



Av: Helga Mjeldheim, Bergensklinikkene

Hvorfor lykkes behandlingsinstitusjonene på rusfeltet ikke bedre i å involvere pårørende i behandling, spør artikkelforfatteren i denne artikkelen.

Å involvere pårørende i behandling – hindringer og muligheter

Det mangler ikke på *kunnskap* om hvilken betydning det kan ha å involvere pårørende for å forstå pasienters problematikk, yte god hjelp og bidra til endring og bedring for både pasient og pårørende. Det mangler heller ikke på *tydelighet fra helsemyndighetenes side* om hva som forventes av behandlingssystemet på dette området¹. Det mangler ikke på *engasjerte fagpersoner* på behandlingsinstitusjoner. *Pårørende etterspør* ofte informasjon, hjelp og invitasjon til samarbeid, og *pasienter ønsker* i de fleste tilfeller at deres nærmeste skal gis tilbud om samarbeid. Hvordan kan det da ha seg at vi ikke i større grad lykkes i å involvere pårørende på gode måter i behandlingen?

Bakgrunnen for å stille dette spørsmålet er resultater fra nasjonale brukerundersøkelser. Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført undersøkelser av pasienterfaringer fra døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I undersøkelsen fra 2014 kommer det fram at 73 prosent av pasientene mente behandlere/personalet «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» hadde samarbeidet godt med de pårørende. Undersøkelsen viste i all hovedsak samme resultat som tilsvarende undersøkelse fra 2013².

Dersom vi skal lykkes bedre enn dette med pårørendeinvolvering i behandling, kan det være nødvendig å se nærmere

1 **ROP-retningslinjer** - Helsedirektoratet
Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester - Helsedirektoratet.
Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Helsedirektoratet

2 <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2014?>

på både hva som kan tenkes å fremme godt pårørendearbeid, og hva som hemmer det. På bakgrunn av erfaringer gjort i møter med pasienter, pårørende og *behandlere*, drøftes her noen av de utfordringene som behandlere kan møte når retningslinjer fra helsemyndighetene om systematisk pårørendearbeid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal etterleves.

Forhåpentlig kan teksten også belyse hvordan teorigrunnlag og praktisk-metodisk kunnskap kan ha betydning for å gjøre godt arbeid.

Til støtte for teksten presenteres noen pasient/pårørende-kasuistikker hentet fra klinisk erfaring. De personene som omtales er anonymiserte og historiene er delvis konstruerte, da de er basert på flere erfaringer innen samme tema.

Hvem er disse pårørende, og hva vil de?

Pårørende kalles de som på ulike måter blir påvirket av at et menneske de står nær strever med livet sitt. I denne sammenhengen dreier det seg om å streve med rus og psykisk helse. Pårørende er en uensartet gruppe mennesker. De kan ha ulike roller i forhold til pasient og helsevesen, være i ulike livssituasjoner, ha ulik tilgang til ressurser og de kan ha egne belastninger. Deres behov og ønsker i forhold til helse- og omsorgstjenester vil variere, og selv om de ønsker å bidra, kan deres evne til dette være redusert. Mange pårørende kan og være usikre på hva de selv og pasienten egentlig ønsker og trenger.

Felles for pårørende er likevel at de har en betydning i relasjon til pasienten. Noen ganger er også deres relasjon til

pasienten betydningsfull. Ofte inngår pårørende i det sosiale nettverket til pasienten. De vanskene pasienten har, vil altså direkte og indirekte kunne påvirke pårørendes liv, deres helse og fungering. Forholdet mellom pårørende og pasient vil ofte være tydelig påvirket av de aktuelle vanskene, noe som kan komme til å overskygge andre sider ved relasjonen.

Med en slik variasjonsbredde sier det seg selv at godt pårørendearbeid handler om å kunne tilby ulike typer tjenester, tilbud, tilnærminger og tiltak, etter hva som er nyttig og hensiktsmessig for den enkelte. Men hvem skal vurdere hva som er nyttig og hensiktsmessig? Og hva skal det vurderes ut fra?

Hvem skal inn i hvem sine liv?

En metode for å involvere pårørende i pasientbehandling, er å tilby informasjonsmøter eller grupper med psykoedukativ tilnærming. I slike tiltak går man ikke inn i den enkeltes problematikk, men forholder seg til det generelle og allmenne for den typen utfordringer det er snakk om, og formidler kunnskap og informasjon. Ved å møte pårørende med slike tiltak, kan det formidles tillit til at pasient/pårørende kan nyttiggjøre seg informasjonen og være i stand til å finne fram til hva som er gode valg og samarbeidsmåter for dem. For mange vil dette være et nyttig og tilstrekkelig tilbud.

Fra behandlere/behandlingsinstitusjon sin side er slike tiltak relativt lette å gjennomføre; møter/grupper av denne typen er lite prosessorienterte, de har et på forhånd fastlagt program som kan repeteres fra gang til gang, og tiltaket er tidsavgrenset. Dersom dette er den eneste formen for pårørendetilbud en behandlingsin-

stusjon har, kan man imidlertid undres over hva som er motivet for å møte forpliktelsen overfor pårørende på nettopp denne måten. Kan det handle om at formatet ikke inviterer til utforskning av den enkeltes vansker, bekymringer, belastninger, og at vi på den måten slipper å forholde oss til kompleksiteten i den enkeltes problematikk? Kan det være at fordi tiltaket ikke krever samarbeid over lengre tid, slipper vi også å gjøre mange mulige avveiningene av hvor involvert pårørende skal være i pasientens behandling? Med andre ord, at et slikt tiltak forenkler en komplisert virkelighet for oss behandlere?

I noen tilfeller løser dette seg selv ved at pårørende ikke ønsker tilbud fra oss, å samarbeide med oss, eller å ta aktivt del i pasientens behandling. Moren til en tjue år gammel gutt innlagt til døgnbehandling, sa det slik:

"Etter min mening bør samarbeid mellom hjelpeapparatet og pårørende foregå i adskilte rom". Hun fulgte opp med å si: "Jeg skal stille opp for sønnen min som jeg alltid har gjort, og så ønsker jeg at dere skal gjøre en skikkelig jobb med utredning og behandling og andre tiltak dere mener er riktige. Og jeg forventer at dere vil gjøre det ut fra kunnskap, og ikke ut fra synsing og moralisme og skiftende ideologiske prosjekter. Så hvis dere er opptatt av å hjelpe meg som pårørende, så gjør dere det best med å hjelpe min sønn med de problemene han har".

Noen pårørende ønsker altså ikke å bli direkte involvert i pasientens behandling,

og de ønsker heller ikke behandlingstilbud for sin egen del. Vi som behandlere blir dermed ikke invitert inn i familiens indre liv - tvert om inviterer noen seg selv inn i vårt indre liv, og stiller krav til oss og arbeidet vårt og forventer å få svar.

For pårørende kommer ikke til møte med oss som blanke ark

Det kan kjennes utfordrende når pårørende på denne måten setter grenser for vårt ønske om samarbeid og om å få være "gode hjelpere" på våre egne premisser. Og vi kan undre oss over deres motiver for å gjøre det. Slik undring gjøres i de fleste tilfeller best i full åpenhet og i direkte kontakt med den det gjelder. For pårørende kommer ikke til møte med oss som blanke ark, de har selvfølgelig med seg sine forestillinger om oss og forventninger til oss, og mange har også erfaringer fra tidligere kontakt med hjelpeapparatet med inn i møtet. Derfor kan det være nyttig å ta rede på pårørendes ståsted, og i samtale om det bringe inn en åpenhet om hva vi kan tilby i deres situasjon. Det forutsetter naturligvis at vi har noe å tilby.

Ikke alle pasienter ønsker at deres pårørende skal involveres i behandlingen, og de kan ha ulike grunner for det. I enkelte tilfeller begrunnes det med forhold i nærmiljø og pårørendes fungering, som kan antas å være til skade for pasienten. Dette gjelder særlig der ulike former for vold eller maktovergrep har utspilt seg. I andre tilfeller er begrunnelsen relasjonsvansker som best forstås i lys av pasientens rusproblematikk, med de konsekvenser det kan ha for gjensidig tillit og tro på samarbeid. Relasjonelle vansker kan også inngå som del av pasientens personlighetsmessige funksjonsvansker,

som blir særlig merkbare i nære relasjoner. Og det kan selvfølgelig være andre grunner til at pasienter ikke ønsker å involvere sine pårørende i behandlingen. Men den betydningen pårørende har i kraft av å ha en relasjon til pasienten kan vi arbeide med enten pårørende er til stede i rommet eller ikke. Det vil vanligvis være en naturlig del av behandlingen å tematisere pasienters forhold til sine nærmeste. Hvis pårørende derimot skal ha en aktiv rolle i behandlingen, og det skal foregå et reelt samarbeid pasient – pårørende - behandler, må det skje ut fra pasientens eget ønske (Jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6, og Helsepersonelloven § 21).

Den gode, den onde, den grusomme

Det er ikke bare pårørende som har forestillinger, forventninger og tidligere erfaringer med seg inn i behandlingsrommet, behandlere har selvfølgelig også det. Og *hvilke* erfaringer vi har gjort oss, vil naturlig nok kunne påvirke våre forestillinger om hvem den pårørende er og hva vi skal bidra med inn i et samarbeid. Det vil også kunne påvirke hvordan vi presenterer forslag om pårørende-involvering for pasienter.

Våre fordommer eller forforståelser kan innebære at vi lett plasserer pårørende i kategorier som «slitne», «ressurssvake», «ansvarlige for problemene». Eller at involveringen av pårørende er særdeles «tidkrevende», «vil gå på bekostning av inntak av nye pasienter», eller «så kompleks at det vil være til hinder for be-

Våre fordommer eller forforståelser kan innebære at vi lett plasserer pårørende i kategorier som «slitne», «ressurssvake», «ansvarlige for problemene».

handlingen». Våre forestillinger kan ha sitt opphav i erfaring, men må alltid sjekkes ut med «virkeligheten» i den aktuelle sammenhengen. Såkalte «vanskelige pårørende» er like fullt pårørende, og i kraft av dette blir spørsmålet vårt: Hva er godt pårørendearbeid i denne saken?

Kanskje kan vi snu på det, og spørre oss: Hvordan er *den ideelle pårørende*? Er det en som er passe slitent, men som ikke i særlig grad har egne funksjonsvansker? En

som følger våre råd og er takknemlig og lyttende i møte med oss? En som gir oss informasjon vi kan anvende i pasientbehandling, men ikke stiller krav om å få informasjon tilbake? Hvis dette er den pårørende vi helst vil møte, kan vi lett se for oss en rekke problemer som moren i eksempelet over vil få i møte med oss. Hun stilte i første samtale spørsmål ved hva som var tanken bak å invitere henne til samarbeid:

”Er det for at jeg skal gjøre jobben for dere? Eller er det for å fortelle meg at alle vansker min sønn har skyldes at jeg ikke strekker til, og endatil at jeg har påført ham problemer, og at samarbeid derfor går ut på at jeg må forandre meg? Eller handler det om at dere ikke er så veldig opptatt av å forstå de vanskene vi har, dere skal bare trøste og støtte sånn at man til slutt blir helt lammet av all omsorgen og forståelsen, og slutter å kreve noe av dere?”

«Jeg vil godt, derfor er det jeg gjør godt»

Dette er en påstand som sier at gode intensjoner gir god praksis. Intensjonsetikk

og konsekvensetikk røres altså sammen på en noe problematisk måte, og formallogisk henger dette heller ikke særlig godt sammen. Likevel kan det tenkes at påstanden rommer en holdning vi har innvevd i praksismåter og i behandlingskulturer. Hva er det i så fall vi bygger en slik trygghet for god kvalitet på?

Er det vår fagkunnskap, arbeidsplassens behandlingsprofil, eller bestemte kvaliteter vi mener ligger til profesjonen vi tilhører, som skal være garantist for at vi gjør godt arbeid? Eller kan det dreie seg om en forestilling om at man som behandler skal *gjøre* noe bestemt - gjennomføre på forhånd definerte gode handlinger som gjerne er nedtegnet i prosedyrer og sjekklister?

Kan det handle om bestemte problemstillinger vi mener det kan være godt for alle pårørende å bli veiledet i? "Hvordan sette grenser for den rusavhengige" og "hvordan ta vare på seg selv" er ofte to aktuelle tema. Forhåpentlig er det mange pårørende som har utbytte av å høre om dette, men det er ikke nødvendigvis slik for alle.

En pasients voksne datter deltok i en pårørendegruppe der dette var to av temaene, og hun opplevde det verken spesielt nyttig eller til støtte:

"Jeg har ikke problemer med å ivareta meg selv på en god nok måte, og jeg har heller ikke problemer med å si fra til min mor om at hun ikke får komme hjem til oss eller ha kontakt med barnebarna når hun er påvirket. Mitt problem er at jeg ikke aner hva jeg skal gjøre med den sorgen jeg kjenner for hvordan min mor lever. Og jeg skjønner ikke hvordan jeg skal klare å hjelpe henne når jeg er så sint på henne".

Troen på at man gjør godt arbeid i kraft av å ha de beste hensikter, har sin største svakhet i at *den andre* sin opplevelse og forståelse gis vanskelige kår. Pårørende er sjelden passive mottakere det skal utføres noe for, eller utøves noe på. Altså må vi i stor grad frasi oss definisjonsmakten over hva som er problemet, og hva som er god hjelp i møte med den enkelte. Men å overlate alt ansvaret for å definere hva som vil være godt arbeid til de pårørende, kan være både etisk og faglig problematisk: Mange pårørende er usikre på hva de trenger, og hva de kan eller vil bidra med, og trenger vår hjelp til å klargjøre det. Det kan dessuten knytte seg usikkerhet til hva pasienten ønsker og reelt klarer å forholde seg til av pårørendeinvolvering.

Her er det altså flere grøfter å gå i; vi kan i en misforstått utgave av aktiv brukermedvirkning ende opp som de reneste parodier som møter alle spørsmål med "ja, hva syns du selv da?", eller vi kan i vår overbevisning om at vi er gode og vet best komme til å krenke eller øke ensomhetsfølelsen hos mennesker som søker vår hjelp. En slags gyllen middelvei kan også representere en form for ensretting som ikke tar høyde for kompleksiteten i det som inngår i pårørendeinvolvering. Så kanskje er det heller slik at vi må sørge for å være kompetente nok til å kunne bevege oss langs et kontinuum fra stor grad av brukerstyring til stor grad av behandlerstyring, alt etter hva saken gjelder?

Etter alt vi har gjort for dere...

Mange pårørende kan framstå som slitne, sinte og frustrerte, og det synes lett å forstå. Vi tilskriver det som regel de utfordringer og belastninger som følger av

å leve nært en med problematisk bruk av rusmidler. Og i mange tilfeller kan vi trekke denne slutningen med god grunn. Da kan det kjennes lett å komme pårørende i møte med støtte, veiledning og våre forklaringsmodeller. Men når redselen, sinnet og frustrasjonen, fra tid til annen rettes mot oss i behandlingssystemet, kan det kjennes vanskeligere å yte hjelp. Vi kan komme til å distansere oss og være villige til å forstå pårørendes utspill som uttrykk for ekster-nalisering, overinvolvering, eller vi kan ha andre mer eller mindre patologiserende forståelsesmåter. I noen tilfeller vil det være riktig, for pårørende kan selvfølgelig også ha egne vansker, relativt uavhengig av pasien-tens problemer. I denne sammenhengen er spørsmålet likevel hvorvidt vi evner å forholde oss til at vi som behandlere kan være aktive bidragsytere til pårørendes frustrasjon, sinne og fortvilelse?

Pårørende kan – også med god grunn-komme til å kjenne seg utestengt eller mistenkeliggjort i behandlingssystemet. Tiltak som blir iverksatt kan ha de aller beste intensjoner knyttet til seg, men hvis de ikke blir formidlet på en begripelig måte kan misforståelser oppstå. Det kan også skje at tiltak er uhensiktsmessige, og at samarbeidet ikke tåler pårørendes påpekning av det. Ofte er det også slik at behandlere og pårørende har ulikt perspektiv på de utfordringene som gjelder, og vansker oppstår i dialog (eller mangel på dialog) om det. Dette siste syntes å være tilfelle da en frustrert ektemann til en pasient innlagt i døgnbehandling, tok kontakt med behandler etter at pasien-

Når vi kjenner at vi strever i samarbeidet med pårørende, kan vi bli såret, skuffet, frustrerte, oppgitte eller irritable

ten hadde hatt rusinntak hjemme på permisjon. Han sa: *”Dere forteller henne hvor flink hun var som avsluttet inntak og dro tilbake til klinikken. Dere sier det er vanlig med tilbakefall, og at det er en del av prosessen. Dere sier at det er lov å feile for det er det man lærer av. Forstår dere ikke at hun har feilet mer enn nok uten å ha lært noe som helst? Ser dere ikke at dere tilrettelegger for at hun kan fortsette på akkurat samme måte som før, men nå under dekke av at det er en del av prosessen? Nei, det som tydeligvis er godt nok i behandling, er rett og slett ikke godt nok i det virkelige livet”.*

Når vi kjenner at vi strever i samarbeidet med pårørende, kan vi bli såret, skuffet, frustrerte, oppgitte eller irritable. Hvis vi mangler god faglig forståelse og metodikk til å håndtere det som skjer, og/eller det ikke er tilgang på veiledning og kollegastøtte - hva gjør vi da? Er det da vi kan komme til å misbruke vår autoritet og blir straffende, dømmende, insisterende? Eller ledes vi til å frasi oss vår autoritet og blir tjenesteivrige uten noen form for vurdering av mål og midler? Eller kan vi innta den mer uangripelige mellomposisjonen der vi blir utilgjengelige, trenerende, sublimt avvisende?

Tilbaketrekning av engasjement og interesse kan komme til uttrykk på mange måter. Det kan for eksempel skje ved å ikke informere om behandling, rettigheter, og de tilbudene som finnes til både pasient og pårørende. Og vi kan kanskje komme til å rettferdiggjøre det med å henvise til lovverket? Taushetsplikten kan holdes opp som et skjold i kontakt med

pårørende der pasienten ikke har gitt sitt samtykke til informasjonsutveksling. Men å høre på hva pårørende har å si, eller enda bedre; *lytte* til hva de formidler, er ikke betinget av samtykke. *Hvordan* lytte og gi pårørende som tar kontakt noe meningsfullt tilbake uten å komme i konflikt med taushetsplikt-bestemmelsene, handler både om en ferdighet som kan oppøves, men også om en vilje som må være til stede.

Om motoverføringer i pårørendearbeid

Pårørende kan i kraft av sin væremåte eller personlige stil vekke ulike følelser og reaksjonstendenser hos behandlere. Som følge av det kan vi bli mer eller mindre tilgjengelige for deres meninger og betraktninger, og vi kan komme til å handle ut fra egen følelsesmessig tilstand. Hvis en behandler for eksempel kjenner irritasjon over selvbebreidende pårørende og viser liten forståelse for deres skam og ubehag, kan det skyldes "unfinished business" i behandlerens eget liv. Det må være et ideal at vi kan forholde oss adekvat til problemstillinger som berører oss selv, men vi er ikke alltid like oppmerksomme på hva som vekkes i oss i møte med andre, og det er ikke nødvendigvis utviklet et felles språk for å forstå og forholde seg til det i behandlingstilgjøet.

Kunnskap om motoverføringer som fenomen kan være nyttig i alt klinisk arbeid. Når arbeidet handler om involvering av pårørende i pasienters behandling på individuelt plan, synes det særlig viktig. Dette fordi det er flere personer involvert, oftest mange hensyn å ta og ulike

behov som skal møtes, og dermed er det av betydning at behandler klarer å holde oversikt og lede arbeidet på tilstrekkelig gode måter. Å forholde seg aktivt til pårørende og ta inn pårørendes perspektiv, kan utfordre vår evne til fremdeles å være gode behandlere for pasientene. Men vi må håndtere kunnskapen vi får om omgivelsenes utfordringer, uten at vi bidrar til å øke motsetninger mellom pasienten og hans/hennes pårørende.

Pårørende kan i kraft av sin væremåte eller personlige stil vekke ulike følelser og reaksjonstendenser hos behandlere

Om å bevare mentaliseringssevnen i pasient- og pårørendearbeid

Som behandler bør man helst evne å holde oppe flere perspektiver samtidig, og kunne bevege seg mentalt på en fleksibel og nyansert måte mellom dem. Man skal ha en langsiktig plan for behandlingen, og man skal arbeide sammen med pasient/pårørende "her og nå". Man skal være lojal mot de regler og behandlingsprinsipper klinikken drives etter, men man skal også kunne være kreativ innenfor disse rammene for å sikre den enkelte et best mulig behandlingssopplegg. I mange sammenhenger skal man være pasientens "ambassadør", både innad i eget behandlingssystem og i samarbeid med andre, men man skal også evne å ta inn over seg andres perspektiv. Man skal i behandling stimulere til håp og tro på at endring er mulig, og man må i perioder også kunne påta seg å være en bærer av håp for pasienten/pårørende.

For å mestre dette kreves det ikke bare faglig forståelse av problematikk og kunnskap om behandlingsmetodikk,

men også selvstendighet, god evne til empatisk nærvær, til nærhet/distanse-regulering, og en viss kompetanse i selvrefleksjon. Dette behersker de fleste behandlere rimelig godt, men selv erfarne, dyktige behandlere kan fortelle om situasjoner der de har kjent seg overveldet og midlertidig mistet evnen til å undre seg og å se et saksforhold fra flere kanter. Behandlers situasjonsbestemte tap av mentaliseringsevne kan man kalle dette. Det er for behandlere, som for andre mennesker, størst fare for at det skjer når det er sterke følelser i sving og/eller når man er sliten eller stresset.

Når mentaliseringsevnen svikter blir man oftest mer kamporientert eller mer unnvikende, blir mer påståelige og svart/hvitt-tenkende, mer ufølsom eller mer emosjonell, kan bli veldig handlings- eller beslutningsivrige, kan lettere gå i forsvaret på egne og behandlingssituasjonens vegne, streve med å se helheten i et saksforhold og lettere miste nyansene av syne.

Det er kanskje uunngåelig at vi fra tid til annen beveger oss i retning det som er skissert over. Spørsmålet blir hvordan vi skal sikre oss at det skjer i minst mulig grad, og at vi raskest mulig kommer oss på sporet igjen. Gode samarbeidsformer og en mentaliserende kultur på arbeidsplassen synes å være betydningsfulle faktorer. Veiledning med fokus på fagutvikling og kvalitetssikring, hvor felles refleksjon og kritisk tenkning rundt eget og andres arbeid er i fokus, kan bidra til dette. Det må imidlertid foregå i en iva-

retakende atmosfære og med respekt for ulike fagdisipliners egenart. Å stimulere til utvikling av slike fagmiljøer er først og fremst et ledelsesansvar, og ikke et ansvar den enkelte behandler alene kan påta seg.

Avsluttende kommentarer

”Pårørende er en ressurs” heter det i veiledere, informasjonsfoldere og festtaler. Hvem er pårørende i så fall

en ressurs for - seg selv, hjelpeapparatet, eller pasienten? Og under hvilke betingelser kan pårørende sies å være en ressurs?

Hvorvidt pårørende kan sies å være en ressurs i *behandlingsammenheng*, synes i stor grad å avhenge av behandlere og behandlingssituasjoners evne til å frigjøre de ressursene pårørende eventuelt kan bidra med. Vår oppgave er å tilrettelegge for møter med pårørende der deres opplevelse og forståelse av relasjon og situasjon, utfordringer, problemer og kvaliteter tematiseres, og vår kunnskap og kompetanse stilles til rådighet.

Ved å møte pårørende med respekt, tillit, og ønske om samarbeid, vil det forhåpentlig formidles en anerkjennelse av de utfordringer som knytter seg til det å være pårørende, og til den ressursen pårørende kan være både for seg selv, pasient og behandlere.

Kanskje er det først når vi behandlere ser hvilket gode det er for oss selv og vårt eget arbeid at vi kan klare å få til godt samarbeid, og ikke bare hjelpearbeid? De som ser muligheter og spennende utfordrin-

Hvem er pårørende i så fall en ressurs for - seg selv, hjelpeapparatet, eller pasienten?

ger der andre blir engstelige og bekymret, oppfordres til å gå foran og til å bidra til å utvikle gode hjelpeverktøy i arbeid med pårørende, til å veilede, utfordre og støtte sine kollegaer. Ved å ta ansvar for å etablere og opprettholde godt samarbeid, kan vi bidra til økt kunnskap, større trygghet, mer forutsigbarhet, og til større klarhet i ansvarsforhold. Det ville jo være til det beste for alle - behandlere, pasienter og pårørende. Og da kan det bli mulig at det som er godt nok i behandling også oppleves som godt nok i det virkelige liv.

Om forfatteren:

Helga Mjeldheim er psykolog og arbeider i Stiftelsen Bergensklinikkene. Hun har gjennom sitt arbeid og som fagansvarlig for pårørendearbeidet ved Hjeltestad-klinikken, vært opptatt av hvordan kompetanse om pårørendearbeid kan utvikles.

