



A

Oppgave 1

I min drøfting av hvordan psykisk helsearbeidere kan bidra i møte med kriserammede mennesker tar jeg utgangspunkt i en krisesituasjon fra praksis. Mine observasjoner og tanker rundt temaet er likevel i stor grad preget av innholdet fra pensum og faglitteratur ellers. Derfor velger jeg å kombinere oppgave 1a) og 1b), slik at jeg gjennom oppgaven refererer til litteraturen, og fletter dette inn i drøftingen.

"Ylva", 40 år, er gift og har to barn, en gutt på 15 og en jente på 10. Hun ble diagnostisert med schizofreni etter at hun ble godt voksen, og har sluttet en del med hallusinasjoner, men medisinene hun får har holdt disse ganske bra i sjakk. Ylva går regelmessig til støttesamtaler hos psykiatrisk sykepleier på min praksisplass. En dag får psykiatrisk sykepleier en bekymret telefon fra Ylvas mann, som sier at hun prater usammenhengende og virker fjern.

Som min veileder i praksis, har den psykiatriske sykepleieren forklart at han ofte jobber ut ifra tanken om åpne samtaler i nettverk, en arbeidsmåte utviklet av Jaakko Seikkula fra Finland og hans kollegaer. La oss ta en nærmere titt på denne tilnærmingen i forhold til møte med mennesker i krise. Følgende



er hentet fra boken "Nettverksdialoger", skrevet av Jaakko Seikkula og Tom Erik Arnkil:

Åpne samtaler i nettverk innebærer syv prinsipper:

- 1) Gå umiddelbar respons: Man bør kalle inn til et møte innen 24 timer.
- 2) Inkluder nettverket: Hvem kjenner situasjonen, er involvert eller bekymret for bruker? Hvem kan være med på første møtet? Man må også tenke på hvem som bør invitere til møtet; fagperson som ble kontaktet, eller den som har ytret bekymring i forhold til bruker.
- 3) Fleksibilitet: Man bør være fleksibel med tanke på møtested. Møtet kan holdes på kontoret til fagpersonen, men også i hjemmet til vedkommende, dersom dette er mer ønskelig eller praktisk gjennomførbart for bruker. Videre bør det være fleksibilitet i forhold til varighet av behandling. Noen brukere trenger bare noen uker, mens andre blir fulgt opp over flere år. Man bør også være fleksibel med tanke på terapeutisk metode.
- 4) Ansvar: Fagperson som først ble kontaktet kaller inn til første møte (eller sørger for at det blir gjort). På første møtet delegeres videre ansvar. Det bestemmes også hvem som skal være med i teamet.
- 5) Kontinuitet: Det samme teamet følger bruker hele perioden det er behov for hjelp, både ved innleggelse og poliklinisk.
- 6) Tål usikkerhet: Teamet må tåle at det ikke finnes ferdigløsninger eller færd-svar. Dette øker trygghet hos bruker og nettverket.



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 415
Dato : 17.12.12
Ark nr. : 3 av 9

7) Dialogisme: Det å få prate om problemene øker brukerens og nettverkets mulighet for mestring. Jeg kommer nærmere inn på dialogisme senere i oppgaven.

Min veileder, som aner at Ylva er psykotisk, tar affære med en gang. Han inviterer til møte allerede neste dag. Ylvas mann mener at Ylva er så dårlig at det er best at møtet holdes i hjemmet. Det blir lagt til rette for at begge barna får være med, søsteren til Ylva, som har hatt mye med henne å gjøre, samt en god veninne av familien. Min veileder inviterer også en psykiater som har fulgt Ylva opp igjennom årene ~~samt~~ Han klarer at studenten kan være med.

Jaakko Seikkula refererer til åpne dialoger i nettverk som arbeidsverktøy der prosessen i seg selv er terapeutisk. Fagpersonene har ikke planlagt et tema på forhånd, eller hva de skal si. Deltagerne setter seg i ring.

Den som ble kontaktet åpner møtet med et åpent spørsmål. Alle må få mulighet til å si noe så tidlig som mulig, men ingen har lov til å avbryte. Alle blir hørt, ingen er mer viktig enn andre. Det profesjonelle hierarkiet som man ofte møter i den medisinske verden er ikke til stede. Psykisk helsearbeider svarer gjerne på en kommentar ved å stille et spørsmål, eller gjenta det sisttalende sa. Dette speiler den andre, og gir mulighet for å se



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 415
Dato : 17.12.12
Ark nr. : 4 av 9

problemene i et annet lys. "Communicare", som er latinsk for kommunikasjon, betyr "å gjøre noe i fellesskap". I åpen dialog eller samtaler i nettverk er det nettopp dette man gjør. Man kommer frem til noe i fellesskap. Dersom psykotiske utsagn kommer frem, skal disse ikke tolkes. Psykisk helsearbeider kan heller spørre litt mer utdypende for å forstå den psykotiske. Når alle har fått anledning til å ta opp de viktige temaene, kan man avslutte. Man avslutter gjerne med brukerens egne ord, ved å repetere disse. Møter varer gjerne 1½ time. På tampen av møtet kan det holdes en reflekterende diskusjon. Dette gjøres ved at teamet av psykisk helsearbeidere fysisk vender seg mot hverandre, slik at de andre sitter litt i bakgrunnen. Det er Tom Andersen som har utviklet dette med reflekterende team. Teamet reflekterer over det som har blitt sagt på møtet, og tar opp tanker de har gjort seg i forhold til utsagn både fra bruker, nettverksmedlemmene og terapeutene. Både i løpet av den reflekterende diskusjonen og ellers i den åpne samtalen skjer en indre dialog i hvert enkelt nettverksmedlem. Siden man lytter uten å få lov til å avbryte, begynner tankene å svive, og man kan "høre" utsagn fra andre i sitt indre (flerstemthet/polyfoni). Disse "andre" trenger ikke å være til stede i rommet. På denne måten kan man utvikle nye tenkemåter rundt problemet, og se utfordringene fra helt nye vinkler.



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 415
Dato : 17.12.12
Ark nr. : 5 av 9

Min veileder og jeg kjører sammen til Ylvas hjem neste dag. På veien diskuterer vi litt om caset. Jeg finner ut at min veileder ikke har planlagt noe spesifikt i forhold til møtet. "Jeg tar det som det kommer," sier han. I motsetning til meg, virker han ganske avslappet til det hele. Jeg er spent, siden dette er første gang jeg får være med på dette, som jeg har lest om i faglitteraturen om åpne samtaler og reflekterende team. Inne hos Ylva og familien setter vi oss i en ring rundt et bord. (Man kan ofte komme nærmere inn på hverandre hvis man ikke har bord, men av og til kan det virke truende, eller man kan føle seg avkladd uten et bord å "gjemme" seg inn i. Dette er en avveiningssak.) Min veileder åpner med å si: "Ja, så er vi alle her." Stillhet. Ingen sier noe med en gang. (Det er viktig å tale stillhet. Dette er en del av prosessen). Så tar Ylvas mann ordet. Han forteller at han er bekymret for kona si, og at hun har vært så annerledes i det siste. "Annerledes?" spør min veileder. (repeterer det som sist ble sagt). Ylvas mann forklarer hva han mener med dette. En etter en får alle sin tur til å snakke, og mulighet til å kommentere det som har blitt sagt før. Plutselig sier Ylva: "Jeg har ikke sett noe! Jeg har ikke sett noe!" Psykiateren sier: "Kan du fortelle mer hva du mener med dette?" (tolker ikke psykotiske utsagn som sykdom, men spør utdypende). Ylva får mulighet til



Emnekode : P54 500
Kandidatnr. : 415
Dato : 17.12.12
Ark nr. : 6 av 9

å forklare seg. Sønnen i huset, som er 15 år, har ikke sagt noe særlig i løpet av møtet. Jeg spør om han har noen tanker rundt det hele ("det er viktig å gi alle anledning til å snakke. Vi vet at det kan være vanskelig å verbalisere tanker og følelser når man er tenårings, og spesielt er dette vanskelig for gutter. Ofte er jevnaldrende de viktigste støtte-spillerne i ungdomstiden).

Mot slutten av møtet forklarer min veileder at han, psykiateren og jeg skal reflektere litt over det som har kommet frem. Dette gjør vi ganske enkelt ved å vende oss mot hverandre, og løfte tanker vi har om det som har blitt sagt. Per Arne Lidbom, psykolog ved ABUP, Kristiansand, sa i sitt foredrag høsten 2012, "Nettverk og Kriser", at det å være profesjonell er å være seg selv. Jeg tenker at dette er et veldig vesentlig poeng i møte med kriserammede mennesker. I det reflekterende team er det viktig at man sier ting slik som man tenker det. Jeg synes også det er imperativ at vi tenker mer kontekstuelet og ikke ut i fra det medisinske perspektivet som lenge har rådet i det vestlige psykiske helsevesen. Diagnoser og metoder må, slik jeg ser det, være sekundært, og dialogen primært. Man bør gå bort i fra det kontekstuelet utentru (eller ekspert-) perspektivet, og heller se den Andre i lyset av innentru perspektivet (hvordan brukeren selv opplever livet, brukers



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 415
Dato : 17.12.12
Ark nr. : 7 av 9

følelser, sosiale nettverk osv). ^(Fra bokst: Fra psykiatri til psykisk helsearbeid av Tore Dag Bør og Anne Thomassen)

Så langt i min drøfting av hvordan psykisk helsearbeidere kan bidra i møte med kriserammede mennesker har jeg tatt utgangspunkt i min praksis, der vi har møtt en bruker som opplever en psyktose. Dette er én type krise. Det finnes mange typer krise, og det som er krise for én person, er ikke nødvendigvis det for en annen. I Crisis Intervention, en artikkel fra Nursing Best Practice Guidelines står det at "Crisis is a state of emotional distress." I sitt foredrag, "Den kollektive traume," høsten 2012, deler psykiater ved Familie og Ungdemsteam (FUT) i Kristiansand, Dag Brendefur, kriser videre opp i traumatiske og eksistensielle. Traumatisk krise er et resultat av en traumatisk hendelse. Eksempler på dette kan være Post Traumatisk Stress (PTSD) eller depresjon. Eksempler på eksistensielle kriser kan være at man sliter med dødsangst, kjærlighetssorg eller hva som er meningen med livet. Kriser er ikke sykdom, men sykdom kan utvikles som følge av dem. Krisen i seg selv er ikke problemet, men problemer kan utvikle seg dersom man ikke kan talle krisen på en adekvat måte. Vi er alle mer eller mindre sårbar. Det kommer an på generikk og hva vi har i baggesjen fra før. Når vi står opp imot et traume eller krise, er det vesentlige hvordan vi mestrer denne.



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 415
Dato : 17.12.12
Ark nr. : 8 av 9

Noen mestrer det på egen hånd, mens andre trenger hjelp.

Som psykiske helsearbeidere kommer vi til å treffe på alle slags mennesker i forskjellige faser i livet, med eller uten diagnoser, der noen trenger mye oppfølging, og andre bare et lite puff for å komme videre. Det viktigste, slik jeg ser det, er å være med-menneske, eller som Levinos, med sin nærhetsetikk, sier "Finne seg selv i den Andres ansikt." Man gjør rett i å huske på at krise ikke bare innebærer smerte, men også presenterer en mulighet (D. Brendafw). Mulighet til å komme videre, mulighet til utvikling. Man må alltid ha respekt for den Andre, som bokstavelig talt, betyr å "se tilbake". Se en gang til på mennesket du står ovenfor. Se forbi diagnosen og "merkelappen". Pernille Jensen (En helt annen hjelp) har gjort en interessant kvalitativ studie i Danmark i forhold til recovery, der både brukere og pårørende var med, både som intervjuere og respondenter. Ett av hovedpoengene som kom frem, var nettopp dette med at "merkelappen" stod i veien for hjelp. Dersom man først hadde fått en diagnose, var det ikke lett å bli kvitt den. Det samme opplevde psykolog Annhild Laverg, i sin bok "I morgen var jeg alltid en leve" skildrer hun flere situasjoner der hun, da hun var schizofren, ikke ble trodd, og der



Emnekode : PSY 500
Kandidatnr. : 415
Dato : 17.12.12
Ark nr. : 9 av 9

personen bak diagnosen ikke ble sett. Hun var ikke Arnhild, hun var schizofren. Som psykisk helsearbeidere er det imperativ at vi ser den Andre, lytter til det han faktisk sier og tar ham på alvor. I et nettested; at vi er medmennesker på livets vei.