

BACHELOROPPGAVE

Sosialt arbeid og schizofreni

Hvilke utfordringer kan sosionomens kompetanse, og det tverrprofesjonelle samarbeidet møte i arbeidet med schizofrene brukere?

Av
Trine Vatvedt
Kandidat nummer:
332

Bachelor i sosialt arbeid

BSV5-300

Mai 2014



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

332 Trine Vatvedt

JA NEI

kandidatnummer og navn

JA NEI

kandidatnummer og navn

JA NEI

Innholdsliste

1.0 Innledning	1
1.1 Oppgavens tema.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	3
1.5 Metode/fremgangsmåte og avgrensning.....	3
1.6 Søkeord.....	4
1.7 Litteratur og kildekritikk.....	4
2.0 Sosionomens kompetanse	7
.....	7
2.1 Sosialt arbeid og den sosialfaglige kompetansen.....	7
2.2 Relasjonskompetanse.....	8
2.3 Miljøterapi- en måte å utøve sosialt arbeid.....	9
3.0 Når profesjoner samarbeider	10
3.1 Tverrfaglig samarbeid.....	10
3.2 Tverrfaglig samarbeid i praksis.....	11
3.3 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	11
3.4 Utfordringer ved tverrprofesjonelt samarbeid.....	12
3.5 Strategier i tverrprofesjonelt samarbeid.....	12
4.0 Hva er egentlig schizofreni?	13
4.1 Schizofreni.....	13
4.2 Symptomer.....	14
4.3 Prognoser.....	15
4.4 Expressed emotions E. E (Er du sint blir jeg dårlig).....	16
4.5 Variablene.....	17
4.6 Kritiske kommentarer/ kritikk.....	17
4.7 Fiendtlighet.....	17
4.8 Emosjonell overinvolvering.....	18
5.0 Drøfting / Diskusjon	18

5.1 Sosialt arbeid med schizofrene.....	19
5.2 utfordringer for det tverrprofesjonelle samarbeidet.....	20
6.0 Avslutning/ oppsummering.....	22
Litteraturliste.....	23
Vedlegg 1: Selvvalgt pensum	

Før levde jeg mine dager som sau.
Hver dag samlet gjeterne alle på avdelingen til felles utmarsj i flokk
Og som gjeterhunder flest bjeffet de kvasst hvis noen nølte med å gå ut døra.
Det hendte jeg brekte litt, lavt,
Idet de drev meg gjennom gangene,
Men ingen spurte noen gang om hvorfor
-Når man først er gal, kan man gjerne breke.

Før levde jeg mine dager som sau.
I samlet flokk drev de oss langs gangveiene rundt sykehuset,
En langsom uensartet saueflokk av individer ingen tenkte på å se.
For vi var blitt en flokk,
Og hele flokken skulle ut og gå,
Og hele flokken skulle lukkes inn igjen.

Før levde jeg mine dager som sau.
Gjeterne klippet manken min og stusset klørne
Så jeg lettere skulle gli inn i flokken.
Jeg tasset av gårde blant pent friserter esler, bjørner, ekorn og krokodiller
Og lurte på hvorfor ingen ville se.

For jeg levde mine dager som sau
Mens alt i meg lengtet etter å jage over savannene.
Og jeg lot meg drive fra kve til innhegning til fjøs
Når de sa at det var det som var best for en sau.
Og jeg visste at det var feil.
Og jeg visste at det ikke ville vare evig.

For jeg levde mine dager som sau.
Men i morgen var jeg alltid en løve.

-Arnhild Lauveng-

1.0 Innledning

I denne oppgaven vil jeg skrive om schizofreni, om hvordan denne sykdommen rammer dem som får diagnosen. Denne oppgaven handler om sosionomens rolle og hvilken kompetanse som behøves i arbeidet med schizofrene. Om hvordan det språket og de holdningene vi har er med på å påvirke omgivelsene rundt oss. Hvordan tverrprofesjonelt samarbeid med andre profesjoner i et psykiatrisk bofellesskap, kan ha betydning for hvordan de menneskene som bor der har det. Dette vil jeg gjøre ved hjelp av begrepet Expressed emotions (EE), og dette begrepet vil være med å vise mulige utfordringer sosionomen og det tverrprofesjonelle samarbeidet kan møte.

1.1 Oppgavens tema

I Norge vil det til enhver tid være ca 20 000 mennesker med en schizofreni diagnose. Det er stort sett unge mennesker som rammes av sykdommen, den er ofte langvarig, og de schizofrene utgjør derfor en stor andel av de uføretrygdede i Norge (Bloch Thorsen, 2003). Det antas at ca 20 % av de schizofrene aldri kommer i kontakt med behandlingssystemet, og av de som behandles blir ca 20 % friske, ca 60 % kommer til å ha periodiske sykdomsfaser, og ca 20 % forblir kronisk psykotiske (Asser et. al, 1997).

Holdningene samfunnet har til psykiske lidelser har endret seg mye, og de er ikke like tabubelagt og preget av frykt som tidligere. De som har en schizofreni diagnose blir ikke lenger automatisk sperret inne på "galehus" eller isolat (Asser et. al, 1997). Kunnskapen om psykiske lidelser har økt, og man ser på psykiske lidelser som noe som skal aksepteres og behandles på lik linje som andre sykdommer. Selv om man er blitt mer opplyst om schizofreni i dag er det fortsatt mye uvitenhet rundt i befolkningen. Mange tror at schizofreni er en diagnose som skyldes stress, sosiale belastninger og manglende viljestyrke (Asser et. al, 1997).

Media er kanskje verstingen på å skape frykt for schizofreni. Man hører stadig om drapssaker i media der "gjerningsmannen var psykotisk" eller "sinnsyk i gjerningsøyeblikket", uten at det er tydelig forklart hva de mener eller hva som ligger i dette. Slike overskrifter skaper mye uvitenhet om psykisk sykdom, og ufortjent frykt for en gruppe syke mennesker.

Mennesker som har en schizofreni diagnose trenger generelt et godt og sammensatt tilbud av tjenester innenfor både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i det psykiatriske feltet, og medisinerer er i de fleste tilfeller helt uunnngåelig. Flere forskjellige profesjoner har

fått innpass i psykiatriske behandlingsinstitusjoner, som blant annet sosionomer og vernepleiere. Det psykiske helsetilbudet er i dag preget av tverrfaglig samarbeid, for å kunne gi disse brukerne et best mulig behandlingstilbud.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Parallelt som jeg er tredje års student på sosionomstudiet, arbeider jeg deltid innenfor pleie- og omsorgssektoren i en liten kommune. Målsettingen for pleie og omsorg i kommunen er å medvirke til at mennesker med vanskelige livssituasjoner, nedsatt fysisk eller psykisk helse, skal kunne få leve et mest mulig verdig og selvstendig liv, preget av trygghet, trivsel og respekt.

Min stilling er som miljøterapeut under spesielt tilrettelagte hjemmetjenester, her ligger en "fellesbolig"(fire leiligheter med et fellesareal der det er personalressurser) knyttet opp mot psykisk helsevern. Alle leilighetene er bebodd av mennesker som har fått diagnosen schizofreni. Blant personalressursene er det sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sosionomer. Disse arbeider tverrprofesjonelt for å oppfylle kommunens målsetning til pleie og omsorgssektoren. I rammeplanen står det om hvordan:

Kommunene har fått større ansvar for helse- og sosialtjenesten, og at det er blitt en klarere ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene. Konsekvensene av dette er blant annet større samordning av tjenestene og økt samarbeid mellom yrkesgruppene tilknyttet sektoren. Betydningen av og behovet for tverrfaglig og tverretattlig helsefremmende og forebyggende arbeid har kommet klarere fram. (Rammeplan for sosionomutdanningen, 2005, s.5)

Med utgangspunkt i dette når jeg skal skrive bacheloroppgave, begynte jeg og lure på hvilke utfordringer man som sosionom kan møte i arbeidet med schizofreni, og hvilke utfordringer som kan møte det tverrfaglige samarbeidet? Er det noe med mennesker med schizofreni som er spesielt utfordrende, og vil det ha noe å bety for det tverrfaglige samarbeidet?

1.3 Problemstilling

Problemstillingen min ble da:

Hvilke utfordringer kan sosionomens kompetanse og det tverrprofesjonelle samarbeidet møte i arbeidet med schizofrene brukere?

Schizofreni er et tema som det er skrevet mye om, men jeg har ikke funnet noe om hvordan arbeidet med schizofrene kan gi utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Med denne oppgaven ønsker jeg å kaste lys over denne problemstillingen. Jeg vil også med denne oppgaven øke bevisstheten rundt de sammensatte problemene schizofrene brukere har. Slik at de som arbeider innenfor psykiatrien med denne gruppen brukere, kan bli mer bevisst utfordringer som kan oppstå.

1.4 Begrepsavklaring

Før jeg skal begynne å svare på denne problemstillingen vil jeg konkretisere hva jeg mener med sentrale begreper i oppgaven. Dette er for å gjøre det lettere å forstå hva jeg mener med flere av begrepene som kan ha uklar definisjon, og som blir brukt ofte i teksten. *Bruker* vil i denne oppgaven handle om et menneske med en schizofreni diagnose som er under behandling. Vel vitende om at de som har en diagnose er mye mer enn den diagnosen de har fått, velger jeg å bruke begrepet den schizofrene til tider i teksten. *Bruker* og den schizofrene vil bli brukt om hverandre for å få bedre flyt og variasjon i skriftspråket. *Sosialarbeider* vil i denne sammenheng være en person med sosialfaglig utdanning på høyskolenivå, som arbeider i en kommunal psykiatrispolig. En psykiatrispolig er et kommunalt tilbud tilpasset mennesker som har moderat eller alvorlig nedsatt psykisk helse.

1.5 Metode/fremgangsmåte og avgrensning

Denne oppgaven er en litteraturstudie om hvilke utfordringer det tverrprofesjonelle samarbeidet og sosionomen kan møte i arbeidet med mennesker som har en schizofreni diagnose. Jeg synes det er et spennende felt som jeg ønsker å vite mer om, jeg ønsker også med denne oppgaven å kunne belyse dette tema med en sosialfaglig forståelse. For å finne ut av dette, vil det være naturlig å gå inn på hva den sosialfaglige kompetansen til sosionomen er. Ved besvarelse på denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i en miljøterapeutisk kontekst. Det vil også bli naturlig å finne ut mer om tverrfagligsamarbeid, og da spesielt innenfor psykiatrien. Jeg vil også se på diagnosen schizofreni, for å finne ut om det er noen spesielle utfordringer når det gjelder å arbeide sosialfaglig, med mennesker som har denne diagnosen. Fremgangsmåten for å finne ut av dette begynte jeg litteratursøkeprosessen med utgangspunkt

i ordene schizofreni og sosialt arbeid. Schizofreni og schizophrenia alene ga meg mange treff, men det var vanskelig å finne litteratur fra de siste 3 år. Ved å legge til ordene sosialt arbeid og social work i søket ble ikke treffene flere. Jeg tenkte allerede da at problemstillingen min kunne være med å kaste lys over noe som ikke var skrevet mye om tidligere.

1.6 Søkeord

Schizophrenia, schizophrenia and social work, socialworker, schizofreni og sosialt arbeid, schizofreni, psykiatri, Tverrfaglig samarbeid, tverrprofesjonelt samarbeid, tværprofesjonelt samarbeide, fellesfaglig

1.7 Litteratur og kildekritikk

Jeg vil nå gjøre rede for litteraturen jeg har brukt og hvorfor. Det å utøve kildekritikk er en viktig del av det å skrive en akademisk tekst. Dalland (2010) tar opp viktigheten av å vurdere og forklare litteraturen man velger. Dette for at lesere skal forstå grunnlaget for hvorfor du har tatt de valgene som er blitt gjort. Videre skiller Dalland mellom originalartikler og teoretiske artikler som kalles primærlitteratur og oversiktsartikler som kalleres sekundær litteratur. Primærlitteratur er litteratur som presenteres for første gang av forfatteren selv, sekundær litteratur er litteratur som blir presentert eller tolket av andre enn den originale forfatteren. "Derfor må det gå tydelig frem hvorfor en bestemt type litteratur er valgt og hvordan utvalget er gjort" (Dalland, 2010, s. 66).

Jeg har tatt et utvalg tekster fra de resultatene jeg fikk etter litteratursøkingen. Tekstene jeg har valgt er faglitteratur både primær og sekundær, en masteroppgave, og et informasjonshefte. I søkeprosessen har jeg vært opptatt av tekstenes gyldighet og holdbarhet. Det har vært viktig for meg at tekstene har vært relevant for min problemstilling. I tillegg har jeg brukt offentlige dokumenter slik som rammeplaner. Jeg tar høyde for at jeg kunne kommet frem til variasjoner av konklusjonen med annen litteratur. Jeg har valgt denne litteraturen som utgangspunktet for mine vurderinger i denne oppgaven, og dette er litteraturen som danner mitt drøftingsgrunnlag.

For å finne frem til litteratur har jeg søkt på databasene til HISF sitt bibliotek flittig, blant annet så har jeg brukt academic search premier, google scholar, svemed og norart. Gjennom disse databasene har jeg funnet litt forskjellige tekster, men det meste av litteraturen jeg har brukt er funnet gjennom biblioteket på HISF.

For å belyse delen som omhandler schizofreni vil jeg bruke litteraturen beskrevet nedenfor. Litteraturen består av to primærkilder og en sekundær.

Schizofreni- informasjonshefte om schizofreni for pasienter, pårørende og andre skrevet av psykiater Gerd-Ragna Bloch Thorsen. Dette heftet er utgitt av stiftelsen for psykiatrisk opplysning i 2003. Jeg har valgt å bruke dette fordi det gir en god oversikt og innblikk i diagnosen schizofreni. Primærlitteratur.

Schizofreni- hvad vi i dag ved om en af de alvorligste sinnslidelser (1997). Dette er en primær kilde i form av en bok, skrevet av en tverrfaglig gruppe bestående av danske overleger, en sjefpsykolog, en forsker, en professor, pårørende og en pasient med schizofreni. Margit Asser, Birgitte Bechgaard, Jes Garlich, Peter Handest, Ralf Hemingsen, Jenny Jørgensen, Anders Kelstrup, Jesper Mogensen, Povl Munk-Jørgensen, Josef Parnas, Poul Milberg Petersen og Torben Petersen. Selv om denne kilden er fra slutten av 90-tallet velger jeg å bruke den på grunn av dens gyldighet.

Mestring av psykoser: Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø (2009) skrevet av psykologspesialistene Helge Jordahl og Arne Repål. Dette er en bok jeg har valgt å bruke fordi den belyser psykoser og schizofreni godt, den presenterer også forskningen som er gjort rundt begrepet Expressed emotions som jeg vil bruke i oppgaven. Jeg kunne kanskje ha funnet primærlitteratur om EE som ville ha gitt meg mer informasjon om denne forskningen. Forskningen om EE begynner å bli gammel. Siden forfatterne bruker EE som en rød tråd gjennom hele boken, føler jeg at de kan ha et mer kritisk blikk og erfaring som er nyere enn den opprinnelige forskningen på EE. Derfor vil jeg bruke denne litteraturen til og både forklare EE i oppgaven, samt bruke denne litteraturen som hjelpemiddel i drøftningen.

Når det gjelder litteraturen som omhandler tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid fant jeg noen norske tekster på området. Jeg fant to norske bøker og en masteroppgave, i tillegg fant jeg en dansk bok som jeg vil bruke til å gjøre rede for tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid.

Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi (2004) skrevet av Kirsti og Per Lauvås. I denne boken tar de for seg forskjellige perspektiv på tverrfaglig samarbeid og forsøker å kombinere deres praktiske erfaring med den teoretiske innsikten de presenterer. Jeg skal ikke belyse tverrfaglighet ut ifra noe bestemt perspektiv, men forklare hva tverrfaglig samarbeid er blant annet ved hjelp av Lauvås og Lauvås sine definisjoner.

Tverrprofesjonelt samarbeid - i praksis og utdanning (2009) ved redaktør Elisabeth Willumsen. Forfatterne i denne boken er forskere, og de deler i denne boken forskjellige definisjoner og begreper innenfor tverrprofesjonelt samarbeid. Jeg har valgt å ta med denne nettopp på grunn av dette.

Andy Højholdts *Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis* (2013) er en bok jeg har valgt å bruke siden den er så sent utgitt som 2013, og fordi Højholdt har forsket mye på tverrprofesjonelt samarbeid. Boken er skrevet med bakgrunn i denne forskningen. Med denne boken prøver han å lage en håndbok for tverrprofesjonelt samarbeid. Han oppfordrer også her til refleksjon og ettertanke rundt tema tverrprofesjonelt samarbeid. Selv om denne er boken er basert og ment for det danske profesjonsmiljøet, velger jeg å bruke den siden Norge og Danmark er ganske likt utformet på dette området.

Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren - en empirisk studie av strategier for samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper (2012) en masteroppgave i pedagogikk av Vibeke Nyhus. Denne masteroppgaven har forsket på hvilke strategier som blir brukt i det tverrprofesjonelle samarbeidet innenfor helsesektoren. Nyhus har i denne forskningen foretatt intervjuer med tre forskjellige profesjonsutøvere: en lege, en sosionom og en sykepleier. Alle tre er fra samme tverrprofesjonelle team på samme psykiatriske senter. Selv om jeg ikke har lagt rammen for oppgaven til å omhandle tverrprofesjonelt samarbeid i et slikt senter, mener jeg den er relevant likevel fordi den inneholder de samme profesjoner jeg skal skrive om. Jeg velger også og bruke denne oppgaven til å få et innblikk i hvilke strategier og utfordringer tverrprofesjonelt samarbeid kan ha.

Til å belyse sosialfaglig kompetanse vil jeg benytte meg av noe tidligere pensum fra sosionomstudiet, blant annet *Bære eller breste* og *Social work Processes*. Jeg vil også benytte meg av rammeplaner og en bok om miljøarbeid i psykiatrien.

Bære eller breste- kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (2006) er en lærebok skrevet av Røkenes og Hansen. Dette er en bok som er pensum på sosionom utdanningen. Den handler om kommunikasjon og relasjon i yrkesutøvelsen. Jeg har valgt denne boken fordi jeg vil legge vekt på sosionomens relasjonskompetanse.

Social work processes (2011) skrevet av Compton, Galaway og Cournoyer. Denne læreboken handler om sosialt arbeids systemteori, om hvordan alt henger sammen. Bokens teoretiske

tilnærming har fokus på personen-i-situasjonen, og det er derfor jeg har valgt å bruke denne boken for å forklare sosial faglig kompetanse.

Relationsbehandling i psykiatrien- gode relationsehandlere og god miljøterapi (2007) dette er bind 1 i en 5 binds bokserie om relasjonsbehandling i psykiatrien. Skrevet av Lars Thorgaard og Eivind Haga, denne boken er utgitt av stiftelsen for psykiatrisk opplysning. Jeg vil bruke denne boken til å belyse miljøterapi i psykiatrien.

2.0 Sosionomens kompetanse

2.1 Sosialt arbeid og den sosialfaglige kompetansen

Sosialt arbeid er et fag som særlig har blitt påvirket av psykologi og sosiologi. Mens vi karikert kan si at sosiologi er opptatt av samfunnet og psykologi av mennesket, så er sosialt arbeid opptatt av mennesket i samfunnet. Sosialarbeidere arbeider i skjæringspunktet mellom individ og samfunn. Det er viktig at man gjennom utdanningen utvikler personlig kompetanse for dette arbeidet. (Hutchinson og Oltedal, 2006, s.13)

Jeg vil først se på hva sosialfaglig kompetanse er. Det finnes mange forskjellige forslag på å definere hva sosialt arbeid er. Compton, Galaway og Cournoyer (2005) beskriver det som en problemløsningsprosess, der klient og sosialarbeider definerer hva problemet er, hva løsningen er og hvilken fremgangsmåte som skal brukes for å nå målet sammen. For å kunne gjøre dette sammen med en klient må sosialarbeideren inneha en god del kunnskap om hvilke muligheter som finnes og hvilke som er ment for å løse dem. I tillegg må sosialarbeideren kunne anvende avansert kunnskap og kompetanse i de prosessene som trengs for å hjelpe andre definere, adressere, og løse sosiale problemer. En sosialarbeider trenger kompetansen og dømmekraften til å velge eller konstruere relevante endringsstrategier og de nødvendige ferdigheter til å anvende dem i praksis (Compton, et, al, 2005, s.4).

I rammeplanen for sosionomutdanningen står det blant annet at sosionomer må kunne etablere konstruktive relasjoner til brukere, samt være i stand til å vedlikeholde og stå i relasjonene igjennom arbeidet, selv når det oppstår konflikter. Sosionomer skal respektere brukerne, og være i stand til å sette seg inn i deres situasjon. Av en sosionom kreves det gode kommunikasjonsferdigheter, empati, relasjonskompetanse, har selvinnsikt og reflektere over egne handlinger. Videre skal en sosionom ha kunnskap om hvordan sosiale problemer og

samfunnets utvikling påvirker enkeltindivider og grupper i befolkningen. Derfor må sosionomen også ha kunnskap om brukeres og samfunnets ressurser for å fremme løsninger som er til begge parters interesse (Rammeplan for sosionomutdanning, 2005).

2.2 Relasjonskompetanse

Den sosialfaglige kompetansen innebærer at sosialarbeideren har omfattende ferdigheter og kompetanse på flere områder. Jeg synes relasjonskompetansen er den mest grunnleggende kompetansen for utøvelse av sosialt arbeid. Den er nøkkelen til det arbeidet man ønsker å gjøre med brukere. Når man arbeider med mennesker er det vesentlig å innlede relasjoner til de menneskene man er der for å hjelpe. Jeg mener at det er denne kompetansen innenfor sosialt arbeid som gjør at sosialarbeideren ser brukeren som et subjekt, en egen person. De vi har en relasjon med bryr vi oss om, klarer vi ikke å få til en relasjon til brukerne våre er det stor fare for at de blir objektivert, å bli sett som en sak eller ting. Konsekvensene av objektiviseringen kan gjøre at sosialarbeideren mister fokus på det som er viktig, og det er personen-i-situasjonen.

"Relasjonskompetanse handler blant annet om å kjenne seg selv, å forstå den andres opplevelse og forstå hva som skjer i samspillet med den andre" (Røkenes og Hanssen, 2006, s. 8).

Det er viktig å være bevisst til enhver tid at vi alltid forstår bruker på bakgrunn av vår egen for-forståelse. Det vil si summen av den kunnskapen vi har om de vi møter, hvilke tidligere erfaringer vi sitter inne med om lignende situasjoner og hvilke holdninger eller fordommer vi har med oss. Man skal møte hele mennesket, en skal kunne forholde seg til brukerens ønsker, vilje, følelser og opplevelse av situasjonen. Sosialarbeideren skal gjøre dette med et reflektert blikk for å være i stand til å begrunne alle valgene og handlingene man gjør. Sosialarbeideren skal gå inn i relasjonen med den hensikten om at det som skjer er til det beste for brukeren, og videre legge til rette for god kommunikasjon i forholdet mellom bruker og sosialarbeider. Det er dette som gjør en til en profesjonell (Røkenes og Hanssen, 2006).

Relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og å samhandle med de menneskene vi møter i yrkessammenheng på en god måte. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre parten. (Røkenes og Hanssen, 2006, s. 7)

Det er sosialarbeiderens ansvar å bygge relasjonen med brukeren, og være i stand til å stå i relasjonen over tid. Det er i tillegg sosialarbeideren sitt ansvar å vedlikeholde relasjonen, samt avslutte den på en god og verdig måte.

2.3 Miljøterapi- en måte å utøve sosialt arbeid

Denne oppgaven tar utgangspunkt i en miljøterapeutisk kontekst, derfor vil jeg kort definere hva miljøterapi er. Miljøterapeuter arbeider i dag blant annet i skoler, sykehus, institusjoner og i psykiatrien. Men hva er miljøterapi egentlig? Miljøterapi er noe som kan utføres mange forskjellige steder som for eksempel på sykehus enten over kortere eller lengre perioder. I denne oppgaven vil konteksten være i et psykiatrisk botilbud.

Miljøterapi bygger på den ideen om at medisin alene ikke er nok, men at blant annet frisk luft, en meningsfylt tilværelse, mosjon og psykoterapi også er med å påvirke holdninger, adferd og innstilling hos pasienter (Thorsgaard og Haga, 2007).

"Stavangermodellen" beskrevet i Thorsgaard og Haga (2007) er en modell for miljøterapi, utviklet av miljøterapeuter. Den heter *Miljøterapi- en modell for tenking, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon* (1999). Den tar utgangspunkt i John Gundersens (1978) forskning om fem miljøterapeutiske prosesser for et godt behandlingsmiljø i psykiatriske miljø. De handler om hva som er mest terapeutisk for den enkelte bruker i den enkelte situasjon eller sykdomsfase. Miljøterapeutene presiserer at de fem prosessene ikke er en modell, snarere retningslinjer eller prinsipper å følge i de ulike sykdomsfasene til brukerne ved utøvelsen av miljøterapi.

De fem prosessene er *beskyttelse*, handler om å beskytte brukeren i dårlige sykdomsfaser, når han ikke klarer å ta vare på seg selv. Hjelp han/hun med å dekke basale behov som mat, drikke, pleie og omsorg. Brukeren skal beskyttes for blant annet krav og andre farer, slik som selvskadning eller skading av andre. I denne sykdomsfasen kan det også være nødvendig og utøve behandlingsmessige tiltak mot brukerens vilje jmf. Psykisk helsevernloven (1999). *Støtte*, handler om å hjelpe brukeren til å utføre dagligdagse gjøremål selv, begynne å ta vare på seg selv når det gjelder hygiene, innkjøp, turer og lignende. Støtten handler også om å unngå nederlag ved å ikke kaste seg over for mye på en gang, siden brukere på dette nivået er skrøpelige og har ekstremt lav selvtillit. *Struktur* er viktig for psykotiske brukere og det er derfor viktig å legge opp til blant annet faste måltider og faste møtetidspunkt. Behandlerne skal også legge til rette for at brukerens døgnrytme og individuelle dagsplan er oversiktlig og

forutsigbar. *Engasjement* skal motvirke brukernes passivitet, og uselvstendighet. Og handler om at man skal oppmuntre til å delta i sosiale aktiviteter innenfor og utenfor hjemmet. Å jobbe mot mestring og sosiale ferdigheter er viktig. *Bekreftelse/gyldiggjøring* av brukerens individualitet og egenart. Det er viktig at behandleren gyldiggjør brukerens egen lidelse, samt bekrefter hvordan symptomer, følelser og tanker kan ha sammenheng, og forstås ut ifra det (Thorsgaard og Haga, 2007).

"Stavangermodellen" handler videre om at miljøet dannes av personalets holdninger, ytringer, følelser, tanker og handlinger. I tillegg handler det om hvordan disse vises i samspillet med brukerne og hvordan brukerne opplever de.

Det terapeutiske miljøet skapes gjennom relasjonene mellom behandler og bruker. Holdningene behandlerne har trer først i kraft gjennom karakter i relasjonen med brukerne. Brukerne er også med på å skape miljøet med deres bidrag til relasjonene. Det er et felles ansvar, men den profesjonelle forventes å dra det største lasset for relasjonen. "Vi er-så at sige- kun det, der oppleves af pasienter og vores kolleger" (Thorsgaard og Haga, 2007, s.131).

3.0 Når profesjoner samarbeider

3.1 Tverrfaglig samarbeid

Innenfor psykiatri arbeider det flere profesjoner blant annet; sykepleiere, sosionomer, hjelpepleiere og vernepleiere. Dette er nødvendig for å gi brukerne den best mulige behandling og oppfølging. Når profesjoner er satt sammen på denne måten kalles det gjerne for tverrfaglig samarbeid eller flerfaglighet. Men hva ligger egentlig i det?

Tverrfaglig samarbeid defineres slik i Galvin og Erdal (2010): "Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform, en metode. Tverrfaglig samarbeid er, når flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål" (s.25).

Højholdt (2013) beskriver tverrfaglig samarbeid som en metode som skal forsøke å sikre, at velferdsetaten blir bedre for enkeltindividet i kontakt med det offentlige systemet. Højholdt skiller i tillegg mellom tverrfaglig samarbeid og tverrprofesjonelt samarbeid. Der tverrfaglig samarbeid handler om fagenes samarbeid, der fag er en blanding av metoder, kunnskap, redskaper og ferdigheter innenfor et spesifikt fagfelt. Tverrprofesjonelt samarbeid har fokus

på mer enn fagligheten, det handler i tillegg om de holdningene, vaner, normer, verdier og hvilket ansvar på arbeidsplassen de forskjellige profesjonene i samarbeidet har.

K. Lauvås og P. Lauvås (2004) forklarer tverrfaglighet med den innsikten man sitter igjen med etter å ha hentet inn informasjon fra mange forskjellige fagområder. De mener at all tilgjengelig kunnskap kan integreres til å bli en bedre og en annen innsikt i problemet, enn det en faglig kompetanse besitter alene. På denne måten vil brukerne få et bedre tilbud når flere faglige kompetanser slås sammen.

Alle tre ovenfor nevnte definerer tverrfaglighet på noenlunde samme måte, men det er variasjoner hvordan det presenteres. Det bunner i at tverrfaglig samarbeid er en måte forskjellige profesjoner kan arbeide på for å få bedre innsikt i problemer, slik at man kan hjelpe enkeltindivider på best mulig måte i det offentlige systemet.

3.2 Tverrfaglig samarbeid i praksis

Når tverrfagligsamarbeid nå er definert, vil jeg se på hvordan man kan få til et samarbeid i praksis. Hvordan kan forskjellige profesjoner arbeide tverrfaglig til beste for brukere?

Tverrfaglighet i praksis handler om mer enn bare det faglige, det handler om mennesker med forskjellige utdannelser, holdninger, erfaringer, normer og verdier som skal samarbeide mot et felles mål.

3.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

Jeg går nå over til å forklare tverrprofesjonelt samarbeid. Højholdt (2013) sier tverrprofesjonelt samarbeid er et samarbeid på tvers av profesjoner. For eksempel slik som sosionomer, sykepleiere og vernepleiere samarbeider i en psykiatrisk institusjon. Begrepet tverrprofesjonelt samarbeid handler også om at hver enkelt profesjonsutøver er sosialisert inn i en spesifikk måte å tenke og være på. Dette skjer gjennom den utdanning man tar, og gjennom de erfaringene en får med seg fra forskjellige arbeidsmiljø. Man forstår andre profesjoner og mennesker, samt vår egen relasjon til andre ut ifra dette (Højholdt, 2013). Et eksempel kan være at jeg tar på meg "sosionom brillene" og forstår situasjoner med den kunnskapen jeg har lært gjennom min utdanning som har grunnlaget sitt i en sosiologisk og psykologisk tilnærming. Mens en sykepleier vil ta på seg "sykepleier brillene" og forstå ut ifra sin utdanning som har en naturvitenskapelig tilnærming. Rammeplanene for hver enkelt

utdanning regulerer hva som skal være fellsforståelse og hva som skal være spesifikt for den enkelte utdanning. Lauvås og Lauvås (2004) viser til hvordan Stiberg og Olstad (2002) deler kompetansen til profesjonene i tre ulike områder. *Fagspesifikk kompetanse* er den kompetansen som er unik for den enkelte utdanning, og representerer den profesjonens bidrag i et tverrfaglig samarbeid. *Overlappende kompetanse* er den kompetansen to eller flere av deltakerne i et tverrprofesjonelt team kan ha felles. Og til slutt *felles basiskompetanse*, det er kompetansen som alle eller de fleste i et tverrprofesjonelt samarbeid vil sitte inne med, slik som språk, etikk, samarbeidskompetansen og kunnskap om de lover og retningslinjer som regulerer virksomheten (Lauvås og Lauvås, 2004, s.140).

3.4 utfordringer ved tverrprofesjonelt samarbeid

Jeg skal nå gå over til å se på utfordringer ved tverrprofesjonelt samarbeid. Højholdt (2013) skriver om utfordringer ved tverrprofesjonelt arbeid som mer enn utfordringer ved det faglige, han viser til det som strekker seg forbi det faglige. Slik som normer, verdier, ansvarsområder hos den enkelte profesjon, tradisjoner og organisatoriske betingelser. Han viser til eksempler der det har gått dårlig i samarbeidet, og oppstått profesjonskamper. Det har da handlet om fordommer og negativ forståelse imellom profesjonsutøverne, eller uklare rolleforventninger.

I Willumsen (2009) presenteres det også noen utfordringer ved å arbeide i tverrprofesjonelle team. Blant annet at det kan oppstå utfordringer ved ujevn ansvarsfordeling innenfor teamet, for eksempel om et medlem fra en av profesjonene får ansvaret for å være beslutningstaker og motivator for de andre deltakerne i teamet. Videre kan det oppstå utfordringer når noen av teammedlemmene går over på en annen profesjons profesjonelle territorium.

En utfordring som kan oppstå er manglende enighet når det kommer frem ny og ukjent kompetanse i et tverrprofesjonelt team. Dette kan oppstå uavhengig om det kommer nye deltakere inn i teamet eller ikke. Det handler om at når det blir ujevn fordeling av aktuell kunnskap, vil ikke alle være like mye tilstede i teamarbeidet. Konsekvensene av dette vil kunne føre til at det blir vanskeligere å møte brukerne på en god måte. Teammedlemmene vil da ikke få utfylt hverandre i å hjelpe brukeren, på samme måte som når alle hadde hatt den samme kunnskapen om brukerne (Willumsen, 2009).

3.5 Strategier i tverrprofesjonelt samarbeid

Her skal jeg si noe om hvilke strategier som er nødvendig for å få et tverrprofesjonelt samarbeid til å fungere godt.

"Det er viktig for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid at profesjonsutøverne utviser en ydmykhet og forståelse for at andre deltakere sin forståelse, tolkning og kunnskap i samarbeidet er nødvendig for å gi pasientene god behandling. I tilknytning til dette er gjensidig respekt og anerkjennelse mellom profesjonsutøverne og deres kunnskap en viktig faktor for å kunne trekke på hverandres styrker og bidrag" (Nyhus, 2012, s. 64).

Nyhus (2012) sin masterstudie om strategier i tverrprofesjonelt samarbeid er sett i lys av Edwards (2010) og Carlile (2004) sine teoretiske perspektiver. Undersøkelsen hun har gjort støtter opp om disse perspektivene. I tillegg har hun gjennom datamaterialet funnet to strategier som omhandler fysisk struktur og organisering av arbeidsplassen og det tverrprofesjonelle teamet. Nyhus beskriver flere strategier for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid, jeg vil nevne noen.

En viktig strategi er at profesjonsutøverne har en felles interesse for å behandle og hjelpe brukerne på best mulig måte, med bakgrunn i den kunnskapen hver enkelt av profesjonsutøverne til sammen bidrar med. En annen strategi er å skape en felles forståelse om ulikhetene til hver enkelt profesjonsgruppe i et samarbeid, slik at en kan dra nytte av forskjellene på best mulig måte. Videre vil det å skape en felles arena for kunnskapsdeling, der de forskjellige perspektivene og kunnskapen til profesjonsutøverne kan løftes frem, være gunstig for et produktivt samarbeid. Kunnskapsdeling kan skje gjennom faglige diskusjoner og samtaler. Nyhus mener videre at det er viktig at profesjonsutøverne argumenterer for sin forståelse av brukerne basert på sin profesjonskunnskap, samtidig som man gjør seg kjent med de andre profesjonenes kunnskap, forståelse og bidrag. Ved å gjøre dette skapes det tydelige roller og forventningsavklaringer. Når disse er definert kan profesjonsutøverne trekke på hverandres styrker og ekspertise der den er nødvendig til det beste for brukerne (Nyhus, 2012).

4.0 Hva er egentlig Schizofreni?

4.1 Schizofreni

"Schizofreni er egentlig en gruppe lidelser, ikke en enkeltlidelse. Den kjennetegnes ved fundamentale og karakteristiske forstyrrelser i tenking, persepsjon og følelsesliv" (Jordahl og Repål, 2009, s. 20). Schizofreni er en sinnslidelse, en sykdom som påvirker evnen til å føle, tenke og vurdere virkeligheten. De mest kjente symptomene som forbindes med schizofreni er

hallusinasjoner og forfølgelsestanker. Men schizofrene har som oftest andre dominerende symptomer som depresjoner, angst, isolasjon, konsentrasjonsvansker, og splid i tanker og følelser (Asser et. al, 1997). Schizofreni rammer både kvinner og menn, og starttidspunktet for sykdommen er oftest i 20-25årsalderen. Hos kvinner slår diagnosen ut 3-5 år senere enn hos menn. Kvinner har gjerne et lettere sykdomsforløp enn menn og behandles med mindre anti-psykotika. Det er innlagt dobbelt så mange menn som kvinner til behandling for schizofreni. Kvinner er i tillegg mer stabilt sosiale enn menn. Det kvinnelige kjønnshormon østrogen kan ha betydning for forskjellene, og dette kan støttes med at kvinner blir mer psykotiske rundt menstruasjon og overgangsalderen da østrogennivået er lavt, og de blir mindre psykotiske under graviditet når østrogennivået er høyt (Asser et. al, 1997).

Sjansen for å schizofreni på et tidspunkt i løpet av livet ligger på ca 1%. Har man foreldre med schizofreni vil prosentene være høyere på ca 10-15 om en av foreldrene har det og, ca 45 % om man er enegget tvilling. Ca 50 % av alle som får schizofreni forsøker å ta selvmord, minst 10 % dør som følge av selvmord (Asser et. al, 1997).

4.2 Symptomer

Symptomer på schizofreni kan være mange og forskjellige. De deles gjerne inn i positive og negative symptomer. Positive er i denne forstand symptomer som kommer i tillegg, slik som hallusinasjoner og det å "høre stemmer". Disse kan oppleves av den schizofrene som noen som forteller, kommenterer, eller diskuterer hva de skal gjøre eller stemmer som omtaler han i tredjeperson om alt han gjør (Asser et. al, 1997, Jordahl og Repål, 2009, Bloch Thorsen, 2003). Eksempel på dette kan være: "Nå går han ned trappen, nå tar han på seg sko og nå åpner han døren, nå går han ut". Negative symptomer handler om blant annet affektavflatning, passivitet, tause, innadvendte, tretthet og sløvheter (Jordal og Repål, 2009).

Noen får lette symptomer og andre får så mange og alvorlige at de blir totalt invalidiserende. Asser et. al. (1997) deler symptomene inn i to, grunnsymptomer og produktivt psykotiske symptomer. Disse skiller ved at grunnsymptomene er tilstede noenlunde hele tiden, mens de produktivt psykotiske symptomene er til stede i perioder som kan vare fra uker til år. Denne inndelingen gjør det mulig å kunne se og beskrive overgangen eller utviklingen fra stabilt syk til psykose. Både grunnsymptomene og de produktivt psykotiske symptomene oppleves forskjellig, med tanke på hva som er observerbart for personer rundt og hvordan den schizofrene opplever dem.

4.3 Prognoser

Desto eldre en person er før schizofrenien slår ut, jo mer etablert er han og desto flere ferdigheter vil han ha. Dette bedrer prognosene i de fleste tilfeller, og gjør det viktig med tidlig kartlegging av sykdommen (Bloch Thorsen, 2003).

Bloch Thorsen (2003, s. 40) sier at man kan skille faktorer som kan ha betydning for sykdomsforløpet. Faktorene deles inn i *gunstige og ugunstige faktorer*. *Gunstige* faktorer er blant annet om personen har høy alder ved sykdomsutbrudd. Det er gunstig for sykdomsforløpet om den schizofrene hadde stabile sosiale forhold og god arbeidstilpasning før sykdommen tredde i kraft. Det har betydning om sykdomsutbruddet skjedde akutt, og den akutte fase er preget av bevissthetsforstyrrelser, klare følelsesmessige forstyrrelser eller depresjon. Videre vil det være gunstig om den schizofrene får rask og god virkning på medisiner, eller blir fullstendig symptomfri ved hjelp av medisiner. Aktiv miljøterapi og rehabilitering (kun hos de minst syke) har vært bra for prognosene til schizofrene med et slikt forløp. Det er også bra for prognosene om det ikke ligger manisk-depressiv lidelse i familien, og om familien ikke har en for overbeskyttende holdning.

De *ugunstige faktorene* er omtrent det motsatte av de gunstige, de handler om at det er ugunstig for prognosene om personen har lav alder ved sykdomsutbrudd, og tilpasningsproblemer fra tidlig alder. Om sykdomsforløpet starter snikende og det ikke foreligger bevissthetsforstyrrelser, lite følelsesmessige forstyrrelser eller ingen depresjon i akutt fase. Videre er det ugunstig om vedkommende viser avflatede følelser, tilbaketrekning, passive symptomer og eventuelt aggressiv og truende adferd. Det er også ugunstig om virkningen av medisiner er liten, eller om det fortsatt foreligger symptomer ved bruk av medisin. For pågående miljøterapi og rehabiliteringsanstrengelser hos de dårlige pasientene har vist seg å være ugunstig for dette forløpet. Kritisk og fiendtlig innstilling hos de pårørende, og om det finnes schizofreni i familien fra før er ugunstige faktorer for den schizofrenes sykdomsforløp (Bloch Thorsen 2003, s. 40).

I korte trekk betyr dette at jo tidligere, og snikende sykdommen starter, desto dårligere er prognosen, og omvendt, så vil prognosene være bedre om sykdommen starter raskt og sent i livet. Etter sykdommens fremtreden uavhengig prognose blir de fleste pasienter mer følsomme enn tidligere, de blir fort trøtte og får et større søvnbehov. De tåler også veldig dårlig skiftinger i sinnsstemninger og stress, det er viktig å unngå følelsesmessige situasjoner som kan provosere frem schizofreni symptomer og tilbakefall (Asser et. al, 1997).

4.4 Expressed emotions E. E (Er du sint blir jeg dårlig).

Jeg vil nå gjøre rede for begrepet expressed emotions, som er et interessant fenomen som har blitt et sentralt begrep i tilnærmingen til schizofreni, heretter vil expressed emotions bli kalt EE i denne oppgaven. EE er et empirisk begrep som har blitt til gjennom forskning. EE forteller noe om hvordan den følelsesmessige sinnsstemningen i en familie eller i en institusjon påvirker den schizofrene.

Som nevnt tidligere tåler mennesker med diagnosen schizofreni dårlig skiftinger i sinnsstemninger og stress, jeg vil se nærmere på dette. George Brown referert i Jordahl og Repål (2009) stilte spørsmål på slutten av 1950-tallet, om det finnes faktorer som kan bedre schizofreni, og om det da også finnes faktorer som kan forverre schizofreni. Dette var også i en tid da det rådende synet var at schizofreni ikke kunne påvirkes av omgivelsene. Browns tenkning førte til mange undersøkelser, og undersøkelsene hans viste at det var en tydelig sammenheng mellom tilbakefall og hyppige innleggelses. De fant ut at det var hyppige innleggelses og tilbakefall der pasientene ble skrevet ut til en bosituasjon der de levde med ektefeller eller foreldre. I motsetning til de som bodde andre steder, som viste mindre innleggelses og færre tilbakefall. For å finne ut hva det var med disse omgivelsene som kunne påvirke tilbakefallene, startet han i 1972 Camberwell family interview (CFI). Dette var en forskning på hvordan familiemedlemmers forhold til den syke, kunne utløse tilbakefall. Fremgangsmåten var intervju som varte over 4-5 timer, med pårørende til pasienter som hadde en schizofreni diagnose. Alle familiemedlemmene ble intervjuet hver for seg og alt ble tatt opp på bånd. Intervjuet gikk ut på å kartlegge holdninger og følelser, hendelser og aktiviteter i familiene. Målet var å forsøke og kartlegge hendelser i hjemmet over en 3 måneders periode forut for pasientens innleggelse. Brown ville finne ut hvordan sykdommen hadde innvirkning på familienes hverdagsliv, slik som arbeidsfordelig, frekvensen av irritabilitet og krangling, samt kontakten mellom familiemedlemmene og den syke (Jordahl og Repål 2009).

Mange blant annet Bobbington og Kuipers (1994) og Vaughn og Leff (1976) referert i Jordahl og Repål (2009) har i ettertid forsket videre på Browns tenkning og expressed emotions, og det er bekreftet at bestemte karakteristika ved miljøet rundt den schizofrene har betydning for prognosene. Det er i tillegg gjort en rekke undersøkelser, av blant annet Moore et al. (1992) og Herzog et al. (1992) referert i Jordahl og Repål (2009), på hvordan personale i psykiatriske institusjoner skårer med hensyn til EE. EE registreres ved hjelp av noen variabler, og

tilstedeværelsen av disse variablene har vist seg å ha betydning for reaksjonen og tilbakefall hos pasienter med schizofreni diagnose.

4.5 Variablene

Jeg vil nå forklare hva som måler EE, det vil jeg gjøre fordi det er viktig å ha en forståelse for hva som er de utløsende faktorene for mulig tilbakefall. Det handler om hvordan EE hos pårørende eller andre personer i omsorgsmiljøet påvirker sinnsstemningene hos den schizofrene. Faktorene som kalles variabler måler på en skala høy eller lav EE hos omsorgspersonene. Det finnes tre variabler man måler EE med, og de er *kritiske kommentarer*, *fiendtlighet* og *emosjonell overinvolvering*. Det er flere forskere som har oppdaget det samme som Brown gjorde i sin CFI, blant annet forskeren Julian Jeff med medarbeidere i Bloch Thorsen (2003), viser også til hvordan schizofrene er ømfintlige for negative omgivelser.

4.6 Kritiske kommentarer /kritikk

Den første variabelen som måles på antall kommentarer er *kritiske kommentarer*. Kritiske kommentarer er kritikk som kommer frem gjennom det verbale, slik som negative utsagn eller tonefall, det gjelder ikke adferd. Det handler om utsagn som går ut på at en pårørende tar avstand eller føler avsky for den schizofrene. Eksempler kan være om pårørende sier: "jeg blir så forbanna", "jeg blir gal", "jeg vil ikke høre ett ord!" og lignende. Den verbale kritikken kan sammenlignes med foreldres uttrykk ovenfor tenåringsbarn, som slenger beina på bordet eller klær overalt. Seks eller flere slike utsagn gjennom intervjuene som er blitt gjort, har vært nok til å skåre høyt på EE- skalaen. Det er viktig å bemerke seg at det er uheldig for brukere med schizofreni og forholde seg til en hverdag med mye mas og kritikk, siden de er mer sårbare ovenfor dette enn folk flest (Jordahl og Repål, 2009, Bloch Thorsen, 2003).

4.7 Fiendtlighet

Nå skal jeg gjøre rede for *fiendtlighet*. Fiendtlighet er i dagligtalen et negativt ladet ord, men når det gjelder denne variabelen handler fiendtlighet om avvising, generalisering eller begge deler. I følge Browns forskning handler denne avvisingen om en dirkete generalisert form for negative følelser, og kan handle om uttalelser som tydelig viser at en ikke liker den schizofrene. Eksempler kan være slitne pårørende som er veldig lei situasjonen og sier i fortvilelse til den schizofrene: "jeg ikke orker mer, og er så lei av deg! Nå sender jeg deg vekk, fordi jeg ikke orker å ha deg i livet mitt mer!". Ett slikt utsagn i løpet av et intervju var

nok til at den pårørende skåra høyt på EE -skalaen (Jordahl og Repål, 2009). Når det gjelder generalisering så kan det handle om at man uttrykker eller man har en holdning, som tilsier at den schizofrene ikke klarer noen ting, at han er helt håpløs og aldri har fått til noe i sitt liv. Ofte vil disse uttrykkene ikke handle om at pårørende mener det de sier, men at de er fortvilte, slitne og frustrerte, og at det noen ganger er lite støtte å få fra samfunnet rundt. Resultatet kan bli et uheldig utfall på noe som egentlig ikke var meningen å si.

4.8 Emosjonell overinvolvering

Til slutt vil jeg forklare variabelen *emosjonell overinvolvering*, som handler om å få sterke emosjonelle reaksjoner som følge av omsorg for den schizofrene. Dette er noe man finner helst hos de aller nærmeste, og reaksjonene deres kan være selvpoppofrende adferd eller ekstrem overbeskyttelse av den syke. Dette vil være normale reaksjoner fra pårørende som har opplevd flere tilfeller av selvdestruktiv adferd fra deres sønn/datter eller lignede. Med selvdestruktiv adferd menes her for eksempel å glemme og skru av komfyr, røyking på senga, eller selvmordsforsøk. Det er naturlig at pårørende vil ta kontrollen i slike tilfeller, og vil ha vanskelig med å slippe taket på den schizofrene i frykt for konsekvensene av den selvdestruktive adferden. Men en slik overinvolvering har også vist seg å ha uheldig virkning med tilbakefall. Det kan ha noe med økt samvær med den schizofrene kan føre til økt sannsynlighet for kritikk og negative følelser rettet mot den syke (Jordahl og Repål, 2009. Bloch Thorsen, 2003).

5.0 Drøfting/ Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte teoriene jeg har funnet om schizofreni opp mot tverrfaglig samarbeid og sosialt arbeid, for å se på hvilke utfordringer som kan oppstå. Jeg vil i denne delen dele opp drøftingen. Videre vil jeg bruke data om EE, til å se hvilke utfordringer dette kan gi for sosionomen og det tverrfaglige samarbeidet. Jeg vil først se på mulige utfordringer schizofreni kan gi sosionomen, så vil jeg gjøre det samme med tverrprofesjonelt samarbeid. Jeg vil i denne delen reflektere over hvordan det hele kan henge sammen. Dette vil jeg gjøre gjennom begge delene av drøftingen.

5.1 Sosialt arbeid med schizofrene

Sosionomens kompetanse handler blant flere andre ting, om arbeidet som gjøres i mellommenneskelige relasjoner, for å klare dette må sosionomen inneha ferdigheter slik som relasjonskompetanse. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer i følge Røkenes og Hanssen (2007) på en måte som skal gi mening og som ikke krenker den andre part. Men hvordan skal kommunikasjonen gi mening når den andre part har en annen virkelighetsoppfatning? Mennesker med en schizofreni diagnose kan ha positive eller negative symptomer som gjør situasjonen deres vanskelig å forholde seg til, eller ha en relasjon med andre, fordi de har nok med å forholde seg til seg selv. Dette kan gjøre det utfordrende å innlede en god og konstruktiv relasjon til mennesker med en slik diagnose.

En rekke undersøkelser (Moore et al. 1992, Herzog et al. 1992, og Heinssen et al. 1992, ref. i Jordahl og Repål, 2009) har vist at det ikke bare er pårørende som skårer høyt på EE skalaen, men også personale i psykiatriske institusjoner. Undersøkelsene har vist variasjoner i resultatene fra 40 % av personalet til at det gjelder flertallet av personalet som skårer høyt på EE skalaen. Alle undersøkelsene har vist at det er på variabelen *kritiske kommentarer* de skårer høyt (Jordahl og Repål, 2009). Selv om studiene viser variasjon i resultatene, er det ingen tvil om at høy EE er å finne i behandlingsinstitusjoner, det vil nok være større forekomst i behandlingsboliger og på langtidsposter. På slike steder vil personalet være de som utgjør den daglige omsorgen over lengre tid for brukerne. Som en av brukerne der jeg arbeider sa: "Vi er nå liksom som en familie her".

Når personale og brukere blir mer som en familie, blir det ekstra viktig å ivareta rollen som profesjonell. Dette fordi mennesker som har en schizofreni diagnose trenger ekstra ivaretagelse, og det er profesjonsutøverens plikt å handle til brukerens beste til enhver tid. Som forskningen på EE har vist er kritiske kommentarer den variabelen som kanskje er mest vanlig. Eksempel tidligere har vist at kommentarene ligner de som foreldre med tenåringsbarn kan ha. "Nå er det nok mas fra deg!"

Heinssen et al.(1992) i Jordahl og Repål (2009) har sett mulige sammenhenger mellom pasienter med lav samarbeidsevne og impulsiv adferd, og personalets høye EE skår. Og de viser her til at høy EE ikke er en egenskap ved den enkelte personen, men kan være avhengig av hvilken bruker man forholder seg til.

Sosionomen skal, som Røkenes og Hanssen (2006) sier, til enhver tid være bevisst sin egen for- forståelse, og alltid møte hele mennesket. I tillegg å forholde seg til følelsene, ønskene

og opplevelsen brukeren har til situasjonen. Man kan med tanke på dette undres hvorfor så mange skårer høyt på EE- skalaen i undersøkelsene som er gjort. Kompetansen til sosionomen er såpass bred og god på de mellommenneskelige, at de burde være eksperter på dette temaet innenfor psykiatri, og de arbeider sammen med andre profesjoner som også har tilnærmet lik kompetanse. Hvorfor skårer de så høyt da? Kan det være for mange ufaglærte i slike stillinger.

Det å forholde seg til schizofrene brukere kan være vanskelig, schizofrene kan bli så overveldet av sine egne følelser og symptomer at det blir vanskelig for dem å forholde seg til omverdenen. Noen har gjerne positive symptomer som blir en tilleggsbelastning som angst, tankeforstyrrelser og lignende. Andre kan ha negative symptomer slik som tilbaketrekking, inaktivitet og mangel på hygiene, og kan bli aggressive om de presses for hardt til aktivitet (Asser et al., 1997). Slikt kan være utfordrende for sosialarbeideren, og for alle andre som arbeider med dem, spesielt om det ikke foreligger en relasjon til brukeren fra før. Om det i tillegg ikke skjer noen fremgang i situasjonen til den schizofrene, kan det bli en fare for at sosialarbeideren kan føle utilstrekkelighet (Jordahl og Repål, 2009). Hvis sosialarbeideren glemmer det å til enhver tid reflektere over egne handlinger og tanker, kan han/hun ende opp med enten å bli fiendtlig, for overinvolvert, eller objektiverer brukeren. Dette kan igjen føre til at brukeren blir sett på som den vanskelige brukeren, som har lav samarbeidsevne og impulsiv adferd.

I slike situasjoner er det viktig at sosialarbeideren og det andre personalet forøvrig lærer seg å håndtere egen utilstrekkelighet og situasjoner som kan føre til høy skår på EE skalaen. Det er også viktig å være klar over og samtidig huske på hvordan vi påvirker menneskene rundt oss. Dette kan gjøres gjennom kollegasamtaler, der man kan få faglig støtte og veiledning om ens egne følelser, samt få konstruktive tilbakemelding på vurderinger som er blitt gjort.

5.2 utfordringer for det tverrprofesjonelle samarbeidet

Som jeg allerede har vært inne på ved å se på Nyhus 2013 sin forskning, kan tverrprofesjonelt samarbeid møte mange utfordringer. Samarbeidet avhenger av at profesjonene er profesjonelle og tar hensyn til hverandre. Videre vil samarbeidet mellom profesjonene også være avhengig av at de involverte har en god relasjon. Man arbeider ikke bare med brukere, men også med kollegaer. Dette gjelder i alt arbeidet med mennesker, og det er relasjonen imellom menneskene som "nøkkelen" til å få et godt og produktivt forhold.

Nyhus (2013) gjør rede for noen strategier for å få et best mulig behandlingstilbud til brukerne, der profesjonene drar nytte av hverandres kunnskap og utfyller hverandre ved å trekke på hverandres styrker der det er nødvendig. Nyhus sine informanter kommer fra et psykiatrisk senter der det tverrprofesjonelle samarbeidet er som et "velsmurt maskineri". Men hva med de stedene der samarbeidet ikke er det?

Tidligere i oppgaven har jeg vist til hvordan mennesker med schizofreni er dårligere rustet for å tåle stress, negative omgivelser og skiftninger i sinnsstemninger enn andre mennesker. Det blir derfor naturlig for meg å tenke at et tverrprofesjonelt samarbeid som ikke fungerer godt, vil være svært uheldig for disse brukerne. Og jeg ser at tverrprofesjonelt samarbeid innenfor arbeidet med mennesker med schizofreni, vil møte noen utfordringer som blir spesielt for denne gruppen brukere.

På samme måte som sosionomens kompetanse kan bli utfordret i møte med schizofrene, vil det også gjelde hver enkelt profesjonsutøver i et tverrprofesjonelt samarbeid. I tillegg vil utfordringer som Willumsen (2009) presenterer, blant annet manglede enighet og ujevn fordeling av kunnskap og ansvar, kunne påvirke den enkelte teamdeltager og teamet i sin helhet på en negativ måte. Om et tverrprofesjonelt team preges av mange profesjonskamper og dårlig kommunikasjon mellom profesjonene, vil det kunne oppstå konflikter på arbeidsplassen. Selv om man som profesjonsutøver skal være profesjonell, og håndtere slikt på en god måte, er vi alle til syvende og sist bare mennesker oppi det hele. Det er ikke bestandig at konflikter kan løses så lett. Om man føler at en blir forbigått av andre eller misforstått i det en forsøker å formidle, kan frustrasjon og irritasjon lett oppstå. Det kan også være at en blir delegert oppgaver som ikke samsvarer helt med den kompetansen en har med seg inn i det tverrprofesjonelle samarbeidet, og profesjonsutøveren lar irritasjon over å få uønsket ansvar indirekte gå utover brukeren en er satt til å hjelpe. Jordahl og Repål (2009) viser til et eksempel som kan være forårsaket av noe slikt:

Overhørt på et behandlingsmøte fra en av miljøpersonalet; "Jeg orker snart ikke å sitte i oppholdsstuen sammen med Fredrikke lenger. Det er helt utrolig hva hun kan lire av seg. Og slik som hun griser med maten. Nå må vi se å få gjort noe med dette! I dag sa jeg akkurat hva jeg mente om denne oppførselen hennes, men hun så ikke på meg en gang!". (s. 57)

Dette er samme type frustrasjon som kan komme når en glemmer rollen som profesjonsutøver og blir mer som en fortvilet pårørende. Og slike kritiske utsagn er som vist til tidligere utsagn

som vil skåre høyt på EE- skalaen. Dette vil igjen føre til at den schizofrene kan bli dårligere eller i verste fall få et tilbakefall. Det blir viktig i tverrprofesjonelt samarbeid i psykiatrien å legge gode strategier for at alt personalet blir godt ivaretatt og at alle innehar nok kunnskap til enhver tid om det feltet man arbeider med. Dette kan gjøres gjennom strategiene som Nyhus nevner blant annet gjennom en felles arena for kunnskapsdeling og ydmykhet ovenfor hverandre som profesjonsutøvere. I tillegg mener jeg at en slik type strategi vil, på samme måte som for den enkelte sosialarbeider nevnt tidligere, være kollegasamtaler. Daglige kollegasamtaler der man kan bli bedre kjent med hverandres måte å tenke og være på. Samtidig som kollegasamtalene er et godt verktøy for å kunne lufte tanker og ideer, før de blir til irritasjon og frustrasjon som kan gå utover brukerne.

6.0 Avslutning/ oppsummering

I denne oppgaven har jeg vist hvilke utfordringer sosionomens kompetanse og det tverrprofesjonelle samarbeidet kan møte i arbeidet med schizofrene brukere.

Relasjonskompetansen er kanskje den viktigste kompetansen sosionomer innehar for å kunne arbeide med mennesker, både brukere og kollegaer. Men det kan være utfordrende å få til en god og konstruktiv miljøterapeutisk relasjon med mennesker som har en schizofreni diagnose. Dette kan være utfordrende fordi schizofrene kan ha symptomer som kan være vanskelig å relatere seg til, og i tillegg kan ha en annen virkelighetsoppfattelse enn sosionomen. Derfor må sosionomen og andre som arbeider med schizofrene brukere inneha kunnskap om diagnosen og hvordan den kan arte seg. Slik at man kan møte og ivareta hver og en av disse brukerne på en best mulig og verdig måte. Videre kan det være spesielt utfordrende å arbeide med denne type diagnose, siden mennesker med schizofreni er ekstra sårbare for kritikk og tåler dårlig å ha et negativt miljø rundt seg. Forskning som er gjort på dette feltet viser at schizofrene har større sjans for å bli dårligere og for å få tilbakefall, om de blir utsatt for det som blir kalt expressed emotions hos mennesker i miljøet rundt dem. Dette gjelder både hos pårørende og personer som arbeider innenfor psykiatrien med denne gruppen brukere.

Siden mennesker med schizofreni er ømfintlige for skiftende sinnstemninger, kritikk og negative miljøer rundt seg, gjør at det tverrprofesjonelle teamet i psykiatriske institusjoner må være ekstra oppmerksomme på sine egne væremåter og konflikter innad i samarbeidet.

Litteraturliste

- Asser, M., Bechgaard, B., Gerlach, J., Handset, P., Hemmingsen, R., Jørgensen, J., Kelstrup, A., Mogensen, J., Munk-Jørgensen, P., Parnas, J., Petersen, P. M., og Petersen, T. (1997). *Skizofreni - hvad vi i dag ved om en af de alvorligste sindslidelser*. Danmark: PsykiatriFondens Forlag.
- Bloch Thorsen, G-R. (2003). *Schizofreni - Informasjonshefte om schizofreni for pasienter, pårørende og andre*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Compton, B. R., Galaway, B., og Cournoyer, B. R. (2005). *Social work processes*. United States of America: Thomson Learning.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Galvin, K., og Erdal, B. (2010). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hutchinson, G. S., og Oltedal, S. (2006). *Modeller i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Højholdt, A. (2013). *Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis*. Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Jordahl, H., og Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser - psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lauveng, A. (2006). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Lauvås, K., og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nyhus, V. (2012). *Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren - en empirisk studie av strategier for samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper (Masteroppgave)*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. 1999-07-02. nr 62*.

Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning. (2005). *Forskrift til rammeplan for sosionomutdanningen*. Fastsatt ved kgl.res. 1 desember 2005. med hjemmel i lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler. Hentet fra:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hoyere_utdanning/rammeplaner.html?id=435163

Røkenes, O. H., og Hanssen, P-H. (2006). *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeidet med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsgaard, L., og Haga, E. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien - Gode relationsbehandlere og god miljøterapi. Bind I*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Willumsen, E. (Red.).(2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid - i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.