

Kari Nysveen, Kjell Nordby,  
Kari Veisten og Arild Granerud

# Den planlagte miljøterapeutiske samtalen

*Delrapport i Miljøterapiprosjektet*

Høgskolen i Hedmark  
Rapport nr. 8 – 2009

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatterne er selv ansvarlige for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark. (<http://www.hihm.no/>)

Rapport nr. 8 – 2009  
© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark  
ISBN: 978-82-7671-744-0  
ISSN: 1501-8563

<b>Tittel:</b> Den planlagte miljøterapeutiske samtalen – delrapport i Miljøterapiprosjektet			
<b>Forfattere:</b> Kari Nysveen, Kjell Nordby, Kari Veisten og Arild Granerud			
<b>Nummer:</b> 8	<b>År:</b> 2009	<b>Sider:</b> 103	<b>ISBN:</b> 978-82-7671-744-0 <b>ISSN:</b> 1501-8563
<b>Oppdragsgivere:</b> Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Hedmark			
<b>Emneord:</b> Miljøterapi, psykisk helsearbeid, handlingsorientert forsknings-samarbeid			
<p><b>Sammendrag:</b> Miljøterapiprosjektet er et forskningssamarbeid mellom Sykehus Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern og Høgskolen i Hedmark. Denne studien er utviklet i samarbeid med en av enhetene som er med i miljøterapiprosjektet. Enheten vil utvikle sin kompetanse innen psyko-sebehandling og psykososial rehabilitering til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Fokus i denne behandlingen og omsorgen vil være å skape et godt miljø for personer som har behov for lengre tids behandling og rehabilitering. Dette forutsetter at det miljøterapeutiske tilbudet utvikles blant annet gjennom å vektlegge den miljøterapeutiske samtalen. I en miljøterapeutisk tilnærming er det viktig å sikre at samtaler med pasientene skal være meningsfulle. Hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse for og videreutvikle den miljøterapeutiske samtalen.</p> <p>Handlingsorientert forskningssamarbeid skal fremme den faglige kompetansen hos ansatte gjennom systematisk refleksjon over praksiserfaringer og medskapning av relevant kunnskap. Flerstegs fokusgruppeintervju ble brukt som datainnsamlingsmetode. Tilsammen 12 medforskere/respondenter deltok i de fire fokusgruppeintervjuene høsten 2008. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet som analysemetode.</p> <p>Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen i enheten har blitt identifisert: Det selvstendige livet, lidelsen, livserfaringer og emosjonelle tilstander. Samtalens plattform knyttet seg til holdninger som bærer samtalen, holdninger til brukermedvirkning og holdninger til rusproblemer. Brukermedvirkning er et område som medforskerne i miljøterapiprosjektet har satt et økt fokus på, og som de i det framtidige arbeidet ønsker å videreutvikle. Som et godt hjelpemiddel i samarbeidet med pasientene og spesielt i planlagte miljøterapeutiske samtaler viser studien at sykepleieplanen er et godt verktøy. Denne ble revitalisert på enheten. Funnene i studien viser at</p>			

personalet på enheten gjennom granskningen har fått en dypere forståelse for betydningen av planlagte miljøterapeutiske samtaler. Det vil være viktig å tilstrebe og utvikle dialogen mellom pasient og hjelper i en retning som har likeverd, akseptasjon, varme og empati som verdier. Når samhandlingen mellom miljøterapeut og pasient skal være terapeutisk i et helsefremmende perspektiv, bør samarbeidet i størst mulig grad være preget av et arbeid som legger vekt på likeverdighet, ansvarliggjøring og selvstendigjøring.



Hedmark University College

<b>Title:</b> The planned milieu therapeutic dialogue – report in The Milieu therapy project			
<b>Authors:</b> Kari Nysveen, Kjell Nordby, Kari Veisten and Arild Granerud			
<b>Number:</b> 8	<b>Year:</b> 2009	<b>Pages:</b> 103	<b>ISBN:</b> 978-82-7671-744-0 <b>ISSN:</b> 1501-8563
<b>Financed by:</b> Hedmark University College and Innlandet Hospital Trust, Division of Mental Health Care			
<b>Keywords:</b> Milieu therapy, mental health care, cooperative inquiry			
<p><b>Summary:</b> The Milieu therapy project is a research cooperation between Innlandet Hospital Trust, Division of Mental Health Care and Hedmark University College. This study was developed in collaboration with one of the units which is part of the milieu therapy project. The unit wants to develop its expertise in psychosis treatment and psychosocial habilitation for patients with serious mental illness. The focus in this treatment and care will be to create a good environment for people who need prolonged treatment and rehabilitation. This requires that the milieu therapeutic environment, among other things, offers to emphasize the provision of milieu therapeutic conversation.</p> <p>In a milieu therapeutic approach, it is important to ensure that dialogues with patients should be meaningful. The purpose of this study is to gain a deeper understanding about, and to further develop, the milieu therapeutic dialogue.</p> <p>Co-operative inquiry-oriented research shall promote the professional competence of employees through systematic reflection on practice experience and the fellow creation of the relevant knowledge. The multi-stage focus-group interview was used as a data collection method. A total of 12 co-researchers/respondents participated in the four focus group interviews in autumn 2008. Qualitative content analysis was used as analysis method.</p> <p>The content of the planned milieu therapeutic dialogue in the unit has been identified as: the independent life, the suffering, life experiences and the emotional states. The dialogue platform linked itself to the attitudes that carry the conversation, attitudes to the user-participation, and attitudes to the drug problems. User-participation is an area that co-researchers in The Milieu therapy project has had a greater focus on, and that they in the future work wants to develop further. As a helpful tool in collaboration with patients and especially in the planned milieu therapeutic dialogues, the study shows</p>			

that a special nursing-planning is a good tool. This was revamped for the unit. The findings of the study show that the personnel at the unit through the investigation has been given a deeper understanding of the importance of the planned milieu therapeutic dialogues. It will be important to maintain and develop the dialogue between patient and the helper in a direction that has equality, acceptance, tenderness and empathy as values. When the interaction between the milieu therapist and the patient should be therapeutic in a health promotion perspective, the cooperation should, in the greatest extent possible, be characterized by a work that emphasizes equality, responsibility and to be independent.

## FORORD

I en miljøterapeutisk tilnærming er det viktig å sikre at samtaler med pasientene skal være meningsfulle. Møte mellom mennesker skjer i samvær og dialog. I denne dialogen mellom pasienten og miljøterapeuten vil en ha muligheter til å finne nye språklige tilnærminger for å forstå pasientens opplevelser, ressurser, lidelse og problemer og som kan gi personen en bedre forståelse av seg selv. Innenfor denne forståelsen vil det derfor være avgjørende å undersøke hvilke språklige tilnærminger og uttrykksformer som fremmer felles forståelse og som bidrar til gode dialoger. I utarbeidelsen av denne rapporten har hele personalgruppa deltatt aktivt i kunnskapsutviklingen til den planlagte miljøterapeutiske samtalen. Enhetsledere Anne Kristin Norderhaug og Øystein Leonardsen har bidratt med viktige råd og innspill. Videre har arbeidsgruppa i miljøterapiprosjektet ved Jan Kåre Hummelvoll, Bjørn Stensrud, Dag Østby og Tone Lise Brattrud vært aktive bidragsytere til rapporten.

Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering tok initiativ til et samarbeid med Høgskolen i Hedmark om miljøterapiprosjektet. Et samarbeid mellom Høgskolen og Sykehuset Innlandet er viktig for å stimulere til forskning og fagutvikling og da spesielt rettet inn mot den kliniske hverdag. Dette er et fruktbart samarbeid som det høstes gode erfaringer fra. Det er også spennende å være inkludert i et sterkt fagmiljø som dette samarbeidet representerer. Prosjektet er også knyttet til avdelingens FoU-enhet, både forskningsmessig og hvor prosjektkoordinator har sitt daglige tilholdssted.

For å ha mulighet til å gjennomføre dette prosjektet er finansieringen en vesentlig faktor. Vi ønsker å rette en takk til Divisjon Psykisk helsevern og Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering som finansierer stillingen som prosjektkoordinator.

Vi vil også rette en stor takk til Regionalt kompetansesenter for dobbelt-diagnose rus og psykiatri for tildeling av økonomiske midler til prosjektet i 2007.

Reinsvoll, april 2009

På vegne av medforfatterne.

Kari Nysveen



# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Forord</b>	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>11</b>
<b>2 Forskningsfeltet</b>	<b>19</b>
Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering	19
Beskrivelse av enheten	20
<b>3 Metode</b>	<b>27</b>
Datainnsamlingsmetode og analyse	28
Etiske overveielser	31
<b>4 Hva karakteriserer den planlagte miljøterapeutiske samtalen</b>	<b>33</b>
Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen	35
Det selvstendige livet	35
Lidelsen	45
Livserfaringer	56
Emosjonelle tilstander	61
Samtalens plattform	68
Utvikling av den planlagte miljøterapeutiske samtalen	77
<b>5 Oppsummerende diskusjon</b>	<b>83</b>
Metodiske overveielser	83
Holdningenes betydning i miljøterapien	85
Samtalens plass i miljøterapien	90
Sykepleieplanen – et godt egnet redskap i miljøterapien?	92
<b>6 Konklusjon</b>	<b>97</b>
<b>Litteratur</b>	<b>99</b>



# 1 INNLEDNING

*Samtalene er til hjelp. Å få prate om vonde tanker, gjør at de blir fjernere da.* Utsagnet kommer fra en pasient som ble intervjuet i forbindelse med pasientenes opplevelse av den miljøterapeutiske samtalen, påvirkningsmuligheter i egen behandling og bedringsprosessen på vei ut av sykehuset. Det å ha noen å snakke med når en har vonde tanker, oppleves som god hjelp.

**Miljøterapiprosjektet** inngår i ett av Høgskolen i Hedmark sine innsatsområder i perioden 2007–2010, nemlig **Psykisk helse og samfunn: Kunnskapsdannelse i praksis**. Innsatsområdet er knyttet til Avdeling for helse og idrettsfag. Miljøterapiprosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse og idrettsfag og Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering. Samarbeidet kom i gang etter et initiativ fra nevnte avdeling med et ønske om å utvikle og forbedre det miljøterapeutiske tilbudet. Tre enheter innen seksjonen Ressurs og sikkerhet er valgt til å være med i prosjektet. Denne rapporten har blitt utviklet i samarbeid med en av enhetene som er med i miljøterapiprosjektet. Enheten tilbyr behandling og rehabilitering til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I hovedsak dreier det seg om pasienter med schizofreni eller andre psykoselidelser. Enkelte pasienter har også tileggsproblematikk som selvskadning, uro/agitasjon og rusmisbruk. Ofte opplever pasientene stor symptombelastning og har betydelige funksjonsnedsettelse på flere områder. Forløpet av lidelsen og hvordan den arter seg varierer fra pasient til pasient. Pasientene har behov for behandling og rehabilitering slik at de på best mulig måte kan mestre livet

hjemme, i egen bolig og i lokalsamfunnet. Enheten tilbyr også behandling etter lov om tvungent psykisk helsevern. Noen sliter også med tilleggssymptomer som selvskading, uro/agitasjon og rusmisbruk.

I notatet om mål og verdigrunnlag som enheten tidligere har utarbeidet defineres mål for virksomheten. Hovedmålet for enheten er å utvikle og representere en spesialisert kompetanse innen psykosebehandling og psykososial rehabilitering til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og andre tilleggsp problemer/lidelser. Fokus i denne behandlingen og omsorgen vil være å skape et godt miljø for personer som har behov for lengre tids behandling og rehabilitering. Dette forutsetter at det miljøterapeutiske tilbudet utvikles blant annet gjennom å vektlegge den miljøterapeutiske samtalen. På grunn av pasientgruppens sammensatte problemer, må tilbudet tilpasses den enkelte pasient og pasientgruppens forutsetninger, ressurser og funksjonsnivå. Et slikt personorientert miljøterapeutisk opplegg innebærer at det legges et brukerperspektiv på behandlingen og omsorgen – og at det etableres gode samarbeidsrutiner og relasjoner med kommunene slik at pasientens muligheter for personlig og sosial rehabilitering fremmes (Nysveen, 2008).

Den terapeutiske relasjonen blir sett på som det aller viktigste i miljøterapeutisk arbeid. Det å skape tillitsfulle relasjoner til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og et samtidig rusproblem vil være en faglig utfordring. En forutsetning for å skape disse relasjonene er at det utvikles en kultur hvor hele personalgruppen blir trygge på hvordan de best kan utvikle god kvalitet i de terapeutiske relasjonene. I miljøterapi prosjektet ønsker vi å utvikle en miljøterapi som gjennom meningsfulle relasjoner og terapeutiske samtaler bygger opp under menneskenes evne til å mestre et liv i det samfunnet denne personen skal leve. Miljøterapien må ha et åpent perspektiv mot – og aktiv samhandling med – den kommunen den enkelte person skal flytte tilbake til.

Innen miljøterapi benytter man seg av flere teoretiske modeller både for å forklare og begrunne miljøterapeutiske intervensjoner. Miljøterapien tar ikke utgangspunkt i en spesiell metode, men inneholder både planlagte og mer spontane metoder. Med denne formen for organisering gjør man

det mulig å utnytte samhandling, aktiviteter, det fysiske miljøet og hele behandlingssystemet på en terapeutisk måte (Stensrud, 2007). En måte å definere miljøterapi kan være:

Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjøring av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning og gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre hensiktsmessige handlingsmønstre. (Andersen, 1997:12)

Denne definisjonen dekker både de ytre rammer og strukturer i et miljøterapeutisk behandlingsmiljø. Det legges videre vekt på det relasjonelle aspekt mellom pasient og personale, både når pasienten er innlagt i institusjon og når pasienten er tilbake i sitt lokalmiljø. Det som imidlertid ikke kommer tydelig fram i denne definisjonen, er hvordan man vektlegger pasientens tidligere erfaringer og opplevelser og bruker disse aktivt i personens bedringsprosess.

Pasientene som behandles ved disse enhetene, vil være knyttet til den enkelte enhet for en kortere eller lengre periode i sitt liv. Imidlertid kan denne perioden bli avgjørende for den enkeltes vekst og utvikling. For at dette skal skje er det viktig at de ansatte i miljøet har god faglig kompetanse og evner å forstå og samarbeide med pasientene ut fra et helhetsperspektiv.

Som en selvstendig del av miljøterapiprosjektet har det så langt blitt publisert to mastergradsoppgaver (Stensrud, 2007; Østby, 2007). Den ene mastergradsoppgaven: Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser (Stensrud, 2007). I denne studien fant Stensrud at relasjon mellom pasient og personale er en grunnleggende faktor i en virksom miljøterapi. Her vil personalets faglige kompetanse, mellommenneskelige kompetanse og personlig egnethet spille en avgjørende rolle. I tillegg til dette må en virksom miljøterapi legge til rette for at pasienten kan bruke sine erfaringer og ressurser i sin bedringsprosess. Primærrelasjonen må i miljøterapien utøves som et gjensidig samspill mellom omgivelsene. Dette samspillet innbefatter også institusjon og sam-

funn. Et annet funn i den studien viste at selv om miljøterapeutene har en bred faglig forståelse, har den medisinske modell forrang i kliniske spørsmål. En grunn til dette kan være at miljøterapeutenes relasjonelle forståelse mangler en god nok faglig forankring. Dette kan gi en faglig utrygghet som gjør det vanskelig både å synliggjøre og argumentere for en miljøterapeutisk tenkning (Stensrud, 2007).

Miljøterapiprosjektet har i alt sju delmål og denne rapporten vil være rettet mot det første delmålet:

Kartlegge og beskrive hvordan de strukturerte og spontane miljøterapeutiske samtaler gjennomføres ved tre poster og hva som bidrar til at pasientene opplever disse samtaler terapeutiske i et helsefremmende perspektiv.

Den miljøterapeutiske samtalen har som et mål og stimulere til pasientens bedring og mestringsevne. Disse samtaler kjennetegnes ved at de er hverdagsnære og at de fokuserer på langsiktige mål knyttet til pasientens evne til å klare seg i egen bolig og opplevelse av livskvalitet og til å stimulere bedringsprosesser. De er til hjelp for å forstå verden gjennom kunnskap om løsning av praktiske og dagligdags utfordringer gjennom økt kunnskap om egen lidelse. Å stimulere til livsmening ved å legge vekt på verdier som håp, tro, respekt og likeverd og til å fokusere på pasientens mål og opplevelse av livskvalitet (Østby, 2007). Dette vil bety at den miljøterapeutiske samtalen har et helsefremmende mål, det vil si at personalet arbeider for at pasienten skal oppleve at livssituasjonen og de daglige utfordringene er forståelige, at de er mulige å håndtere og at livet kjennes meningsfullt (Nysveen, 2008).

Den andre masteroppgaven har rettet fokus mot temaet «Den miljøterapeutiske samtalen» (Østby, 2007). Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan den miljøterapeutiske samtalen kan bidra som en del av den totale tilnæringsmåten til pasienter med en psykoselidelse. Tidligere forskning på dette feltet viser at det er vanskelig å finne forskning som retter seg mot miljøterapeutiske samtaler foretatt av personell som arbeider klinisk i et behandlingsmiljø (Østby, 2007). Studien konkluderer med at miljøterapeutiske samtaler kan være en viktig kanal inn i samarbeidet

med pasienter med psykoselidelse, men dette vil kreve at miljøpersonale kan anvende disse samtalerne på en særegen måte, slik at de best mulig kan komme pasientgruppen til gode. Studien viser at denne form for samtaler er basis for samhandling med pasientene. Samtalen er individuelt tilrettelagt for å skape et tillitsforhold til pasienten som kommer til nytte i det totale behandlingssamarbeidet. Disse samtalerne er en del av en sammenhengende prosess med den hensikt å virke positivt inn i forhold til pasientens psykoselidelse. Prosessen bærer videre preg av en undrende tilnærming fra miljøpersonalet og som man ønsker at pasienten skal ta del i for å bedre kunne reflektere over sin livssituasjon. Dette vil fra personalets side kreve en enkel og tilrettelagt samtaleform, men samtidig å kunne gi rom for pasientens spontanitet som vil være påvirket av en varierende psykisk tilstand (Østby, 2007).

Som en modell å arbeide etter i den planlagte miljøterapeutiske samtalen ble sykepleieplanen brukt. Planen er et hjelpemiddel for å fremme samarbeidsprosessen og til å stimulere problemløsning og mestring. Sykepleieplanen består av fem komponenter som: problemer, ressurser, tidligere problemløsninger, ønskemål og ny problemløsning. De fire første komponentene i planen er et forsøk på å nærme seg pasienten sin livsverden, samtidig vil disse være et uttrykk for innsiktsbegrepet som ligger innebygd i sykepleier-pasient-fellesskapsmodellen. Innsiktsbegrepet forutsetter et helhetssyn, noe som innebærer at vi må søke å få fram pasientens forståelse og erkjennelse av egne problem, muligheter og ressurser, og hvilke faktorer som påvirker han utenfor seg selv. Denne innsikten vil medføre en forståelse på hvordan pasienten tidligere har prøvd å løse sine utfordringer og hvilke verdier han / hun ønsker at livet skal styres etter. Bruk av planen skal dokumentere virksomheten, strukturere samarbeidet og bidra til en oversikt over livssituasjonen, samtidig utfordre til handling slik at den enkelte person kan representere seg selv på en mer aktiv og myndig måte (Hummelvoll, 2006).

Prosjektet har et bredt fagutviklingsperspektiv hvor målet er å heve miljøpersonalets kompetanse i å utøve miljøterapi i tråd med prosjektets beskrevne faglige grunnlag. I dette perspektivet vil den enkelte enhet ha mulighet til forskjellige fagutviklingsprosjekter ut fra behovet for kompetanseheving. Forskningsdelen i miljøterapiprosjektet vil ha to områder

som det fokuseres på. Det ene området er relatert til *språket, dialogen og den miljøterapeutiske samtalen*. Det andre området knyttes til *rehabiliteringsprosessen og den enkelte persons bedringsprosess*. Her trekkes lokalsamfunnspektivet inn.

Prosjektet har et handlingsorientert forskningssamarbeidsdesign med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Forskningsopplegget er videre kvalitativt, utforskende og beskrivende. Bakgrunnen for valg av handlingsorientert forskningssamarbeid (co-operative inquiry) er at de aktuelle enhetene ønsker å utvikle og forbedre sin praksis. Her vil personalet fungere som medforskere og bidra med gyldige data og tolkninger siden det dreier seg om erfaringer som er forankret i deres konkrete virkelighet. Det er dessuten erfaring for at denne formen for aksjonsforskning gir resultater med lengre varighet enn forskningsopplegg hvor deltagerne ikke influerer på forskningsprosessen. Ved å benytte en handlingsorientert forskningsstrategi, vil også personalet i de aktuelle postene bli trukket aktivt med i refleksjon og fordypning av egen praksis, samt utvikling og evaluering av denne. Dette er av betydning for å skape et engasjement som gjør at bevissthet og interesse vedlikeholdes hos personalet. Et slikt engasjement er nødvendig for at personalet skal kunne videreføre og videreutvikle praksis også etter prosjektet er avsluttet. Selve kjernen i forskningsmetoden er en bevisst og selvkritisk bevegelse mellom erfaring og refleksjon som gjennomgår flere sykluser hvor idéer, praksis og erfaring blir systematisk finslipet og forbedret.

*Hensikten* med miljøterapiprosjektet er å gi et bedre miljøterapeutisk behandlingstilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem ved å bidra til kompetanseheving hos personalet. Hovedmålet med prosjektet er å systematisere og utvikle det faglige miljøterapeutiske tilbudet til mennesker med alvorlig psykiske lidelse og et samtidig rusproblem, samt pasient og pårøndererfaringer, basert på vitenskapelig kunnskap og praksisbasert kompetanse, slik at tilbudet oppleves meningsfylt for pasienter, pårørende og ansatte i de ulike poster, samt ansatte i kommunen. Hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse for og videreutvikle den miljøterapeutiske samtalen.



I denne rapporten vil det i kapittel to være en presentasjon av forskningsfeltet som inneholder en kort beskrivelse av avdelingen for psykosebehandling og rehabilitering, samt en fyldig beskrivelse av enheten hvor granskningen er gjort. Kapittel tre beskriver metoden der datainnsamling gjennom fire fokusgruppeintervjuer med et utvalg av personale ansatt på enheten, og analyse presenteres. I kapittel fire presenteres funn fra intervjuene, og i kapittel fem følger en oppsummerede diskusjon.



## 2 FORSKNINGSFELTET

### Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering

Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering er en av fire sentralsykehusavdelinger innenfor Sykehuset Innlandet, Divisjon psykisk helsevern. Avdelingen har som hovedmålsetting å:

*«Gi mennesker med schizofreni eller annen alvorlig sinnslidelse et aktivt og mest mulig helhetlig behandlings- og rehabiliteringstilbud.»*

Avdelingen ønsker å tilby aktuell pasientgruppe et faglig godt behandlingstilbud basert på kunnskapsbasert og anerkjent kunnskap både nasjonalt og internasjonalt, og som er tilpasset pasientens ressurser og utviklingspotensiale. Særlig viktig vil det være å tilrettelegge for en behandling som muliggjør at pasienten blir en aktiv deltager i egen behandling. I tillegg til gode interne samarbeidsrelasjoner ønsker avdelingen å videreutvikle samarbeidet med distriktpspsykiatriske sentra, kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner. Viktig er også samarbeidet med andre sykehusavdelinger og andre faglige nettverk.

Målet er å tilby pasienter med en schizofreni eller annen psykose et godt faglig behandlingstilbud med hensyn til tidlig intervensjon ved mistanke om psykoselidelse, tidlig diagnostikk, adekvat behandling oppfølging i sengepost eller poliklinikk og et godt ettervern i samarbeid med andre behandlingsnivåer.

Psykiske lidelser forstås som komplekse systemer hvor psykososiale oppvekstvilkår og den enkeltes livssituasjon spiller sammen med genetiske og konstitusjonelle faktorer. En behandlingstilnærming til pasientens problemer må derfor bygge på forståelse hentet fra medisinsk behandling, individualterapi, miljøterapi og en sosialpsykiatrisk forståelse.

Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering er delt opp i tre seksjoner; seksjon for utredning og tidlig diagnostikk, seksjon for ressurs- og sikkerhetspsykiatri og seksjon for rehabilitering.

## Beskrivelse av enheten

*Utarbeidet av Kari Veisten*

Enhetens fysiske tilhold er på Reinsvoll, i Oppland. Etter en funksjonsendring i 2006, er enheten nå organisert under ressurs- og sikkerhetsseksjonen i avdelingen. Den er lukket, har 11 pasientplasser. Enheten er organisert og tilrettelagt for å møte pasientgruppens behov. Lokalene ble pusset opp i 2006, og er moderne og funksjonelle.

Enhetens målgruppe er mennesker med schizofreni eller annen psykotisk grunnlidelse, og som er i behov av langvarig behandling og/eller rehabilitering. Noen av pasientene har tidligere vært innlagt på institusjon, uten at behandlingen har ført frem. Mens andre kan ha fått tilbakefall etter tidligere behandlingsopphold. Av og til tilbys også pasienter et medikamentskifte under kontrollerte betingelser.

Av enhetens 11 pasienter har halvparten av pasientene har vært innlagt under ni måneder. Resten har vært innlagt mellom to og fire år. Noen av disse har også hatt flere lengre behandlingsopphold på institusjon. I prosjektperioden har det vært 6–7 pasienter som mottar behandling under lov om tvungen psykisk helsevern. De siste tolv månedene har posten hatt tolv utskrivelser. Organiseringen tilsier at enheten i perioder avlaster både sikkerhetsposten og akuttposten. Dette innebærer en uensartet pasientgruppe med tilleggsproblematikk i forhold til sikkerhet, rus, selvskading, suicidalitet, og personlighetsforstyrrelser. Dette krever en stor grad av fleksibilitet og omstillingsevne innad i enheten.

Fagutviklingsperspektivet i Miljøterapiprosjektet har som mål å heve miljøpersonalets kompetanse i å utøve miljøterapi i tråd med prosjektets beskrevne faglige grunnlag. Prosjektet har i stor grad bevisstgjort personalet i forhold til faglige begrunnelser og faglige dialoger rundt planlegging, gjennomføring og evaluering av miljøterapien. Innføringen av sykepleiedokumentasjon i EDS, våren 2008, har vært en utfordring i så måte. En grundig evaluering av EDS i oktober 2008, viste at personalet på enheten opplever svakheter både teknisk, kvalitetsmessig og sykepleiefaglig. Vår faglige referanseramme og vårt fagspråk oppleves ikke som en integrert del av EDS pr. i dag. Vi savner muligheten til å synliggjøre vårt faglige grunnlag på en bedre måte i rapporter og behandlingsplaner.

Et av delmålene i prosjektet er å gi studentene fra høgskolene i regionen et fruktbart læringsmiljø. Skoleåret 2007/2008 gjennomførte vi et «Studentprosjekt» i samarbeid med Høgskolen på Gjøvik, der hovedmålet var å kvalitetssikre veiledningen av studenter i praksis. Vi har pr. i dag 3 sykepleierstudenter i praksis, gjennom hele skoleåret. Deltagelsen i Miljøterapiprosjektet denne perioden, ga oss gode faglige innspill i utarbeidelsen av progresjonsstiger for tre veiledede praksiser i psykiatri. Vi har også videreført dialogundervisningen for studentene på enheten. En eller to fra personalet innleder et tema, og har deretter en dialog med studentene. Målet er å knytte fag og praksis sammen. Tilbakemeldingene fra studentene er positive.

Enheten har to enhetsledere og to overleger/psykiatere. Ellers har enheten 7 psykiatriske sykepleiere, 3 spesialsykepleiere, 5 sykepleiere, 5 hjelpepleiere, en spesialhjelpepleier, 2 sosionomer med videreutdanninger, en ergoterapeut m/videreutdanning i psykisk helsearbeid, to omsorgsarbeidere, en postsekretær, en kostvert og flere assistenter. Til sammen utgjør dette 30,3 stillingshjemler.

Personalet er delt inn i tre tverrfaglige grupper. Alle pasientene på enheten har en dokumentansvarlig/primærkontakt, men alle på gruppa har et felles ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av behandlingen og miljøterapien. Dette foregår i hovedsak på «gruppemøtene» hver tredje onsdag. Sosionomene og ergoterapeuten jobber også på tvers av gruppene. Flere miljøterapeuter i enheten har kompetanse på spesielle

områder. Eksempler på dette er: Terapeutisk konflikthåndtering, barn som pårørende, friluft/tur, dobbeltdiagnose, nettverksarbeid, kognitiv terapi, familiearbeid, brukermedvirkning og pasientundervisning. Disse ressurspersonene benyttes aktivt i pasientarbeidet og til undervisning og veiledning av det øvrige personalet og studenter. Enhetens kompetanseplan for 2009 har følgende opplæringsmål:

- Å systematisere og utvikle det faglige miljøterapeutiske tilbudet til pasientene på enheten.
- På best mulig måte utnytte den kompetansen som allerede finnes i enheten.
- Sikre alle ansatte og studenter et fruktbart læringsmiljø.

## Behandling og tilbud på enheten

**Utredning og kartlegging:** Pasientens sykehistorie er viktig. Dette omfatter en kartlegging av alle episoder med symptomer på psykisk eller somatisk sykdom, sårbarhetsfaktorer, mulige utløsende og vedlikeholdende faktorer, dagliglivets funksjoner (ADL), kognitive funksjoner og mestringsstrategier, samt tidligere behandlingsforsøk. Det er også viktig å få oversikt over pasientens bosted, sosiale nettverk, økonomiske situasjon og hva som tilbys av hjelp, støtte og bistand i hjemkommunen. Miljøterapeutene etterstreber at kartleggingen blir et samarbeidsprosjekt mellom pasienten, miljøpersonalet og behandlende lege. Det er viktig å finne ut hvordan pasienten selv opplever sin lidelse og konsekvensene av den.

**Miljøterapi:** Enheten ønsker å bedrive en målrettet miljøterapi, der pasientens ønsker og behov er utgangspunktet for planleggingen. Pasientens deltagelse i planlegging og evaluering av egen behandlingsplan, vil øke sjansene for å lykkes i arbeidet. Målet er at pasientene skal leve best mulig med sin lidelse, ut fra sine egne forutsetninger. Noe av det mest sentrale vil være å hjelpe pasienten til å kartlegge og ta i bruk egne ressurser, til å bevare og styrke eget sosialt nettverk og til å styrke sin egen problemløsnings- og mestringssevne. Vi ønsker at enheten skal være en «vekstmiljø» der pasientene får denne muligheten.

Gundersons miljøterapeutiske prosesser og ego-støttende sykepleie har vært enhetens teoretiske referanseramme gjennom flere år. Teoriene og begrepene er kjent for de fleste, men bruken er fortsatt lite synlig i det daglige arbeidet. I løpet av de to siste årene ser vi at personalet også støtter seg mer til annen teori i planleggingen av miljøterapien. Eksempler på dette er økt fokus på relasjonsarbeid, samtalen/dialogen, kognitiv terapi, integrert behandling, brukermedvirkning og lovverket.

Den miljøterapeutiske samtalen var et satsningsområdet i 2007. Gjennom denne satsingen ønsket miljøpersonalet å fokusere:

- Å få mer kunnskap om, og øvelse i kommunikasjon med psykotiske pasienter og pasienter med selvskading/rus som tilleggsproblematikk. Hvordan innlede en samtale, opprette kontakt, og få svar på det vi ønsker?
- Å benytte aktuelle ressurspersoner til å innlede på dialogundervisning, med påfølgende tverrfaglig dialog. Forskjellige teknikker og råd kunne prøves ut i samtalene på enheten. Positive og negative erfaringer skulle bringes tilbake til neste dialogundervisning.
- Å forsøke «trekantsamtaler»: To miljøkontakter skulle ha samtale med en pasient. En av miljøkontaktene skulle lede samtalen og en skulle observere. Det var viktig å planlegge samtalen sammen i forkant, og gi hverandre tilbakemeldinger i etterkant.

Den foreløpige analysen fra pasientintervjuene som ble gjennomført i juni 2008, viste at pasientene ønsket seg flere samtaler, og i løpet av høsten samme år ble det bestemt at vi skulle gjøre et forsøk med bruk av Hummelvoll's sykepleieplan i planlagte miljøterapeutiske samtaler. Å anvende sykepleieplanen var utfordrene for miljøpersonalet. Få i personalgruppa hadde kjennskap til, og erfaring med hvordan sykepleieplanen skulle brukes. Den ble presentert på en dialogundervisning, og alle som ønsket å forsøke å bruke planen fikk tilbud om veiledning. Noen ivrige sykepleiere kom raskt i gang, og erfaringene de presenterte på rapporter og dialogundervisninger i etterkant, motiverte flere til å komme i gang. Erfaringene fra disse samtalene ble oppsummert på et fokusgruppeintervju i slutten av januar i år.

Miljøpersonalet synes at de generelt har fått en økt bevissthet rundt både den planlagte og den uformelle miljøterapeutiske samtalen. Erfaringer deles både på dialogundervisninger og ellers i hverdagen. Vårt økte fokus på brukermedvirkning, målsetting for oppholdet og mestring har også bidratt til at samtalen og dialogen har fått en større plass i behandlingen.

**Fellesaktiviteter:** Det er en del gruppeaktiviteter på enheten. For eksempel er det trim og svømming 2 ganger i uka, fellestur en gang i uke og pasientundervisning hver 14. dag. I tillegg til dette har fritidsavdelingen på sykehuset kulturelle fellesaktiviteter som pasientene på alle enheter kan delta etter eget ønske. Dette planlegges i samarbeid med pasienten, miljøpersonalet og behandlende lege.

Pasientundervisningen har temaer som: Sykdomslære (psykose, angst og depresjon), medisiner, kosthold, rus, individuell plan, økonomiske rettigheter, fysisk aktivitet, hvordan forebygge tilbakefall osv. Tre av miljøterapeutene har ansvaret for gjennomføringen. Av og til benyttes andre resurspersoner, som lege, prest, kokk og fysioterapeut i undervisningen.

Sykehuset har også stall med flere hester, lavvo, gapahuk, tennisbane, ballbinge, utendørs sjakk, paviljong m/grill, snekkerverksted, arbeids/hobbyrom, musikkrom, treningskjøkken, kapell, bibliotek og datarom.

Miljøpersonalet har erfart at det kan være vanskelig å videreføre aktiviteter som pasientene har begynt med på sykehuset. Hjemkommunene kan ofte ikke tilby det samme, og/eller pasientene har ikke økonomi til å fortsette med aktivitetene etter utskrivelsen. Samarbeidet med pasientenes hjemkommune er derfor vesentlig i denne planleggingen.

**Medikamentell behandling:** For de aller fleste pasienter inngår medikamentell behandling som en viktig del. Mange av pasientene har brukt forskjellige typer medikamenter tidligere, men ikke alltid med tilfredsstillende resultat. Man forsøker i de enkelte tilfeller å finne den medikasjon og dosering som gir tilfredsstillende effekt på psykosen og evt. andre symptomer, og med minst mulig bivirkninger.



**Pårørendearbeid:** I disse dager utarbeides det en ny prosedyre for pårørendearbeidet på enheten. Vi har her tatt utgangspunkt i tidligere prosedyrer og erfaringer, tilbakemeldinger fra pårørende og pasienter, kunnskap fra familieskolen og veilederen fra Helsedirektoratet: «Pårørende – en ressurs». Vi er opptatt av at tilbudet skal tilpasses den enkelte, samtidig som vi ønsker å sikre et minimum av kontakt. I tillegg er det viktig å øke kunnskapen om pasientenes og de pårørendes rettigheter etter helselovgivningen. Dette er viktig fordi vi ofte står i den situasjonen at vi ønsker å gi et godt tilbud til pårørende, men at pasienten av ulike grunner ikke ønsker at vi skal ha denne kontakten.

Fire av enhetens ansatte har utdanning som gruppeleder i psyko-educativt flerfamiliearbeid. To av disse driver en flerfamiliegruppe i «Familiehuset Bjørkli». Seks tidligere pasienter og deres familier deltar i gruppen. Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering på Reinsvoll, har egen koordinator for flerfamiliegruppearbeid. Dersom pasienter på enheten ønsker å delta på flerfamiliegruppe, kan behovet meldes til henne. To ganger årlig (mai og oktober) arrangeres det et felles pårørendeseminar for alle enhetene i avdeling for psykosebehandling og rehabilitering på Reinsvoll. Hit inviteres både inneliggende og utskrevne pasienter med sine pårørende. Ansatte deltar da som gruppeledere. Barn av psykisk syke, tilbys et eget tilpasset opplegg. Enheten har to sykepleiere som har spesiell kompetanse på dette området.

**Kommunesamarbeid:** De fleste pasienter som får behandling på enheten, har behov for sammensatte tjenester etter utskrivelsen. Dersom pasienten allerede har et etablert hjelpeapparat i sin hjemkommune, starter vi samarbeidet allerede før innleggelsen. Når pasienten, av ulike årsaker, ikke har mottatt tjenester fra hjemkommunen, starter arbeidet med å få opprettet en ansvarsgruppe og en koordinator tidlig i behandlingsforløpet. Vi legger vekt på å etablere en god dialog og få til gode samarbeidsrutiner mellom enheten og kommunene. Dette vil sikre god behandling, fleksible overganger og kontinuitet i pasientbehandlingen.

Enheten arbeider aktivt med å få til gode utskrivningsprosesser for flere av pasientene (7–8 pasienter). En av utfordringene er å finne egnede bo- og hjelpetilbud til disse pasientene. Dette arbeidet koordineres i stor grad av

enhetens sosionomer. I utskrivelsesprosessene benytter posten en god del ressurser på utadrettet virksomhet. Personalet på enheten deltar på planleggingsmøter, gir veiledning og følger opp pasienten i egen bolig i en «overlappingsperiode». Det er viktig å avklare mål og ansvarsforholdet mellom enheten og kommunen i denne perioden. Pasienten skal oppleve trygghet sammen med de som skal overta oppfølgingen, før vi trekker oss ut.

Det er ingen fast mal eller tidsramme for ettervern, dette tilpasses den enkeltes behov og avtales i hvert enkelt tilfelle. Eksempler på ettervern er: Veiledning til personalet i kommunen, hjembesøk hos pasienten og deltakelse på ansvarsgruppemøter en avtalt periode.

**Brukermedvirkning:** Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Enheten har *deltagelse, samarbeid og medbestemmelse* som sentrale verdier nedfelt i dokumentet: Mål og verdigrunnlag for enheten.

En aktiv brukermedvirkning kan ansvarliggjøre pasientene i større grad og bidra til økt treffsikkerhet i forhold til planlegging, gjennomføringen og evaluering av behandlingen. I tillegg ønsker vi at dette skal styrke pasientenes selvfølelse og bedringsprosesser.

De to siste årene har det vært økt fokus på hvordan enheten kan videreutvikle brukerperspektivet. Bl.a. har en utprøvd at pasientene deltar på behandlings- og evalueringsmøter. Erfaringene med dette er delte, noen pasienter ønsker ikke å delta, mens andre har deltatt aktivt.

Miljøpersonalet har utarbeidet en brosjyre om enheten der brukermedvirkning er et av temaene. Pasientundervisning om brukermedvirkning er gjennomført en gang. Mange deltok, både fra personalgruppa og pasientgruppa. Dialogen i etterkant var meget nyttig. Vi planlegger å gjenta denne undervisningen jevnlig.

## 3 METODE

Den overordnede forskningstilnærmingen for prosjektet er handlingsorientert forskningssamarbeid som hører inn under aksjonsforskningstradisjonen (Reason & Heron, 1986; Hummelvoll, 2003; Hummelvoll, 2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid skal fremme den faglige kompetansen hos ansatte gjennom systematisk refleksjon over praksiserfaringer og medskapning av relevant kunnskap. Dette kan bidra til sentral kunnskap innen psykisk helsearbeid. Arbeidet har et beskrivende, utforskende og kvalitativt design for nettopp å kunne belyse sentrale problemstillinger i praksisfeltet. Hensikten er forskning for praksis, i praksis og sammen med praksis. Det er ønskelig at det er kort avstand i tid mellom kunnskapsdannelse og anvendelse ved at kunnskapen samskapes. En slik tilnærming har sitt teoretiske fundament i en humanistisk orientering. Deltagerne er involvert både som medforskere og som medsubjekter. Dette innebærer at refleksjoner som medfører forandringer, skjer parallelt med forskningen. Forskere og medforskere starter der problemet oppleves, og søker primært å forstå disse i den lokale sammenheng. Kjentetegn ved forskningen er at den er refleksiv, fleksibel og prosessuell isteden for en mer lineær forskning som er den tradisjonelle formen (Hummelvoll, 2003).

Handlingsorientert forskningssamarbeid innebærer at en utvikler kunnskap gjennom fire faser. Den første fasen har som mål å bli enige om hva som skal utforskes. Forskeren og medforskerne bestemmer dette sammen på bakgrunn av en kartlegging av feltets konkrete behov (fase 1). Etter en slik overordnet beslutning må en utvikle en mer detaljert plan for hvordan selve forskningsaksjonen skal gjennomføres og hvordan holdninger

og prosedyrer skal registreres (fase 2). Så følger en naturlig fordypning i praksis. Her åpner en for nye erfaringer. En slik fordypning i praksis er avgjørende for den nye kunnskapsdannelsen (fase 3). Avslutningsvis vender en tilbake til de opprinnelige spørsmålene og ser disse i lys av nye erfaringer. Her foregår en kritisk refleksjon som gjør at man kan avvise, revidere og videreutvikle ideer og modeller (fase 4). Gjennom alle fasene foregår en kontinuerlig kunnskapsdialog som har som mål å fremme en reflektert og bevisst praksis (jf. Hummelvoll, 2003).

## Datainnsamlingsmetode og analyse

Flerstegs fokusgruppeintervju ble brukt som datainnsamlingsmetode. Ideen bak metoden fokusgruppeintervju er at gruppeprosessen kan hjelpe mennesker til å få uttrykke og klargjøre deres synspunkter på en måte som hadde vært vanskeligere å få til ved et ordinært en-til-en intervju. Gruppemedlemmene blir oppmuntret til å utforske deres egne meninger og diskutere synspunkter. Spontane og følelseladde uttalelser om temaet som blir diskutert kan ofte komme fram (Kvale, 1997). På denne måten kan fokuserte gruppeintervjuer få frem dimensjoner og forståelse som ville vært utilgjengelig med andre metoder (Kizinger, 1995). Ved at samme gruppe møtes flere ganger ble det en lengre prosess i gruppen. Det som karakteriserer en flersteg-fokusgruppe er at tilnærmet samme gruppe undersøker et fokusert tema gjennom flere møter. Metoden er å forstå som undersøkende kunnskapsdialoger som fokuserer erfaringsnært materiale. I dialogene skapes muligheter for å løfte medforskernes erfaringer opp på et høyere abstraksjonsnivå. Nye synspunkter vil kunne vokse frem over tid, og gruppens indre liv blir rikere. Her er det mulig å utforske felles forståelse av temaer og gå mer i dybden (Hummelvoll & Severinsson, 2004). Et vesentlig kjennetegn ved flersteg fokusgrupper er, etter vår erfaring, at den opprinnelige gruppesammensetningen kan endres ved de påfølgende samtaler. I og med at gruppesamlingene strekker seg over tid, vil det være slik at ikke alle som møtte første gang har mulighet til å stille ved neste samtale. Følgelig kan nye medlemmer komme til ved de påfølgende samtalene. Dette viste seg å være en fordel fordi gruppeeffekten med mer eller mindre press i retning av konsensus ble utfordret av nye medlemmer som har alternative synspunkter eller perspektiver. Slik sett ble dynamikken i

gruppen stimulert og bidro til at granskningen av det fokuserte tema utdypes eller utvides med aspekter som den opprinnelige gruppen ikke så eller var klar over. I disse fokusgruppeintervjuene var gruppestørrelsen såvidt stor og stabil (se under) at kjerneprosessen i kunnskapsdannelsen ikke ble hemmet og at kontinuiteten i gruppen ikke ble svekket (jf. Hummelvoll, 2007). Samtalene ble styrt av en moderator, som var en av forskerne. Det var også en co-moderator med som spesielt konsentrerte seg om gruppedynamikken og bisto moderator under fokusgruppeintervjuet (jf. Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen, 1997). I tillegg deltok en referent som tok notater til støtte for foreløpig analyse og den endelige analysen.

Fra enheten deltok til sammen 12 medforskere/ respondenter i fokusgruppeintervjuene. I hvert av fokusgruppeintervjuene deltok 6–10 medforskere. Det var 2 menn, og 10 kvinner mellom 26 og 52 år. De fleste var over 40 år. Alle har lang erfaring innen psykisk helsearbeid (2,5 år – 20 år) gjennomsnittlig 10 år. De fleste var psykiatriske sykepleiere eller sykepleiere, men også sosionom og omsorgsarbeidere var medforskere.

Det ble gjennomført 4 fokusgruppeintervjuer ca hver 4 uke høsten 2008. De tre første hadde som tema den planlagte miljøterapeutiske samtalen. Det siste fokusgruppeintervjuet hadde fokus på erfaringer med bruk av sykepleieplanen som ble utprøvd. Hvert fokusgruppeintervju varte i ca 1,5 time, og ble tatt opp digitalt. Intervjuet startet med å informere om hensikten med intervjuet og rollen til moderator og observatør. Intervjuguiden som hadde blitt utviklet til dette første intervjuet, ledet samtalene. Etter fokusgruppen ble intervjuet transkribert, og analysearbeidet startet ved at man leste intervjuet flere ganger, samt gikk gjennom feltnotatene. Sentrale begrep og analytiske spor i intervjuet ble identifisert, og nye spørsmål til neste fokusgruppeintervju ble klarlagt. Den foreløpige analysen ble presentert for postens medforskere i eget møte, og medforskerne skulle reflektere over temaet til neste fokusgruppeintervju. I dette forskningssamarbeidet, hvor deltagerne er å forstå som medforskere, ble møtereferatene, analysen og tolkningen av materialet gjort til gjenstand for diskusjon. Medforskerne ble invitert til å komme med synspunkter og kommentarer, og ble også oppmuntret til å reflektere over den miljøterapeutiske samtalen mellom fokusgruppeintervjuene. På neste fokusgruppeintervju ble spørsmål som

hadde fremkommet i den foreløpige analysen fokusert, samt de spørsmålene en ikke hadde fått tid til i første intervju, utforsket. En fikk utdypet temaene.

Moderator og observatør hadde dobbeltroller i fokusgruppeintervjuene: a) som samtaleledere og b) som «avanserte sekretærer». Moderator skal stimulere samtalen slik at alle får komme til orde, og underbygge samtalegranskende karakter ved å be om eksemplifikasjon, utdypning, undersøke relasjoner mellom fenomener og begreper. Gruppeprosessene har vært preget av mønstre en ofte ser i slike grupper: i perioder har noen vært aktive, mens andre har vært mer tause. Dette kan skyldes at noen føler at de har for lite kjennskap til miljøterapeutiske prosesser som var i fokus, og at enkelte var mer engasjert. Generelt var atmosfæren god og aktiviteten økende, og det var stor grad av konsensus. Metoden var, som nevnt, godt innkjørt i enhetene, noe som gjorde situasjonen mer avslappet. Totalt har det i enhet vært gjennomført 7 fokusgruppeintervjuer i prosjektperioden.

Analysen av materialet som helhet ble gjort med en tilpasset kvalitativ innholdsanalyse (Denzin & Lincoln, 1998). Moderator og assisterende moderator utførte analysearbeidet. Alt materiale fra fokusgruppeintervjuene og feltnotater ble lagt til grunn. Etter at alle fokusgruppeintervjuene var gjennomført og transkriberingen fullført, startet den samlede analysen etter følgende trinn inspirert av Graneheim og Lundman (2004):

1. Alle fokusgruppeintervjuer ble gjennomlest flere ganger på nytt.
2. Koder og analytiske spor ble identifisert. Utsagn fra fokusgruppeintervjuene ble systematisert ved å samle utsagn som hørte under kodene sammen.
3. Kategorier og undrekategorier ble identifisert og gitt egne navn. Innholdet i kategoriene ble klargjort.
4. Kategoriene ble validert mot transkriberte intervju, og eksempler på utsagn var med å validere kategoriene.

Dette ble validert mot det utskrevne intervjuet, og eksempler på utsagn var med på å validere begrepene som fremkom (Hummelvoll & Severinsson, 2004; Hummelvoll, 2007). Et viktig trinn i analysen var å få forståelse for på hvilke områder det er konsensus eller uenighet. Analysen fokuserte på

to tolkningsnivåer, både tolkning på åpenbart innhold og på det usagte, underliggende nivå. En tilstrebet at de framkommende temaene skulle ha en intern og ekstern heterogenitet (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen ble også diskutert i forskergruppen gjennom arbeidets gang, for å sikre validiteten.

## Etiske overveielser

Miljøterapiprosjektet er initiert og ønsket av sykehusets ledelse, avdelingen og enheten. Studien ble framlagt til diskusjon i forskningsprosjektets prosjektgruppe, der også de etiske sidene ble vurdert. Full konfidensialitet for alle respondenter er en selvfølge. I presentasjon av materialet kan ingen enkeltmedarbeider gjenkjennes. Utskriftene er anonymisert. Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK øst) har godkjent prosjektet som helhet (ref: 104-07032a). Retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2002) ble fulgt. Prosjektet er godkjent av personvernombudet i Sykehuset Innlandet.





## 4 HVA KARAKTERISERER DEN PLANLAGTE MILJØTERAPEUTISKE SAMTALEN

I dette kapittelet vil funnene fra fokusgruppeintervjuene med personalet/medforskerne på enheten bli presentert.

Samtale med brukerne for å hjelpe brukerne til et liv der livsutfoldelsen og styring av eget liv er sentral i behandling av mennesker med psykiske problemer. Denne enheten ser dette også som viktig, og ønsket å utforske og styrke den planlagte miljøterapeutiske samtalen i egen virksomhet. Derfor var det stor aktivitet, og gode samtaler gjennom alle fokusgruppeintervjuene.

I forståelsen av hva som karakteriserer den planlagte miljøterapeutiske samtalen, er forståelsen fra fokusgruppeintervjuene inndelt i disse temaene:

### **Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen**

#### **Samtalens plattform**

#### **Utvikling av den planlagte miljøterapeutiske samtalen**

Kapittelet starter med en samlet tabell over temaer, kategorier og underkategorier som har fremkommet i analysen.

De overbyggende temaene blir presentert enkeltvis, sammen med temænes kategorier og underkategorier. Funnene blir kommentert og eksemplifisert med utsagn fra fokusgruppedeltagerne. Utsagnene er satt i kursiv.

Tabell 1: Oversikt over tema, kategorier og underkategorier fra funnene.

Tema	Kategorier	Underkategorier
Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen	Det selvstendige livet	Å bli tatt på alvor. Ansvarliggjøring. Selvstendigjøring. Medvirkning. Mestring.
	Lidelsen	Kognitiv svikt. Psykotiske opplevelser. Pasienten kan ikke være for dårlig. Opplevelse av å ha problemer – det vonde inni seg. Rus.
	Livserfaringer	Tidligere erfaringer. Vanlige erfaringer som hører livet til. Tidligere traumer.
	Emosjonelle tilstander	Håp. Skyld og skam. Sorg og taps opplevelse.
Samtalens plattform	Holdninger som bærer samtalen	
	Holdninger til brukermedvirkning	
	Holdninger til rusproblemer	
Utvikling av den planlagte miljøterapeutiske samtalen	Utprøving og utvikling av sykepleieplan	Det er godt å være to. Vi må styre kursen. Planen strukturerer samtalen. Videreføring/videreutvikling av sykepleierplanen.

## Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen

En av hovedtemaene i fra fokusgruppeintervjuene var innholdet i den miljøterapeutiske samtalen. Temaet viser en bredde i forståelsen som er viktig i møte med mennesker med alvorlig psykiske problemer. Både kategorier og underkategorier blir her bredt presentert.

*Tabell 2: Kategorier og underkategorier i temaet: Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen.*

<b>Tema</b>	<b>Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen</b>			
<b>Kategorier</b>	<b>Det selvstendige livet</b>	<b>Lidelsen</b>	<b>Livserfaringer</b>	<b>Emosjonelle tilstander</b>
<b>Underkategorier</b>	Å bli tatt på alvor. Ansvarliggjøring. Selvstendigjøring. Medvirkning. Mestring.	Kognitiv svikt. Psykotiske opplevelser. Pasienten kan ikke være for dårlig. Opplevelse av å ha problemer – det vonde inni seg. Rus.	Tidligere erfaringer. Vanlige erfaringer som hører livet til. Tidligere traumer.	Håp Skyld og skam Sorg og tapsopplevelse

### Det selvstendige livet

Miljøterapeut møter ulike utfordringer når en skal hjelpe mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse. Et sentralt område er å hjelpe pasientene til å leve et mer selvstendig liv. Den du møter kan være et menneske som er usikker i forhold til egen identitet og med problemer som depersonalisasjon og derealisasjon og ulike psykotiske opplevelser som nevnt tidligere.

I tillegg kan personen ha med seg livserfaringer som gjør at troen på seg selv og egne muligheter og ressurser har blitt svekket. Utfordringen når denne personen kommer til en psykiatrisk avdeling er å «ikke legge stein

til byrde» ved å tilby et system hvor andre i stor grad tenker, handler og mener for deg. En avdeling eller enhet er avhengig av å ha noen regler og rutiner, men den skal også gi den enkelte mulighet til å vokse, ta i bruk egne ressurser og utvikle en tryggere identitet og større selvstendighet. Men en må også som miljøterapeut tenke at den selvstendigheten vi skal hjelpe denne personen til å utvikle, ikke fører til en større ensomhet den dagen pasienten reiser tilbake til egen bolig.

Under fokusgruppeintervjuene var det særlig fem begreper som stod fram under dette temaet vi har kalt «det selvstendige livet». Det var: Å bli tatt på alvor, ansvarliggjøring, selvstendigjøring, medvirkning og mestring. Dette er begreper som henger tett sammen og kanskje også går over i hverandre. Vi vil likevel her forsøke å beskrive dem, ut fra funnene i fokusgruppeintervjuene, og drøfte dem hver for seg.

### Å bli tatt på alvor

*«De blir nok tatt mer på alvor». «Ja, de blir sett og hørt.»* Dette sier to av de ansatte i det siste fokusgruppeintervjuet når vi spør om erfaringer med bruk av sykepleieplanen i de planlagte miljøterapeutiske samtalene. De ansatte trekker fram at planen er en hjelp for pasientene til å forstå seg selv bedre og til å skape en sammenheng i sitt liv. I den sammenheng trekker noen fram at planen er en hjelp til å tydeliggjøre mål for oppholdet.

Flere av pasientene sliter med å forstå seg selv og de synes det er vanskelig å finne en sammenheng i livet sitt, i vært fall en meningsfull sammenheng. Når man i perioder er psykotisk vil det også kunne føre til at man føler seg fremmed i verden (Hummelvoll, 2006). En sentral oppgave i de miljøterapeutiske samtalene blir å hjelpe pasienten til å få en bedre klarhet i «hvem er jeg». I tillegg vil det ofte også være å forstå seg selv på en mer positiv måte enn det enkelte pasienter gjør. Når man får en diagnose som alvorlig psykisk syk og kanskje også i tillegg en rusdiagnose gjør dette noe med ens eget syn på seg selv. Goffman (1975) beskriver at individet går gjennom en innlæringsprosess og deler den opp i to faser. Den første fasen består i at individet tilegner seg de normales synspunkter som også omfatter hva en psykiatrisk pasient er og hva slags handlingsrepertoar en omtrentlig kan forvente seg av en slik person. Den andre fasen består i at vedkommende

senere oppdager at han eller hun nettopp ifølge dette synet, ikke oppfyller betingelsene for å kunne betrakte seg som helt normal (jfr. Nordby, 1987). Dette gjør noe med personenes selvbylde på en negativ måte og blir vesentlig for miljøpersonalet å arbeide med. To av de ansatte sier:

*Det viktigste, tror jeg, er at de får påminnelser og bekref-  
telser på at de faktisk får til noe og at de har ressurser. Ja og i  
tillegg tror jeg det er viktig at jeg noen ganger speiler han og  
peker på uhensiktsmessig atferd, for eksempel at han roper ut  
sin frustrasjon ute blant folk.*

Det er viktig at miljøpersonalet har et utvidet innsiktsbegrep og ikke begrenser det til medisinsk sykdomsinnsikt.

I tilknytning til å jobbe med å forstå seg selv har flere pasienter behov for hjelp til å sette sitt liv inn i et livshistorisk perspektiv for å skape en sammenheng i sitt liv og for å ha noen konkrete mål å arbeide mot.

*De samtalene har vært med og bidratt til at han tenker litt  
annerledes i forhold til hva han skal gjøre senere i livet,  
hvordan han skal bo, og hva som er hans behov.*

*Ja, vi må bli flinkere til å definere mål for oppholdet ved  
innleggelse, hvor veien skal gå og til det er denne sykepleie-  
planen en fin mal.*

De fire første komponentene på sykepleieplanen skal være en hjelp til å nærme seg pasientens livsverden samtidig som den er et uttrykk for det utvidede innsiktsbegrepet (Hummelvoll, 2006).

## Ansvarliggjøring

I samarbeidet mellom pasienten og miljøterapeuten må man til stadighet avklare ansvars- og medansvarsforhold relatert til ulike områder og aktiviteter i hverdagen. Innenfor det eksistensielle grunnsynet legges det vekt på pasientenes ansvar for valg og handlinger. Der hvor pasienten er psykotisk og kanskje i tillegg sliter med rusproblemer blir det en ekstra utfordring å

finne det, for pasienten, mest riktige nivået i forhold til å ta ansvar for egne valg og handlinger. Men som det skrives i enhetens mål og verdigrunnlag (Nysveen, 2008) vil det være «viktig at personalet ikke tar fra pasienten det ansvar vedkommende selv kan bære.»

En av miljøterapeutene sier at «hennes» pasient har fått utdelt planen, fått den forklart og de har avklart hva de skal snakke om i neste samtale. I forhold til disse samtalene med «sin» pasient etter at hun begynte å bruke sykepleieplanen som et hjelpemiddel i samtalen, sier hun:

*Pasienten skal faktisk ut, så nå må vi faktisk begynne å snakke om det, altså om konkrete ting som vi må bevisst planlegge, hvordan skal vi bevisst nærme oss dette? Det kan være bosituasjonen, familie og nettverk. Det er masse som vi må avklare.*

Sitatet viser at denne miljøterapeuten er bevisst i sine samtaler på at pasienten må ansvarliggjøres. Det er antakelig ikke noe nytt i posten, men selve bruken av sykepleieplanen legger opp til et reelt samarbeid og ansvarliggjøring av pasienten. Det å oppleve seg som viktig, eller betydningsfull, er avgjørende for utviklingen av en tryggere identitet. Dette kan en være med å bygge opp under at det en sier og mener blir tillagt betydning.

I fokusgruppeintervjuene reflekterte personalet rundt det å kunne ta ansvar for eget liv når du har vært innlagt i psykiatrisk sykehus i lang tid: «*Da har du ikke ansvar for livet ditt selv lenger. Den jeg tenker på virker ikke som er så interessant i å få noe ansvar.*» På den måten kan pasienten og miljøterapeuten til ulike tider stå overfor to utfordringer i forhold til at pasienten skal ta ansvar for eget liv. Noen ganger kan det være vanskelig å gi pasienten dette ansvaret fordi miljøterapeuten vurderer at det vil ikke pasienten klare å ta imot uten at det gir for store negative konsekvenser for pasienten. Andre ganger ønsker de at pasienten skal ta større ansvar, men så har pasienten blitt avlært dette etter flere år på en psykiatrisk institusjon. Dette har blitt betegnet som institusjonsnevrose (Barton, 1976; Nordby, 1987). Dette kan også beskrives som behandlingslidelse eller vårdlidande (Eriksson, 1993; Stensrud, 2007).

«Ansvarliggjøringa blir oppfatta som straff da.» Antakelig er det slik at skal en få pasienten til å oppleve det å få mer ansvar som «godt ment» krever det jevnlig og god dialog hvor pasienten kan opparbeide en trygghet overfor miljøterapeuten og en forståelse av at når personalet fraskriver seg ansvar er det ikke av bekvemmelighetshensyn, men som en erkjennelse hos den ansatte at dette kan pasienten selv ta ansvar for.

## Selvstendigjøring

«Jeg tenker at det å ha samtaler med pasienten, uansett hva slags tema det er, så handler det jo om ansvarliggjøring og selvstendigjøring i behandlingsprosessen» sier en av de ansatte. Selvstendigjøring var en sentral verdi for miljøpersonalet. I en prosess for å tydeliggjøre en selvstendighet er det viktig at et menneske får ivareta sin selvbestemmelse. Personer med en alvorlig psykisk lidelse kan i perioder og/eller i forhold til enkelte områder i livet ikke klare å ivareta denne selvbestemmelsen. Det er viktig at dette fraværet av selvbestemmelse ikke varer lenger enn høyst nødvendig. Gjør det det, er dette uheldig i forhold til å bevare sin selvstendighet og identitet.

Identiteten eller selvet (brukes her som synonyme begreper) blir utviklet i forhold til andre, og i gjennom dette forholdet virkeliggjør ens selv-identitet (Laing, 1974). Selvet kan ikke bli levende uten å benytte den andre som et hjelpemiddel (Becker, 1971). Selvet kan oppfattes som et diffust begrep. For å prøve å begripe det har Nordby (1987) tidligere benyttet begrepet «selvaktelse» i betydningen av å oppleve seg selv som en person av betydning. Becker (1971) understreker at det er «selvaktelsen» som er kjernen i den menneskelige tilpasning, den fungerer som en angstbuffer og den driver et menneske til å handle.

Ut fra dette er det rimelig å anta at; selvbestemmelse, handling og å oppleve en selvstendighet som grunnes i en trygg identitet henger sirkulært sammen.

Miljøpersonalet ønsker at pasienten får en behandling og kommer i en bedringsprosess som styrker selvet for at personen skal kunne stå fram mer tydelig og trygg. For å få til dette trenger pasienten bekreftelse på at de

er betydningsfulle og verdifulle. Theophylakis (1974) peker på at behovet for positiv bekreftelse på en selv er noe felles og grunnleggende viktig for oss alle og at vi jevnlig har behov for tilførsel av slik bekreftelse.

En av de ansatte som nå bruker sykepleieplanen i sine samtaler med pasienten sier:

*Samtaler har jo vært viktig for han tidligere også, det har jeg fått høre, men det er enda viktigere nå, tror jeg. Han er mer medansvarlig og så må han tenke gjennom ting på en annen måte enn det han har gjort før, og ting han ikke har vært klar over.*

*Han blir mer kjent med seg selv.*

Denne miljøterapeuten vurderer at samtaler kan bidra til at personen blir mer kjent med seg selv og dermed være et bidrag i en selvstendigjøring.

Det vil være viktig i pasientenes bedringsprosess at en finner en god balanse mellom trygghet og utfordringer. Personalet har i flere sammenhenger vist at de er opptatt av pasientenes opplevelse av trygghet, noe som er nødvendig. Røssberg (2005) refererer til forskning som viser at relasjonen mellom pasienten og personalet var det viktigste for pasienten. Videre fant de at de relasjonelle aspektene pasientene la vekt på, var at personalet respekterte pasientene, brukte tid sammen med dem og skapte et trygt terapeutisk miljø. Faren kan være at trygghet blir så sterkt vektlagt at det å la pasientene få tilstrekkelige utfordringer nedtones. I de miljøterapeutiske samtaler mellom pasient og miljøterapeut vil dette være et sentralt område å sette fokus på i selvstendigjøringen av pasienten.

Som for ansvarliggjøring vil en prosess som skal fremme selvstendigjøring vanskeligjøres med lange sykehusopphold. Det vil være områder som miljøterapeutene ikke har makt og myndighet til å ta bestemmelser og det vil være langt flere hvor pasientene ikke har makt og myndighet til selv å bestemme. Dette gir utfordringer når man i de miljøterapeutiske samtaler skal arbeide med pasientens selvstendigjøring.



En ekstra utfordring kommer når mennesker er tvangsinnlagt. *«Det er ikke bare å kaste ballen over til pasienten når han er tvangsinnlagt og avhengig av oss for å få gjort ting.»*

Det å bli fratatt selvbestemmelsesrett ved ikke å bli gitt medbestemmelse, fører til krenket integritet og lav selvrespekt (Vatne, 2006). Det er helt klart en motsetning mellom det å bli innlagt med tvang og det å fremme et menneskes selvstendighet. Det er likevel den virkelighet både pasienter og miljøpersonale står overfor enkelte ganger og som medfører flere både etiske og faglige problemstillinger for miljøpersonale i sitt samarbeid med pasienten. *«Det setter noen utfordringer til oss, blant annet hva vi skal jobbe med i forhold til mål.»*

## Medvirkning

Funnene tyder på at personalet opplever større medvirkning fra pasienten når sykepleierplan blir brukt som metode i samtalen med pasientene:

*Generelt så er det mer forutsigbart, tror jeg, for han også. Det er lettere å svare når han kan forberede seg i forkant og vet på en måte hva slags spørsmål han får. Vi snakker med han som mer likeverdig.*

Det første utsagnet henviser til spørsmålene som står på sykepleieplanen og er et uttrykk for slik den brukes i den første fasen (orienteringsfasen) med spørsmål og svar.

Men når det gjelder å få tak i pasientens egen forståelse, sier flere av personalet at dette har vært sentralt tidligere også: *«Vi ønsker å høre pasientens stemme i forhold til sitt eget.»* Personalet trekker fram at når en får til problemløsning i større grad på pasientens premisser vil det bli en løsning som varer lenger og at de bestandig har hatt dette fokuset.

Et annet aspekt ved medvirkning er at det er viktig *«å undre seg sammen med pasienten.»* Og det er viktig *«å bry seg om det pasienten kommer med slik at pasienten føler seg verdsatt, og at en ufarliggjøre tanker, at en tør å høre på hva pasienten tenker.»*

Det å utvikle et samvær og en dialog med pasienten slik at denne føler at han er en person av verdi, er helt nødvendig for å bygge opp pasientens selv.

I forhold til å bruke planen i samtaler med pasientene sier to ansatte i intervjuet:

*Jeg tror de føler seg litt viktige på en annen måte. Det er mer strukturert og satt i system slik at det blir en annen form for behandling.*

*Ja, de blir nok tatt mer på alvor.*

Noen pasienter deltar nå også i større grad på ulike møter hvor beslutninger som gjelder pasientene tas. Det er delte erfaringer på dette. Noen sier:

*De er med på møter og forteller om hvordan de har det istedenfor at jeg skal gjøre det.*

*De får være med der som beslutninger tas og de får være med på hele prosessen selv.*

*De får høre diskusjonen og har muligheter til å komme med argumenter og meninger.*

*Det var noen (pasienter) som sa at de syntes det var veldig nyttig.*

Andre i personalgruppa sier at de ikke har så gode erfaringer med at pasientene deltar på ulike møter hvor beslutninger som gjelder pasienten tas. «Vi synes ikke det har vært noen suksess i det hele tatt.» Deres erfaring er at det blir for skremmende for pasienten, men at de mener at pasientene ville hatt mye igjen for det hvis de torde. De sier at de ikke har det innarbeidet enda, men at det kanskje er slik at pasientene bare må få lov til å sitte og høre på noen ganger og at det kanskje går seg til etter hvert.

For at brukermedvirkning skal bli noe mer enn pynt, kreves det møteplasser hvor myndighetspersoner og brukere møtes. Det kan være i de planlagte miljøterapeutiske samtalene og i tillegg i de andre møtene hvor pasientens behandling og rehabiliteringsplaner drøftes. Noen slike andre møter er møter hvor en drøfter utskrivelse.

*Vi sier at de kan slippe å være med på hele møtet hvis de ikke orker, men jeg tror kanskje at en del ligger på oss og måten å jobbe på og hva vi er vant til og ikke vant til. Vi har vel erfart det at vi ser at de greier mye mer enn vi tror at de greier. Og det er så spennende å være med på. Kanskje er vi for redde. Det er mye vanskeligere å ordlegge seg, en må være mer bevisst på hvordan du sier det.*

Også for en felles planlegging av disse møtene, og for å bli enige om hvilke temaer som er viktige å snakke om, kan sykepleieplanen her være til hjelp. De skal der konkretisere i forhold til pasientens ønskemål og hva personalet kan bidra med. Tanken er at dette skal være en hjelp for både pasient og miljøterapeut. En av de som prøver ut denne sykepleieplanen sier:

*Jeg tror det kommer fram mye mer under en sånn samtale enn en sporadisk samtale. De har fått tid til å tenke på problemstillingene de har og på de ressursene. For den som greier det er det flott for det er jo en ansvarliggjøring.*

I enhetens mål og verdigrunnlag (Nysveen, 2008) kom det frem at medbestemmelse og brukermedvirkning er sentrale områder som enhetens ansatte ønsker å styrke på flere måter. Her nevnes blant annet å trekke pasientene mer aktivt med under utforming av målsetting, planlegge framover og ha større fokus på ressurser, skal være sentralt i deres arbeid. Alle disse områdene er hovedområder i sykepleieplanen som nå prøves ut.

## Mestring

Et mål i behandlingen og i pasientens bedringsprosess er at pasientene i større grad skal mestre sin livssituasjon. Denne har vært så vanskelig at pasienten nå trenger innleggelse i en psykiatrisk avdeling for å få hjelp. Dette betyr imidlertid ikke at pasienten ikke har forsøkt eller ønsker å endre på det som er vanskelig og vondt. Med mestring mener Gråwe (Borchgrvink et al., 1999) de evner og ferdigheter som bedrer pasientens samfunnsmessige tilpasning og som i videste forstand gir pasienten en beskyttelse mot egen sårbarhet og ømtålighet for stress og belastninger.

Sentralt i mestring er sosial ferdighetstrening. I denne treningen ligger det ved siden av den praktiske treningen også mye samtaletrening.

Pasientene som er innlagt i posten har behov for å gjøre noen endringer i livet sitt for at de skal fungere ute i samfunnet med en bedre livskvalitet. I et av fokusgruppeintervjuene sier en av de som blir intervjuet:

*Her prater vi veldig mye om hva de mestrer, hva de får til, hva de faktisk greier og så prater vi kanskje først om det og så prater vi med dem om hva de ikke greier etterpå og så prøver vi å få de til å komme med løsninger på det de ikke greier. Det er med på å bygge dem opp i forhold til at du kan faktisk veldig mye. Denne løsningen har du faktisk funnet ut selv.*

Vi ser at denne tilnærmingen er i overensstemmelse med tenkningen som kommer fram hos Barth et al (2001) når de beskriver endringsfokustert rådgivning. Der vektlegges det at det virker mer motiverende når pasienten selv forteller hvorfor eller hvordan en bør endre seg, enn når rådgiveren gjør det. Ved at rådgiveren stiller spørsmål slik at klienten får rom til å argumentere for sin egen endring og sine ideer om måten å gjøre det på, øker sannsynligheten for at hun vil få lyst til å gjøre endringsforsøk.

Denne endringsfokuserete rådgivningen retter seg ikke spesielt mot mennesker med en psykotisk lidelse. Likevel kan den være nyttig som en teoretisk referanseramme, når en skal hjelpe en pasient til å mestre sin egen tilværelse på en måte, som medfører bedre beskyttelse mot egen sårbarhet og stress og som hjelper pasienten mot en bedre samfunnsmessig tilpasning.

Denne uttalelsen tyder på at en også i forhold til pasientene som er innlagt på denne posten kan en hente mye kunnskap ut fra mer allmenn teori om hvordan en skal hjelpe mennesker med problemer til å takle det på en bedre måte. Det er naturligvis slik at psykotiske pasienter har vanlige menneskelige rettigheter selv om de i perioder ikke klarer å ta vare på dem fullt ut. Som en hjelp til å myndiggjøre pasienten, få bedre selvvinnsikt, hjelpe han/henne til bedre mestring og bidra til at hjelperen blir bedre kjent med pasienten prøver en ut sykepleieplanen som et hjelpemiddel.

## Lidelsen

I denne kategorien ble disse underkategoriene identifisert: Kognitiv svikt, Psykotiske opplevelser, Pasienten kan ikke være for dårlig, Opplevelse av å ha problemer – det vonde inni seg, og Rus.

Innenfor helsefremmende arbeid vil det være vesentlig å sette fokus på pasientens lidelse og hvordan denne kommer til uttrykk i møte med den enkelte person. Denne lidelsen kan forstås på flere måter. Pasienter med en alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem har funksjonsnedsettelser på flere områder. De vil ha behov for innleggelse og behandling i en kortere eller lengre periode av sitt liv. Ved å utforme en miljøterapi som ivaretar disse perspektivene vil det kreve at personalet tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen og hvordan personen selv oppfatter sine ressurser og hva han gjør for å møte sin lidelse (Stensrud, 2007).

I det miljøterapeutiske arbeidet vil det være avgjørende å undersøke hvilke språklige tilnærminger og uttrykksformer som fremmer felles forståelse og som bidrar til gode dialoger. Hensikten med dialogen er å konstruere et erfaringsnært språk for vanskelige opplevelser som pasienten og de nærmeste har i forbindelse med pasientens psykotiske atferd (Seikkula & Aaltonen, 1996). Det er vesentlig å forstå at pasienten har egne opplevelser og erfaringer som vil prege deres måte å møte omverdenen på. I møte med pasienten er det viktig at personalets intervensjoner er preget av denne forståelsen. Språket er med andre ord nødvendig for å mestre omverdenen og for å kontrollere atferden. Den planlagte miljøterapeutiske samtalen vil nettopp ha fokus på hvordan pasienten får mulighet til å lære mer om seg selv og andre, få større selvforståelse og til å utvide sine mestrings- og problemløsningsmåter som kan gi den enkelte person, mulighet til å leve et meningsfullt liv.

Eriksson (1993) ser lidelse i tre dimensjoner hvor hver dimensjon sier noe om det å leve med en lidelse:

*Sykdomslidelsen* forteller hvordan psykosen påvirker en som person både fysisk og psykisk.

*Livslidelsen* henspeler på sorgprosessen ved at livet dreide i en annen retning enn det en hadde tenkt og hvordan dette fører til at en må nyorientere seg i forhold til egne målsettinger.

*Behandlingslidelsen* viser hvordan relasjonen til andre mennesker preges av at en står i et ikke likeverdig og ufrivillig forhold til personalet. Videre at behandlingen i seg selv kan påføre lidelse, eksempelvis i form av bivirkninger av medikasjon. Hummelvoll (2006) har føyd til en fjerde dimensjon *den sosiale lidelsen* – denne forstås som et uttrykk for reduserte muligheter til sosial deltakelse samt samfunnets ofte stigmatiserende holdninger til mennesker med en psykoselidelse. Mange mennesker med psykoselidelse vil oppleve at de ikke er inkludert i det sosiale fellesskap.

I fokusgruppene kunne vi gjenkjenne alle disse lidelsesformene. Lidelsen kan ses gjennom underkategoriene som presenteres under.

### Kognitiv svikt

I samtaler med miljøterapeutene rundt bruken av sykepleieplanen har flere av de ansatte gode erfaringer med å benytte den i planlagte samtaler. I utsagnet under kommer dette til uttrykk på følgende måte:

*Jeg tror de har mye nytte av samtaler, men de har en kognitiv svikt som gjør at de glemmer lett. Mange kan ha utbytte av samtaler i øyeblikket og noen dager etterpå.*

Selv om de ansatte opplever at pasienten har nytte av planlagte samtaler, stiller de spørsmål ved hva pasienten husker av innholdet i samtalen. Dette forklarer de med at flere pasienter de møter i sin hverdag har en kognitiv svikt. Som et bidrag i å forstå noe av sykdomslidelsen og hvordan den kan påvirke personen vil den kognitive funksjon være viktig.

*Jeg tror at han glemte hva vi faktisk pratet om i de samtalene. Men når vi tar det opp igjen, så husker han. Da synes han at det er ganske greit. Det hang et ark på veggen inne hos ham, med klokkeslett og dato for når han skulle ha samtaler, for det passet ham best.*

*Det sitter ikke. Det gjelder jo veldig mange ting, både beskjeder og avtaler. Det sitter ikke i det hele tatt, så de må ha det skriftelig i tillegg.*

I intervjuet sier flere av miljøterapeutene at pasienten ofte glemmer hva de har snakket om i samtalen. For å hjelpe den enkelte til å bli i bedre stand til å huske har personalet erfaringer med at skriftelige avtaler kan være en god hjelp. Samtidig har personalet også gode erfaringer med å skrive referat etter hver samtale med pasienten, for så å gjennomgå dette sammen i neste samtale.

Personer med psykotisk lidelse har ofte problemer med kognitive funksjoner som oppmerksomhet, hukommelse, læring, problemløsningsevne og arbeidstempo (Ueland & Øye, 2006). Som en god hjelp til personer som med hukommelses og oppmerksomhetsvansker vil språket ha en vesentlig betydning ved at man er tydelig i sin kommunikasjon. Det å gi den enkelte god tid, skrive ned ting sammen og evt. repetere det man har snakket om. I et av utsagnene over bekrefter personalet at det å repetere innholdet fra forrige samtale er nytting. Å bruke sykepleieplanen til å skrive ned det man har snakket om er da en mulighet.

## Psykotiske opplevelser

I fokusgruppeintervjuene vi har hatt med personalet om hvilke temaer de snakker med pasienten om i de miljøterapeutiske samtalene sier de; *Vi prater veldig mye om pasientens psykotiske opplevelser.*

*Til å begynne med så er det for å kartlegge og registrere for å finne ut hva psykosen dreier seg om. Da møter vi psykotisk snakk og forestillinger veldig forsiktig. Vi er lyttende og ikke så mye mer. Når vi kjenner pasienten og litt lengre ut i oppholdet så kan det jo gå an å realitetsorientere.*

Tidlig i kontaktetableringen er personalet opptatt av å registrere og kartlegge hva psykosen inneholder. I denne bli-kjent-fasen er de forsiktige og tilbakeholdne i møte med den enkelte sine psykotiske opplevelser.

Miljøterapeutene inntar en lyttende holdning med en bekreftelse ovenfor pasienten som uttrykker at de forstår opplevelsen den enkelte har uten å gå noe nærmere inn i denne.

For de fleste av pasientene det her dreier seg om, vil psykosen ha vært langvarig, og det har skjedd en viss organisering slik at det som skjer utenfor personen vil fortolkes med psykosens briller og vedkommende tilpasser seg det trusselbilde psykosens representerer. Hovedsymptomene ved psykoselidelser blir knyttet til vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og sosial og emosjonell tilbaketrekning.

Innen en humanistisk eksistensiell tenkning snakker man om fastlåste forestillinger i stedet for vrangforestillinger. Fastlåste forestillinger forstås som når personens jeg-grenser oppløses og at jegets integritet tapes. Derfor vil det å understreke bekreftelsens betydning i arbeide med pasientens jeg – oppfatning være helt grunnleggende i møte med den enkelte person (Hummelvoll, 2006).

Hensikten med de miljøterapeutiske samtalene vil nettopp være som det sies i utsagnet under:

*Det er rett og slett å skape arenaer for at pasienten forteller om sine opplevelser.*

For å innta en lyttende og bekreftende holdningen vil det være vesentlig å tilrettelegge gode og trygge arenaer som inviterer pasienten til å snakke om sine opplevelser. Med en slik holdning sier miljøterapeutene at det vil være en god plattform for videre samhandling mellom pasient og personale.

Enkelte av miljøterapeutene sier at etter hvert som samarbeidet og kjennskapet til pasienten utvikles, vil de i møte med pasientens psykotiske opplevelser i større grad møte dette med en realitetsorienterende holdning. I intervjuet utdyper de ikke nærmere hva dette innebærer. For å kunne gå inn i denne prosessen vil forutsetningen være at man har klart å skape tillitt og gode relasjoner til pasienten. Når man går inn for å realitetsorientere pasienten med en hensikt om å hjelpe personen til å forstå og til å bearbeide den situasjonen og forståelsen personen har om sin situasjon, vil det være



helt nødvendig at dette bygger på gjensidighet. Det som ligger til grunn og som bør være en forutsetning i dette arbeidet er at pasient og hjelper kan møte hverandre med utgangspunkt i et subjekt–subjekt forhold.

De psykotiske opplevelsene kan dreie seg om at han /hun opplever en grenseløshet i forhold til seg selv og andre. En manglende evne til en felles opplevelse av virkeligheten kan føre til at allmaktsfølelser kan bli framtreddende og hvor en da blant annet kan ha manglende evne til å utsette behov (Strand, 1990).

*Det er jo liksom en annen verden som jeg ikke kjenner og det er pasienten sin virkelighet.*

Andre er opptatt av å møte pasienten i sin opplevelsesverden ved å være interessert og undrende i forhold til hva personen tenker og opplever, og hvordan dette preger han/henne i sitt møte med omverdenen. Det å bli lyttet til – og at en annen er interessert i hans/hennes måte å se, tenke og oppleve verden på – kan i seg selv danne grunnlag for felleskap og til å skape en plattform for videre samhandling. En anerkjennende tilnærming til pasientens opplevelsesverden kan skape og utvikle gode samhandlingsarenaer. Østby (2007) trekker her fram hvordan en person kan ha en tolkning av omverdenen: Den vil kunne være sterkt preget av egne tanker og ideer. Denne tolkningen kan ha fått en så privat karakter at den kan være vanskelig å forstå for andre mennesker. Den enkelte pasient vil kunne oppleve psykosen forskjellig og derfor vil ikke alle pasientene ha et likt symptom-bilde. Det å skulle forstå en psykose fullt ut vil være et møysommelig arbeid, og noe man sannsynligvis ikke helt kommer til bunns i.

### «Pasienten kan ikke være for dårlig»

I det fjerde fokusgruppeintervjuet med personalet som har prøvd ut sykepleieplanen kommer det fram i utsagnene at planen er et godt hjelpemiddel å bruke i samtaler med pasienten. Imidlertid har enkelte ansatte også erfaringer som uttrykkes i følgende utsagn:

*Pasienten kan ikke være for dårlig. De må være villig til å svare og ha trygghet til å svare. Men jeg ser ikke for meg at jeg får gjort det med han som jeg har nå. Det er vanskelig, umulig.*

*Men han svarer ikke på spørsmål om hvordan han har det. Han svarer at alt er bare bra. Legen får jo ikke til noen samtale han heller.*

Hva miljøterapeuten mener med å være for dårlig kommer ikke tydelig fram. Det å være for dårlig kan på en måte forstås som at man ikke har begreper for å uttrykke seg. Det kan også forstås som personen har en manglende trygghet. Mange av de pasientene vi møter vil i større eller mindre grad være preget av både manglende trygghet og tillitt. En erfaring personalet har er å ta tiden til hjelp og at pasienten etter hvert som tryggheten øker, blir i bedre stand til å uttrykke seg. Et annet perspektiv som det vil være vesentlig å reflektere over, er i hvor stor grad vi som hjelpere under vurderer pasienten sin evne til å kommunisere. For noen pasienter kan det dreie seg om at de ikke erkjenner å ha problemer eller ønsker å snakke om disse. En forutsetning for at vedkommende skal kunne snakke om sine problemer er at det skapes en trygg ramme rundt samtalen. I tillegg til dette vil det være vesentlig at pasienten har kjennskap til hva samtalen skal dreie seg om. Når det gjelder enkelte pasienter vil det å etablere kontakt by på utfordringer fordi angsten for kontakt med andre mennesker kan være så overveldende. Her vil personalets oppfinnsomhet og kreativitet for å finne andre arenaer å samhandle på bli vesentlig. Det kan i starten foregå på et sted pasienten føler en større trygghet enn i en individuell samtale på et kontor.

Å bli møtt med en empatisk holdning og at man som hjelper har et ønske om å finne fram til felles mening og forståelse vil være et vesentlig mål å arbeide mot. Samtalen består ikke bare av ordene som blir sagt, men også av det non-verbale som uttrykkes (Østby, 2007). Dette betyr at personalet både motiverer pasienten og skaper en atmosfære for å kunne utvikle samtalen.

*Jeg har tenkt at en kanskje må bruke veldig lang tid. Og at jeg ikke skulle trenge meg på, men bare være der til pasienten er tilgjengelig, og vise at han vil ha kontakt.*

I dette utsagnet sier personalet at å etablere kontakt tar lang tid. Det å være tilstede og vise at man er opptatt av og interessert i den andre framheves som vesentlig. Å ikke trenge seg på, men være bevisst på når man kan være nær, og situasjoner hvor pasienten har behov for mer avstand. Samtidig som det er viktig å ivareta disse behovene, vil det være personalet sitt ansvar å vise engasjement og kontinuitet for å utvikle kontakten.

### Opplevelse av å ha problemer – det vonde inne i seg.

I samtaler med personalet forteller de at flere av pasientene har levd med sin lidelse i mange år og har både lange og mange innleggelses bak seg.

*Noen er fullstendig klar over at de har stemmer og vrangforestillinger som ikke skal være der. De har den innsikten at det er sykdommen som gjør det. De skjønner at de har noe som ikke andre har.*

Erfaringer personalet har fra samtaler med pasientene, er at mange har god innsikt og forståelse av sin lidelse og hva den gjør med dem og hvilke hindringer dette skaper i livet. Informantene sier dette kan komme til uttrykk i form av å høre stemmer og/ eller være plaget av vrangforestillinger. Personalet kan forstå disse forestillingene som feilaktige ideer som kan dreie seg om personen selv, andre mennesker eller omgivelsene. Innen humanistisk-eksistensiell tenkning har dette et annet perspektiv hvor man legger vekt på bekreftelses betydning. I denne forståelsen aksepteres pasientens opplevelser som gyldig for vedkommende (Hummelvoll, 2006).

I den miljøterapeutiske samtalen kan pasient og miljøterapeuten nettopp ha mulighet til å drøfte eller undre seg over denne virkelighetsoppfatningen og hvordan man i samarbeid kan prøve å komme fram til en forståelse. For mange pasienter vil lidelsen prege livet deres i stor grad. Det vil være vesentlig å ha noen å snakke med om disse opplevelsene og hvordan personsens problemer hindrer vedkommende i å leve det livet han/hun ønsker. En

viktig rolle for miljøterapeutene er å hjelpe pasienten med å klargjøre på hvilke områder i livet personen opplever å ha problemer. En arbeider også med å klargjøre hva den enkelte ønsker hjelp til, og finne fram til måter å prøve å løse problemene på. I pasient /personalsamarbeidet vil det å finne fram til hvilke verdier og ønsker den enkelte har for å leve et meningsfullt liv være av stor betydning.

*At det var noen der som lyttet på en, hørte på det vonde de hadde inni seg.*

Det å gi pasienten mulighet til å snakke om vonde og vanskelige hendelser i livet og kunne hjelpe personen til å bearbeide disse på en best mulig måte, vil være en viktig funksjon hos personalet. Her vil det å kunne lytte aktivt dvs. å lytte bak ordene for finne ut hva pasienten sier om sin opplevelse av situasjonen.

Vatne legger vekt på at aktiv lytting innebærer også at man forsøker å dele det en har oppfattet med pasienten i stedet for da å komme med saklige begrunnelser. Dette vil gi pasienten en mulighet til å få reflektert opplevelsen andre har av en, og som gjør at en selv har mulighet til å kjenne denne igjen som sin egen (Vatne, 2006).

*Det å undre seg sammen. Det tror jeg er kjempeviktig. Å tørre å gjøre det. Det er mange spørsmål vi har. Kanskje tolker vi en del, men det å si at jeg lurer på ting, kan jeg spørre deg om det?*

I intervjuene sier personalet at en undrende holdning er en god måte å møte pasienten på. Ved å undre seg sammen med pasienten kan dette skape grunnlag for at pasienten kan forstå seg selv på en bedre måte ved at han/hun er åpen for å ta i mot hvordan en som hjelper forstår eller opplever det pasienten formidler.

Ved å innta en undrende holdning til det som pasienten uttrykker, viser også personalet empati. Samtidig som personalet inntar denne holdningen til pasienten, stiller de seg spørsmål om de enkelte ganger har en tendens til å tolke det pasienten sier, i stedet for å være mer konkret og spørrende

i møte med den enkelte. I flere undersøkelser som er gjort viser det seg at pasienter opplever relasjon mellom pasient og stab som det viktigste i sykehusbehandling. Innenfor de relasjonelle aspektene la særlig pasientene vekt på at personalet skulle være empatiske, interesserte og forståelsesfulle (Røssberg, 2005).

*Noen er jo veldig tildekket og sier ganske lite.*

Informantene sier videre i intervjuene at enkelte pasienter har vanskeligheter med å sette ord på hva som er problematisk for dem. De trekker seg tilbake og det er vanskelig å komme i kontakt og å få til en samtale.

Mange pasienter med psykose har som ett av hovedsymptomene en tilbaketrekning fra en felles virkelighet. Dette kan være en måte å opptre på for å takle stress og andre påkjenninger. For personalet vil det mange ganger kreve et engasjerende og hardt arbeid. Det er et vanskelig dilemma: På den ene siden så ønsker pasienten kontakt, men samtidig er det nettopp kontakt med omverdenen som blir så skremmende. For å komme i kontakt med dem som trekker seg tilbake, og som også har problemer med å uttrykke seg verbalt, vil det i starten av dette samarbeidet være personalet sin oppfinnsomhet og mer praktiske måter å samhandle på som utfordres. På lengre sikt vil det å kunne komme i en likeverdig dialog være et mål.

Andre pasienter opplever imidlertid ikke å ha problemer eller forståelse for at han /hun har behov for hjelp. Slike relasjoner, krever et møysommelig arbeid med stor grad av tålmodighet fra personalet for å skape troverdig tillit og trygghet.

*Det er mange pasienter som kommer med konkrete problemer som for eksempel økonomi.*

I møte med andre pasienter uttrykkes behovet for hjelp ved at pasienten ønsker mer assistanse til praktiske problemer som økonomi og boligsituasjon. Dette erfarer personalet som innfallspport til samarbeid med pasienten som etter hvert kan åpne opp for andre problemer pasienten sliter med i sin hverdag.

## Rus

I samtalene med personalet kommer det fram at de i liten grad tidligere har arbeidet med pasienter som har både alvorlige psykiske lidelser og et samtidig rusproblem.

*Vi må tørre å spørre om rusproblemer og kartlegge både type og mengde og hvilke konsekvenser dette har. Det har vært et «ikke-tema».*

*En kan ikke late som det ikke er noe tema, når det faktisk er det.*

*Rus har på en måte vært underordnet. Det får de ta på et annet sted.*

Det personalet framhever i intervjuene, er at de i liten grad har kartlagt om pasienten har et rusproblem enten dette gjelder alkohol eller narkotiske stoffer. Fordi posten ikke har hatt særlig fokus på dette, vet de heller ikke om de har hatt pasienter med rusproblem i tillegg til sin psykiske lidelse fordi rusproblemet ikke har vært fremtredende.

*«Pasienter med alvorlig lidelse og et samtidig rusproblem er prosjektets tema».* Gjennom å ha mer fokus på dette problemområdet, mener personalet i intervjuet at de fra nå må arbeide mer aktivt med disse utfordringene. En ting er å kartlegge den enkelte pasient sitt rusproblem. Det å kartlegge hva slags misbruk, omfang, hva som er positive og negative erfaringer, blir vesentlig å finne ut av i det framtidige arbeidet. Personalet sier det tvinger seg fram en mer systematisk og planmessig måte å arbeide med disse problemene på.

*Det er ikke bestandig at målet kan være å bli helt rusfri, men kanskje bruke mindre. Jeg tror kanskje at vi må jobbe slik i framtida, for det er ikke alle som greier å bli rusfrie.*

*Vi kan ikke bestemme hvordan pasienten skal leve livet sitt.*

Et godt samarbeid med pasienten blir helt vesentlig for å finne fram til hva som er pasientens mål. Er målet for pasienten å bli helt rusfri, eller vil målsettingen være å begrense misbruket dvs. arbeide etter skaderedukasjonsmodellen? Personalet uttrykker at selv om de ønsker et total avhold som en målsetting for pasienten, så kan dette være et lite realistisk mål for den enkelte pasient. Her vil individuelle mål være det viktigste. Når pasienten i tillegg er innlagt under tvungen psykisk helsevern, skaper dette ekstra utfordringer spesielt når det gjelder motivasjon for å slutte å ruse seg. Ved å ha dette som jevnlig tema i samtaler med pasienten, kan de arbeide for å styrke pasienten motivasjon til å slutte eller redusere bruken av rusmidler.

*Vi er forskjellige som personale, det må vi respektere hverandre for. Vi har ulike erfaringer og ulikt ståsted. Men det er ikke det som er tema. Det er hvordan vi som gruppe, personalgruppe, som hjelpere, behandlere, møter våre pasienter. Hva er best for pasienten å bli møtt med?*

I samtaler med pasienten poengterer personalet at det er viktig å være klar over hvilke holdninger den enkelte miljøterapeut har til pasienter som sliter med rusproblemer.

Personalet forteller i intervjuet at det i personalgruppa lett kan oppstå en belærende og moraliserende holdning knyttet til pasientenes rusmisbruk. Åpen diskusjon og kontinuerlig refleksjon om temaet bidrar til utvikling av gode holdninger. Vår rolle som hjelpere blir sammen med pasienten å finne fram til hva som er viktige verdier i personens liv og hvordan den enkelte får mulighet til å leve på en best mulig måte ut fra sine forutsetninger.

*Vi trenger mer informasjon og undervisning med denne pasientgruppen som tema. Vi har fått litt, og nå trenger vi mer praksis. Vi må lage gode rutiner på hvordan vi skal møte pasientgruppen.*

For å møte den enkelte person med gode holdninger og faglig kompetanse, vil det være vesentlig at enheten arbeider fram en felles plattform av holdninger, verdier og høy faglig kompetanse innen fagfeltet integrert behandling.

Dette kan gjøres ved blant annet at flere av de ansatte får mulighet til videreutdanning innenfor fagfeltet, deltakelse på kurs og seminar. Videre at det tilrettelegges for studiebesøk, hospitering på enheter som har mye kompetanse på integrert behandling.

*Vi trenger kort og godt mer kunnskap om dette, og lage fora hvor vi kan snakke om det.*

Gjennom den dialogbaserte undervisningen og klinisk praksis kan de ansatte reflektere og diskutere problemstillinger knyttet til dette fagområdet. Ved at enheten får en sterkere forankring på fagområdet, vil personalet stå bedre rustet i møte med den enkelte person som har denne problematikken. Personalet ønsker også at enheten skal utvikle gode prosedyrer og rutiner for å møte denne pasientgruppen på en best mulig måte

## Livserfaringer

Denne kategorien hadde disse underkategorier: Tidligere erfaringer, Vanlige erfaringer som hører livet til, og Tidligere traumer. Livserfaringer var en sentral for å trekke tråden fra tidligere opplevelser og erfaringer til dagens situasjon for pasientene.

### Tidligere erfaringer

Som det er gjort rede for foran tar sykepleieplanen utgangspunkt i en eksistensiell modell.

De som arbeider etter denne modellen, understreker nødvendigheten av å *møte* pasienten i hans *egen forestillingsverden* – i hans eksistensielle situasjon. Dette fører til at man søker å lære pasienten å kjenne som helt menneske. Helseproblemet ses ut fra pasientens aktuelle livssituasjon og



til en viss grad ut fra hans livshistoriske utvikling. Det anses som nødvendig at det enkelte symptom ikke løsrives fra den helhet det er en del av (Hummelvoll, 2006).

I fokusgruppeintervjuene kommer det fram en klar endring i personalgruppa i løpet av prosjektperioden. I dag er man mer bevisst på at det også er viktig at pasientene får snakke om sin fortid, både om vanlige livserfaringer som hører livet til og om tidligere traumer.

*Det å være åpen på hva som har skjedd i fortiden, tror jeg kan være forløsende både for pasienten og for oss. Da får vi kjennskap til hva som har vært tidligere og vi forstår mer, både pasienten og vi.*

### Vanlige erfaringer som hører livet til

*Det har vært en sånn holdning at vi driver her og nå og medisiner. Vi skal ikke grave i det som har vært for det kan på en måte gjøre vondt verre. Det er liksom den holdningen som har vært hele veien.*

*Nå har jo mange av våre pasienter levd et liv. De har familie, barn og vært i jobb og veldig mye er tapt. Så det ligger noe der.*

Selv om eksistensialismen primært er individorientert, forsøker den å forstå individet som et sosialt vesen ut fra den samfunnsmessige påvirkningen. Innenfor ulike helse og sosialutdanninger har en vært opptatt av et helhetsperspektiv på mennesket. Vanligvis snakker man da om psykiske, fysiske, åndelige, sosiale og kulturelle forhold.

Men helheten må også innebære at en tar inn over seg at mennesket både har en fortid, nåtid og framtid. Når vi alle skal ta ulike valg i våre liv bruker vi tidligere erfaringer som en hjelp for daglige handlinger og for planlegging framover. Hvorfor skulle ikke det være like aktuelt selv om du har en alvorlig psykisk lidelse? Det hjelperen likevel må ta et valg i forhold til er hvor en vil legge tyngdepunktet/hovedfokus i sitt hjelpearbeid. Innen

den eksistensielle forståelsesmodellen vil hovedfokus ligge på *her og nå*, men man må ikke begrense det dit hen at menneskets livserfaringer er uvesentlig eller for «farlige» å snakke om i det hele tatt.

I ett av fokusgruppeintervjuene forteller en ansatt at når en av pasientene ble bedt om å fortelle om hva som plaget han/hun mest nå, først ønsket å; *«fortelle om hvordan jeg har hatt det før, sånn at dere skjønner hvordan jeg tenker.»*

Miljøterapeuten sier at det bare var en naturlig del av måten å snakke med pasienten på. Dette viser også pasientens behov for å framstå som et helt menneske med en livshistorie, som antakelig ikke bare inneholder problemer og lidelse. Det er viktig for pasientenes selvbilde å få fortalt og på ny selv tenkt gjennom at «dette er også meg».

Nå kan det være at livserfaringene stort sett ikke er gode, men da trenger pasienten å få satt ord på dette for at han/hun skal oppleve at den som er miljøterapeut forstår han/henne. Pasienten blir hørt og miljøterapeuten formidler gjennom dette at du for meg er like verdifull uansett livserfaringer.

*Vi behøver ikke å sitte der å kunne alt, men vi kan være gode til å sitte og høre på folk. Det er ikke sikkert det er noe mer enn det som skal til. Det er ikke sikkert vi behøver å fikse alt, men vi kan høre på folk og eventuelt henvise videre.*

*Vi lar nå pasientene få prate mer om sine tidligere erfaringer.*

En av de ansatte sier plutselig under intervjuet. *«En tanke jeg gjorde meg nå: Det er klart at historien også kan påvirke oss i hva vi tenker framover.»* Det er viktig at ikke et fokus på «her og nå» ikke legger lokk over pasientens livshistorie. Den kan ikke gjøres om, men den inneholder kunnskap og erfaringer som pasienten har med seg når planer for dagen i dag og framtiden gjøres.

## Tidligere traumer

I sin livshistorie bærer pasientene også med seg vonde opplevelser og erfaringer.

*Jeg anså ikke meg selv som kompetent til å drive og prate med pasienter om fortid og kanskje årsaker til lidelser for jeg følte meg usikker på om jeg skulle greie å håndtere det som kom fram i dagen. Og jeg tenkte, dette legger jeg lokk på.*

*Jeg tenker tilbake på konkrete pasientsituasjoner hvor det har vært tydelig uttalt at nå legger vi lokk på det som har vært, underforstått at pirker vi i det så utløser det så mye følelser og spenninger at det kan utløse en psykose.*

Disse to utsagnene viser ikke en manglende forståelse på at det kan være viktig å snakke om «det som har vært», men en usikkerhet på egen kompetanse på å håndtere det som kommer fram. I mål og verdigrunnlaget (Nysveen, 2008) beskrives respekt som en sentral verdi i behandlingen. Det beskrives der at respekt betyr å se på nytt, og at respekt i den sammenheng vil innebære at personalet hjelper pasienten til å se seg selv på nytt med sine ressurser og muligheter. Ved å ta inn helhetsperspektivet i betydningen livstidsperspektiv vil det være en måte å møte pasienten på som kan hjelpe denne til å se seg selv på nytt. På den måten vil det være både faglige og etiske begrunnelser for et slik helhetsperspektiv/livstidsperspektiv.

På den andre siden kan en si at det er av respekt for denne personen at en ikke går ut over det den enkelte opplever han/hun er kompetent til.

Pasientene vi her snakker om er imidlertid innlagt i spesialisthelsetjenesten og miljøterapeutene er de som har den daglige kontakten med pasientene og de er utdannet i en helhetstenkning. Flere har tre-årig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning og ett år videreutdanning. Det er ikke mangel på kunnskap, men det ser mer ut til at det har vært en kultur for ikke å bringe fortiden inn i de miljøterapeutiske samtalerne, noe som etter hvert har ført til at personalet har spurt seg selv om de har kompetanse.

Selvfølgelig kan det være temaer en ikke bør ta opp eller at er faser i behandlingen hvor en ikke skal fokusere på dette, men dette må være faglige vurderinger som den enkelte miljøterapeut gjør, gjerne i samråd med andre. Det kan også være som nevnt over at miljøterapeuten vurderer at dette er et tema du bør drøfte videre/nærmere med din individualterapeut.

Ett av områdene på sykepleieplanen er: Hvordan har du forsøkt å løse problemene dine tidligere?

Det har i løpet av prosjektperioden vokst fram en holdning om at pasientens tidligere traumer og hvordan han/hun har forsøkt å løse disse kan være viktig å ta inn i samtalen og i vurderingene når en *her og nå* skal ta tak i sine problemer, utnytte sine ressurser og legge planer framover. De har fjernet det lokket som var lagt over pasientenes fortid.

*Jeg tror det er viktig at vi skal være obs på pasientens tilstand her og nå, men at det er viktig for oss at vi har fått tatt bort det lokket, at den åpenheten har kommet inn. Det tror jeg gjør vår arbeidssituasjon mer utfordrende, men også samtidig lettere for den gir et større perspektiv.*

*Det kan være en erfaring for dem, for de fleste er jo klar over feilene de har gjort før og har kanskje lært en del av det, slik at de tar med seg det litt videre og prøver i hvert fall å ikke gjøre om igjen de tingene som de vet at de har feilet på før.*

*Jeg tror det er viktig det du snakker om. Det å finne fram til hvordan de har løst problemene sine tidligere og finne ut hva som har fungert og hva som ikke har fungert og ha det som fokus og prøve å støtte opp under det som har fungert.*

Disse sitatene viser den holdningen og forståelsen som nå preger personalgruppa. En kan si at de i dag i større grad ved siden av å møte pasientene i deres aktuelle livssituasjon også nå vektlegger deres livshistoriske utvikling. Dette gir et økt forståelse for pasientens nåværende situasjon og det er et viktig perspektiv når de sammen med pasientene skal planlegge framover.

## Emosjonelle tilstander

Denne kategorien har underkategoriene: Håp, Skyld og skam, og Sorg og taps opplevelse. Disse underkategoriene dekker sentrale almenmenneskelige følelser og erfaringer for alle mennesker. Men for mennesker med alvorlige psykiske problemer blir de spesielt aktualisert.

### Håp

I notatet posten tidligere har utarbeidet om mål og verdigrunnlag (Nysveen, 2008) sier personalet at det å formidle håp til pasienten og at man som hjelper ikke gir opp, blir holdt fram som vesentlig i pasientsamarbeidet. Dette uttrykkes også i fokusgruppeintervjuene om den miljøterapeutiske samtalen.

*Noen har kanskje gode utsikter, hos andre kan det virke mer håpløst for, og også for oss som jobber. Da blir det på en måte at vi formidler håp.*

Den enkelte pasients vei til bedring kan være lang og kronglete. Mange av pasientene har vært innlagt over en lang periode og flere kan også ha vært innlagt gjentatte ganger. Dette kan være medvirkende grunner til at det er vanskelig og ha fokus på at framtiden vil se lysere ut og at livet blir bedre og kan gi mer mening. Selv om pasientens vei til bedring kan være lang, er det viktig at personalet som de sier ikke gir opp, men er utholdende og tålmodige og ser etter små framskritt. Dette gjør de ved å ha fokus på pasientens ressurser og holde disse oppe for han/henne når hverdagen blir for krevende. Å lete etter små framskritt blir vesentlig i det daglige arbeidet. Å holde håpet levende underveis og troen på at det skal gå bra er viktige erfaringer som tidligere pasienter har utalt seg om. Det å være den som holder håpet oppe for dem som ikke greier dette selv, har en av gjørende betydning i alt hjelpearbeid (Borg & Topor, 2003).

*Vi ser de greier så mye mer en det vi tror de greier.*

*Vi prøver å få dem til å komme med løsninger på det de ikke greier. Denne løsningen klarte du faktisk selv. Det er med på å løfte dem.*

I andre perioder når pasienten mestrer bedre hverdagens utfordringer, vil personalets rolle være å bygge opp under dette og når situasjoner er der kunne gi den enkelte større utfordringer slik at krav og forventninger står i forhold til hva den enkelte kan mestre.

*Vi skal jo være realistiske også og da blir det helt feil hvis vi gir noen forhåpninger om å bli helt frisk. Så det er en balansegang.*

Personalet understreker at det er viktig å være realistiske og ikke gi pasienten for store forhåpninger om å bli helt frisk.

Selv om det er viktig å være den som formilder det å være realistisk, så er det ingen som kan forutsi hva framtiden vil bringe. Det kan i utsagnene synes som om personalet knytter håp til det pasienten opplever av mestring i sin hverdag, og at det ut fra dette perspektivet knyttes et håp om en bedre framtid. Dette er vesentlig å løfte fram, men like viktig vil det være at personalet i sin holdning og i møte med den enkelte løfter håpet fram i en mer overordnet betydning av begrepet. Pasientgruppen det her snakkes om opplever å bli omtalt som «kronisk syke». Dette begrepet uttrykker lite optimisme og mange pasienter og pårørende har mange erfaringer med at de i hjelpeapparatet blir møtt med mye pessimisme. Innen nyere forskning vises det til resultater som gir grunnlag for mer optimisme siden enkelte pasienter blir friske (Borg & Topor, 2003).

## Skyld og skam

Funnene viser at i møte med mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse opplever vi at mange pasienter plages med skyld- og skamfølelse.

*Det er vanskelige spørsmål personlig for oss, fordi det berører vårt eget verdisystem. Hos enkelte kan det være skyldbelagt, for andre er det helt greit. Fordi vi har ulike verdier.*

*Jeg mener at skyld ikke alltid er galt, skyldfølelse kan faktisk være sunt. For da er det noe man kan gjøre noe med. Det er verre med undertrykt skyldfølelse, som er noe man ikke vet hva er og som gjør vondt. Det er ting vi snakker veldig lite om.*

Selv om det å føle skyld er noe som hører menneskelivet til, erfarer mange som arbeider med pasienter at dette er vanskelige og krevende temaer å snakke om fordi som en sier i intervjuet «*det berører vårt verdisyn og disse følelsene er noe som er svært personlig og som vi snakker lite om*». Samtidig er dette tema av svært grunnleggende karakter og som vi mennesker i større eller mindre grad bærer med oss i våre liv. Det å føle skyld for noe som er berettiget, vil være en sunn skyldfølelse. For flere av de pasientene vi her møter vil de bære og ta på seg skyld for hendelser eller situasjoner de slett har noe ansvar for.

Hos noen mennesker med psykiske lidelser vil en opplevelse av skyld- og sammen med soning være fremtredende. Det å oppleve skyld er noe som hører med til livet. Når vi snakker om eksistensiell skyld, sier Buber at det «*oppstår når noen krenker en menneskelig orden, som han i sitt vesen kjenner og erkjenner som et fundament for sin egen og alle menneskers eksistens*». Videre mener han at man som hjelper må gå inn i dette skyldspørsmålet, for å påvise krenkningen og også selv måtte dele byrden av det som er den hjelpesøkende sin skyld (Hummelvoll, 2006).

*Det er sånne ting som er tabu, som vi ikke snakker om.*

*Det er gjerne presten sitt område.*

I intervjuene kommer det fram ulike syn, når temaer som skyld og skam kommer opp. Enkelte miljøterapeuter sier at disse temaene snakker de i svært liten grad med pasienten om. De definerer dette som tabuområder og som de i liten grad har fokus på i samtalen. Erfaringer som enkelte miljøterapeuter har, er at disse temaene tidligere ble henvist til presten eller legen. Spesielt når det gjelder skyldfølelse knyttet til religiøse spørsmål defineres

dette som prestens område. I materialet ser det ut til at det er forskjellige synspunkter på hvordan disse temaene berøres. Enkelte av personalet sier imidlertid at dette er temaer de tar opp i samtale med pasienten.

Fordi mange pasienter bærer disse vanskelige følelsene med seg, og som ofte er svært framtreddende i personen sitt liv, må personalet ta disse følelsene på alvor og ikke bagatellisere dem. Miljøpersonalet er de som i det daglige arbeidet kjenner pasienten som et helt menneske med et fokus på å møte ham/ henne i egen forestillingsverden, og som ønsker å skape tillitt og bygge allianse. De bør derfor være kompetente til å snakke med pasienten om temaer som skyld og skam. Som en miljøterapeut uttrykker det: *Når tiden er moden, at vi tør gå inn i det og være medmennesker som går sammen med pasienten om disse vanskelige temaene.*

Enkelte sier i intervjuet at denne kompetansen allerede ligger i personalgruppa. I de miljøterapeutiske samtalerne framover bør de ansatte i større grad ta denne kompetansen i bruk i samarbeid med pasienten.

*Det skal ikke bagatelliseres, men det skal møtes på riktig måte. En ting kan uttrykkes på mange måter for å nå fram til målet.*

Det å vise at man er medmenneske og ved å snakke med pasienten om følelser som skyld og skam så viser man at dette er allmenne menneskelige og gjenkjennbare temaer. På den måten kan vi også unngå at disse temaene i framtida blir så tabubelagt.

Skammen er smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket. Alle så ønsker vi å strekke oss etter gjensidighet og respons. Skam er affekten som vokser ut av den uteblitte responsen. Skam vil da være en blottstillelse av en selv som den uelskete og elendige – enten dette er fantasert eller virkelig (Skårderud, 1998).

*Det er vanskelig å vite hvor dypt en skal gå, vi er jo forskjellige. Skal en jobbe mer på overflata? Alle har ikke behov for å gå inn i sitt dypeste og komme med det. Det er å finne en balansegang der.*



En refleksjon som kommer opp i intervjuerne er hvor dypt en som hjelper skal gå inn i disse temaene sammen med pasienten. Når en ser på begrepet dybde; legges det sannsynligvis forskjellig betydning i det. Enkelte snakker om dybde relatert til å gå tilbake i tidligere utviklingsstadier med fokus på mer intrapsyriske konflikter. Andre snakker om dybde i en mer eksistensiell betydning.

Innenfor denne betydningen av å gå i dybden vil nettopp fokuset på å hjelpe pasienten til en større selvforståelse være å møte personen i hans /hennes egen forestillingsverden – i den eksistensielle situasjonen. I den betydningen at man søker å lære pasienten å kjenne som helt menneske (Hummelvoll, 2006).

En diskusjon i personalgruppa bør være om samtaler der disse temaene berøres krever en spesiell kompetanse eller om det er slik at alle som jobber som primærkontakt innehar den kunnskapen som kreves. For å være en spesialisthelsetjeneste som skal gi et høyt faglig spesialisert behandlingstilbud til denne pasientgruppen, vil det være en forutsening å diskutere behovet for hva slags kompetanse enheten framover har behov for. I de planlagte miljøterapeutiske samtalene som personalet nå utvikler vil dette være sentrale temaer å arbeide med. Det å dele av hverandre sin kunnskap både når det gjelder teoretisk og mer praksisbasert kunnskap vil være et område å styrke personalgruppen på. En måte å utvikle dette på kan være gjennom en systematisk faglig veiledning hvor nettopp den enkeltes møter med vanskelige og krevende problemstillinger belyses.

Jeg tror det er en utfordring, jeg tror vi kan oppmuntre og støtte hverandre, og bevege oss litt inn i det som til dels har vært tabu, konkret dette med skyld og skam.

I møte med den enkelte pasient er det viktig å vise forståelse og akseptasjon av pasientens følelser. Mange av pasientene vi møter i vår hverdag kan ha vanskelig for å sette ord på følelser som for eksempel sinne, skyld, skam hjelpeløshet, håp og lettelse (Hummelvoll, 2006). Dette fordi følelser har vært undertrykt og dermed kan personen ha liten eller uklar bevisst-

het om de ulike følelsene og som kan ha bidratt til at personen har store psykiske problemer. Ved at personen gjennom samtaler får muligheter til å sette ord på sine følelser, kan dette bidra til bedring.

## Sorg og tapsopplevelse

Alle mennesker har ønsker og mål for sitt liv og mange opplever at flere av disse ønskene går i oppfyllelse.

*Nå har jo mange av våre pasienter har faktisk levd et liv, familie, barn og vært på jobb og veldig mye som er tapt.*

Pasientene vi møter i vår hverdag har også ønsker og mål som de prøver å oppnå. Mange har opplevd så store vanskeligheter i sitt liv som har resultert i at planer og ønsker i livet har blitt endret. For enkelte har dette dreid seg om et liv bestående av ektefelle og barn. Så har livet dreid i en slik retning at dette er vanskelig for en kortere eller lengre periode. De har hatt en jobb å gå til og et sosialt liv som har betydd mye. Når så sykdommen har rammet, kan dette ha fått store konsekvenser både for familielivet og for det sosiale livet.

Dette kan for mange personer ha betydd at de har blitt hindret fra å leve på en slik måte de har ønsket. Sorgen over at livet ikke ble slik som man hadde planlagt. Tap av utdanning, jobb, sosialt nettverk osv.

Sorg ligger som en mulig og nødvendig følelse hos alle mennesker og som opptrer som en del av livet. Sorg er den følelsen som oftest er knyttet til opplevelsen av tap. Den knyttes oftest til tap av en kjær person, men følelsen kan også relateres til tap av noe som betyr mye for ens selvaktelse som for eksempel tap av arbeid, økonomi og sosial anseelse (Hummelvoll, 2006).

*Det er ikke veldig ofte at det er pasientene som bringer det på bane, men vi tolker det vel egentlig sånn og kan i en gitt situasjon ta det opp som et tema, kanskje ikke sånn direkte, men at det blir en prat om ting som de sliter med.*

Når vi i samtaler med personalet snakker om sorg og tapsopplevelse, er det personalet sine erfaringer at dette er temaer pasienten i liten grad selv bringer på bane. Det er oftest personalet som tar dette opp og da ut fra en tolkning om pasienten sin situasjon. Men selv om personalet bringer dette på banen kan det virke som dette ikke er et planlagt tema som de fleste miljøterapeuter jobber systematisk med over tid.

*Et eksempel er å følge en pasient i en taps- eller sorgprosess, da. Det er ikke gjort i en samtale. Jeg er helt enig i det, og jeg tror vi gjør dette helt naturlig. Dette snakker vi om når dagen og tiden er inne for det.*

Andre i personalgruppen sier imidlertid at det å snakke med pasienten om sorg og tapsopplevelser er tema som faller helt naturlig. Samtaler rundt disse temaene krever tid og ses på som en prosess i behandlingsforløpet. De sier videre at disse temaene er naturlige å snakke om når tiden er inne. Det en kan undre seg over er hvordan personalet vet når tiden er inne for å bringe dette tema på banen. Slik som personalet beskriver det kan det virke som det er enklere å samtale om sorg og tap enn å snakke om følelser som skyld og skam.

*Så har det vært sånne ting som har med sorg å gjøre og litt dypere psykologiske ting, det har blitt henvist til psykolog eller – sånn prater vi ikke om her – det henger veldig mye igjen, tror jeg. Vi er ikke noe særlig tøffe til å gå inn på sånne ting.*

*Det har ikke vært tradisjon for det i miljøterapien.*

I intervjuet virker det som om personalgruppa er litt delt på hvilke temaer det er naturlig for dem å gå inni. Enkelte sier at det med sorgarbeid faller helt naturlig, mens andre sier at sorg og temaer av dypere psykologisk karakter blir henvist til andre profesjoner. Det er liten tradisjon for slike samtaler i miljøterapien. Som en begrunnelse for dette sier de at miljøterapeutene har liten erfaring med å ta opp slike temaer på en systematisk måte at det også forstås som å være utenfor deres kompetanseområde. Noen av

miljøterapeutene har i høst prøvd å jobbe etter modellen «sykepleieplanen». Gjennom erfaringer de så langt har gjort opplever de at samtalen blir mer strukturert.

## Samtalens plattform

Temaet: *Samtalens plattform* består av tre kategorier: Holdninger som bærer samtalen, Holdninger til brukermedvirkning, og Holdninger til rusproblemer. Disse kategoriene inneholder sentrale holdninger i møte med mennesker med alvorlige psykiske problemer og som også kan ha et rusproblem. Holdninger som bør ligge til grunn hos personalet i møte med den enkelte pasient var et tydelige temaene i analysen fra fokusgruppene. Tidligere i prosjektet har personalet på den aktuelle enheten har utarbeidet et notat som har til hensikt å klargjøre enhetens mål og verdigrunnlag og som de ønsker at arbeidet sammen med pasientene skal styres etter. Verdier i denne sammenheng er kvaliteter som personalet ønsker skal virke som standarder i postmiljøet – og som uttrykk for hva samværet og samhandlingen mellom pasienter og personalet skal preges av. Men verdier er også noe som den enkelte ansatte holder som verdit å strebe etter for sin egen del i omgang med medarbeidere og pasienter (Nysveen, 2008).

I vårt samvær med mennesker enten det skjer i sykepleie- eller i en behandlingssituasjon vil disse møtene ikke være forutsetningsløse. Vi er preget av vår faglige bakgrunn, vår oppdragelse og av de erfaringene vi har gjort i forhold til andre mennesker. De holdninger og handlinger vi har med oss vil være med på å forme det mellommenneskelige samspill som vi i det daglige tar del i (Hummelvoll, 2006).

Tabell 3: Oversikt over tema og kategorier under temaet samtalens plattform

<b>Tema</b>	<b>Samtalens plattform</b>		
<b>Kategorier</b>	Holdninger som bærer samtalen	Holdninger til brukermedvirkning	Holdninger til rusproblemer

## Holdninger som bærer samtalen

De vesentlige verdiene personalet ønsker at pasientsamarbeidet skal hvile på og som de omtaler i notatet om mål og verdigrunnlag (Nysveen, 2008) er: respekt og likeverdighet, gjensidighet, toleranse, medbestemmelse, ydmykhet, utholdenhet ærlighet, håp og ansvarlighet.

Fokusgruppedeltagerne sier at i de miljøterapeutiske samtalerne legger mange av disse verdiene grunnlaget for den holdningen den enkelte miljøterapeut møter pasienten med.

*For det første så må vi ha gjensidig tillitt. For det andre må vi ha en god kjemi. Mye kjemi tror jeg. Sammen med enkelte pasienter kan du prate om alt mulig. Hos andre er det umulig å nå inn til.*

Det å møte pasienten med tillit vektlegges i samtalen. I møte med pasienter kan mange ha mistet tilliten både til seg selv og til omverdenen. Dette vil skape vanskeligheter for personen med å fungere i hverdagen. Det å kunne klare å bygge opp igjen tilliten til andre mennesker vil, derfor være grunnleggende i samarbeidet mellom pasienten og den ansatte.

En annen egenskap som personalet setter høyt er personlig egnethet og at man i møte med pasienten kjenner man har en god «kjemi» som gir grunnlag for å skape god allianse.

*Jeg tror folk på posten er utrolig gode på å bygge allianser.*

Et utsagn som bekrefter dette er «at det tar lang tid å bygge allianse». Å bygge allianse kommer fram i intervjuet som noe personalet opplever at de behersker.

*Når du møter en sånn mur av taushet så må du ha tålmodighet. Så er det noe med å gjøre ting sammen.*

Tålmodighet i samarbeidet er vesentlig. Mange pasienter med en alvorlig psykisk lidelse vil ofte oppleves av andre som at de trekker seg tilbake fra omverdenen og den sosiale arena. Å ha kontakt med og kommunisere med

omverdenen kan for enkelte pasienter by på en stor utfordring både fordi tilliten til omverdenen kan være svekket, men også fordi enkelte kan ha vanskeligheter for å finne begreper for hva som plager dem. For å prøve å motvirke denne tilbaketrekningen vil det kreve at miljøterapeuten forstår pasienten sine problemer og ut fra dette kan legge til rette arenaer hvor trygghet og tillitt settes i fokus. Dette er et arbeid som krever tid og mye tålmodighet fra personalets side. Selv om personalet opplever at endinger tar tid og at man må være tålmodig sier de at planlagte samtaler med pasienten kan være en god arena å møtes, selv om samtalene er av kort varighet. For som personalet sier: *at samtaler på sikt kan være viktigere enn det vi tror.*

*Det er noen som bryr seg, spesielt for den pasienten, at han får mulighet til å si noe om tankene sine, sette ord på dem. Ufarliggjøre det. Tankene dine skader faktisk ingen. Det er jo også med på å trygge dem.*

*At du viser tillitt i alle fall og at du er naturlig. Vise ømhet og varme til noen uten å engasjere seg for mye. Det kan fort bli et problem det også. Noen pasienter kan bli veldig avhengige av deg. Så kan de få det vanskelig i etterkant, når de skal ut igjen.*

*Gi av seg sjøl. Prøve å finne et fellesskap. Det å være på tur sammen og gjøre noe i fellesskap. Ikke som pleier og pasient, men som faktisk turkamerater der og da.*

Som utsagnet ovenfor beskriver sier personalet at det å bry seg om pasientene vise ømhet og varme er egenskaper som vektlegges i møte med den enkelte pasient. Personalet ønsker å invitere personen til inn i en samtale slik at vedkommende kan få sagt noe om sin situasjon.

Det å møte mennesker som gir en håp og forventninger om at bedring kommer og da spesielt når en selv tviler – og det å erfare at noen virkelig er interessert og bryr seg om en, det er gode opplevelser som kan virke oppløftende og samtidig gi en mot til å kjempe videre med plager og funksjonssvikt (Hummelvoll, 2006).

Samtidig med dette sier en annen av informantene *at man ikke må engasjere seg for mye, fordi pasienten i etterkant kan få det vanskelig og spesielt når de skrives ut*. Hva som ligger i dette er noe uklart. Enkelte av pasientene vi møter, vil oppleve relasjoner til andre mennesker som problematisk. Det å utvikle gode relasjoner vil blant annet være avhengig av den enkelte miljøterapeut sitt engasjement. Ovenfor personen dette gjelder vil dette bety at den ansatte gir av seg selv. Går man inn i en relasjon til pasienten vil det også være den enkelte miljøterapeut sitt ansvar å klare å sette tydelige grenser for seg selv som hjelper, dvs. selvavgrensning. En måte å få til dette på vil være å etablere fora i posten hvor nettopp refleksjon og kollegaveiledning over «hvem jeg er som hjelper» får plass i den kliniske hverdag.

I møte med mennesker med alvorlige psykiske lidelser hvor en som hjelper ofte kan bli påvirket av vanskelige følelser som pasienten uttrykker og som lett kan blandes med egne følelser hvis en er faglig usikker. Derfor vil det være viktig å kunne reflektere over hva som er egne følelser og hva som er den andre sine følelser (Vatne, 2006).

### Holdninger relatert til brukermedvirkning

Et område som personalet i økende grad har blitt opptatt av er brukermedvirkning. De ønsker at pasientene i større grad skal oppleve at de har medbestemmelse og at de er aktive deltagere i egen behandlingsprosess. Dette som en forutsetning for at pasientene skal kunne nå målet om et mest mulig selvstendig liv. I notatet omtaler personalet aktiv brukermedvirkning som et ideal og arbeide mot. Videre sier de at brukermedvirkning kan styrkes på flere områder ved: *å be om pasientens syn på behandlingen, ha større fokus på ressurser, spørre om hvilke tanker han/hun har om sin framtid, trekke vedkommende aktivt med i utforming av målsetting for oppholdet og deltagelse i ulike møter som angår han /henne* (Nysveen, 2008).

*Å skape arenaer for at pasienten forteller om sine opplevelser.*

*En kan jo hjelpe pasienten til å se ting fra forskjellige synsvinkler, med å undre seg sammen og også stille spørsmål.*

For at personalet skal bli kjent med pasienten, og for å danne grunnlag for et godt samarbeid, er det vesentlig å tilrettelegge gode møteplasser for å utvikle dette. Personalet legger vekt på at pasienten i trygge omgivelser får mulighet til å fortelle om sine opplevelser og hvordan en selv forstår sin situasjon. Å være interessert, undre seg sammen med pasienten legger grunnlaget for en god relasjon og dialog.

Aktiv lytting vil som Vatne (2006) sier kreve tilgjengelighet og mottakelighet for pasientens opplevelsesverden. Det å ha fokus på selve opplevelsen og at man som hjelper er villig til å la seg bevege av den. Ved at miljøterapeuten har dette fokus vil pasienten også i større grad ha mulighet til å gjenkjenne det som sitt eget.

*At pasienten opplever å bli lyttet til – at en annen er interessert i hans verden og hans måte å se ting på. Det i seg sjøl skaper i hvert fall et fellesskap og det blir en plattform for videre samhandling.*

I dette utsagnet understreker personalet betydningen av at pasienten får anledning til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer i livet og også hvordan en forstår seg selv og sine problemer. Det at personalet har fokus på pasientens opplevelsesverden vil være med å danne grunnlag for en bærekraftig relasjon hvor et av målene er at pasienten får en bedre forståelse av seg selv og sin situasjon. I større grad blir klar over hvilke ressurser en har til rådighet og hvordan ta disse i bruk på en best mulig måte. Hvordan den enkelte i et framtidsperspektiv kan lære seg å leve på en best mulig måte med sin lidelse.

Det å bli lyttet til, dreier seg om å være aktiv tilstede, gi oppmerksomhet og ved dette vise en anerkjennende og bekreftende holdning. Dette krever at lytting blir en aktiv prosess. For å få til dette på en god måte kreves det at miljøterapeuten får tak i det som ligger bak ordene, det som pasienten oppfatter som egen opplevelse av situasjonen. Videre må hjelperen bidra til å dele det en har oppfattet med pasienten (Østby, 2007).



*Få pasienten litt mer med og kanskje med på å evaluere – hvordan det har gått. Og at de bli mer aktive – i hele prosessen.*

*Jeg skrev et referat etter hver samtale, og den lille boka lå inne hos pasienten sånn at han ikke skulle tro at noen skulle endre på det som ble sagt eller skrevet. Han så jo også over det jeg hadde skrevet etter samtalen.*

Som et viktig ledd i å trekke pasienten mer med i egen behandling, vil det å invitere pasienten med i evaluering av behandlingsopplegget være vesentlig. Dette vil skape grunnlag for at pasienten blir mer aktiv gjennom hele prosessen. En god måte å gjøre det på er å skrive referat fra samtalen med pasienten og at han/ hun oppbevarer dette selv. Et slikt prosessnotat vil også kunne være til hjelp for tydeligere å se sammenhengen i behandlingen opp mot hva som er målsetting for oppholdet.

*Det er viktig at de får tilbud om samtale og føler at de blir møtt på den måten.*

*De forbereder seg til samtalen og føler de blir tatt på alvor.  
Det er viktig at de får det til.*

Et referat fra samtalen vil kunne ansvarliggjøre pasienten på en annen måte en tidligere. Enkelte av personalet har erfaring med at etter de tok i bruk sykepleieplanen i samtaler, viser det seg at enkelte pasienter i større grad forbereder seg til samtalen nå enn tidligere. Ved å være mer forberedt erfarer pasienten i større grad å bli tatt på alvor.

*Samme hvor mange ganger vi har blitt avist eller møtt med stillhet, så stiller vi opp igjen. At vi bryr oss, slik at pasienten føler seg verdsatt.*

I vårt arbeid med mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse, vil vi som hjelpere oppleve å bli møtt med avvisning eller stillhet. Enkelte av pasientene vi her snakker om vil på den ene siden ha et ønske om kontakt, samtidig som de også er redde for å gå inn i en forpliktende relasjon. Noen

sitter med tidligere erfaringer i form av avvisning og krenkelse. Det er viktig at personalet har kjennskap til og forstår hvorfor vi i behandlingssituasjon blir avvist. Det er vi som fagpersoner som har ansvar for å bygge relasjon og det er vårt ansvar å holde kontinuiteten i relasjonen.

*Det er mye vanskeligere å ordlegge seg i en gruppe (sammen med pasienten) når vi sitter og prater, for vi må være mer bevisste på hvordan vi sier ting. Så det er like mye en utfordring for oss.*

Å utvikle brukermedvirkning og ta det på alvor, stiller krav til personalet på en ny måte. Det å være bevisst på hvilke ord og begreper en bruker i møter der pasienten er til stede, er en forutsetning for god brukermedvirkning. Enkelte i personalgruppen synes imidlertid det å samtale i en gruppe, kan by på utfordringer fordi de må være mer bevisste på hvordan de uttrykker seg. Når personalet også kjenner på slike utfordringer kan en jo tenke seg at pasienten opplever noe av det samme. Men en slik gjenkjennelse kan også danne grunnlag for en god samhandling mellom pasient og hjelper.

## Holdninger til rusproblemer

Tradisjonelt har posten hatt pasienter med alvorlig psykoseproblematikk. De har liten erfaring med pasienter som både har psykose og rusproblemer. Når dette prosjektet har fokus på temaet, er det vesentlig at personalet har diskusjoner om holdninger og handlinger og hvordan de ønsker å møte pasientgruppen.

*Hos oss har vi vært fokusert på psykose. Rus er på en måte underordnet, da er de på et annet sted. Hele systemet vårt må forandre litt på holdninger – at begge deler er viktig.*

Som utsagnet over tyder på, er det viktig med en holdningsdiskusjon som ikke bare omfatter personalet på enheten, men noe som angår hele spesialisthelsetjenesten, hvor en nettopp har like stort fokus på rusproblemene som på den psykiske lidelsen.

Tradisjonelt sett har pasienter med rusproblemer blitt behandlet innen russektoren. Pasientgruppa vi her snakker om vil også ha funksjonshindringer som er knyttet til den sosiale lidelsen i form av å møte samfunnsmessige hindringer som utstøtelse, marginalisering og fattigdom.

Som ledd i Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63:1997–98) ble rusreformen gjennomført i 2004. Etter dette har de regionale helseforetakene et «sørge-for-ansvar» for alle tverrfaglige, spesialiserte behandlingstilbud (både helse- og sosialfaglig) for alle med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk. Denne lovendringen har tydeliggjort at psykiske lidelser og ruslidelser henger sammen. Nyere forskning viser at integrerte behandlingsprogrammer som kombinerer psykisk helsevern med rusmisbruksintervensjoner gir mer lovende resultater (Biegel et al., 2006; Gråwe, 2006).

*Jeg tror vel egentlig at vi har begynt å snakke litt oftere om det (rus), for nå får vi flere med samme problematikk og vi kan jo ikke late som det ikke er der.*

I dag kommer det stadig flere pasienter som innlegges med denne problematikken.

Det gjør at personalet i større grad tar opp dette som tema fordi det kommer tydeligere til uttrykk i møte med pasienten.

*Vi må ha en klar holdning når ting skjer i post, alle er enig om at – sånn er det. Ting kan sies på forskjellige måter, men allikevel nå målet.*

*At vi er samordnet på handlinger og at vi jobber med holdninger.*

I samtaler med personalet relatert til møte med pasientgruppa, sier de at det er viktig at det settes fokus på holdninger i hele personalgruppa. Det må settes på dagsorden som et tema. For å ha et dynamisk miljø i en enhet er det vesentlig at sammensetningen i personalgruppa er forskjellig. Dette handler både om at vi er forskjellige som individer, vi har forskjellig type

utdanning og vi bærer med oss forskjellige erfaringer fra vårt eget liv og som yrkesutøvere. Å vise respekt ovenfor hverandres forskjellighet er viktig, samtidig som det er helt nødvendig at personalgruppen har et gjennomdiskutert og bevisst syn på en felles plattform i posten i møte med disse utfordringene.

*Tror det må være viktig å være åpen mot seg sjøl å kjenne etter slags holdning har jeg til dette. Hvis jeg kjenner at jeg har det vanskelig med et tema, så er det viktig at jeg erkjenner det for meg sjøl.*

*Det er litt skummelt i forhold til det å være belærende eller fordømmende til de som har et rusproblem. En kan lett bli moraliserende.*

Samtidig understrekes også nødvendigheten at den enkelte ansatte reflekterer over egne holdninger i møte med pasienter som har et rusproblem. Det å være ærlig med seg selv, bevist på hvilke holdninger en har og erkjenne at dette er både krevende og vanskelig, blir framholdt som vesentlig for å motvirke en fordømmende, moraliserende og belærende holdning i møte med pasientene.

*For vi har hatt den holdningen – at det skal ikke være rus her, man skal ikke være ruset inne på post, og da legger vi lokk på problemet, det er et ikke-tema.*

*Selv om de er ruset akkurat der og da og vi tar det opp – nå må vi skjerme deg at vi ikke gjør dette med pekefinger.*

Det å arbeide aktivt og systematisk med holdninger som skal prege møte med denne pasientgruppa vil også gi seg utslag i det konkrete handlingsrepertoaret en ønsker å møte pasienten med. En vesentlig diskusjon enheten står ovenfor er hvorvidt de skal ha utforme en målsetting hvor det er skaderedusjonsmodellen eller en målsetting med hovedfokus på rusfrihet som blir retningsgivende i det framtidige arbeidet.

## Utvikling av den planlagte miljøterapeutiske samtalen

På enhetens halvårige oppsummering av arbeidet i miljøterapiprosjektet, ble sykepleieplanen presentert som en modell å arbeide etter og da spesielt relatert til den planlagte miljøterapeutiske samtalen. Enheten ønsket å prøve ut planen fra høsten 2008, for å skaffe seg erfaringer og komme med tilbakemeldinger rundt bruk av planen i det kliniske arbeidet. Det ble gitt tilbud om veiledning til personalet for de som ønsket det.

Uprøvningsperioden strakk seg fra 2,5 måned hos enkelte til 4,5 hos andre. Denne variasjonen handlet om flere ting, blant annet tidspunktet for når den enkelte miljøterapeut startet opp.

I fokusgruppeintervjuet rundt erfaringer med bruk av planen var det i intervjuet seks personer som hadde erfaringer med å bruke den. Av disse var fem psykiatriske sykepleiere og en sosionom. Alle som hadde brukt planen har mange års erfaring i arbeidet med denne pasientgruppen, fra 9 til 15 år. På spørsmål om kompetanse, både utdanningsmessig og erfaringskompetanse ble vurdert når paret skulle settes sammen, svarte fire at dette ikke skjedde, men to stykker sier at kompetansen delvis ble tatt hensyn til. Her presenteres de enkelte kategoriene i dette tema, først i tabellform.

Tabell 4: Oversikt over tema og kategorier under temaet: utvikling av den planlagte miljøterapeutiske samtalen.

<b>Tema</b>	<b>Samtalens plattform</b>			
<b>Kategorier</b>	Uprøving og utvikling av sykepleieplanen			
<b>Under-kategorier</b>	Det er godt å være to	«Vi må styre kursen»	Planen strukturerer samtalen	Videreføring/ videreutvikling av sykepleieplanen

### Det er godt å være to

De som hadde erfaringer med bruk av sykepleieplanen, hadde vært to og to personale sammen i samtaler med pasienten.

*Det som er fint med å være to, synes jeg, er at hvis den ene spør, så kanskje den andre komme med innspill. Det er jo veldig greit hvis du merker at du blir ensporet, og glemmer deg litt, og kanskje den andre ser andre ting som blir veldig ålreit, slik at en kan utfylle og hjelpe hverandre.*

*Det var ei stund hun ikke var der, og da syntes jeg det var vanskelig, for vi tok inn en erstatter, og det ble ikke det samme.*

Denne måten å organisere samtalen på oppleves av personalet som positivt. Styrken ved å være to er at man i større grad kan støtte og utfylle hverandre. Det å komme med innspill, spørsmål, undringer og refleksjoner gjør at samtalen får et annet preg og kan gi en dypere mening. Å ha godt kjennskap til hverandre framheves som trygt og betydningsfullt. Når det skjer endringer i sammensetningen av personale oppleves dette problematisk både for pasienten og personalet. Tryggheten ovenfor hverandre forandres og relasjonen som er etablert blir annerledes. På en annen side kan man reflektere over at det å være to personale sammen med en pasient, også kan by på utfordringer.

Strykeforholdet og maktbalansen i denne konteksten kan av pasienten oppfattes som å være i ubalanse, og derfor vil det stille store krav til miljøterapeutene sin bevissthet og hvordan de håndterer det på en best mulig måte. Det vil være vesentlig at man før oppstart av samtaler har avklart med pasienten hvilken rolle og funksjon personalet har. En refleksjon vil også være å ha en åpenhet for at enkelte pasienter kan ha mer utbytte av individuelle samtaler. En annen refleksjon vil være, hvordan man evner å utvikle en god relasjon til pasienten når det er flere personale i en samtale. En undring her vil være om en får fram gjensidigheten i samtalen hvor nettopp subjekt–subjekt forholdet har fokus. I gode samtaler er nettopp gjensidig tillitt og akseptasjon vesentlig for relasjonen til hverandre (Østby, 2007).

I relasjonsbygging har språket stor betydning. Bøe & Thomassen (2000) understreker at det er gjennom dialogen at et felles språk kan utvikle seg. Dialogen kan gi mulighet til å finne nye meningsfulle ord og uttrykk som skaper økt forståelse – også for vanskelige erfaringer. I fortsettelsen med

bruk av sykepleieplanen vil det være nødvendig å ta hensyn til hva som vil gi den enkelte person en best mulig vekst og utvikling. Det å fortsette med trekantsamtale eller å ha mer fokus på individuelle samtaler.

### «Vi må styre kursen»

*Ja, og så er det veldig greit å ha et avtalt tema. Hver gang når vi avslutter en samtale, så avtaler vi et nytt tema neste gang, som pasienten skal forberede seg på og det er veldig greit.*

*Jeg tror pasientene føler seg kanskje litt viktige på en annen måte når det er ting som er strukturert og satt i system, sånn at det blir en annen form for behandling, tror jeg at en del av dem opplever.*

*Vi må styre kursen. Hun jeg snakker med, vil helst bare prate om alt som er følt. Det må hun jo få lov til å gjøre til en viss grad, men jeg må jo prøve å styre det og stoppe henne, avbryte henne rett og slett. Minne henne på hvor vi skal. Så sånn sett, styrer vi kursen.*

Informantene i intervjuet er opptatt av at samtaler med pasienten bør ha avtalt tema fra gang til gang. Det er viktig at pasienten kan ha mulighet til å forberede seg. På den måten kan de i større grad medvirke aktivt i egen behandling. Å avtale tema som er relatert til den enkelte pasient sin målsetting for oppholdet vil da gå som en «rød tråd» gjennom hele behandlingsprosessen. En slik tilnærming vil i større grad hjelpe den enkelte person til økt forståelse av seg selv og også bli i bedre stand til å se sammenhenger i sitt liv.

Enkelte uttrykker at det er viktig å styre kursen for at pasienten ikke hele tiden skal ha fokus på sine problemer, men i større grad trekke fram ressurser og gjennom det også ha et mer framtidsrettet perspektiv.

## Planen strukturer samtalen

*Det blir jo mer strukturert da, på en måte mer planlagt. Det er forskjellen.*

*Synes det er greit å ha den planen, jeg, og særlig for disse pasientene her som ikke alltid klarer å si hva de evner.*

I perioden som deltagerne har prøvd ut planen har de gode erfaringer med at denne hjelper dem i å holde en bedre struktur i samtalen og at den blir mer planlagt. De opplever også at planen er til god hjelp når de har samtaler med pasienter som har vanskeligheter med å sette ord på sine problemer og ressurser. Sykepleierplanen har en tilnærming til pasientens aktuelle livssituasjon og planens konkrete utforming gjør at den kan anvendes som et godt verktøy i hverdagen. Spesielt ovenfor denne pasientgruppa som både kan ha vanskeligheter med å sette ord på følelser og tanker og som sliter med psykotiske opplevelser noe som gjør det vanskelig å se sammenheng i hverdagen.

## Videreføring /videreutvikling av sykepleieplanen

De av personalet som har erfaringer med bruk av sykepleieplanen opplever å ha gode erfaringer og relaterer dette til at samtalen får en mer konkret form.

*Det blir mer konkret å bruke planen, pasienten svarer direkte.*

*Det er viktig at samtalen er planlagt, vi snakker da om et bestemt tema.*

*Det negative ved planen er at det er noen vanskelige temaer.*

Det er mulig at personalet her mener samtalen blir mer hverdagsnær i måten planen er utformet på. Miljøterapeutene uttrykker betydningen av at samtalen er planlagt og at den inneholder et bestemt tema. Det de ikke sier noe om er hvordan de kommer fram til valg av tema. Enkelte erfarer også at planen kan være vanskelig å bruke. Dette relaterer de til vanskelige temaer. En måte å forstå dette på kan være at spørsmålene i planen tydeliggjør pasientens problemer og at enkelte kan ha vanskeligheter med



å snakke om sine problemer i begynnelsen av behandlingsoppholdet. I så fall vil det da være viktig å fokusere på andre områder i planen og etter hvert som relasjonen utvikler seg, nærme seg det som er vanskelig.

*Men det er jo i kartlegging vi skal bruke denne planen. Så er det jo uansett et kartleggingsverktøy. Så du kan få en oversikt over hva pasienten mener.*

Enkelte i personalgruppa og en av de som har brukt sykepleieplanen minst sier at den er et godt kartleggingsverktøy av pasienten sine problemområder, ressurser, tidligere problemløsning, ønskemål og ny problemløsning. Det kommer det ikke tydelig fram i intervjuet om de som har prøvd ut sykepleieplanen mener den er et godt verktøy å bruke gjennom hele behandlingsprosessen og noe som man systematisk kan bruke i det miljøterapeutiske arbeidet.

*Jeg har lyst til å prøve på andre pasienter og. Det kunne vært spennende.*

Det kom fram i fokusgruppeintervjuet at flere av de ansatte i enheten ikke har prøvd ut sykepleieplanen i pasientsamarbeidet. For at så mange som mulig skal skaffe seg en bredere erfaring med bruk av planen, er det vesentlig at flere fra nå av, motiveres til å bruke den i samtaler med pasienten. For de av personalet som har prøvd ut modellen vil det være viktig at disse tar et ansvar for å stimulere til at flere av miljøterapeutene bruker sykepleieplanen i de planlagte miljøterapeutiske samtalen. Som utsagnet ovenfor uttrykker, skulle dette nettopp være et utsagn som motiverer andre. Like viktig som det er å skaffe seg erfaringer med bruk av planen, vil det være nødvendig å se på om det er områder i planen som bør endres eller utvikles bedre.



## 5 OPPSUMMERENDE DISKUSJON

### Metodiske overveielser

Validitet forutsetter systematisk datainnsamling gjennom hele forskningsperioden (Hummelvoll, 2003). Validiteten ble forsøkt styrket gjennom drøftinger i miljøterapiprosjektets fora og i forskerforum i høgskolens regi (forum for praksisnær forskning innen innsatsområdet «psykisk helse og samfunn: kunnskapsdannelse i praksis»), der forskningsdesign og resultater ble diskutert. Design ble drøftet før oppstart av delprosjektet og underveis i prosessen i arbeidsgruppen for miljøterapiprosjektet. Delprosjektets design og funn har blitt presentert og drøftet i dialogbasert undervisning og i referansegruppen til prosjektet. Tilbakemeldinger underveis i prosessen har vært viktig for validiteten.

Fokusgruppeintervjuer på ulike tidspunkter i prosessen skulle være med å validere om forandring hadde skjedd med forskningsprosessen. Gruppen som deltok i fokusgruppe-intervjuene var de samme som deltok i dialogbaserte undervisningen. Det styrket validiteten. De fleste fokusgruppedeltagerne deltok på alle eller to av fokusgruppeintervjuene. Denne kontinuiteten styrker også validiteten. At medforskerne i enheten har blitt godt kjent med metoden, da dette har vært den bærende datasamlingsmetode for prosjektet som helhet gjennom hele prosjektperioden, var også validitetsstyrkende.

En svakhet med studien er at de samme forskerne både planlegger, gjør interveneringen og foretar evalueringen. En må se om det blir gitt positive tilbakemeldinger for å glede forskerteamet, eller om forandringene er reelle.

Medforskerne var erfarne i miljøarbeid med pasienter med alvorlige og langvarige psykiske plager. Dette gav dem et bredt erfaringsgrunnlag i samtalene. Gruppens homogenitet ved at de arbeidet på samme enhet over lenge tid kan gi større krav om konsensus. Dette kan påvirke resultatet, og er nøye vurdert. Om deltagerne kjenner hverandre fra før eller ikke, kan påvirke gruppeprosessen og data som framkommer i fokusgrupper (Tillgren & Wallin, 1999). Er respondentene kjent for hverandre fra før, er ofte uskrevene gruppeeregler fastsatt, og mønster for kommunikasjon og den enkeltes rolle i gruppen er ofte fastlagt. Det var en styrke å foreta fokusgruppeintervjuer. Deltagerne ble tryggere og friere til å komme frem med synspunkter som det ville være vanskeligere å dele i samtale kun med en person. De utfylte hverandre så flere synspunkter fikk komme frem.

Multistage fokusgrupper var med på å styrke validiteten gjennom å oppsummere foregående fokusgruppe og få tilbakemelding fra gruppedeltagerne på oppsummeringen. Denne intersubjektive validideringen gav en åpning for å fortsette på enkelte av temaene som trengte utdypning. Et sammendrag av gruppesamtalene i siste fokusgruppeintervju, der gruppene kommenterte hverandres samtaler, gav gode tilbakemeldinger på hva den enkelte gruppe syntes var mest vesentlig. Det var små forskjeller i synspunktene gruppene imellom, men vektleggingen av synspunktene var forskjellig. Denne face-validiteten styrket tilbakekoblingen av data til alle informanter (Svensson, 1996).

Å være fra samme enhet gjør at en kjenner hverandres sterke og svake sider, og gi en friere samtale. Men det kan også dempe noe kritikk og synspunkter fra respondentene. Det kan være vanskeligere å fortelle fritt, da informantene kan være redde for å såre eller støte andre.

Analysevaliditeten er forsøkt styrket gjennom diskusjoner og gjennomgang av datamateriale med forskergruppen og diskusjon av analyseresultatet i forskningsforum og med medforskerne på enheten (Granerud & Severinsson, 2003). Den ble også søkt sikret ved at person med brukererfaring har gått gjennom resultatene og kommentert disse.

## Holdningenes betydning i miljøterapien

I notatet om mål og verdigrunnlag som enheten tidligere har utarbeidet reflekterer personalet over hvilke holdninger og verdier de ønsker at pasientsamarbeidet skal styres etter. Gjennom arbeidet med notatet om mål og verdigrunnlag og granskningen knyttet til innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen har personalet i denne prosessen fått en økt bevissthet rundt betydningen av holdninger i personalgruppa. I funnene fra materialet som handler om den planlagte miljøterapeutiske samtalen vektlegges det å bygge tillitt, utvikle trygghet, ha en stor grad av tålmodighet, vise ømhet og varme og at man «gir av seg selv» stor betydning i pasientsamarbeidet.

Som det mest grunnleggende i pasientsamarbeidet vil det å bygge tillitt til andre mennesker være vesentlig for å danne et godt grunnlag for videre samhandling. Det å gjenskape tillitt til seg selv og omgivelsene vil være en møysommelig og utfordrende prosess i pasientsamarbeidet. I et av funnene som er knyttet til personalets holdninger kommer dette til uttrykk på følgende måte: *For det første må vi ha gjensidig tillitt.* I møte med denne pasientgruppa har dette arbeidet en stor betydning for videre samhandling.

Hummelvoll (2006) skriver at tillitt mellom mennesker er en nødvendighet og en forutsetning for fellesskap og samvær. Det å kunne stole på at det den andre forteller er sant og at man er til å stole på, vil være et fundamentalt behov. Personalet legger stor vekt på dette i det miljøterapeutiske arbeidet. En forutsetning for å lykkes i arbeidet vil være at personalet vektlegger betydningen av kontinuitet og samhandling i behandlingen. Å lykkes i dette arbeidet vil danne et godt grunnlag for å utvikle gode relasjoner mellom pasient og hjelper.

I den andre del av sitatet trekker personalet fram begrepet «god kjemi». *For det andre må en ha god kjemi. Mye kjemi tror jeg.* Det er en egenskap som flere av miljøterapeutene verdsetter høyt. Hva miljøterapeutene legger i dette, kommer ikke tydelig fram i materialet. En refleksjon vil være om personalet mener dette er en egenskap som naturlig finnes hos den enkelte hjelper, eller om de mener at begrepet også innebefatter et personale som både har en formalkompetanse og mye erfaringskompetanse og med denne bakgrunnen har en personlig egnethet?

Det å være tålmodig er en annen egenskap personalet verdsetter høyt. Å være tålmodig i pasientsamarbeidet er en god egenskap å ha. Samtidig som man ikke må være for tålmodig slik at dette blir til hinder for å utfordre pasienten på områder i livet som han / hun er i stand til å bli utfordret på.

Å vise varme, og at man gir av seg selv, sier personalet er viktig for å utvikle gode relasjoner. I arbeid med denne pasientgruppa vil det ta tid å bygge relasjoner. Å vise varme og være empatiske er viktige egenskaper hos personalet. Flere undersøkelser viser at relasjon mellom pasient og stab er det viktigste i sykehusbehandling. I disse undersøkelsene la pasientene spesielt vekt på at personalet skulle være empatiske, interesserte og forståelsesfulle (Røssberg, 2005).

I et av funnene i materialet sier en av miljøterapeutene *at man ikke må engasjere seg for mye, fordi pasienten i etterkant kan få det vanskelig og spesielt når de skrives ut.* En refleksjon rundt denne problemstillingen er at nettopp personalets engasjement er spesielt viktig for den denne pasientgruppa, fordi et av problemene mange pasienter sliter med, nettopp kan være tilbaketrekning fra omgivelsene. For i best mulig grad å motvirke denne tilbaketrekningen vil det være helt sentralt at personalet er aktivt engasjerende for å komme i posisjon til å utvikle gode relasjoner. Måten personalet nærmer seg dette på vil derfor være viktig. En vesentlig faktor for å få til dette vil være kontinuitet gjennom hele behandlingsprosessen.

En annen måte å forstå dette på kan være at man som hjelper kan bli påvirket av pasienten sine vanskelige følelser, og som kan gjøre det vanskelig å skille på hva som er pasienten sine følelser, og hva som er egne følelser. Vatne (2006) sier det derfor vil være viktig å reflektere over hva som er

pasientens og hva som er hjelperens følelser. I en enhet hvor man har personale med ulik faglig kompetanse og hvor man kan oppleve at det er vanskelig å sette tydelige grenser mellom egne følelser og pasientens følelser, vil det i et terapeutisk miljø være viktig å sette fokus på betydningen av selvrefleksjon, som en måte å utvikle selvavgrensning på. Å satse på god faglig veiledning med fokus på «hvem jeg er som hjelper» vil være en måte å arbeide systematisk med dette på. Dette vil gjøre den enkelte ansatte mer faglig kompetent.

Når personalet møter pasienter som i tillegg til en alvorlig psykisk lidelse også har rusproblemer stilles de ovenfor problemstillinger de tidligere ikke har mye erfaring med. I møte med denne utfordringen sier enkelte av miljøterapeutene at man her kan stå i fare *for å være belærende eller fordømmende til de som har et rusproblem. En kan lett bli moraliserende.*

Mange av pasientene vil i tillegg ha funksjonsnedsettelse på flere områder. De vil også ha funksjonshindringer som vil være knyttet til den sosiale lidelsen i form av å møte samfunnsmessige hindringer som for eksempel utstøtelse, marginalisering og fattigdom. I møte med ukjente og krevende problemstillinger og områder hvor man har behov for økt faglig kunnskap, kan holdninger som utsagnet over beskriver, komme til uttrykk. Styrken her er at den ansatte tør sette ord på at dette skjer i en personalgruppe. En har derfor gode muligheter til å diskutere og reflektere holdninger både når det gjelder den enkelte ansatte og hvilke holdninger og verdier som bør være enhetens plattform i møte med pasienter som har rusproblemer i tillegg til den psykiske lidelsen.

Under utarbeidelsen av notatet om mål og verdigrunnlag har personalet fått økt bevissthet om betydningen av brukermedvirkning i pasientbehandlingen. Brukermedvirkning var noe personalet i større grad ønsket å sette på dagsordenen. I den praktiske hverdag ville de dette skulle komme tydeligere fram ved å trekke pasientens syn på behandling klarere fram i hverdagen. Dette ønsket de å gjøre ved å ha et økt fokus på pasienten sine ressurser, ved utforming av målsetting for oppholdet og at pasienten i større grad skulle være med i ulike møter som angikk den enkelte.

Personalet framhever i funnene fra fokusgruppeintervjuene at det er viktig å la pasienten få fortelle om sine opplevelser og erfaringer i livet og hvordan de forstår seg selv med sine problemer. Ved å ha dette fokuset i pasientbehandlingen vil det kreve at man som personalet har en grunnholdning om at personen selv har kunnskap og erfaring om hva som kan hjelpe en videre i livet. I forhold til dette har personalet med seg en holdning om at det å være lyttende og undrende i sin tilnærming er en god måte å ha de planlagte samtalene på (Østby, 2007). I hvor stor grad en som hjelper har dette fokus i pasientbehandlingen vil være en vesenlig refleksjon å bringe inn i det kliniske arbeidet. Generelt innen tradisjonell psykiatrisk behandling har fokuset i større grad dreid seg om behandling av pasientens symptomer og disse har i stor grad vært basert på observasjon av personens atferd og handlinger. Ved denne posten har pasientens kunnskap og forståelse av egen situasjon kommet mer i fokus gjennom dette prosjektet. Dette strykes av funn som Østby (2007) finner i sin studie om at samtalens målrettende fokus beskrives å være styrt av den enkelte pasients problemer, ressurser og mulige forutsetninger.

Ved å ha et økt fokus på brukerens perspektiv krever det at personalet i de planlagte miljøterapeutiske samtalene er bevisste på, når man går inn i en dialog med pasienten, skjer dette med utgangspunkt i et subjekt–subjekt forhold. I møter med pasienten som opplever situasjoner og hendelser annerledes enn oss som hjelpere, vil nettopp det å holde fast ved dette subjekt–subjekt forholdet stille krav til både faglig høy kompetanse og gode holdninger i personalgruppa. Et eksempel kan være hvordan vi som hjelpere forstår begrepet vrangforestillinger. Innen humanistisk eksistensiell tenkning snakker man i større grad om fastlåste forestillinger i stedet for vrangforestillinger. I den tradisjonen er man opptatt av å understreke betydningen av at pasienten blir bekreftet som person og at dette er en helt grunnleggende holdning i møte med personen som opplever at jeggrensene oppløses og at jegets integritet tapes (Hummelvoll, 2006). Ved å ta dette perspektivet vil nettopp brukerens forståelse av situasjonen være det som settes i fokus og at man som hjelper tar dette utgangspunktet i det framtidige samarbeidet. Dette perspektivet vil bety at den enkelte personens oppfatning av situasjonen får en forrang i behandlingen, framfor personalet sine objektive observasjoner av atferd og handlinger.



Et annet fokus personalet er opptatt av når det gjelder økt brukermedvirkning er at pasienten i større grad trekkes mer aktivt inn gjennom en kontinuerlig evaluering av behandlingsprosessen, noe som er viktig at personalet trekker fram. Allerede i målsettingen for oppholdet bør det komme klart fram hva som er pasientens mål i behandlingsprosessen. Et godt verktøy å benytte i denne sammenheng kan være en systematisk bruk av sykepleieplanen hvor evaluering av behandlingsopplegget legges til grunn gjennom hele prosessen.

Mange av pasientene det her er snakk om vil ha vanskeligheter med å se sammenheng i livet sitt. En måte som personalet har god erfaring med fra tidligere, er at de etter hver samtale med pasienten skriver referat. Dette referatet blir lagt til grunn for neste samtale ved at man går igjennom det som var tema på forrige samtale. Gjennom utprøving av sykepleieplanen som flere av miljøterapeutene har brukt som verktøy i de planlagte miljøterapeutiske samtaler, vil den kunne hjelpe den enkelte pasient å bli i bedre stand til å se sammenhenger i livet.

Flere av de ansatte som har planlagte samtaler med pasienten erfarer at det både er viktig at pasientene på enheten får tilbud om faste planlagte samtaler, noe som underbygger at pasienten blir tatt på alvor. Mange av miljøterapeutene har gode erfaringer med planlagte samtaler i den form som de nå prøves ut, mens andre i personalgruppa ikke har kommet i gang. Funn fra pasientintervjuene bekrefter at flere pasienter opplever at samtaler er viktige.

Å utvikle en aktiv brukermedvirkning og ta det på alvor i den kliniske hverdag, stiller krav til personalet på en annen måte enn tidligere. *Det er mye vanskeligere å ordlegge seg i en gruppe (sammen med pasienten), når vi sitter og prater, for vi må være mer beviste på hvordan vi sier ting. Så det er like mye en utfordring for oss.*

I utsagnet over kommer det til uttrykk at også enkelte av de ansatte kan oppleve at det er mer krevende å ordlegge seg når pasienten er tilstede. Dette fordi det vil kreve en økt bevissthet på hvilke ord og begreper man benytter i kommunikasjon med pasienten til stede. For mange vil dette være et uvant situasjon fordi enheten tidligere ikke har noen lang tradisjon

i at pasienten deltar aktivt i forskjellige møter som handler om den enkeltes behandlingsprosess. Det at personalet gjennom prosjektet har fått en økt bevissthet ved at pasienten er mer med i forskjellige møter, gjør at de ansatte også utvikler sine holdninger og ferdigheter i en dialog.

## Samtalens plass i miljøterapien

Relatert til miljøterapiprosjektet ble det, som beskrevet tidligere, gjennomført en studie med tittel: «Den miljøterapeutiske samtalen» ved enheten (Østby, 2007). Østby skriver at «det virker å være stor enighet blant respondentene om at den miljøterapeutiske samtalen er et svært viktig verktøy, og en bevisst anvendt tilnæringsmetode». Det trekkes spesielt fram to typer samtaler, en strukturert og planlagt form for samtale og en spontan form, ofte knyttet til samvær og samhandling i miljøet. Videre peker Østby på at han finner at det jobbes i team i samtalene. Dette gjenspeiles ved at de planlagte samtalene gjennomføres som trekantsamtaler ved at det alltid er to miljøterapeuter til stede. Østby finner også «*at respondene beskriver at de miljøterapeutiske samtalene relateres mer opp imot pasientens framtidige gode opplevelser enn mot å finne forklaringer på hva som ikke fungerte for pasienten tidligere i livet.*» Videre beskriver han at samtalene har to hovedfokus: Økt kunnskap om løsning av praktiske og dagligdagse utfordringer og økt kunnskap hos pasienten om egen lidelse. Ut fra denne studien ser vi at det å bruke miljøterapeutiske samtaler, både planlagte og mer spontane ser ut til å ha vært godt innarbeidet i enheten før miljøterapiprosjektet.

Når sykepleieplanen ble presentert for de ansatte kom det fram ulike synspunkter. Noen mente dette kunne være et hjelpemiddel eller et verktøy som det var verdt å prøve for å se om man kunne få en kvalitetsforbedring på de samtalene de i dag gjennomførte med «sine» pasienter, mens andre var mer avventende og tvilende. Det siste kunne bunne i at de syntes at de allerede hadde god kvalitet og struktur på sine samtaler og ikke følte de hadde behov for noe nytt hjelpemiddel. Noen direkte uttalt motstand mot at sykepleieplanen kunne prøves ut i enheten kom ikke til uttrykk i møtene mellom de ansatte i posten (medforskerne) og forskerne.

For mennesker som har det vondt og vanskelig er det ofte til god hjelp å få fortelle sin historie, fortelle om sine opplevelser og erfaringer og at noen lytter til denne fortellingen på en interessert og åpen måte. Dette vil neppe endre seg om man blir pasient i en psykiatrisk avdeling på grunn av at livet har blitt så vanskelig at man trenger innleggelse, snarere tvert imot. De samtalerne vi i denne sammenheng undersøker er de planlagte miljøterapeutiske samtalerne. Det skal være samtaler som kjennetegnes ved at man tar fortellingene på alvor, selv om de noen ganger kan være merkelige og kanskje også svært vanskelige å forstå. I disse samtalerne søker man å skape en felles forståelse mellom pasienten og miljøterapeuten. Skal man lykkes med det må det være pasientens språk og uttrykksform som er grunnlaget i streben etter en felles forståelse.

Vatne (Karlsson, 2008) viser til Asay og Lamberts (2002) systematiske litteraturgjennomgang av kontrollert studier om virkningen av ulike former for psykoterapi. Gjennomgangen omfatter tusenvis av pasienter. De hevder at det er vitenskapelig bevist at psykoterapi virker, men de kan ikke slå fast at noen bestemt psykoterapeutisk metode er mer virksom enn andre. Det virksomme er relasjonelle fenomener som; opplevelse av likeverd, akseptasjon, varme og empati. Det vil derfor være naturlig at det er dette som også må prege forholdet mellom miljøterapeut og pasient. Og dette skal selvfølgelig ikke kun gjelde i samvær rundt aktiviteter, men også i dialogen. Hummelvoll (2006) skriver at arbeidet med planen forutsetter en autentisk dialog (dvs. to-veis kommunikasjon) hvor pasienten og miljøterapeuten «forhandler» seg fram til hva som skal stå på planen. Ved å bruke pasientens og alliansens ord vil trolig noe av den fremmedgjøring og maktesløshet, som lett kan føre til fagterminologi bli redusert.

Lykkes en med dette vil det være med å bygge opp under utvikling av likeverd mellom terapeut og pasient og vil øke pasientens opplevelse av akseptasjon for hva han sier og mener og dermed kanskje også for han/henne som menneske.

Hvis man skal snakke om likeverdighet i et behandlingsforløp må man drøfte og ta inn i prosessen i hvilken grad pasienten har ansvar eller medansvar i forhold til vurderinger og bestemmelser i behandlingen. En av miljøterapeutene sier om samtaler hun/han har med en pasient. «*Samtaler*

*har vært viktig for han tidligere også, men de er enda viktigere nå, tror jeg, han er nå mer medansvarlig.»* En annen sier etter å ha brukt planen en periode: *«Det er jo en ansvarliggjøring også da.»* Andre peker imidlertid på den store utfordringen om det lar seg gjøre å virkelig la pasientene ha ansvar i forhold til viktige områder i sitt liv når de er innlagt på et psykiatrisk sykehus over lang tid og kanskje til og med tvangsinnlagt. Blir det da kun igjen fine ord og kosmetikk?

Om dialogen preges av varme og empati er kanskje mer personavhengig enn avhengig av virkemidler i den miljøterapeutiske samtalen. Men man skal merke seg Kohuts synspunkt om å nærme seg innlevende og sensitivt vil bety og tillate seg å droppe verktøy- og metodesnobberiet og stole på følelsesspråket (Haram, 2004). Med dette for øyet blir det viktig å ikke bruke planen som en intervjuguide. Den må brukes dynamisk og være en hjelp til å fokusere på vesentlige områder i et menneskets liv.

Selv om en kan være tvilende til hvordan vi organiserer det psykiatriske hjelpearbeidet er det antakelig viktig at vi tilstreber å utvikle dialogen mellom pasient og miljøterapeut i en retning som har likeverd, akseptasjon, varme og empati som verdier å styre etter.

## Sykepleieplanen – et godt egnet redskap i miljøterapien?

Som nevnt var det seks personer som deltok i fokusgruppeintervjuet om erfaringer med bruk av sykepleieplanen. Åtte hadde til da prøvd planen i samtaler, men to deltok ikke på grunn av sykdom. I tillegg til disse åtte har ytterligere to startet opp med planen etter fokusgruppeintervjuet.

I sykepleieplanarbeidet ønsker man å kartlegge hva pasienten nå selv opplever som mest problematisk, hvordan han/hun ønsker å ha det og hvordan han/hun tidligere har forsøkt å løse sine problemer før en sammen leter etter ny problemløsning (Hummelvoll, 2006). Videre peker Hummelvoll på at i dette arbeidet er det vesentlig å finne pasientens ressurser og det

er vesentlig å finne ut i fellesskap hva miljøterapeuten kan bidra med. Alt dette skal skje i et likeverdig samarbeid. Dette skal så danne grunnlaget for den videre miljøterapeutiske samtalen.

Opplever de som har gjort rede for sine erfaringer at det å bruke denne planen i de miljøterapeutiske samtalene bidrar til at samtalene blir terapeutiske i et helsefremmende perspektiv, som er det sentrale målet i denne sammenheng.

I fokusgruppeintervjuet var det en felles oppfatning om at planen var et godt hjelpemiddel å bruke i samtaler med pasientene. Men menes det her godt i betydningen av den bidrar til at samtalene blir terapeutiske i et helsefremmende perspektiv? Muligens har utprøvsperioden vært for kort og antallet som har prøvd planen vært for få til å ha en bestemt oppfatning av dette. Imidlertid kan vi se om de erfaringene som har kommet fram viser en tendens i en bestemt retning.

Når samhandlingen mellom miljøterapeuten og pasienten skal være terapeutisk i et helsefremmende perspektiv mener vi at samarbeidet i størst mulig grad skal preges av et arbeid som legger vekt på likeverdighet, ansvarliggjøring og selvstendigjøring. Pasientene skal i størst mulig grad kunne ta beslutninger i forhold til sitt eget liv og de skal oppleve at samarbeidet med personalet bidrar til økt selvaktelse og en opplevelse av å høre til i et fellesskap. Det å møtes og samarbeide på denne måten vil være terapeutisk og vil bidra til at pasientene i større grad kan ta kontroll over sitt eget liv og forbedre sin helse.

Det helsefremmende arbeidet legger vekt på hverdagslivet, det sosiale fellesskapet og maktforholdene i spørsmål som angår helse skriver Mæhlum (2005).

De som har prøvd planen er samstemte i at «*de (pasientene) føler seg litt viktige på en annen måte*» og «*de blir nok tatt mer på alvor.*» Det å føle seg viktig har betydning for en persons selvaktelse (jfr. Nordby, 1987). Selvaktelsen er en viktig drivkraft for menneskets handlinger. Når en blir lyttet til og blir tatt på alvor kan en tenke at handlingene blir mer gjennomtenkte, gjennomdrøftet og mindre impulsive.

De trekker også fram at planen er en hjelp til å tydeliggjøre mål for oppholdet og de mener den er til hjelp for pasienten til å forstå seg selv bedre og til å skape sammenheng i sitt liv.

I resultatdelen ser vi at det også trekkes fram at *«samtalene har vært med og bidratt til at han tenker litt annerledes i forhold til hva han skal gjøre senere i livet, hvordan han skal bo, og hva som er hans behov.»* Det trekkes også fram at pasienten gjennom disse samtalene *«er mer medansvarlige og må tenke gjennom ting på en annen måte enn han har gjort før.»*

Det er rimelig å anta at respondenten her tenker at dette er en god utvikling i forhold til livsinnsik. Hvis dette fortsetter som en gjennomgående erfaring vil disse samtalene være et viktig bidrag for at pasienten kan få bedre grep om sitt eget liv, noe som er sentralt for å fremme helse.

Som vi vet vil enkelte pasienter som lider av en alvorlig psykisk lidelse og i tillegg kanskje en ruslidelse i perioder være forvirret, miste grepet om sitt eget liv, både i forhold til dagen i dag, hva som har skjedd tidligere og veien framover. Kan bruk av en slik plan være til noen hjelp i forhold til dette? En sier: *«Det blir mer konkret å bruke planen, pasienten svarer direkte.»* En annen kommenterer: *«Det blir mer strukturert da, på en måte mer planlagt.»* En av tankene bak bruk av planen er nettopp at det skal oppleves mer strukturert og konkret for de pasientene som sliter med det som er nevnt over. Det er viktig at de miljøterapeutiske samtalene blir konkrete slik at de er til hjelp for pasienten til å få mer grep om det hverdagsnære. To andre fortsetter: *«Generelt så er det mer forutsigbart, tror jeg, for han også. Det er lettere å svare når han kan forberede seg i forkant og vet på en måte hva slags spørsmål han får.»* En annen føyer til: *«Det er mer strukturert og satt i system slik at det blir en annen form for behandling.»*

Som vi ser er det enighet i gruppa at samtalene blir mer strukturerte og en tror også mer forutsigbare for pasienten når han/hun har planen med spørsmålsstillinger eller temaer en snakker om nedskrevet. Ut fra allmenn kunnskap om alvorlige psykiske lidelser blir det sett på som en fordel i samarbeidet med pasienten. Så kan man spørre om det å bruke en slik plan kan ta bort noe av den individuelle tilnærmingen og det spontane i møte

mellom miljøterapeut og pasient. Det har ikke kommet fram synspunkter som trekker fram dette, men som nevnt kreves det lengre tids utprøving og at flere bruker planen for å få mer variasjon i erfaringene.

En av de ansatte trekker fram et annet synspunkt om bruk av planen. Hun/han sier at pasienten ikke kan være for dårlig og at de må være villige til å samtale og ha den nødvendige tryggheten til å gjøre det. Om det blir vanskeligere å si noe om hvordan man har det, forsterkes ved å bruke en slik plan er usikkert. Kan det være at enkelte pasienter opplever det som en forventning om å prestere noe, svare riktig? Hvis det er slik vil bruken slå uheldig ut. Her må man imidlertid bruke god til å forklare planen til pasienten og bruken av denne før en starter opp for å redusere denne muligheten.

De som har uttalt seg om bruken har vært to sammen når de har snakket med pasientene. En kunne tenke seg at dette ble praktisert på grunn av usikkerhet i å prøve ut noe nytt. Imidlertid ser vi at dette også har vært vanlig praksis tidligere også, noe Østby (2007:59) beskriver. Hos Østby begrunner personalet dette med trygghet for pasienten og en sikkerhet for kontinuiteten, hvis en av miljøterapeutene skulle bli syke for en lengre periode. Dette er relevante synspunkter, men en kan også tenke at det er uheldig for å få til et ekte møte mellom pasient og miljøterapeut ved at det ytterligere forsterker et allerede asymmetrisk forhold.

Et annet synspunkt kom fram fra en av de ansatte som hadde deltatt sammen med «primærkontakten» i samtaler med pasienten. «*Det er jo i kartlegging vi skal bruke denne planen. Så det er jo uansett et kartleggingsverktøy.*» Det er viktig å peke på at dette er en misforståelse, hvis vedkommende tenker at planen kun er et kartleggingsverktøy. Den skal i den første fasen også brukes som det. Den skal være til hjelp for både pasient og miljøterapeut til å få en oversikt over pasientens nåværende livssituasjon, hvordan han/hun tidligere har forsøkt å løse sine problemer og hvilke ønsker og mål pasienten har for livet sitt videre. Den skal være til hjelp for å kartlegge hva pasienten opplever som problematisk og den skal være til hjelp for å kartlegge hvilke ressurser pasienten har for å møte og takle problemene. Men, dette er bare utgangspunktet, orienterings- og kartleggingsfasen. Så er det meningen at med dette som et grunnlag, som

også kan endre seg underveis, skal en starte samarbeidet med å gå inn i dette materialet, både dypere og mer konkret. En skal ikke fortsette å repetere spørsmålene, men føre den miljøterapeutiske samtalen videre med det pasienten har presentert som et grunnlag. I det videre arbeidet kan og skal en jobbe dynamisk gjennom at en vil kunne gå fram og tilbake innen de ulike kolonner. Hvilke områder en til hver tid skal arbeide med må pasient og miljøterapeut enes om. Vi antar at bakgrunnen for dette synspunktet er den korte tiden planen hadde vært brukt, slik at det antakelig var riktig at man kun hadde kommet inn i den første kartleggings- og orienteringsfasen.

På fokusgruppeintervjuet var det relativt bred enighet om at erfaringene så langt med bruk av planen var positive og at de som hadde startet opp med å bruke den ønsket å fortsette. Gjennom samtaler vet vi også at de to som ikke deltok på fokusgruppeintervjuet på grunn av sykdom, har positive erfaringer og i tillegg er de to som har benyttet planen lengst.



## 6 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse for og videreutvikle den miljøterapeutiske samtalen. Innholdet i den planlagte miljøterapeutiske samtalen i enheten har blitt presisert. De sentrale kategoriene ble identifisert: Det selvstendige livet, Lidelsen, Livserfaringer og Emosjonelle tilstander. Samtalens plattform knyttet seg til holdninger som bærer samtalen, holdninger til brukermedvirkning og holdninger til rusproblemer. Utvikling av den planlagte miljøterapeutiske samtalen ble formet gjennom revitalisering av sykepleierplan. Brukermedvirkning er et område som medforskerne i miljøterapiprosjektet har satt et økt fokus på, og som de i det framtidige arbeidet ønsker å videreutvikle. Som et godt hjelpemiddel i samarbeidet med pasientene og spesielt i planlagte miljøterapeutiske samtaler viser studien at sykepleieplanen er et godt verktøy.

Funnene i studien viser at personalet på denne enheten gjennom granskningen har fått en dypere forståelse for betydningen av planlagte miljøterapeutiske samtaler med pasientene. Det vil i det framtidige arbeidet være viktig å tilstrebe og utvikle dialogen mellom pasient og hjelper i en retning som har likeverd, akseptasjon, varme og empati som verdier å styre etter. Når samhandlingen mellom miljøterapeut og pasient skal være terapeutisk i et helsefremmende perspektiv, bør samarbeidet i størst mulig grad være preges av et arbeid som legger vekt på likeverdighet, ansvarliggjøring og selvstendigjøring. Utvikling av den planlagte miljø terapeutiske samtalen er ikke noe som blir ferdig, verken for den enkelte miljøterapeut eller enheter innen psykisk helsevern. Forskning for å videreutvikle miljøterapeutiske samtaler og miljøterapi innen psykisk helsevern bør intensiveres.



## LITTERATUR

- Andersen, A. (1997). *Uten fasit: perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset Rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner*. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget.
- Becker, E.(1971).*The birth and death of meaning*. London: The Free press.
- Biegel D.E. Kola L.A. & Ronis R.J. (2006). Evidence-based treatment for adults with co-occurring mental and substance use disorders. In: Rosenberg J. & Rosenberg S. (Eds.).*Community Mental Health. Challenges for the 21st Century*. London: Routledge.
- Borchrevink, T. S., Fjell, A. & Rishovd Rund, B.(1999). *Psykososial behandling ved psykoser*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A.(2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage Publications Ltd.

- Eriksson, K. & Lindholm, L. (1993) Lidande och kärlek ur et psykiatrisktt vårdperspektiv – en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I: Eriksson, K. (red.). *Möten med lidanaden*. Åbo: Åbo akademi. Vårdforskning, Insitutionen för vårdvetenskap. Report nr.4.
- Goffman, E. (1995). *Stigma*. København: Nordisk Forlag.
- Granerud, A. & Sevirinson, E. (2003). The new neighbour-experiences of living next door to people suffering from long-term illness. *Int J Mental Health Nurs*;12:3–10.
- Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Gråwe R.W. (2006). Forståelse og behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. I: Almvik A, Borge L. (red) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haram, A. (2004). *Dialogens kraft. Når tanker blir stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J.K. (2006). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk (6. utg.).
- Hummelvoll, J. K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktisk implikasjoner. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 8(1), 17–30.
- Hummelvoll, J. K. (2007). Fokusgruppeintervju – en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. In G. Beston, L. Borge, B. Eriksson, J.

- S. Holte, J. K. Hummelvoll & A. Ottosen (Eds.), *Handlingsorientert forsknings-samarbeid*. (Rapport 1–2007, pp. 137–159). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2004). Researchers experience of co-operative inquiry in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 180–188.
- Karlsson, B. (2008). *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kizinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299–302.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Nota Gyldendal.
- Laing, Ronald. D.(1974). *Selvet og de andre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Maunsbach, M., & Dehlholm-Lambertsen, B. (1997). Det fokuserede gruppeintervju og deltagerobservasjon. *Nordisk Medicin*, 112, 126–128.
- Mæhlum, S. (2005). *Krenket jeg deg. Den økede sårbarheten hos personer med begynnende demens og omsorgspersoners mulighet til å respektere deres integritet*. Master of Public Health. Gøteborg: Nordiska högskolan for folkhelsovetenskap.
- Nordby, K.E. (1987). *Fra innsatt til utsatt. Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nysveen, K., Veisten, K., Granerud, A., Hummelvoll, J. K. (2008). *Miljøterapiprojektet, Mål og verdigrunnlag 1*. (No.1–2008). Elverum: Høgskolen I Hedmark.
- Reason, P., & Heron, J. (1986). Research with people: The paradigm of co-operative experiential inquiry. *Person Centered Review*, 1, 456–475.

- Røssberg, J.I. (2005). Relasjoner mellom pasient og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsmiljø? I: Opjordsmoen S. Vaglum P. & Bloch Thorsen G-R. (red). *Oss i mellom. Relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Seikkula J. & Aaltonen J. (1996). «Klienten vet best – tilrettelegging av behandlingen av psykoser som åpen dialog». *Dialog*, nr. 3.
- Skårderud, F. (1998). *Uro*. Oslo: Aschehoug.
- Stensrud, B. (2007) *Miljøterapi. Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 7.
- St.prp nr.63;1997/98. Om Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Oslo: Sosial- helsedepartementet.
- Strand, L.(1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Svensson, P.G. (1996). Förståelse, troverdighet eller validitet? In P.G. Svensson & B. Starrin (Eds.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (pp. 209–227). Lund: Studentlitteratur.
- Theophilakis, M. (1974). *Skulte sirkler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tillgren, P. & Wallin, E. (1999). Fokusgrupper, historisk, struktur och tillämpning. *Sosialmedisinsk Tidsskrift* 4, 312–321.
- Ueland, T & Øie, M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykoser. Et informasjonshefte for personer med psykotisk lidelse, deres familie og venner*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Vatne, S.(2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Medical Association. (2002). The Declaration of Helsinki (Document 17.C). Retrieved 15.11.04, 2004

Østby, D. (2007). *Den miljøterapeutiske samtalen. En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?* Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 8.