reitezels forlag.

Payne, M.2002. Modern teori- bildning i socialt arbete, Stocholm: Natur og Kultur.

Peck, E. & I. Normann.1999. Working together in adult community mental health services: Exploring inter-professional role relations. *Journal of Mental Health* 8,3, 231-242.

Porter, R.E. og Samovar L.A (eds). 1988. Interculturell Communication: A Reader 5<sup>th</sup> edn. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Reid, W.1992. Task strategies. An empirical approach to clinical social work. New York: Columbia University press.

Retterstøl, N. og L. Weisæth. 1985. Kriser og personlige katastrofer. I: N. Retterstøl og L. Weisæth (red.): Katastrofer og Kriser. Oslo: Universitetsforlaget. 9-10.

Riis, A.H. Birkelind, R.2010. Kommunikasjon i et dialogisk perspektiv. I K. Jørgensen (red.) Kommunikasjon for sundhedsproffesjonelle. København: Gads forlag. 57-82.

Rimehaug, T., Børstad, J. M, Helmersberg, I. & Wold, J. E. (2006). De "usynlige barna". Oslo: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126:1493-4.

Rodgers, BL & Knafl, KA (2000). Concept analysis: An Evolutionary View. In Rodgers, BL & Knafl, KA (ed.) *Concept development in nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.330-341.

Rogers, C.R. 1975. *Empathic: An unappreciated way of being*. The Counselling Psychologist. 2, 2-10.

Rudnik, A. 2004. Burden of caregivers of mentally ill individuals in Israel. A family participatory study. *The International Journal of Pscychosocial Rehabilitation*. 9.s.147-152.

Røed Hansen, B. 2011. Møte med barnet. I von der Lippe, A og M.H. Rønnestad (red) Det kliniske intervjuet. Bind II. Praksis med ulike klientgrupper. s.94- 128. Oslo: Gyldendal.94-132.

Scharlach, A.2008. Historical Overview. ANJ September, vol 108. no 9.  
<http://www.nursingcenter.com/anjfamilycaregivers>

Schibbye, A-L. 2009. Relasjoner. Oslo: Universitetsforlaget.

Sennet, Richard. 1992. Intimitetstyranniet. Oslo: Cappelens upopulære skrifter, Ny rekke Cappelens fakta.

Seim, S og T, Slettebø. 2007. Brukermedvirkning i barnevernet. Oslo: Universitetsforlaget

Shulman, L. 1992. The Skills of Helping. Individuals, Families and groups. Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers.

Shulman, L. 2003. Kunsten å hjelpe individer og familier. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Shulman, L. 2006. Kunsten å hjelpe mennesker i samhandling med systemer. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Siegbrit, A. (2007). Når foreldre blir innlagt med psykose – barnas behov. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* vol. 44, nr. 1, s. 28-31.

Skirbekk, G. 2006. Artikkel i Dag og tid. 20.5

Skjervheim, H. Deltakar og tilskodar. Oslo: Aschehoug.

Slettebø, T.2000. Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. Nordisk sosialt arbeid nr.2: 75-85.

Slettebø, T.2008. Foreldres medbestemmelse i barnevernet. En studie av foreldres erfaringer med individuell og kollektiv medvirkning. Trondheim: Fakultetet for samfunnvitenskap og teknologiledelse. NTNU.

Solbakken, J. & Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Rapport nr 1. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Sommerseth, R. 2010. Et faglig rom for skjønn. I Hanssen, H. (redaktør), Humerfelt, K. Kjellevold, A. Norheim, A. og R. Sommerseth. Faglig skjønn og brukermedvirkning. Bergen: Fagbokforlaget. 79-103.

Sommerseth, R. og Hansen, H. 2012. Hvordan nå pårørende på et tidlig tidspunkt? Rapport til Helsedirektoratet 07.03 12. (upublisert rapport til Helsedirektoratet).

Sommerseth, R. og E. Dysvik. 2012. Women and men in mental healthcare and their perceptions of success and failure. *Nordic Social Work Research*. Vol 2, No 2, November, 105-117

Stichweh, R. 2008. Profesjoner i systemteoretisk perspektiv. I Anders Molander og Lars Inge Terum. Profesjonsstudier. 386-396. Oslo: Universitetsforlaget.

Starrin, B. 2007. Empowerment som livsinstilling- kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe? I Asheim, O.P. & Starrin B. red. Empowerment I teori og praksis, Oslo: Gyldendal Akademisk. 59-71.

Svensson; Lennart G. 2011. Profession, organisation, kollegialitet och ansvar. Social - Vetenskapelig Tidskrift nr.4. 301-319.

Sverdrup AL. 1998. Støttebehandling- en arbeidsform i sosialt arbeid. Trondheim: HIST/AHS notat, Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Thesen, J. og K. Malterud. (2001) "Empowerment" i pasientstyrking- et undervisningsopplegg: Tidsskrift for den norske legeforening nr.13, 121: 1624-8.

Uggerhøj, L. 1995. Hjelp eller avhengighed. Aalborg: Aalborg universitetsforlag

Villadsen, K. 2003. Det sociale arbejdes genealogi. Om kampen for at gjøre fattige og udstodte til frie mennesker. København: København Universitet, Sociologisk Institut.

Wadel, C. 1984. Det skjulte arbeidet. Stavanger: Universitetsforlaget.



Weimand, B.N. Hedelin.B., Sällström, C., Hall-Lord,M-L. 2010. Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: A Norwegian cross-sectional study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31.s.804-815.

Wiklund,G. L. og I. Bergbom. 2012. Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. Studentlitteratur.

Winther- Jensen, Lise. 2002. I en relationen bliver subjektet til Om livet i almindelighet og den terapeutiske samtale i særdeleshed. I Holm, Ulla M. (red). 2002. Om samtal en nordisk antologi. Gøteborg: <http://medlem.spray.se/ullaholm/>

Woods, M.E., Hollis, F. 2000. Casework: A Psychosocial Therapy. Boston: McGraw-Hill.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation. *Informa healthcare*. Taylor & Francis AS.  
[www.nlm.nih.gov/pubmed/18728928](http://www.nlm.nih.gov/pubmed/18728928)

Ådnanes M, Harsvik T.2007. *Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Sintef A2954. Trondheim, SINTEF Helse.

Årsmelding 2011. Stiftelsen PårørendeSenteret, Stavanger.

### **Stortingsmeldinger og st.prp**

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006 - 2008. Rapport IS-1349.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999-07-02)

Lov 17. juli 1992 nr.100 om barneverntjenester (barnevernloven). (1992). Barne – likestillings og inkluderingsdepartementet. [www.lovdatab.no/all/hl-19920717-100.html](http://www.lovdatab.no/all/hl-19920717-100.html).

Lov 2. juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesteloven (spesialisthelsetjenesteloven). (1999). Helse- og omsorgsdepartementet [www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html](http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html).

Lov av 2. juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (1999). Helse- og omsorgsdepartementet. [www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html](http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html)

Lov 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell (helsepersonelloven). (1999). Helse- og omsorgsdepartementet. [www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html](http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html)

Ot.prp.nr. 84 (2008-2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av barn som pårørende)*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.

St.prp.nr.63 (1997-1998). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. [www.regjeringen.no/.../psykisk\\_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html](http://www.regjeringen.no/.../psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html) Printet 15.01.11.

NOU 2011:17. *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*.

St. meld 10 (2012 – 2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

### **Nettadresser**

<http://www.parendesenteret.no>: Nettsted for PårørendeSenteret i Stavanger (08.03.11)

<http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

<http://www.helsedirektoratet.no>

<http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

### **Litteratur om barn som pårørende:**

Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov (red) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Nordenhof, Ingelise 2012 *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen. Fagbokforlaget.

Young, C og T. Dowling 2012. *Parent and Bereavement*. Oxford. Oxford University press.

Mackrill, Thomas. 2011. *Håndbok til unge og voksne fra familier med alkoholproblemer*. Viborg. Dansk psykologisk forlag.

4036 Stavanger  
Tel.: +47 51 83 10 00  
Fax.: + 47 51 83 10 50  
E-mail: [post@uis.no](mailto:post@uis.no)  
[www.uis.no](http://www.uis.no)

ISSN 0806 -7031  
ISBN 978-82-7644-528-2

