

# **Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring**

**Pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et  
distriktpsikiatrisk senter**

*From the shelters' protection till involvement and validation*

*Patients' experience of milieu therapy  
at a regional psychiatric center*

**Marianne Fresjarå Abdalla**



Høgskolen i **Hedmark**

**Masteroppgave ved avdeling for helse- og idrettsfag**

**HØGSKOLEN I HEDMARK**

**i samarbeid med**



**2010**

# Norsk sammendrag

## Tittel

Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring. Pasienters erfaring av miljøterapien på en døgnpost ved et distriktpsikiatrisk senter

## Bakgrunn og formål

Mennesker som mottar hjelp ved distriktpsikiatriske sentra (DPS) lever sine liv hovedsakelig utenfor institusjonen og ikke innenfor som tidligere. Hovedutfordringene dette innebærer for pasienter og personale er bedret samarbeid og utvikling, bedret tilgjengelighet, styrket faglig innhold og styrket brukermedvirkningen på individ- og systemnivå. Forskningsprosjektet "Når rammene løses opp" 2009/2011, er et miljøterapiprosjekt som omfatter personalet, pårørende, kommunale samarbeidspartnere og pasienter ved et DPS. Denne studien inngår som en del av hovedprosjektet. Formålet er å fremme brukernes bedringsprosess gjennom økt forståelse. Problemstillingen er: *Hvilke erfaringer har pasienter med langvarig og alvorlig psykisk lidelse av miljøterapien ved en døgnpost på et distriktpsikiatrisk senter?*

## Metode

Dette er en kvalitativ studie. Dataene har fremkommet på grunnlag av åtte semistrukturerte intervjuer. Det ble gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Kvale og Brinkmann (2009).

## Resultater

Studiens funn viser at miljøterapien erfares på ulike måter ut fra pasientens psykiske tilstand. Tilstanden er delt inn i tre tema; "Indre uro", "Tiltaksløshet og ensomhet" og "Gryende tillit og trygghet til egen helse". Ulike miljøterapeutiske tilnærminger er kategorisert i undertemaene "helsefremmende miljøterapi" og "helsehemmende miljøterapi".

## Emneord

Miljøterapi, pasienterfaringer, psykiatrisk døgnpost.

## **Engelsk sammendrag (abstract)**

### **Title**

From the shelters' protection till involvement and validation. Patients' experience of milieu therapy at a regional psychiatric center.

### **Background and purpose**

People who receive assistance at the regional psychiatric centers (DPS) live their lives mainly outside the institution and not within, as before. The main challenges both for patients and staff points to better cooperation and development, better accessibility, enhanced academic content and strengthen user participation at individual and system level. The research project "When the framework is dissolved" 2009/2011, is a milieu therapy project that includes staff, families, community partners and patients at a DPS. This study is part of the main project. The purpose is to promote users' recovery process through increased understanding. The question is: What experiences, patients with prolonged and severe mental disorder of milieu therapy at a district psychiatric center?

### **Method**

This is a qualitative study. The data have emerged on the basis of eight semi-structured interviews. It was conducted a qualitative content analysis inspired by Kvale and Brinkmann (2009).

### **Results**

The study findings show that milieu therapy experienced in various ways, from the mental condition. The state is divided into three theme called "inner turmoil", "of initiative and loneliness" and "growing trust and confidence in their own health." Various milieu therapeutic approaches are categorized under the themes "health promoting therapy" and "anti-health promoting therapy."

### **Keywords**

Milieu therapy, patient experience, psychiatric day mail.

## Broen av forståelse

Regnbuen sier: Jeg er en bro.

Jeg er et tegn på himlen. Bygg broer.

Bøy dere. Løft armene til en bue.

Bind sammen. Bryt lenker. Bygg.

Se stålsøyler og tårn mot skyene: En bro.

Hør vindfløyten mellom wirene: En bro.

To mennesker møtes. Ansiktene blusser: En bro.

Ord som blir sagt. Hengivelse, fred: En bro.

Fra "Broen skjønnhet", Rolf Jacobsen

Til Cathérine

## Forord

”En stemme for de stemmeløse.”, synger Sigvart Dagsland. Mennesker med psykisk lidelse er ikke stemmeløse, men min oppfatning er at deres stemme i for liten grad har blitt hørt i forskningssammenheng i årenes løp. Nå ser det ut til at trenden er i ferd med å snu og at menneskene som erfarer behandlingen får plass i fora de ikke tidligere har hatt. Sangstrofen har ikke sluppet meg i perioden arbeidet med studien har foregått. Gjennom denne studien har jeg forsøkt å gi noen pasienter en stemme. Det er mitt ønske at studien vil bidra til økt forståelse for hvordan vi på en best mulig måte kan gi et godt miljøterapeutisk tilbud til flest mulig.

Informantenes rause deling av sine erfaringer og beskrivende historier har holdt motivasjonen oppe. En varm takk til dere alle!

Hjertelig takk til min veileder Anne Lyberg fra avdeling for helsefag ved Høgskolen i Vestfold. Hun har tålmodig lest utkast etter utkast og bidratt med råd og innspill på en måte som har brakt meg stadig nærmere målet.

Uten min arbeidsgiver og Psykiatrien i Vestfolds økonomiske støtte og praktiske tilrettelegging, hadde ikke studien vært mulig å gjennomføre.

Jeg er svært takknemlig for gode kollegaer og medstudenter som har bidratt som diskusjonspartnere, inspiratorer og støttespillere i prosessen. Marte, med sine varme, kloke innspill og bruk av sin tid har vært til uvurderlig hjelp.

Det har vært en lærerik prosess der jeg over lengre tid har prioritert mine studier. Jeg vil takke venner og familie som har tålt mine frustrasjoner og manglende tilstedeværelse. Min gode mor har alltid stilt opp for styrkende samtaler og Hilde med faglige innspill og gjennomlesning. En spesiell takk til Eddy som tålmodig har ventet og gitt meg mot til å gå videre.

---

# Innhold

<b>NORSK SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)</b> .....	<b>3</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>10</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	10
1.2 POSTEN OG PERSONALET .....	11
1.3 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	11
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	12
1.4.1 <i>Mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse</i> .....	13
1.4.2 <i>Miljøterapi</i> .....	13
1.4.3 <i>Miljøterapeuten</i> .....	14
1.5 KUNNSKAP OM FELTET .....	14
1.5.1 <i>Litteratursøk</i> .....	14
1.5.2 <i>Tidligere forskning</i> .....	15
<b>2. TEORETISK RAMME</b> .....	<b>18</b>
2.1 INNLEDNING .....	18
2.2 PSYKISK HELSE.....	18
2.3 DEN PSYKIATRISKE PASIENT.....	20
2.4 PSYKIATRISK SYKEPLEIE OG MILJØTERAPI.....	22
2.4.1 <i>Sammen i tilblivelse</i> .....	22
2.4.2 <i>Fra beskyttelse til gyldiggjøring</i> .....	28
<b>3. METODE</b> .....	<b>30</b>
3.1 INNLEDNING .....	30

---

3.2	VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	30
3.3	UTVALG AV DELTAGERE .....	31
3.4	DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET .....	32
3.5	TRANSKRIPSJON .....	33
3.6	ANALYSE .....	34
3.7	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER .....	35
3.8	MIN FORFORSTÅELSE .....	37
<b>4.</b>	<b>PRESENTASJON AV RESULTATER.....</b>	<b>38</b>
4.1	INDRE URO - HELSEFREMMEDE MILJØTERAPI .....	39
4.1.1	<i>Trygge rammer.....</i>	<i>40</i>
4.1.2	<i>Søvn og hvile.....</i>	<i>40</i>
4.1.3	<i>Kjente mennesker.....</i>	<i>41</i>
4.2	INDRE URO – HELSEHEMMEDE MILJØTERAPI .....	42
4.2.1	<i>Friheten rammes .....</i>	<i>42</i>
4.2.2	<i>Avvisning.....</i>	<i>42</i>
4.2.3	<i>Oppsummering – Indre uro.....</i>	<i>43</i>
4.3	TILTAKSLØSHET OG ENSOMHET – HELSEFREMMEDE MILJØTERAPI.....	43
4.3.1	<i>Mål og planlegging.....</i>	<i>43</i>
4.4	TILTAKSLØSHET OG ENSOMHET – HELSEHEMMEDE MILJØTERAPI .....	44
4.4.1	<i>Ensomhet og uinteresse.....</i>	<i>44</i>
4.4.2	<i>Manglende forståelse .....</i>	<i>45</i>
4.4.3	<i>Strengt kollektive rammer og rutiner .....</i>	<i>46</i>
4.4.4	<i>Oppsummering – tiltaksløshet og ensomhet .....</i>	<i>47</i>
4.5	GRYENDE TILLIT OG TRYGGHET TIL EGEN HELSE – HELSEFREMMEDE MILJØTERAPI.....	47

---

4.5.1	<i>Likeverd</i> .....	48
4.5.2	<i>Den gode samtalen</i> .....	48
4.5.3	<i>Praktisk og omsorgsfull hjelp</i> .....	49
4.6	<b>GRYENDE TILLITT OG TRYGGHET TIL EGEN HELSE – HELSEHEMMENDE MILJØTERAPI</b> .....	50
4.6.1	<i>Respektløshet</i> .....	50
4.6.2	<i>Planløst opphold</i> .....	51
4.6.3	<i>Kunnskapsmangel</i> .....	52
4.6.4	<i>Overflatisk dialog</i> .....	54
4.6.5	<i>Passivitet</i> .....	55
4.6.6	<i>Manglende nettverkskontakt</i> .....	57
4.6.7	<i>Oppsummering – gryende tillitt og trygghet til egen helse</i> .....	58
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>59</b>
5.1	<b>METODISKE REFLEKSJONER</b> .....	59
5.1.1	<i>Forskning på egen arbeidsplass</i> .....	62
5.2	<b>DISKUSJON AV STUDIENS FUNN</b> .....	63
5.2.1	<i>Miljøterapi når uroen er sterk</i> .....	64
5.2.1.1	<i>Ly</i> .....	64
5.2.1.2	<i>Sårbarhetens sensitivitet</i> .....	65
5.2.2	<i>Miljøterapi ved opplevd tiltaksløshet og ensomhet</i> .....	67
5.2.2.1	<i>Plan hjelper</i> .....	67
5.2.2.2	<i>Å bli sett</i> .....	67
5.2.3	<i>Miljøterapi ved gryende tillitt og trygghet til egen helse</i> .....	69
5.2.3.1	<i>Passivitet</i> .....	69
5.2.4	<i>Individuelt tilpasset miljøterapi</i> .....	72
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>75</b>



---

6.1	BETYDNING FOR PRAKSIS .....	75
6.2	ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING .....	76
6.3	KONKLUSJON .....	77
<b>7.</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>79</b>

**Vedlegg 1: INTERVJUGUIDE, 3 sider**

**Vedlegg 2: INFORMASJONSBREV TIL INFORMANTENE, 3 sider**

**Vedlegg 3: SAMTYKKEERKLÆRING**

**Antall ord: 24 381**

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mennesker som mottar hjelp ved distriktpsikiatriske sentra (DPS) lever sine liv hovedsakelig utenfor institusjonen og ikke innenfor, som tidligere. Dette innebærer endringsutfordringer både for pasienter og personalet. Veilederen for distriktpsikiatriske sentra legger føringer for hvordan det desentraliserte psykiske helsevern skal videreutvikles (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Hovedutfordringene den peker på er bedre samarbeid og utvikling, bedre tilgjengelighet, styrket faglig innhold og styrket brukermedvirkning på individ- og systemnivå.

Forskningsprosjektet ”Når rammene løses opp” startet opp i februar 2009 ved avdelingen der denne studien er gjennomført. Det er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Vestfold, Psykiatrien i Vestfold og det gjeldende distriktpsikiatriske senteret. Hensikten med prosjektet er å bidra til å videreutvikle kompetanse hos personale, og samtidig gi et godt miljøterapeutisk behandlingstilbud til brukere med alvorlig psykisk lidelse. Prosjektet gjennomføres som et handlingsorientert forskningssamarbeid (Hummelvoll, 2003). Denne studien inngår som en delstudie i hovedprosjektet og det er pasientenes perspektiv søkelyset rettes mot.

Pasienters rett til å bli hørt og til å være deltagende i sin egen behandling er hjemlet i pasientrettighetsloven. I § 3-1, Pasientens rett til medvirkning, står det:

”Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.”

I Sosial og helsedirektoratets veileder IS-1315 (2006) beskrives to overordnede mål for brukermedvirkning. Brukere og pårørende skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene. Det innebærer at fagfolk må ta med brukernes erfaring i sin faglige forståelse av psykisk lidelse og behandling. For å få til en reell kunnskapsbasert praksis må pasientene lyttes til. I den samme veilederen illustreres dette med at forskningsbasert kunnskap,

---

erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og medvirkning sammen utgjør kunnskapsbasert praksis i den aktuelle konteksten.

I følge Sverdrup m.fl. (2005) trenger tjenestene brukermedvirkning for å rette opp svikt og brister og skape bedre tjenester. Det gjelder både selve tjenestene og systemene for samordning av tjenestene på både individ- og systemnivå. De kaller det instrumentell brukermedvirkning når formålet er å bedre tjenesteapparatet slik denne studien tilstreber.

## 1.2 Posten og personalet

Forskningsfeltet er en døgnpost ved et distriktpsikiatrisk senter. Behandlingstilbudet rettes mot personer med alvorlig psykisk lidelse. Pasientene har ulike og sammensatte problemer av både psykisk, fysisk og sosial art. Posten har ti sengeplasser og et skjermingsrom. Det var 62 pasienter innlagt i løpet av 2009 med en gjennomsnittlig liggetid per pasient på ca. 47 døgn.

Posten har en stillingsramme på 21 stillinger fordelt på psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere med spesialutdanning, aktivitører, psykolog og psykiater. En sosionom er tilknyttet posten. Behandlingsansvaret ligger hos psykiateren. Postens egen målsetting går ut på å:

- redusere psykiske plager
- økt livskvalitet for pasient og pårørende
- avverge tilbakefall og nye innleggelser
- bidra til at den enkelte blir mest mulig selvhjulpen i dagliglivet, med minst mulig behov fra helsevesenet. (Postens informasjonsbrosjyre, 2008)

## 1.3 Hensikt og problemstilling

Studien inngår som en del av et større forskningsprosjekt og det er naturlig å relatere hensikten og problemstillingen til dette prosjektet. Hovedprosjektet har to bærende ideer:

1. Å utvikle relasjonen (og dialogen) mellom brukere og ansatte, slik at den fremmer brukernes bedringsprosess. Dette forutsetter at det undersøkes hva som gjør relasjonen mellom brukeren og miljøterapeutene terapeutisk og helsefremmende.
2. En helhetlig tilnærming til bedring og rehabilitering forutsetter at den tradisjonelle miljøterapi utvides til å omfatte samhandling med familie, nettverk og lokalsamfunn og at det utvikles et funksjonelt samarbeid med helsetjenesten i lokalsamfunnet.

(Brekke og Andvig, 2008, s.2)

Innenfor miljøterapien befinner det seg en stor variasjon av tilnæringsmåter som er terapeutiske i større eller mindre grad. Som miljøterapeuter er det i hovedsak oss selv vi benytter som redskap. Våre holdninger, vår kunnskap og våre handlinger er derfor avgjørende for arbeidet i relasjon med pasienten. For å forstå på hvilken måte denne relasjonen kan bidra til å fremme helse, holder det ikke å lytte til personalet, vi må lytte til pasientenes egne opplevde erfaringer.

Problemstillingen i denne studien er:

Hvilke erfaringer har pasienter med langvarig og alvorlig psykisk lidelse av miljøterapien ved en døgnpost på et distriktpspsykiatrisk senter?
--

## 1.4 Begrepsavklaring

I dette avsnittet vil jeg avklare hvordan jeg har valgt å bruke ulike begrep som benyttes i oppgaven. Det gjelder ”mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse”, ”miljøterapi” og ”miljøterapeuten”.

---

### 1.4.1 Mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse

Mennesker med alvorlig psykisk lidelse beskrives fra den aktuelle posten først og fremst med erfaring fra psykotiske tilstander som schizofreni eller schizofrenilignende psykoser. Også mennesker med diagnoser som alvorlig depresjon eller bipolar affektiv lidelse mottar behandling ved posten. Da dette er et DPS, legges det opp til at pasientene som mottar behandling har så god selvkontroll og funksjonsevne at de kan behandles på en åpen post (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

At mennesker har en langvarig lidelse betyr ikke en livslang lidelse. Flere oppfølgingsstudier viser at mellom halvparten og to tredeler av dem som hadde fått schizofrenidiagnose kommer seg (Borg og Topor, 2007). Vatne (2006, s.110) viser til ulike studier når hun presenterer funn som viser at 45 % – 68 % oppnår sosial recovery (pasienten klarer å håndtere sin situasjon) og at 25 % - 43 % oppnår total recovery (fullstendig fravær av psykotiske symptomer). Dahl m.fl.(2001) hevder at praktisk talt alle som får en schizofreni diagnose oppnår sosial bedring, men at rundt 2/3 har behov for behandling over tid.

### 1.4.2 Miljøterapi

Miljøterapi benyttes hovedsakelig i behandlingen ved døgnavdelinger for voksne mennesker med psykisk lidelse. Hummelvoll (2004) viser til Vedler (1974) som hevder at miljøterapi strengt tatt ikke er en behandlingsmetode, men en måte å orientere seg på. Gjennom å bruke avdelingssystemet som helhet på en terapeutisk måte ved å utnytte tilfeldige dagligdagse episoder og mer planlagte programmer vil man ha en miljøterapeutisk tilnærming. Miljøet dreier seg om det fysiske miljø, som avdelingens utforming og beliggenhet, og om pasientgruppens sammensetning, men det viktigste er nok personalets holdninger og ressurser. Relasjonen mellom pasienten og miljøterapeuten er avgjørende for miljøterapiens helsefremmende virkning. Solfrid Vatne (2006) mener at mennesker og miljø skaper hverandre gjensidig fordi mennesket alltid er i samhandling med sine omgivelser.

Anders Johan Andersen (1997) har på følgende måte definert hva det innebærer at miljøterapien fokuserer på ressurser og anerkjenner pasientens ressurser og mulighet for utvikling.

”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, s.12).

Denne studie vil legge vekt på å søke forståelse av hvilke relasjoner og hvordan en terapeutisk dialog kan bygge opp under pasientens evne til å mestre et liv i det samfunnet han lever i.

### **1.4.3 Miljøterapeuten**

Begrepet miljøterapeut er en samlebetegnelse på helse og miljøarbeidere som er utøvere av miljøterapi. Ut fra min faglige bakgrunn som sykepleier, vil jeg legge vekt på denne profesjonen når jeg teoretisk tar for meg miljøterapeutens funksjon.

For å oppnå en oversiktlig presentasjon av studien, har jeg valgt å kalle miljøterapeuten ”hun” og informanten eller pasienten for ”han”.

## **1.5 Kunnskap om feltet**

I dette avsnittet vil jeg presentere ulike studier som synes relevante når miljøterapi rettet mot mennesker med alvorlig psykisk lidelse på døgninstitusjon skal belyses. Studiene jeg har valgt å presentere er både studier der pasientene selv er informanter og studier der psykiske helsearbeidere er informanter. Søk etter og utvalg av tidligere forskning har foregått i hele forskningsprosessen.

### **1.5.1 Litteratursøk**

I arbeidet med å finne aktuell forskning har jeg benyttet bibliotekjennesten ved Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Vestfold. Egne og assisterte litteratursøk er foretatt ved ulike databaser: Medline, SveMed, Pubmed, Embase, Ovid, Psyc-Info og Bibsys. Søkeord som i engelsk/norsk variasjon har vært følgende: miljøterapi, pasienterfaringer, psykiatrisk døgnpost, psykose, schizofreni, lindring, lidelse. Noen studier presenteres mer detaljert enn andre, siden jeg anser dem som sentrale i denne sammenheng.

---

## 1.5.2 Tidligere forskning

Prosjektet ”Når rammene løses opp” er et oppfølgingsprosjekt til ”Miljøterapiprosjektet” i Hedmark 2007–2010. Nysveen m.fl (2008) utførte i forbindelse med dette, studien ”Brukernes stemme er viktig” blant ti brukere. Studien viser at pasientene opplever miljøterapeutiske samtaler som viktige og at det hjelper å snakke om sine problemer. Det gjelder både hverdagssamtaler og mer planlagte samtaler. Pasientene opplever at det i liten grad gjennomføres systematiske planlagte miljøterapisamtaler. Egenskaper hos personalet som bidrar til å fremme helsen innebærer at pasientene opplever å bli møtt med respekt, empati, ro og tillit. Personalet anses å ha et «her og nå» perspektiv med fokus på dagen i dag. Følelsen av ensomhet uttrykkes. Opphold opplevdes passiviserende. Informantene opplevde i liten grad at oppholdet førte til bedre evne til å ta ansvar for eget liv. Gode relasjoner og kontinuitet fremstod som viktig og påpekes spesielt med hensyn til samarbeid ved hjemreisen. Familien ble fremhevet som viktige omsorgsgivere.

Borg og Topors (2007) studie bygger på intervjuer av femten personer med erfaringer som psykiatriske pasienter. Hensikten med studien var å finne brukernes egne erfaringer av hva som hjalp dem mot bedring. Hovedfunnet dreier seg om den gjensidige relasjonens helsefremmende kraft. Det innebærer at symptomene betraktes som et uttrykk for prøvelser og ubalanse i en livssituasjon, og ikke som en sykdom som tilhører den patologiske, og ikke den sosiale verden. Informantene viser til viktigheten av å bli sett, hørt og behandlet som en venn. Det gav dem opplevelsen av å være utvalgt og spesiell. At den profesjonelle tok initiativ til kontakt, uten å være tvunget av rutine eller av at pasienten oppførte seg upassende, fremkom som vesentlig. Å være en bidragende part var viktig for pasientens bedring; å bidra til at den profesjonelle fikk noe ut av relasjonen både profesjonelt og personlig, men også å kunne bidra med rent materielle eller symbolske gaver. I denne studien viser funn at bedring ofte skjer når terapeuten bryter rutine på arbeidsplassen. De hevder at stadig nye type skriftlige planer gjør sitt inntog i psykiatrien. Studien viser at det som hjalp for pasientene ikke alltid var planlagt. Det spontane var derimot av vesentlig betydning for bedringsprosessene. Borg og Topor (2007) konkluderer med at behandling der pasienten føler seg møtt som et unikt individ er vesentlig for bedringserfaringene.

I 1995 utførte Unni Lindstrøm studien ”Ensamhetskänslan svikter inte.” En kvalitativ studie av 21 informanter med pasienterfaring. Den omhandler pasienters opplevelse av omsorgskultur og omsorgsrelasjon på psykiatriske sykehus (Hummelvoll og Lindstrøm,

1997). Studien viser pasientenes ambivalente opplevelse av omsorgskulturen. På den ene siden lengter man bort fra sykehuset, på den andre siden finnes en lengsel etter å være der. Sykehusmiljøets låste dører og grenser oppleves i noen grad som frigjørende fordi tryggheten øker. Å bli krenket settes her i sammenheng med krav som oppleves som for høye. Opplevelsen av å bli krenket kan føre til destruktivitet. Dersom man ikke føler seg forstått, øker følelsen av ensomhet. Mange av hennes informanter kjenner seg glemt bort, men forsvarer pleierne med å si at de har liten tid eller er for få på arbeid. De ønsker at pleierne i større grad søker opp pasientene spontant og spør dem hvordan de har det. Det er også viktig at pleieren gir uttrykk for at de forstår pasientens situasjon. Mange pasienter makter ikke selv å ta kontakt med pleierne og oppfatter dem som uinteressert og likegyldige. Informantene har forventninger eller lengsler til at pleierrelasjonen innebærer at de blir sett, forstått og bekreftet på det samme dype nivået som den uutholdelige lidelsen de bærer med seg. Studien viser at den gode pleieren er den som virkelig bryr seg og som tar del i pasientens interesser, en nærværende pleier som tar initiativ.

Solfrid Vatnes doktoravhandling er bakgrunn for boka *Korrigere og anerkjenne – Relasjonenes betydning i miljøterapi* (2006). Hennes studier viser at det psykiske helsevesen utøver stor grad av korrigerende og grensesetting. Hun mener kontroll ikke fører til vekst og utvikling, men lydighet. Da er grensesetting ikke terapeutisk. Som alternativ til korrigerende tilnærming, presenterer hun det anerkjennende prinsipp. Målet er å fremme helse, middelet er miljøterapi og relasjonen teller. Undrende refleksjon er en verbal refleksjon over relasjonen, en metakommunikasjon. For å oppnå kontakt og stimulering fremhever hun samhandlende aktiviteter. Hun mener dialog er det pasienten trenger mest og frykter mest i en psykotisk tilstand. Forsøk på å opprette dialog gir mulighet til å dele indre konflikter. Gjennom at pasienten forstår hva som foregår, får bekreftelse og opplever anerkjennelse, vil han kunne oppnå indre styring.

Taylor m.fl.(2009) har gjort en systematisk litteratur review og vurdert kvaliteten ved institusjonsbehandling for mennesker med langvarige psykiske lidelser. Studien konkluderer med at institusjonene bør være fleksible, opprettholde lav pasienttetthet og ha fokus på personvern for pasientene. For pasienter med diagnosen schizofreni, bør spesifikke tiltak settes i verk. Det dreier seg om familieintervensjoner som involverer psykoedukasjon og støttet sysselsetting. Tilbakeholdenhet og tilbaketrekking bør unngås der det er mulig og ansatte bør ha tilstrekkelig opplæring i deeskalerings teknikker. Pasientene bør ha regelmessig tilsyn. Tjenesten bør innebære brukermedvirkning i beslutningsprosesser og



fokusere på positive terapeutiske relasjoner mellom ansatte og brukere. Det bør være klare linjer for styring slik at etterlevelse av kunnskapsbaserte retningslinjer overholdes. Det bør vises oppmerksomhet til brukernes fysiske helse gjennom regelmessig kontroll.

Bjørn Stensruds (2007) studie *"Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser"* viser at kvaliteten på relasjonen mellom pasienten og miljøterapeuten er grunnleggende. Miljøterapeutens faglige kompetanse og personlige egnethet fremstår som avgjørende for denne relasjonen. For at miljøterapien skal være virksom og bidra til å styrke pasientens sosiale mestring, er det pasientens egne erfaringer og ressurser fokus må rettes mot.

## 2. Teoretisk ramme

### 2.1 Innledning

Tre hovedelementer vil presenteres som studiens teoretisk ramme; min teoretiske forståelse av psykisk helse, min forståelse av begrepet den psykiatriske pasient og sykepleien/miljøterapien presentert under ett.

Avsnittet om psykiatrisk sykepleie og miljøterapi dreier seg om selve utføringen av miljøterapien/sykepleien og bakgrunnen for denne. Unni Lindstrøm (2003) er valgt som hovedreferanse i den teoretiske bakgrunn. John G. Gundersons (1978) fem miljøterapeutiske variabler gis en kort presentasjon.

### 2.2 Psykisk helse

Det er ulike syn på hva det innebærer å ha psykisk helse. Medin og Alexanderson (2000) er ikke alene om å vise til et paradigmeskifte som innebærer endring fra å behandle og forebygge sykdom til å styrke helsen. Det er viktig å være bevisst hvilken vitenskapsfilosofisk retning man tilhører, da dette får grunnleggende konsekvenser for forskning og praksis. Unni Lindstrøm (2003) mener det er viktig å velge den tradisjonen og de kultur- og idehistoriske forutsetningene som vi oppfatter som fruktbare for pasientene. I denne studien har jeg valgt en humanistisk tilnærming i synet på psykisk helse. Det innebærer at mennesket anses som aktivt og skapende og som en del i et samspill mellom individet og konteksten individet befinner seg i.

I følge Medin og Alexanderson (2000) støtter Katie Eriksson seg til en teleologisk tilnærming til synet på psykisk helse. Helse er ut fra et slikt synspunkt å oppleve at det er en mening med livet, men innebærer ikke nødvendigvis fravær av sykdom eller handikap. Det forutsetter at mennesket anses som en helhet bestående av kropp, sjel og ånd. Menneskets verdighet har sammenheng med hans evne og mulighet til selv å kunne forme sitt liv. Helhetssynet inkluderer her ikke bare det biologiske, psykologiske og sosiale aspektene hos et individ i samspill med omgivelsene, men også åndelige og eksistensielle perspektiv. Helse finnes i et liv der opplevelse av mening med livet, åndelige verdier og skjønnhet finnes,

---

skriver Eriksson (1989). Hun skriver videre at det å ha vilje til livet påvirker helsen positivt. Gjennom tro, håp og kjærlighet kan individet utvikles mot sitt fulle potensial. Tro innebærer at individet skal våge å tro på sin egen evne, og også på andres evner. Håpet handler om ens forventninger til fremtiden og gir helsen en retning. Individets forestilling om kjærlighetens vesen, samt tro og håp om kjærlighet er grunnlaget for helse (Eriksson, 1989).

Aron Antonovsky (1996) har utviklet teorier som omhandler bakgrunnen for at mennesker faktisk holder seg friske til tross for store påkjenninger. Han har kommet frem til at "Sense of coherence" eller opplevelse av sammenheng er avgjørende. Med dette viser han til tre elementer som fremmer helsen: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om å forstå de indre og ytre stimuliene man utsettes for som ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig i motsetning til kaotisk, uventet og uforklarlig. Håndterbarhet handler om opplevelsen av at man har ressursene som skal til for å takle utfordringer. Det kan handle om indre ressurser eller ytre, som nettverk eller Gud. At noe oppleves som meningsfullt dreier seg om at det har følelsesmessig betydning i personens liv.

Begrepet recovery kan på norsk forstås som "å komme seg". Solfrid Vatne (2006) har oversatt hans definisjon:

"Bedring (recovery) er beskrevet som en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensningene som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt i eget liv." (Anthony, 1993 i Vatne, 2006, s. 114)

I arbeidet for å forstå hva som kan fremme helse må empowerment nevnes. Det innebærer både et individorientert perspektiv og et mer samfunnsmessig perspektiv. På de ulike plan handler empowerment om: "Oppdagelse, stimulering og bedring av menneskers evne til å ivareta egne behov, løse egne problemer og mobilisere egne ressurser for å få opplevelsen av å ha kontroll over egne liv" Vatne (2006, s. 205).

Med utgangspunkt i beskrivelsene av hva som fremmer helsen, vil jeg hevde at helsehemmende prosesser kan oppstå dersom mennesket ikke betraktes som aktivt og skapende og at dets plass i en større kontekst ikke tas hensyn til. Når menneskers evner til å mobilisere sine egne ressurser ikke blir stimulert eller blir undertrykket. Dersom miljøterapien mangler tro, håp for den lidende og bærer preg av manglende kjærlighet kan

det hemme helseprosessen. Konsekvensen for pasienten kan være manglende begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

## 2.3 Den psykiatriske pasient

Begrepet pasient stammer fra *patiens* (latin) og betyr en som lider. ”Mennesket kalles pasient når det får profesjonell hjelp innenfor et behandlingssystem”, skriver Lindstrøm (2003, s.53).

Pasienter kan erfare ulike former for lidelse. De ulike lidelsesformene karakteriseres av Lindstrøm (1997) som sykdomslidelse, eksistensiell lidelse og pleie- og behandlinglidelse. I tillegg har Hummelvoll (2008) føyd til sosial lidelse. Hummelvoll skriver at sosial lidelse dreier seg om reduserte muligheter til samfunnsdeltakelse. Den sosiale lidelsen kan også dreie seg om samfunnsmessige reaksjoner på personers sykdomsuttrykk i det offentlige rom, skriver Hummelvoll (2008). Sosial lidelse kan oppstå etter å ha mistet en verdsatt rolle, at man opplever ikke å ha meningsfulle oppgaver, eller at man opplever fattigdom, boligproblemer, utstøtning, ensomhet, diskriminering eller isolasjon. Det dreier seg om følelsen av å være avskåret fra det sosiale livet.

Lindstrøm (1997) viser til Katie Eriksson for å beskrive lidelsen og dens vesen. I ”Det lidende mennesket” fremhever Eriksson (1995) at det unike ved lidelsen nettopp er at lidelsen er ulik for hvert enkelt menneske. Den er, i likhet med våre drømmer, utilgjengelig for innsyn utenfra, skriver Colliander (1987) i Eriksson (1995). Lidelsens individuelle utilgjengelighet gjør den ikke mindre livsviktig. Slik fysisk smerte er et signal på at noe er galt på det somatiske plan, er lidelsens smerte et tegn på at noe ikke er som det skal på det psykologiske eller åndelige planet. Ved å stille seg spørsmålet hvorfor, kan lidelsens årsak eller opphav identifiseres og håndteres (Eriksson, 1995).

Sykdomslidelsen vi møter hos pasienter på institusjoner handler ofte om skam, fornedrelse eller skyld. Fornedrelse handler om noe man blir påført av andre mens skyld er en følelse som oppstår når man føler man selv har forårsaket den sykdommen eller lidelsen man opplever ved ikke å leve riktig (Eriksson, 1995). Skammen skjuler seg i reaksjoner som sinnelag, angst og depresjon. Berit Okkenhaug (2009) er opptatt av skam i sin bok ”Når jeg skjuler mitt ansikt. Perspektiver på skam”. Ordet skam stammer fra germansk og betyr opprinnelig å skjule eller å dekke til. Begrepet skam handler altså om å dekke seg til eller

---

skjule seg som tegn på blygsel. Okkenhaug viser til Erik H. Erikson (1982/2000) når hun forklarer skammens opprinnelse hos et menneske. Han knytter skam til spenningen mellom avhengighet og uavhengighet i barnets utvikling. Det er i avvisningen av barnets hengivenhet til sine omsorgspersoner at skamfølelsen dannes og utvikles. Bakkenfor skammen er det en redsel for å miste kjærlighet eller ikke å bli tatt imot, skriver Okkenhaug (2009). Som voksen reagerer man ofte med tilbaketrekking og isolasjon på følelsen av skam, til tross for at det man egentlig trenger er fellesskap. I angsten for å bli avvist velger man heller å la være å ta initiativ til kontakt.

Pleie – og behandlinglidelse handler om lidelsen pasienter blir påført gjennom pleie eller uteblitt pleie. Eriksson (1995) deler pleielidelse inn i fire kategorier: krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie. Krenkelse av pasientens verdighet omfatter på mange måter også de andre kategoriene. Eriksson mener at verdighet har en indre og en ytre dimensjon. Den ytre dimensjonen handler blant annet om ære, rang, utseende og anseelse, mens den indre dimensjonen handler om troverdighet, æresfølelse og anstendighet. Alle mennesker har i utgangspunktet samme verdi, men oppfattelsen av egen verdighet tilhører enkeltindividet. Krenkelse av pasienters verdighet kan dreie seg om både nedlatende tiltale eller manglende respekt for pasientens intimsone, men det kan også dreie seg om mangelfull etisk bevissthet i møtet eller gjennom ikke virkelig å ”se” pasienten som den unike personen han er. ”Å krenke pasientens verdighet innebærer å frata ham/henne muligheten til fullt ut å være menneske. Dermed reduserer man også hans/hennes muligheter til å benytte sine innerste helseressurser”(Eriksson, 1995, s.70). Det er gjennom å bekrefte pasientens verdighet at man kan unngå å krenke ham. Det innebærer å gi hver enkelt pasient individuell behandling. Hvert individ og hver pasient er ulik og unik. Vi må derfor våge å gi dem pleie som bekrefter den innerste verdigheten hos hver enkelt en av dem. Det er ingen urettferdighet i dette, skriver Eriksson (1995).

Livslidelse kan omfatte menneskets totale eksistens eller elementer som gjør sosiale oppgaver i livet vanskelig å utføre. ”Livslidelse er den lidelse som er relatert til alt det som innebærer å leve, å være menneske blant andre mennesker”(Eriksson, 1995, s.75). Trusselen om å tilintetgjøres gjennom å dø fysisk eller gjennom en opplevelse av å gå i oppløsning i sitt indre er forferdelig lidelse. Og kanskje er savnet etter kjærlighet den dypeste formen for livslidelse. Når pasienten ikke lenger opplever å ha verdi eller at det er mening med livet, kan det gå så langt at han gir opp.

Bak ethvert behov ligger begjæret, skriver Lindstrøm (2003). Mens behovet er uttrykk for noe personen mangler, er begjæret det mennesket innerst inne lengter etter. For mennesket er det avgjørende å kunne kjenne etter hva det virkelig lengter etter. Det kan komme til uttrykk gjennom lengsler, ønsker eller håp som igjen er krefter som driver mennesket fremover og bærer med seg selve ”meningen i tilværelsen”(Lindstrøm, 2003). Denne lengselen er menneskets største drivkraft fremover. Vilje er evnen man har til å bevege seg i retning av begjæret. Begjæret er det mest primære i mennesket. Det er lengsel etter helhet og det er lengsel etter kjærlighet. Det er en urkraft som trenger å næres, oppmuntres og holdes ved like. Begjær er altså lengsel etter liv og kjærlighet. Det er ikke et mål å tilfredsstille den innerste lengselen. Det skal næres og pleies så lenge vi lever. I sykepleiehandlingene og sykepleietiltakenes innerste vesen er å rense og å nære pasienten et grunnprinsipp (Lindstrøm, 2003).

## 2.4 Psykiatrisk sykepleie og miljøterapi

Kjærlighet, barmhjertighet og omsorg er grunnleggende verdier for den psykiatriske sykepleieren. Basis for all praksis og alle holdninger bør ligge i disse begrepene, skriver Lindstrøm (2003).

### 2.4.1 Sammen i tilblivelse

Den psykiatriske sykepleiers overordnede holdning bør være preget av vitenskap og etikk, skriver Lindstrøm (2003). Sykepleieren bør ha innsikt i sin egen måte å reagere og fungere på og være bevisst sin egen streben etter tilblivelse. Tilblivelse betyr at mennesket er vordende, alltid i endring mot noe. En kunstnerisk holdning til sitt virke er vesentlig. Det handler om en bevissthet om og evne til å differensiere tanker, bruke sine følelser aktivt og abstrakt, fornemme på en abstrakt måte og bruke sin intuisjon fruktbart (Lindstrøm, 2003).

”Kampen mellom ”væren” og ”ikke-væren” kommer til uttrykk i angst, en angst som kan bli til å holde ut, og som gjennom en økt selvbevissthet kan føre frem til en ”egen væren”, dersom omsorgsgiveren har evne til å dele opplevelsene innenfor en felles medverden.”

(Lindstrøm, 2003, s.17)

---

For å forstå helse er det viktig at sykepleieren er fortrolig med kroppens språk, åndens språk og sjelens språk, sier Lindstrøm (2003). Det holistiske synet at helheten er overordnet delene er vesentlig i den psykiatriske sykepleie og innebærer at enkeltmenneskets helse følger egne lover, individet er unikt. Gjennom den psykiatriske sykepleie har vi anledning til å bidra til at pasienten får tillit til seg selv og andre. Dette skaper igjen grunnlaget for vilje og beredskap til å bevege seg ut fra seg selv og inn i fellesskap med andre. Tillit til seg selv og andre er grunnlaget for er trygg jeg-kjerne. ”Denne tilliten har sin rot i barnets tidlige opplevelser av tilfredsstillelse, varme, akseptasjon, respekt og kjærlighet”(Lindstrøm, 2003, s.59). Elementene danner grunnvollen for muligheten til å være helse. Lindstrøm refererer til psykoanalytikerens Ronald Laing (1927 – 1989) når hun skal forklare dette. En fast kjerne av indre trygghet gir mennesket opplevelse av sin eksistens som virkelig, hel, levende, som en kontinuitet i tid og med indre sammenheng. ”Når den ontologiske tryggheten mangler, vil derimot en følelse av uvirkelighet, av å være atskilt fra verden og mangel på indre sammenheng, bli fremtredende” (Laing, 1965 i Lindstrøm, 2003, s. 59).

Lindstrøm(2003) har valgt å kalle hensikten med det vi gjør for *sykepleiehandling*. Den uttrykker hvilke helseprosesser vi skal forsøke å lede pasienten inn i. Sykepleietiltakene beskriver hun som det vi gjør for å gjennomføre sykepleiehandlingen. Det er gjennom tiltakene sykepleierens kreative og kunstneriske evner kan komme til uttrykk (Lindstrøm, 2003).

Gjennom sykepleietiltakene som springer ut av pleie, lek og læring kan sykepleie føre til at pasientens tro og håp vekkes til live, sier Lindstrøm (2003). Begrepene pleie, lek og læring har hun hentet fra Katie Eriksson (1987). Pleie kjennetegnes av varme, nærhet og berøring og innebærer både å rense og å nære. Både pasientens kropp, sjel og ånd innlemmes i pleien. Rensedimensjonen dreier seg om at sykepleieren må være tilstede for pasienten slik at han opplever å frigjøre seg fra vonde følelser gjennom å åpne seg til henne. Når det gjelder å nære pasienten dreier det seg om å finne hans innerste behov eller begjær og gi næring eller stimulering til dette. Pleiens overordnede hensikt, nemlig det kroppslige velbehaget, den fullendte tilfredsstillelsen og nytelsen utgjør en livgivende kilde for vekst og utvikling. ”I den kravlösa ansningen upplever människan att vara accepterad sådan hon är, att vara älskad för sin egen skull, inte för sina handlingars”(Eriksson, 1987, s. 24). Berøring inngår som et viktig element i pleien. Mennesket har grunnleggende behov for å bli berørt og røre ved en annen.

I leken trekkes kreativitet og fantasi inn i virkeligheten for å se muligheter utover det konkrete, sier Lindstrøm (2003). Katie Eriksson (1987) viser til fem ulike grunnformer for lek som er aktuelle i helsefremmende arbeid. Leken som assimilasjon kan i en pleiesituasjon hjelpe pasienten til å tilpasse ny og kanskje utfordrende informasjon til sine egne krav. Den lystbetonte leken innebærer ulike uttrykk for glede og livslyst gir mulighet for hvile og rekreasjon. Gjennom den skapende leken kan pasienten aktivt forme sin helse. Det kan innebære en abstrakt prosess i tanken eller en mer skapende aktivitet. Sykepleierens oppgave blir å gå sammen med pasienten i prosessen, gi støtte og fremfor alt akseptere den som en del av helseprosessen. I leken som uttrykk for ønsker kan den harde virkeligheten stenges ute for en stund og ønskesituasjonen leves ut i fantasien. Gjennom en slik lek kan pasienten hvile, hente seg inn, men også få muligheten til å se nye veier og muligheter. Lek kan også benyttes som verktøy for å utprøve nye ferdigheter og øve seg på alternative handlinger.

Læring bidrar til selvstendighetsutvikling, selvrealisering og modning og er sterkt knyttet til det å leke (Eriksson, 1987). Innen helsevesenet burde læring få vokse frem fra menneskenes egne behov og ta form som naturlig, lekende læring. Læring innebærer som regel en interaktiv prosess mellom sykepleier og pasient. Eriksson viser til Maslow (1973) som sier at den beste måten å studere menneskelige iboende egenskaper og natur er i det selvrealiserte menneskets eksempel. Alle iboende egenskaper hos selvet vil finne sted hos dette mennesket. Sykepleieren kan gjennom sitt eksempel som et selvrealisert menneske være den beste lærer. Et sentralt spørsmål relatert til pasientens læringsprosess er synet på determinisme og autonomi. Det innebærer en bevissthet om hvilken grad mennesket kan påvirkes og formes gjennom undervisning og i hvilken grad han formes av forutbestemte lover (Eriksson, 1987).

Lindstrøm (2003) mener det første spørsmålet sykepleieren må stille seg er hva som kan føre til gunstig endring i helseprosessen hos den enkelte pasient. Med utgangspunkt i svaret på dette spørsmålet må man planlegge handlingen, altså hensikten med det man gjør. Hver handling kan realiseres gjennom en rekke sykepleietiltak. Det er tiltakene som konkret kan observeres. Lindstrøm er opptatt av at de vurdert mest gunstige handlingene alltid må dokumenteres og artikuleres slik at alle i personalegruppen kan være med på å realisere dem med ulike tiltak på sin egen unike måte.

Sykepleiehandlingen *bekreftelse* er vesentlig i sin kraft til å berøre og hele. Pasienter med psykiske lidelser bærer ofte et savn etter å bli bekreftet. Mangel på bekreftelse av den man



---

vil være eller er vil gi opplevelsen av ikke å bety noe, å være viktig for noen. Konsekvensen kan være en opplevelse av tomhet og resignasjon. Et stabilt indre referansesystem avhenger av bekreftelse. ”For at jeget skal kunne begynne å tre frem, kreves et møte med et du som er forut for jeget, et du som bekrefter mine opplevelser og erfaringer”(Lindstrøm, 2003, s. 115). For at bekreftelse skal skje forutsettes en aksept for at pasienten er eier av sin egen opplevelse. Tolkes pasientens opplevelse som vrangforestilling, har vi allerede vendt oss vekk fra bekreftelsen. En opplevelse må forstås innenfra og kan ikke tolkes som sann eller falsk, den er. Sykepleierens funksjon er å forstå og noen ganger bekrefte det uforståelige. Det kan oppleves uutholdelig, men det er kun gjennom en evne til å stadig se nye fragmenter i pasientens opplevelsesverden at sykepleieren kan oppnå en dypere form for forståelse som igjen bekrefter pasienten som den han er eller vil være.

Sykepleiehandlingen *omsorg* innebærer å ivareta det den andre har å sørge for. ”En pasient som ikke har evne til å oppleve seg som virkelig, har et stort behov for å bli ivaretatt av sykepleien for eksistensielt å være til og utvikle sin egen omsorg”(Lindstrøm, 2003, s.119). Et viktig sykepleietiltak er her å vise at man virkelig bryr seg om pasienten. Dette innebærer å anerkjenne pasientens tanke- og følelsesstruktur. Aktive og ærlige tilbakemeldinger på ulike verbale og nonverbale ytringer bekrefter pasientens betydning. Sykepleiehandlingen omsorg kan realiseres gjennom å vise pasienten respekt på ulike måter, stille optimalt tilpassede krav, støtte hans selvstendighet og støtte jeget.

Sykepleiehandlingen *trygghet* deler Lindstrøm (2003) inn i fem dimensjoner. Bevissthetsdimensjonen innebærer sykepleietiltak som fører til økt innsikt, som å undervise, forklare eller tolke. I trosdimensjonen er jegstøttende og selvstendighetsfremmende tiltak viktige. Intimitetsdimensjonen innebærer å beskytte pasientens revir best mulig. Stabilitetsdimensjonen innebærer kontinuitet i sykepleierelasjonen for å skape en pålitelig relasjon. Sikkerhetsdimensjonen omfatter både indre og ytre sikkerhet. Ytre tiltak handler om tilrettelegging av omsorgsmiljøet mens indre sikkerhetstiltak dreier seg om å vise respekt, jegstøtte, autonomistøtte og nøytralisering.

*Tilfredsstillelse* er en sykepleiehandling som innebærer å tilby pasienten glede, tilfredshet og velvære. ”Denne sykepleiehandlingen er viktig overfor pasienter som har regrediert til det nivået der grensen mellom selvet og den ytre verdenen er uklar, og der regresjonen ødelegger selvet og objekt-verdenen”(Lindstrøm, 2003, s. 121). For å kunne bli et godt objekt i pasientens indre verden og igjen ha mulighet til å påvirke det skadde selvet og

virkelighetsoppfattelsen, må pasienten selv oppleve at noe er godt eller positivt. Tiltak som kan bidra til at pasienten opplever ro, fred, velvære og nytelse realiserer denne handlingen.

Pasientens libidinøse og aggressive energier kan minskes i styrke gjennom sykepleiehandlingen *nøytralisering*. Sammen med pasienten kan man utvikle et språk og sette ord på følelser. Slik kan sykepleieren bidra til at pasienten får økt impuls kontroll. At sykepleieforholdet er kontinuerlig i form av en positiv relasjon kan føre til fortykning av driftene.

*Identifikasjon* er en sykepleiehandling som innebærer at pasienten kan internalisere ulike aspekter ved interaksjonen. Det er en forutsetning at relasjonen gir trygghet og at pasienten opplever gode modeller for å internalisere funksjoner som sine egne. Det kreves også at pasienten opplever sterk nok frustrasjon til å være motivert til å internalisere sykepleierens funksjoner til å bli sine egne. Når det gjelder kjønnsidentifikasjon er en kontinuerlig relasjon med en sykepleier av samme kjønn fruktbar.

Sykepleiehandlingen *jegstøtte* skal gi pasienten indre styrke. Sykepleietiltakene kan være så mangfoldige at det er viktig å være bevisst presisjon og nøyaktighet hvis den skal være virksom. Det forutsetter å gjøre en god kartlegging av pasientens styrke og ressurser, men også av pasientens utfordringer og vanskeligheter i forhold til ulike jegfunksjoner. Slike funksjoner kan handle om oppfattelse av virkeligheten, skille mellom indre og ytre stimuli eller å sette grenser mellom og for seg selv og andre. Han kan ha problemer med å se konsekvensene av sin måte å fungere på eller mangle evne til å kontrollere og regulere uttrykk for sine drifter, behov og følelser. Han kan ha problemer med å oppfatte abstrakte begreper eller å holde tankene samlet. Pasientens mestringsevne overfor seg selv og sine omgivelser kan føre til problemer.

*Å støtte selvstendigheten* er en egen sykepleiehandling. Hensikten er å støtte opp under det optimale i spennet mellom selvstendighet og avhengighet for å gi pasienten mulighet til vekst og utvikling av ressursene. Sykepleietiltak som undervisning, jegstøtte og bevisstgjøring kan benyttes til å utvide pasientens egen mulighet til å nå sine mål. Det er viktig at sykepleieren anerkjenner pasientens streben etter å overskride grenser han tidligere har levd innenfor og legger til rette for utvikling. Dette kan for eksempel dreie seg om å skape rom for ulike selvstendige funksjoner, som ADL funksjoner.

---

En sykepleiehandling innebærer å støtte selvaktelsen og selvfølelsen. Pasientens tolkning av andres reaksjoner på ham påvirker hans selvfølelse og selvaktelse. Lindstrøm (2003) viser til Coopersmith (1967) sine fire faktorer som har betydning for menneskets selvaktelse. Noen mennesker er av større betydning for oss enn andre. Det er derfor av større betydning for oss i hvilken grad disse ”significant others” viser aksept, respekt og engasjement. I forholdet mellom pasient og sykepleier er det betydningsfullt at forhold varer over tid slik at sykepleieren kan bli en slik viktig person i pasientens liv.

”Mennesket er hele tiden på vei til seg selv” sier Lindstrøm (2003, s.127). Hun er opptatt av at sykepleiehandlingen *bevisstgjøring* kan bistå pasienten å få kontakt med seg selv, sitt innerste selv. Veien til bevisstgjøring er å våge å ta valg gjennom å bli bevisst sin indre stemme. Den indre styrken og budskapet som ligger i det sanne selvet må bli bevisstgjort. Lytting, klargjøring, konfrontasjon, tolking og læring er sykepleietiltak som fremme bevisstgjøring. Lindstrøm (2003) viser til Travelbee (1972) som hevder at tolkning forutsetter teoretisk kunnskap og at sykepleierens tolkning alltid er hypotetisk. Sannheten ligger hos pasienten.

Sykepleiehandlingen *å være* kan medføre stor grad av angst dersom pasienten mangler grunnleggende trygghet i sitt indre verden, eller egenverdenen. Å bekrefte seg selv krever mot. Sykepleieren kan gi pasienten ”rom”, støtte hans selvstendighet, gi ham trygghet og bidra eller legge til rette for hans frihet for å støtte hans mulighet til å være. Sykepleieren kan bidra til pasientens trygghet slik at han våger å være dersom hun har mot, vilje og evne til å være sammen med ham i hans verden.

I *møtet* handler sykepleiehandlingen om et felles rom som ikke tilhører noen av partene. Det er et ingenmannsland der alt i teorien kan skje. Møtet kan romme ulike følelser som spenning, glede, angst eller smerte. Denne usikkerheten rundt møtets natur og intensitet krever at den som søker å oppnå et møte innehar mot og trygghet til sin egen identitet. Møtet påvirker oss: ”Når et møte har funnet sted er vi ikke lenger hva vi var tidligere” (Lindstrøm, 2003, s.130).

*Tvang* er en sykepleiehandling som dersom det utføres på en bevisst og gjennomtenkt måte kan realisere ulike sykepleiehandlinger som trygghet, omsorg og tilfredsstillelse. Bruk av tvang stiller høye krav til kjennskapen til målet, middelet og situasjonen og også til den

etiske og estetiske kunnskapen. Faren ved grensesettende tvangstiltak er at pasienten opplever dette som utrygt og dermed uvirksomt i helseprosessen.

Indirekte sykepleie er ikke karakterisert som en sykepleiehandling, men er den formen for sykepleie som rettes mot pasientens med- og omverden. Hensikten er å fremme at pasienten inkluderes i samfunnet gjennom å se pasientens nettverk som en ressurskilde. Pasientens egen vilje til å involvere familie eller venner må alltid være avgjørende.

På samme tid som den psykiatriske sykepleieren spesielt og også miljøterapeutene generelt, går sammen med pasienten i hans lidelse, relaterer hun seg faglig og vitenskapelig til situasjonen hun står overfor. Fellesskapet som dannes når sykepleieren har evne til å lide med pasienten gir styrke. Det er i dette fellesskapet at tilblivelse skapes (Lindstrøm, 2003).

### **2.4.2 Fra beskyttelse til gyldiggjøring**

John G. Gunderson (1978) har utarbeidet fem miljøterapeutiske tilnæringsmåter rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Disse må være tilpasset den enkelte pasientens funksjonsnivå for i det hele tatt å være terapeutisk. De ulike miljøvariablene bygger på hverandre og glir over i hverandre avhengig av den enkelte pasients funksjonsnivå. ”En akutt psykotisk pasient vil for eksempel i den akutte fasen ha behov for beskyttelse. Etter hvert som han klarer og blir bedre, vil prosessene støtte og struktur vektlegges. I en mellomfase vil engasjementsprosesser kunne prioriteres, og i en avslutningsfase gyldiggjøring” (Henriksen, 2007).

*Beskyttelse* dreier seg om prosesser som sikrer fysisk velvære og letter belastningen ved utilstrekkelig selvkontroll eller allmaktsfølelser. Tiltaket passer når pasienten er på et så lavt funksjonsnivå at han ikke kan ta vare på sine mest basale behov på en hensiktsmessig måte. Beskyttelse skal hindre at pasientens skader seg selv eller andre, redusere faren for fysisk forfall og styrke pasientens indre kontroll. Miljøterapeutiske tiltak kan dreie seg om å skjerme pasienten i sikre omgivelser og sørge for fysisk omsorg som innebærer mat, medisiner, stell etc.

*Støtte* dreier seg om prosesser som fører til at pasienten blir mer fornøyd og hever selvfølelsen. Støtte skal bidra til at miljøet oppleves som et tilfluktssted. Pasientens angst og fortvilelse kan avta. Pasienten støttes til å utføre gjøremål han mestrer gradvis kan han ta nye

---

tilpassede utfordringer. Pasienter som er redde, deprimerte eller på vei ut av psykotiske opplevelser kan ha nytte av støttende tiltak.

*Struktur* handler om å skape forutsigbarhet for tid, sted og situasjon. Gjennom struktur knyttes pasienten til omgivelsene. Tiltaket kan bidra til å fremme forandring ved uheldige symptomer og handlingsmønster, skriver Gunderson (1978). Struktur er viktig for alle pasienter i en psykotisk tilstand. Eksempler på tiltak som bidrar til struktur er døgnplan, ukeplan og tidsangivelse på oppholdets varighet. Man bør gjøre bruk av avtaler og kontrakter, bistå med økonomistyring og ha navnskilt. Det er viktig at pasienten er delaktig i forhold til egne behov.

*Engasjement* er prosesser som fører til at pasienten knytter seg til sitt sosiale miljø innenfor og utenfor avdelingen, i fellesskap og samhandling. Engasjement skal motvirke pasientens passivitet og uselvstendighet og føre til mestring og økt handlingskraft. Engasjementsprosesser er bl.a. viktige for pasienter i en postpsykotisk fase. Eksempler på tiltak som kan fremme engasjement er pasientledede grupper og samlinger, åpne dører, deltagelse i aktiviteter i og utenfor avdelingen, og fellesaktiviteter. Pasienten bør ha reelle valgmuligheter. Målsetting bør formuleres i samarbeid.

*Gyldiggjøring* bekrefter pasientenes individualitet og egenart. Gjennom å tillate pasienten å gi uttrykk for sin lidelse, legges det til rette for at pasienten bedre kan forstå egen utilstrekkelighet og regresjon og gir rom for å tolerere eller akseptere avvik, tap og ensomhet, skriver Gunderson(1978). Gyldiggjøring kan hjelpe pasienten å utvikle større toleranse for nærhet, utvikle selvfølelse, selvstendighet og selvtillitt og å bidra til en sterkere identitetsfølelse. Pasienter som kan nyttegjøre seg slike prosesser er i stor grad pasienter som kan ivareta egne behov. Gyldiggjøring fremmes gjennom individuelle behandlingsprogram og jevnlig tomannssamtaler, der pasienten utfordres til å utvide sine grenser, gi symptomene mening. Gyldiggjøring forutsetter at miljøet har felles kunnskap og forståelse om pasientens livshistorie, hans aktuelle funksjonsnivå og symptombylle (Gunderson, 1978).

## 3. Metode

### 3.1 Innledning

Et av hovedkravene til god forskning er at forskningen har solid metodisk kvalitet, skriver Hummelvoll (2010). I dette kapitlet vil jeg presentere mitt valg av forskningsdesign, utvalg av informanter, det kvalitative forskningsintervju, transkripsjonen, analysen, etisk refleksjon og min forforståelse.

### 3.2 Valg av forskningsdesign

Problemstillingen er avgjørende ved valg av metode. Tilnærmingen til problemstillingen ved denne studien har vært å søke psykiatriske pasienters egne erfaringer av miljøterapien ved en bestemt avdeling. Innfallsvinkelen til temaet er erfaringsorientert. Målet er å oppnå økt forståelse av fenomenet.

Kvalitativ metode er best egnet til å fremskaffe data om kvaliteter ved relasjoner og forhold, egenskap ved noe, tanker, opplevelser og holdninger. Det som ikke kan iakttas utenfra kan man best søke kunnskap om gjennom denne metoden, skriver Thornquist (2003). ”I kvalitativ forskning søker man å forstå menneskelig virksomhet, menneskers opplevelses- og meningsverden, deres sosiale og kulturelle systemer og prosesser og de praksiser og relasjoner de impliserer og skaper”(Thornquist, 2003, s.205). Når en ønsker å komme i et nært og direkte forhold til den man vil utforske er kvalitativ metode godt egnet, skriver Malterud (2006). Subjektivitet er her en ressurs som aktivt brukes for å forstå de fenomener og den verden en tilstreber å forstå, ikke et forstyrrende element slik i følge et empirisk/positivistisk vitenskapsideal kan være. Forsker og informanten har en subjekt - subjekt relasjon, skriver Thornquist (2003). Forskeren søker å komme inn under overflaten og gjennom empatisk tilnærming sette seg inn i den andres sted og forsøke å forstå den andre.

Kvalitativ metode har sin teoretiske forankring innen flere vitenskapsfilosofiske retninger, Denne studien har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Gjennom kvalitativ

---

forskningsmetode får vi en dypere forståelse av fenomener og opplevelser, og faget styrkes av rikdommen i respondentenes svar.

### 3.3 Utvalg av deltagere

Hensikten med studien er gjennom økt forståelse for miljøterapeuten å fremme pasienters bedringsprosess. Denne forståelsen har jeg søkt gjennom problemstillingen: ”Hvilke erfaringer har pasienter med langvarig og alvorlig psykisk lidelse av miljøterapien ved en døgnpost på et distriktpspsykiatrisk senter?” For å oppnå hensikten med denne studien og for å kunne svare på studiens problemstilling, har jeg søkt etter mennesker med erfaring fra området jeg ønsket informasjon om, nemlig miljøterapien i en spesifikk døgnpost ved et DPS. Informantene ble valgt ut strategisk, da jeg regnet med at de hadde noe å bidra med til studiens problemstilling (Dalland, 2002).

Vurdering av antallet informanter som var nødvendig for å få et rikt svar på studiens problemstilling (Kvale og Brinkmann, 2009), ble åtte informanter valgt. Hensyn til studien som en masteroppgave med blant annet tidspresset det medfører, ble tatt med i vurderingen. Halvparten av informantene var nylig utskrevet fra posten, det var maksimum seks måneder siden utskrivelse. Dette var viktig slik at erfaringene fra oppholdet var så ferske som mulig og detaljer i minst mulig grad glemte. Resten av informantene var innlagt på posten, men i utskrivningsfasen på intervjutidspunktet.

Rekrutteringen av intervjupersonene ble gjort av lederen ved posten gjennom det man kaller tredjeparts- rekruttering. Det var naturlig at avdelingslederen sendte forespørselen til mulige kandidater. Det ble lagt vekt på at personene som ble forespurt ikke opplevde seg presset til å delta. Informasjon om studien (Vedlegg 2), innholdt opplysning om undersøkelsens overordnede formål og hovedtrekk i designen, dessuten risikoer og fordeler ved å delta. Det ble også lagt vekt på muligheten til å trekke seg i når som helst i undersøkelsesforløpet (Kvale og Brinkmann, 2009). Informasjonen ble mottatt uavhengig av den skriftlige samtykkeerklæringen (Vedlegg 3). Da informantene hadde gitt sitt samtykke til å delta, tok jeg direkte kontakt for å avtale tid og sted for intervjuet.

### 3.4 Det kvalitative forskningsintervjuet

”Hvis man vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?” (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 19). Et viktig spørsmål, kanskje spesielt når det gjelder å forstå pasienters syn på sin lidelse og tiltak som kan føre til bedring. Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på samtalen mellom mennesker, men er en profesjonell samtale. Målet er å bringe frem ny kunnskap og intervjuet brukes i den sammenheng til å konstruere kunnskap gjennom samspillet mellom intervjueren og den intervjuede (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det originale intervjuets kvalitet er avgjørende for den senere analyseringen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet, skriver Kvale og Brinkmann (2009). Jette Fog (2004) viser til to viktige krav til intervjueren ved det kvalitative forskningsintervju; krav om overblikk og krav om innføling. ”Jo grundigere teoretisk og empirisk viten vi sitter inne med, jo mer kan vi se”(Fog, 2004, s.103). Krav om innføling innebærer at man har evne til å bruke sin følelsesmessige åpenhet, dermed alle sanser og perseptuelle evner. For virkelig å forstå den andre må alle sanser brukes. Det er viktig å være var overfor informantenes personlige grenser og intervjueren må føle seg fram i forhold til hvor tett man kan gå uten å være påtrengende. ”Den dyktige intervjuer observerer og leser situasjonen også ut fra de nonverbale utspill fra intervjupersonens side. Dette kan brukes i selve samtalen fordi de støtter bestemte oppfatninger og dementerer andre – de former hvordan samtalen skal formes”(Fog, 2004, s. 103). Intervjuene ble gjennomført sammen med forskningsansvarlig fra hovedprosjektet. Hennes bakgrunn som psykiatrisk sykepleier og lange erfaring som forsker i kombinasjon med min mangeårige kliniske erfaring fra posten ga godt grunnlag for mangfoldig og rikt materiale.

I denne studien har innsamling av data blitt gjennomført gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer av åtte personer med pasienterfaring. Intervjuguiden ble brukt som en ledetråd gjennom intervjuene, men strukturen muliggjorde variasjon av rekkefølgen og spørsmålsformuleringen ut fra den enkelte intervjus kontekst. Intervjuguiden (Vedlegg 1) ble utarbeidet med tanke på å innhente informasjon som ga svar på studiens problemstilling. Hovedtema for pasientintervjuene var formulert gjennom hovedprosjektet før jeg startet mitt arbeid med studien. Disse omfattet i hvilken grad det miljøterapeutiske tilbudet opplevdes meningsfullt, medvirkning og samarbeid med ansatte, samtale med ansatte og samarbeid mellom posten og kommunehelsetjenesten og posten og pårørende. Temaene var



---

utgangspunktet ved utformingen av mer presise formuleringer, mens studiens problemstilling var bærende. Ved utforming av intervjuguiden var det ulike instanser som vurderte denne. I tillegg til min veileder ved Høgskolen i Vestfold og forskningsansvarlig i hovedprosjektet, vurderte to brukerrepresentanter i referansegruppa for hovedprosjektet spørsmålene og ga viktig tilbakemelding. Et prøveintervju ble gjennomført med en bekjent med pasienterfaring fra døgnpast. Tilbakemeldingene førte til endringer i intervjuguidens oppsett og i min bevissthet til å bruke guiden som veileder ikke følge den slavisk.

Med hensyn til best mulig atmosfære under intervjusituasjonen ble det tatt hensyn til faktorer som sted og tid. Informantene valgte selv sted for intervjuene. Tre intervjuer ble avholdt i informantens hjem og fem intervjuer på institusjonens område. Informantene hadde i forkant av intervjuet fått informasjon om at det ville ta ca. en time, men at vi ikke hadde dårlig tid. Intervjuene varte fra 30 minutter til en time og 30 minutter ut fra informantenes ønske.

### 3.5 Transkripsjon

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av digital diktafon. Kvaliteten på opptakene var svært god. Transkribere er det samme som å transformere, skriver Kvale og Brinkmann (2009). Intervjuet endres fra det direkte møtet mellom to mennesker til opptak på diktafon og videre til skriftlig form.

”Fortolkningens og forståelsens sannhetsverdi er på prøve hvert sekund, og de er to om avgjørelsene. Utskriften derimot, foreligger slik den gjør og kan ikke forandres, om en den kan og vil utsettes for forskjellige forståelser. Det er ikke lenger snakk om en fellesmenneskelig og gjensidig prosess. Den som fra nå av fortolker og forstår er forskeren. Hun har i prinsippet monopol på forståelsen. Det er deres samtale, men det er hennes empiriske materiale.” (Fog, 2004, s. 22)

To av intervjuene ble transkribert av en sekretær som var innleid i arbeid for hovedprosjektet ved flere anledninger. Disse to intervjuene ble skrevet ut ordrett, uten å ta med tegn for pauser, latter og lignende. Jeg transkriberte selv seks av intervjuene. De to første ble transkribert svært detaljert med registrering av pauser og kremtelyder, de resterende fire mer ordrett. Selv om selve transkripsjonen i hovedsak ble skrevet ut ordrett, bærer jeg minnene

om de nonverbale utsagn og uttrykk med meg videre gjennom hele forskningsprosessen. Det er mulig siden antall intervjuer var såpass få.

## 3.6 Analyse

I analysearbeidet har jeg benyttet en kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Kvale og Brinkmann (2009), basert på en hermenautisk fenomenologisk tilnærming. Den følgende oversikten beskriver et analytisk arbeid som forgår gjennom hele forskningsprosessen.

1. Informanten beskriver sin livsverden under intervjuet

Informantene beskrev og svarte på spørsmål som ble stilt under intervjuet.

2. Informanten oppdager selv nye forhold under intervjuet.

I noen tilfeller formidlet informantene at nye innsikter kom til syne under intervjuet, men er tenkelig at flere kom til nye innsikter uten at dette ble formidlet.

3. Intervjueren foretar fortetninger og fortolkninger under intervjuet

Dersom utsagn var uklare, oppsummerte vi slik vi forstod det og ”gav” det tilbake til informanten som kunne presisere, bekrefte eller avkrefte utsagnet.

4. Det transkriberte intervjuet blir tolket av intervjueren

De transkriberte intervjuene ble kodet og identifisert både under transkribering og etter gjennomlesning. Meningsbærende enheter ble markert og satt inn i tabell der hver enhet ble konsentrert. Disse meningsbærende enhetene ble igjen markert av en kode, for så å samlet i grupper kategorier. I materialet fremkom det at informantenes erfaring av miljøterapien var svært ulik avhengig av hvilken lidelsesfase informantene beskrev. Materialet ble derfor delt inn i tre ulike tema: ”Indre uro”, ”Tiltaksløshet og ensomhet” og ”Gryende tillit og trygghet til egen helse”. Informantenes erfaringer av miljøterapien både som helsefremmende og helsehemmende i undertemaer synliggjøres innunder de ulike fasene. Etter denne analyseprosessen ble hovedtema tolket som: ”Miljøterapien gir beskyttende ly når den indre uroen er stor men for liten grad av engasjement og gyldiggjøring når pasienten erfarer bedring”.

### 5. Kommunikativ validitet

Den foreløpige analysen ble planlagt fremlagt for informantene i fellesskap. Seks av de åtte informantene svarte på telefonhenvendelse at de ønsket å delta, to var bortreist på det gjeldende tidspunktet. Det var bare en av informantene som kom til presentasjonen. De andre var forhindret av helsesvikt eller forglemmelse. En informant og en brukerrepresentant fra hovedprosjektets referansegruppe har gått gjennom studiens funn og gitt tilbakemelding på at resultatet er gjenkjennbart og troverdig.

### 6. Resultater tas opp til vurdering i dialogundervisning

I gjennomføringsprosessen av denne studien har uttalelser fra informantene og de foreløpige funnene etter analysearbeidet vært tema ved den aktuelle postens dialogundervisning ved to anledninger. Viktige tilbakemeldinger har ført til justeringer av drøfting og presentasjon av studien.

## 3.7 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetiske prinsipper, slik blant annet Helsinkideklarasjonen presenterer dem, er viktige retningslinjer, men må vurderes og tolkes inn i de ulike forskningsprosjektene, skriver Hummelvoll (2010). Dette avsnittet vil belyse hvilke etiske overveielser jeg har valgt for denne studien.

Formell godkjenning av studien er foretatt av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) med referansenummer: s-09188b og Personvernombudet for forskning (NSD) med referansenummer 21439.

Jeg har valgt å belyse Hummelvolls (2008) fem fremtredende etiske prinsipper det har vært viktig å reflektere rundt i forkant, under og etter denne studien. Prinsippene omhandler informert samtykke, retten til privatliv, respekt for personlig integritet, ikke-skade og utnyttning. Informert samtykke ble vurdert gjennom hele forskningsprosessen. Situasjoner og hendelser vil kunne påvirke deltagerne. Informantene ble informert om studiens hensikt og nytte. Intervjuene ble tatt opp digitalt, men alle informantene fikk i forkant og under intervjuene anledning til velge at intervjuene heller ble nedskrevet fortløpende. Det ble gjort

kjent med at deltagelse var frivillig, at informantene når som helst kunne trekke seg underveis. Før intervjuene startet hadde respondentene lest informasjonsskriv og gitt skriftlig samtykke til deltagelse. Sekretæren som transkriberte to av intervjuene underskrev også taushetserklæring og ble informert om etiske retningslinjer. Retten til privatliv ble respektert gjennom anonymisering i hele prosessen. For eksempel har jeg til en viss grad valgt å endre teksten ved bruk av sitater i presentasjonen. Endringene har dreid seg om å dekke over dialekter og andre uttrykksmåter som kan gjøre uttalelser gjenkjennelige. Dette igjen for å sikre informantenes anonymitet. All informasjon fra respondentene, digitalt og skriftlig ble oppbevart utilgjengelig for andre enn meg selv. Det ble ikke opprettet lydfiler på PC. Etter at studien er godkjent som masteroppgave blir det digitale og skriftlige intervjumateriale makulert.

Gruppen jeg valgte å søke kunnskap fra, alvorlig psykisk syke mennesker, er på mange måter sårbare. Grunnlaget for sårbarheten bør være kjent og empati, oppmerksomhet, varhet for andres følsomhet og omsorg bør prege intervjuerens innstilling til samarbeidet, skriver Hummelvoll (2010). Respekt for deltagerens personlige integritet søkte vi å nå gjennom en empatisk og sensitiv grunnholdning. Ut fra at vi var to intervjuere sammen, var vi ekstra følsomme overfor ikke-skade prinsippet. Vi var åpne for å bryte intervjuet om det ble vurdert best. I Lindstrøms (Hummelvoll og Lindstrøm, 1997) studie åpner hun for at deltagerne kan ta kontakt med de kliniske forskerne i etterkant ved spørsmål eller reaksjoner. Alle informantene i studien fikk tilbud om å ta kontakt med meg eller evt. sin primærkontakt på posten ved behov.

Informantenes samtykkekompetanse har det vært viktig å være bevisst. Det ble foretatt vurdering om deres psykiske tilstand tilsa at de var i stand til å ta avgjørelser ut fra informasjonen som forelå. For informantene som var innlagt på avdelingene ved intervjutidspunktet, var det i hovedsak deres hovedbehandler som foretok denne vurderingen. For informantene som var utskrevet ble vurderingen gjort under intervjusituasjonen. Vi var bevisst viktigheten av å være sensitiv og kontinuerlig vurdere informantenes tilstand for å justerer og evt. avbryte intervjuene dersom situasjonen tilsa det. Etter hvert intervju ble informantene spurt om hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Alle gav positiv tilbakemelding og det viste seg at intervjusituasjonene ble opplevd både terapeutisk og som en befrielse å bli ble stilt slike spørsmål etter mange år som bruker av

---

helsevesenet. Mitt hovedinntrykk var at samtalene var fruktbare og at alle intervjuene berørte viktige emner.

### 3.8 Min forforståelse

”Forforståelsen er dobbel”, sier Jette Fog. ”Den består både av taus viten og hennes daglige erfaringer som menneske og borger og av det teoretiske og begrepsmessige fundament hun har som fagperson”(Fog, 2004, s. 197).

Det er mer enn tyve år siden jeg begynte å arbeide som ferievikar ved institusjonen der denne studien er gjennomført. Gleden over å bidra til å gjøre dagene lettere for mennesker med så sterke lidelseshistorier førte meg inn i sykepleierutdannelsen. Som sykepleier har jeg i årenes løp arbeidet som ferievikar ved institusjonen flere ganger. Da jeg for syv år siden hadde avsluttet videreutdanningen i psykisk helsearbeid, begynte jeg som vikar og etter hvert som fast ansatt nattsykepleier. Som vikar og nattsykepleier har jeg aldri hatt oppfølgende behandlingsansvar eller ansvar som primærkontakt for pasienter ved institusjonen. Min stilling har gjort meg dels til en observatør, dels til en bidragsyter, men alltid litt på utsiden av fora der beslutningene om tilnæringsmåtene og behandlingsformene blir tatt.

Jeg har opplevd mange ulike pasientbehov gjennom disse årene. Ikke sjelden har behovene gått ut over de fastsatte rammene og reglene institusjonen har satt. Det kan dreie seg om behov for en brøds-kive for å få sove, eller en prat om tanker som rører seg og som hindrer søvnen å komme. Jeg har opplevd ulike miljøterapeuters tilnæringer til disse behovsuttrykkene og sett mange pasienters reaksjon på ulike måter å bli møtt på. I løpet av årene har mange regler og rutiner endret seg, men fremdeles står mange ved lag. Ofte har jeg ikke forstått de kollektive reglene og de grensesettende tiltakene. Jeg har ikke sett hva godt de har ført til for pasientenes utvikling og bedring. Med denne forforståelsen gikk jeg i gang med denne studien. Jeg har vært den bevisst og forsøkt å legge min oppfatning til side i arbeidet med studien.

Da jeg fikk anledning til å undersøke pasientenes egne erfaringer knyttet til den gitte miljøterapien, så jeg det som en god anledning til å få økt forståelse for pasientenes reaksjoner på ulike miljøterapeutiske tilnæringsmåter og forhåpentligvis kunne bidra til å styrke bevisstheten i praksisfeltet.

## 4. Presentasjon av resultater

I dette kapittelet presenteres funnene som belyser studiens problemstilling: ”Hvilke erfaringer har pasienter med langvarig og alvorlig psykisk lidelse av miljøterapien ved en døgnpost på et distriktpspsykiatrisk senter?”

I analysen av materialet kom det frem at erfaringen av miljøterapien var ulik avhengig av hvilken lidelsesfase informantene beskrev. Jeg har valgt å dele fasene inn i tre ulike tema med utgangspunkt i min tolkning av informantenes uttrykk for sin lidelse. Det første temaet kalles ”indre uro” og dreier seg om følelsen som oppstår ved tap av kontroll over symptomene. For noen handler det om å miste kontrollen i en psykose eller en paranoid tilstand, for andre at depresjonens mørke omslutter dem. Det kan innebære at utryggheten i hjemmet blir uholdbar, men kan også oppstå under en innleggelse. Neste tema og fase har jeg valgt å kalle ”tiltaksløshet og ensomhet”. Den indre uroen har lagt seg noe, men det er vanskelig å engasjere seg og pasientene føler seg ofte ensomme. De har liten tro på bedring og symptompresset er ennå sterkt tilstede. Den tredje fasen har jeg valgt å kalle ”gryende tillitt og trygghet til egen helse”. Fasen innebærer en opplevelse av økende grad av symptomemestring selv om de fremdeles er usikre på muligheten for bedring. Studien viser at informantene gir uttrykk for at de i denne fasen har forventninger til at det miljøterapeutiske arbeidet innebærer at personalet kan bidra til og legge til rette for utvikling, økt innsikt og mestring av tilværelsen etter oppholdet. Disse fasene fungerer ikke som en lineær prosess som følger oppholdets forløp, men mer som en dynamisk prosess som følger individets opplevelser av sin indre tilstand under institusjonsoppholdet.

Behovet for ulike miljøterapeutiske tilnæringsmåter endret seg avhengig av hvor man befinner seg psykisk, fysisk og mentalt. Informantene gir uttrykk for at de har behov for at institusjonen gir alt fra et beskyttende ly til muligheter for engasjement og gyldiggjøring.

Informantene fortalte uoppfordret om sine erfaringer av hvilke miljøterapeutiske tiltak som bidro til bedring og hvilke de oppfattet som heller uegennyttige. Jeg har valgt å dele disse erfaringene inn i del temaene helsefremmende og helsehemmende miljøterapi.

Sammenfattende oversikt over presentasjon av funn i figur 1.

<b>Hovedtema</b>	<i>Miljøterapien gir beskyttende ly når den indre uroen er stor men for liten grad av engasjement og gyldiggjøring når pasienten erfarer bedring</i>		
<b>Tema</b>	<i>Indre uro</i>	<i>Tiltaksløshet og ensomhet</i>	<i>Gryende tillit og trygghet til egen helse</i>
<b>Undertema</b>  <i>Helsefremmende miljøterapi</i>	Trygge rammer Søvn og hvile Kjente mennesker	Mål og planlegging	Likeverd Den gode samtalen Praktisk og omsorgsfull hjelp
<b>Undertema</b>  <i>Helsehemmende miljøterapi</i>	Friheten rammes Avvisning	Ensomhet og uinteresse Manglende forståelse Strengt kollektive rammer og rutiner Manglende motivering	Respektløshet Planløst opphold Kunnskapsmangel Overflatisk dialog Passivitet Manglende nettverkskontakt

*Fra ly til passivitet - figur 1* viser en sammenfatning av analysen med hovedtema, tema som beskriver erfaringer i de ulike fasene og undertema.

## 4.1 Indre uro - helsefremmende miljøterapi

Når tilværelsen oppleves som kaotisk og uforutsigbar og den indre uroen ikke lenger kan takles alene, viser denne studien at noen elementer virker mer positive enn andre. Undretemaene har fått betegnelsene *trygge rammer, søvn og hvile* og *kjente mennesker*. Undretemaene betegner miljøterapeutiske elementer informantene peker på som helsefremmende i en fase som er delt inn under temaet *indre uro*.

### 4.1.1 Trygge rammer

At institusjoner tilbyr rammer og struktur er velkjent. I denne studien viser det seg at informantene legger vekt på tryggheten rammene gir, spesielt når de opplever sterk indre uro og lidelsestrykket er sterkest.

*”Når jeg er høy så trenger jeg strenge rammer etter et rigid system. Rutiner er greit en periode”*

Mange opplever at det blir for vanskelig å være hjemme når uroen tar over og det ikke lar seg gjøre å holde på kontrollen lenger. Hjemmet er ikke lenger en trygg base i livet og det kan være godt å komme til institusjonen.

*”.. dessuten være et sted som var trygt. Jeg hadde problemer med å være i leiligheten jeg da, så jeg måtte bort for å bli bedre.”*

### 4.1.2 Søvn og hvile

Når uroen herjer og plagsomme tanker ikke vil slippe kan det være vanskelig å sove. Informantene er tydelige på behovet for søvn og hvile i en slik situasjon.

*”Man blir så sliten, vet du, hvis ikke man får sove - psykisk.”*

Flere informanter forteller at de får sove når de blir innlagt på posten. Søvn og hvilen den gir, bidrar i seg selv til bedring.

*”Så begynner jeg å sove ordentlig igjen og så da går det av seg sjøl. Nå får jeg noe å sove på der nede da.”*

Det kan være flere årsaker til at man sover på avdelingen i motsetning til hjemme. Noen påpeker at medikamenter for søvn hjelper dem. En opplevelse av å være velkommen, og å bli passet på, gjør at de kan slappe av slik at de hviler.

*”Jeg føler meg velkommen, ja, jeg føler meg avslappet, at jeg kan slappe av og sove. Jeg får ikke sove når jeg har de periodene.”*



---

Selv om ”hjelp” kan innebære mye, ser det ut til at intervensjon fra personalets siden ikke søkes i stor grad. Ønsket om å få lov til å hvile når det er det man har behov for handler om å bli sett med de behovene man har. I en fase av indre uro handler behovene i stor grad om hvile og søvn og ikke aktiv behandling.

*”Hvis ikke du føler deg sånn oppegående, da får du ikke så veldig mye hjelp synes jeg da. Men det er kanskje også fordi du ikke vil ha noe hjelp også, i begynnelsen, for da føler du at du bare må ha et sted å slappe av på. Og det gjør jeg på rommet der nede. Når jeg ikke er i form til å prate, er det nok best å la det være.”*

### **4.1.3 Kjente mennesker**

Mange informanter har vært innlagt på posten ved flere anledninger, noen jevnlig over flere år. Det betyr at de kommer til en avdeling der de ansatte kjenner dem og de kjenner de ansatte. Dette kan oppleves trygt og forutsigbart for begge parter.

*”De kjenner meg veldig godt, og det har mye å si, for jeg har vært der inne noen år til sammen nå. De hjelper og støtter meg hvis jeg trenger noe og prate med noen og har problemer.”*

Kjenneskapen pasient og pleier imellom kan innebære en så stor grad av forutsigbarhet at pasientene opplever at deres utspill og behov kun blir en gjentakelse.

*”Jeg kjenner de så godt der nede, vet du, og de kjenner meg også. De vet jo hva jeg spør om og hva jeg skal spørre om og sånne ting – før jeg kontakter de nesten.”*

Tryggheten det innebærer at man kommer til en avdeling der de ansatte kjenner deg og du kjenner dem ser ut til å oppleves i stor grad positiv i den første akuttfasen. Utfordringen kommer dersom man ikke lenger snakker sammen fordi man ikke tror man har noe å snakke om.

## 4.2 Indre uro – helsehemmende miljøterapi

Under temaet *indre uro* har jeg tolket at undertemaene *friheten rammes* og *avvisning* omhandler miljøterapeutiske faktorer som ikke erfares terapeutiske eller bidrar til bedring hos pasientene.

### 4.2.1 Friheten rammes

Informantenes behov for rammer og struktur er uttalt som helsefremmende i akutfasen. Bildet viser seg likevel ikke å være ensidig. Grensene som er ment å gi beskyttende rammer for pasientene kan også gi opplevelser som å bli fratatt bestemmelse og myndighet over seg selv.

*”På sikt så forstår jeg grensene, men akkurat der og da er jeg kanskje litt i opposisjon fordi de tar fra meg litt av friheten føler jeg. Det blir litt sånn nesten som om at du har et sånt formynderi.”*

### 4.2.2 Avvisning

Psykiatriske pasienters er ofte sårbare og da er følelsen av manglende verdighet og lav verdi forståelig. I en dyp depresjon er suicidal tanker et av symptomene, livet er ikke til å holde ut. En av informantene gav følgende eksempel til ettertanke:

*”Hvis du er depressiv da og kanskje er suicidal og du nevner noe eller kommer med noen utspill om dette at nå skulle jeg ikke gitt fem øre for å ligge syv fot under torva, så opplevde jeg en gang at personalet bare reiste seg opp og gikk inn på kontoret, det var ikke akkurat det jeg ønsket der og da men.”*

Flere informanter fortalte om sine opplevelser av at personalet ikke var tilstede for dem når livet føltes tyngst. I en fase av indre uro og kanskje kaos og håpløshet fremstår disse fortellingene som sterke.

### 4.2.3 Oppsummering – Indre uro

Utgangspunktet er en tilstand av indre uro. Det innebærer kanskje et indre kaos av stemmer, synshallusinasjoner og tankerkjør. Avdelingens trygge rammer, kjente mennesker og deres omsorg og pleie, er positive erfaringer pasientene viser til. Sårbarheten i en slik fase medfører at personalet må være spesielt sensitive overfor pasientenes behov, slik at pasienten ikke føler seg overkjørt eller avvist.

## 4.3 Tiltaksløshet og ensomhet – helsefremmende miljøterapi

Den neste fasen har jeg kalt *tiltaksløshet og ensomhet*. Pasienten opplever nå å være i overgangen mellom å miste grepet om seg selv og tilværelsen, og å få kontroll og igjen bli en del av samfunnet. Pasienten gir uttrykk for behov for trygg og god støtte av mennesker som har forståelse for deres individuelle situasjon gjennom *mål og planlegging*.

### 4.3.1 Mål og planlegging

Få informanter hadde erfaring med strukturerte planer eller målsettinger for behandlingen. I denne fasen er ofte tiltaksløshet og apati rådende og ulike motivasjonsfaktorer er viktige. En av informantene hadde erfaring med at plan for dagen hjalp ham å komme seg ut av senga og mot bedring.

*”Jeg har hatt arbeidsplan tidligere og satt opp liste over hva jeg skal gjøre for noe om dagen, for da har jeg vært helt utafør og vært nødt til å ha en plan å gå etter hvis ikke så ligger jeg bare i senga og glaner og tenker.”*

Skriftlige planer ble påpekt av flere som et ønske for å bedre det miljøterapeutiske tilbudet.

## 4.4 Tiltaksløshet og ensomhet – helsehemmende miljøterapi

Erfaring av at miljøterapien ikke tilbyr det pasientene har behov for i perioden tematisert som *tiltaksløshet og ensomhet*, er kategorisert som undertemaet *manglende forståelse*. Avdelingens rammer kjennes ikke meningsfulle og undertemaet er kalt *strengt kollektive rammer og rutiner*. Erfaringen av den miljøterapeutiske tilnærmingen viser seg å være at pasientene ofte føler seg alene og at miljøterapeutene ikke er interessert i dem, kategorisert i undertemaet *ensomhet og uinteresse*.

### 4.4.1 Ensomhet og uinteresse

Behov for kontakt med andre mennesker er et allmennmenneskelig behov. I denne studien ser det ut til at behovet for kontakt ytrer seg annerledes når uroen er stor enn når roen har lagt seg. Mens det ved indre uro handlet om å motta omsorg og få lov til å hvile, ser det ut til at behovet for kontakt øker proporsjonalt med erfart bedring. Følelsen av ensomhet viser seg i informantenes utsagn, en ensomhet som øker ved at personalet ikke viser interesse for dem. Det er mange som uttrykker at det ikke er lett selv å ta kontakt med de ansatte selv om de ønsker det.

*”På en måte har jeg valgt å ikke ha kontakt med personalet, jeg velger å være inne på rommet, men de kunne jo tatt kontakt da, littegranne. Jeg har jo på en måte bedt de la meg være i fred - men de trenger ikke ta det så bokstavlig..på en måte.”*

Flere informanter beskrev at miljøpersonalet ba dem ta kontakt dersom de hadde behov for det. For noen fungerte det godt, de følte seg trygge på at personalet var tilstede for dem, mens andre uttrykte et ønske om at personalet tok kontakt med dem i større grad.

*”Det er jo mange av personalet som er sånn at du må komme å spørre om hjelp – de ser ikke det med en gang – det er vanskelig å se på et menneske, i hvert fall psykisk om de er dårlige eller ikke – vanligvis er det veldig vanskelig å se inn i sjela.”*

Selv om personalet muntlig formidler at de alltid er tilgjengelige, viser studiens informanter til en annen erfaring. De sier at det ikke er lett å være den som søker kontakten.

---

*”Jeg synes det er vanskelig å ta den første kontakten på en måte. Jeg greier ikke å gå ut og si – og si nå vil jeg snakke litt.”*

Selv om noen greier tar initiativ til kontakt, kan det oppleves vanskelig. Flere nevner helt konkret personalaktiviteter som oppleves mer som barriereskapende enn kontaktskapende.

*”Jeg føler vel ikke at de er tilgjengelige, man spiller en rolle som husmor og ikke som en behandler. Det er en rolle som hører til hjemme eller til fritiden, den hører ikke hjemme på arbeidsplassen altså. Absolutt ikke. For når du er på jobben så er du ikke der for å fordype deg i en fagbok, strikke eller hekle eller annet. Det er akkurat som om du må overstige en sånn barriere som du må bryte for å komme i kontakt med dem, for da må de legge fra seg håndarbeidet.”*

Hvorvidt personalet oppfattes som tilgjengelige når de strikker, leser avisen eller spille kort varierer. Det som ikke varierer er ønsket om at personalet tydelig viser at de er tilgjengelige og interessert i pasientene gjennom å spørre dem hvordan de har det.

*”Personalet er for så vidt tilgjengelige når de spiller kort eller strikker, men det er ikke noe innbydende å gå og spørre liksom. Det ville vært mer naturlig om de tok litt initiativ og spurte hvordan det går og sånn.”*

Hvorvidt personalet er interessert i pasientene selv om de ikke alltid erfarer det slik kan man undre seg. Pasientene formidler her at de ønsker at de tydeligere viser denne interessen.

#### **4.4.2 Manglende forståelse**

Pasienter som kjenner seg tiltaksløse balanserer i spenningen mellom å ta ansvar og få støtte. Det kan være vanskelig å vurdere i hvilken grad støtte er nødvendig for den enkelte. Informantene formidlet erfaringer for mer støtte ved noen anledninger. En av informantene hadde blitt oppfordret til å gå alene til et kommunalt aktivitetssenter. Senteret var han svært interessert i å bli kjent med, men å gå alene i tilstanden han da var i føltes ikke godt. Han valgte derfor å la være å benytte seg av tilbudet.

*”Jeg skulle gjerne vært en mer sosial person. Men når jeg synes det er litt vrient med sosiale sammenhenger i utgangspunktet, så blir det litt – ja, jeg får fort litt spader da av å være på sånne steder.”*

En annen fortalte om en episode der han fikk et angstanfall som resulterte i en negativ erfaring som igjen hindret ham i å gå turer alene senere.

*”Nå sist gang så var det sånn at jeg gikk også plutselig så stoppet jeg og ble livredd og begynte å svette. Jeg var klissvåt av svette – bare gikk på flata, det var ikke fysisk tungt i det hele tatt. Plutselig fikk jeg sånt anfall. Jeg var livredd. Trodde hjertet skulle stoppe og, det var bare tull. Hadde jeg hatt noen av personalet med meg og hatt noen å prate med hadde det hjulpet veldig.”*

Disse eksemplene viser at pasientene kjenner behov for aktiviteter utenfor institusjonen på samme tid som de ofte kjenner til grad av behov for støtte.

#### **4.4.3 Strengt kollektive rammer og rutiner**

Ut fra pasientenes ulike personlige behov og lidelsesforløp vil rammene og rutinenes erfaringer på ulik måte. Det ser likevel ut til at de fleste ønsker mer fleksibilitet enn de finner pr. i dag.

*”Det å være på posten – til å begynne med er det greit å forholde seg til rutiner og faste måltider og sånne ting, etter hvert så synes jeg det begynner å bli veldig kjedelig, da.”*

Følgende sitat bekrefter også at behovet for rammer og rutiner endrer seg under oppholdet.

*”Rutiner er greit en periode, men etter en stund så føler jeg at jeg må bryte ut av dem.”*

Det fremkom også erfaringer med at kollektive rutinstyrte prosedyrer ikke oppleves positivt, men heller feil for individet. Det kan se ut til at rutiner i dette tilfellet heller provoserer enn gir trygghet og mestring.

---

*”Det blir helt feil, for noen av nattevaktene mener at jeg skal ta medisinerne da og da før den tida, før tolv for eksempel..også blir det helt feil for jeg er B-menneske også prøver de å forme meg etter A-menneskemønster..det blir feil for meg. Da nekter jeg. Det blir helt feil.”*

I forhold til rammer og rutiner kan det se ut til at disse i større grad bør tilpasses den enkelte pasienten jo sterkere han føler seg.

*”Alt skal gå på skinner og det skal være stille og rolig sted som ikke utfordrer så mye da. Det skal jo være for pasienter som er syke – til å være skjerma fra omverdenen.”*

#### **4.4.4 Oppsummering – tiltakløshet og ensomhet**

Når den indre roen senker seg og pasienten opplever økt grad av symptomkontroll, vil behovene også endre seg. Dette er på ingen måte en fastsatt fase, men en vurdering av resultatene i denne studien viser at flere erfarer at deres personlige behov endrer seg.

Overgangen fra pasientenes behov for ”ly” til behov for at lidelsens ulike uttrykk skal få komme til uttrykk og anerkjennes beskrives i informantenes utsagn.

### **4.5 Gryende tillit og trygghet til egen helse – helsefremmende miljøterapi**

Økende indre kontroll har jeg valgt å kategorisere under temaet *gryende tillitt og trygghet til egen helse*. I denne fasen har jeg tolket informantenes utsagn dit hen at motivasjonen til å arbeide for et bedre liv kommer til syne. For å arbeide mot et mål viser informantene til at det er viktig å erfare det jeg har kalt undertemaet *likeverd*. Erfaringer av hva undertemaet *den gode samtalen* innebærer, handler også om å kjenne seg verdifull. Når informantene forteller om opplevd bedring, vil det også innebære et økende behov for mestre sin tilværelse bedre. Gjennom undertemaet *praktisk og omsorgsfull hjelp* erfares at problemer løses på mange plan.

### 4.5.1 Likeverd

Å være på samme lag innebærer at man har det samme målet å arbeide mot. Da er man like mye verd som de andre på laget og da er man nødvendig som lagspiller – slik også de andre er nødvendige.

*”Jeg følte jeg var på samme lag som dem som jobbet.”*

Erfaringen av å bli hørt, å ha en stemme som blir hørt, ble fremmet som viktig. Som et eksempel var det å være med å bestemme når nattabletten skulle tas viktig.

*”De hører på meg liksom, de lar meg pusle litt sånn selv, også sier jeg at jeg vil ha nattpille, og da får jeg den.”*

Eller å få være med på planleggingsmøtene som handler om dem selv og å være med å bestemme hvordan livet skal utvikle seg.

*”Vi har hatt ett møte nå på mandag, så jeg føler jo at jeg er med i prosessen og at det går fremover, absolutt. Det er en masse ting som skal ordnes på en gang.”*

Det er viktig å bli hørt, å bli verdsatt og å bestemme i sitt eget liv. Det er på den måten man kan kjenne at man mestrer tilværelsen slik at bedring kan skje.

### 4.5.2 Den gode samtalen

Samtale er et av verktøyene vi har som miljøterapeuter. Gjennom samtale kan vi nå økt grad av forståelse for vår egen og andres situasjon.

*”For det har jeg bruk for – samtaler og sånt – det synes jeg er litt sånn – greit.”*

Alle informantene var opptatt av viktigheten av den gode samtalen. Deres erfaringer av hva som kjennetegnet den gode samtalen innebar at personalet delte av sin personlige erfaring og fremstod som åpne og trygge.

*”Jeg synes hun var så åpen også var hun ikke redd for å snakke om hvordan hun hadde det selv også.”*



---

At det hjelper å snakke om livet og lidelsen ble også fremhevet. Noen fremhevet at det opplevdes godt når personalet gikk inn i de vanskelige temaene sammen med dem.

*”Hun prater ut om forskjellige ting – det er det hun gjør – den angsten min den kommer langt tilbake fra – den kommer helt fra barndommen.”*

### 4.5.3 Praktisk og omsorgsfull hjelp

Det kan være vanskelig å organisere livet om man sliter med en alvorlig psykisk lidelse. Små og store praktiske problemer kan skape økt uro og kaos i tilværelsen. For bedre å mestre livet, kan det være til stor hjelp å få praktisk, omsorgsfull hjelp.

*”De hjalp meg med tid hos tannlegen, så nå har jeg fått nye ordentlige tenner.”*

Eksempelet nedenfor viser hvor viktig en matpakke laget med kjærlighet kan være for et menneske som sliter.

*”Spesielt var det ei nattvakt som var grei sist gang. Jeg skulle til Rikshospitalet og ta noen prøver og skulle reise med halv syv bussen fra sykehuset. Hun lagde matpakke til meg med brus og frukt og alt mulig lagde hun på natta. Vekte meg halv seks. Matpakke med egg og greier, jeg koste meg verre jeg. Jeg følte nesten at hun var som en mor for meg. Det var noe voldsomt. Dagen gikk som bare det. Jeg hadde gruet meg no` forferdelig, men det gikk veldig bra. Det virker psykisk inn det og. Så det var veldig moro, så den dagen gikk veldig greit.”*

De fysiske rammene, som et godt sted å bo, er et viktig fundament for å leve et selvstendig liv. Postens miljøterapeuter legger til rette for og bidrar praktisk med hjelp til et sted å bo. Følgende sitat viser hvor godt det var å få denne hjelpen som bidrar til å planlegge og gjennomføre utskrivningen.

*”Jeg trengte et nytt sted å bo, så de fikset et husleiehus for meg. De hjalp meg med møbler og å kjøre dem dit. De kjørte med meg for å handle ting. De hjalp meg med alle tingene jeg trengte til det nye hjemmet.”*

## 4.6 Gryende tillitt og trygghet til egen helse – helsehemmende miljøterapi

Faktorene som førte til temaet *gryende tillitt og trygghet til egen helse* handler i stor grad om tolking av hva informantene savner ved miljøterapien. Det helsehemmende perspektivet vil her ta utgangspunkt i faktorer som hemmer opplevelsen av mening, å mestre eller å forstå. Undertema som presenteres har jeg kalt: *respektløshet, planløst opphold, kunnskapsmangel, overflatisk dialog, passivitet og manglende nettverkskontakt.*

### 4.6.1 Respektløshet

Mange informanter uttrykker tydelig savn etter å bli møtt på en respektfull måte der de blir tatt på alvor. En av informantene søkte mer profesjonalitet blant miljøpersonalet og uttrykte seg på følgende måte da han ble bedt om å utdype hva han la i det:

*”Spørre litt mer om hvordan det går og, være mer opptatt av oss og virke litt mer interessert i oss. Hvordan går det med deg i dag? Og.. om fremgang kan man spørre om og..”*

Tydelig uttrykte en av informantene hvordan han hadde erfart å bli møtt og på hvilken måte han ønsket å bli møtt.

*”Det jeg har fått inntrykk av i helsevesenet det er at de er veldig flinke til å prate til deg og ikke med deg. Det er en av de største ulempene psykiatrien har. Det er noe dere burde ta til ettertanke altså.”*

En av de andre informantene brukte uttrykket ”ta på alvor” mange ganger under intervjuet.

*”De burde ta folk på alvor når de er her, det er en grunn til at de er her – på en måte.”*

På spørsmål om hva det innebærer å bli tatt på alvor, legger han vekt på at personalet bør ta kontakt i større grad, at de lytter og virker interessert i hvordan det går med pasienten og følger opp dersom pasienten er misfornøyd med noe. Informanten beskriver opplevelsen av ikke å bli tatt på alvor slik:

---

*”... at ikke jeg er viktig nok liksom.”*

I denne studien viser ikke informantene til savn etter avanserte teknikker eller metoder, de viser til savn etter de nære, autentiske møtene. Et møte mellom to mennesker kan ha stor betydning. Møtet kan bygge en opp eller det kan bidra til at man føler seg mindre verdt enn før møtet. Informantenes utsagn viser hvor viktig det er å være bevisst viktigheten av et hvert møtes konsekvens.

#### **4.6.2 Planløst opphold**

Planlegging av oppholdet, ukene, dagene, skriftlig gjennom personlige planer eller muntlig i fellesskap på et morgenmøte, søkes av flere informanter.

*”De kunne lagt opp timeplan over dagen, hva du skal gjøre om dagen, det hadde vært veldig fint. Nå skal vi gjøre det, nå skal vi gjøre det og...”*

Følgende sitat oppfattes som en konstatering av de faktiske forholdene på posten, slik informanten erfarer det. Han mener at det stilles få krav, kanskje for få krav?

*”Det er ikke noen morgenmøter, ikke noen husregler annet enn at du vasker hendene dine før du spiser og sånne ting, ellers så er det ikke noen regler. Det stilles få krav til deg som pasient.”*

På forespørsel om hva informantene mente om å etablere morgenmøte på avdelingen, svarte alle at det var en god ide.

*”Ja, da kunne man si hvor skoen trykket og hadde du spørsmål til personalet, for da var jo personalet til stede, og da kunne de jo også svare. Istedenfor å gå på jakt etter personalet på huset og sånt. Gå og jakte på personalet er kjedelig altså.”*

For å følge opp ulike planer med og for den enkelte pasient, er det nødvendig å kjenne hverandre og at det finnes en kontinuitet. På avdelingen er dette sørget for bl.a. gjennom et primærkontakt system. På forespørsel om informantene kjenner til deres personlige kontakter, fant vi overraskende mange som var usikre.

### 4.6.3 Kunnskapsmangel

For å forstå trenger vi kunnskap. For å mestre tilværelsen er det nyttig å forstå sammenhenger og ser vi sammenhenger i tilværelsen er det lettere å kjenne at livet er meningsfylt. En vei mot et bedre liv er derfor å få kunnskap.

#### Pasienter

En klar og tydelig oppfordring om å legge til rette for kurs og opplæring for pasientene viser følgende sitat:

*”Jeg har lenge lurt på en ting, hvorfor så utrolig mange av de ansatte går på kurs, mens veldig mange av de innlagte eller pasientene eller de som er definert psykisk syke ikke får tilbud om kurs.”*

En av informantene hadde nylig fått beskjed om sin diagnose. Han ga uttrykk for store behov for kunnskap om hvilke konsekvenser en slik diagnose ville ha for ham på ulike felt.

*”Jeg kunne tenke meg både litt innsikt i hva diagnosen innebærer, hvordan jeg skulle håndtere det og ja, ikke minst lest litt av hva de skriver om meg sånn at jeg lettere får innblikk i hva, hvordan det blir sett på av de rundt da – hva heter det – lese journalen?”*

Konkrete temaer for opplæring ble også formidlet: medisinerer, kosthold, systemet og organiseringen.

#### Pårørende

Informantene søker ikke bare økt kunnskap for pasientgruppen, men også for sine viktige støttespillere, de pårørende. Støtte fra pårørende forutsetter at pårørende ser seg i stand til å gi denne støtten. Hva som skal til for at pårørende fungerer som støttende personer kommer an på ulike elementer. Kunnskap er et av elementene. Gode holdninger bygges bl.a. gjennom kunnskap og mangel på kunnskap kan derfor gi seg utslag slik følgende sitat viser:

---

*”Jeg har noen søsken som ikke forstår det, som ikke vil forstå det heller. De er nesten sinte på meg de når jeg er dårlig...De sier mange ganger sånne dumme ting. Nå må du ta deg sammen og nå må du slutte å tøyse. De skulle egentlig gått på kurs de, og lært litt om det.”*

Erfaringer av pårørende som har tilegnet seg kunnskap om deres lidelse oppleves godt. Forståelsen for den lidende øker når pårørende vet mer.

*”Sånn som dattera mi, hun har lest mye om sykdommen min så hun kan veldig mye om den heldigvis. Hun forstår veldig godt.”*

Distriktpspsykiatriske sentras pasienter bor ikke lenger på institusjon over lengre tid. Da institusjonen tidligere var deres hjem der mange behov ble ivaretatt, er det i dag en bolig der man bor alene som er hjemmet. Støtte fra det sosiale nettverket er viktigere enn før.

## **Personalet**

Økt kunnskap hos personalet ser informantene som en forutsetning for selv å tilegne seg kunnskap, men det er også en forutsetning for å stole på, føle trygghet og tillit overfor. Flere informanter påpekte at de erfarne pleierne hadde større forståelse for deres situasjon enn de yngre, nyutdannede.

*”Hvis det er veldig ungt personalet så går de rett etter boka, vet du. De har lært at sånn skal det være liksom. Men det er ikke alltid teori og praksis stemmer.”*

Informantene erfarer at personalet på flere områder mangler kompetanse. Konsekvensene av dette uttrykkes som manglende tillit til at personalet kan gi støtte og bidra til økt kunnskap hos pasientene på viktige områder i livet.

*”Jeg synes det kunne vært positivt, absolutt, at personalet har mer kjenneskap enn hva det virker som de har nå.... Kunnskap rundt diagnosen og hva som er stilt slik at det kan åpnes for å snakke om mer alvorlige ting.”*

Generelt sett erfarte flere av informantene at personalet ikke hadde god nok faglig tyngde. Dette gjeldte innenfor områder som diagnoser, medisiner, den individuelle sykdomshistorien, miljøterapi, samtaler, suicidalitet/tanker om døden og åndelige behov.

#### 4.6.4 Overflatisk dialog

Den miljøterapeutiske samtalen kan skje når som helst og hvor som helst. Ethvert møte mellom to mennesker kan ha stor betydning for opplevelse av utvikling og bedring dersom den innebærer forståelse for det lidende mennesket. Forståelse som miljøterapeuter kan få gjennom teoretisk kunnskap, men kanskje mest gjennom å snakke med mennesker som erfarer lidelse. Kommunikasjon kan betraktes som et verktøy for å utvikle relasjoner som igjen kan bygge opp mennesker i lidelse. Nesten alle informantene ga uttrykk for ønske om at personalet tok mer initiativ til samtale.

*”Akkurat det savner jeg litt at de kommer og tar en prat.”*

En av informantene beskrev hva som kan skje når pasientene får forløst det uforløste gjennom kommunikasjon.

*”Det er akkurat det det handler om – kommunikasjon og få folk til å åpne seg, få lys i øynene. Det er så mange ressurspersoner jeg har møtt i psykiatrien, det er så mye uforløst.”*

Samtale var et tema som engasjerte. Informantene er opptatt av at samtaler med ansatte på avdelingen mest er av det praktiske og dagligdagse slaget. Det gikk igjen et ønske om og tro på at samtaler kunne bidra til bedring gjennom økt innsikt.

*”Nå har jeg bare gått rundt her dag etter dag i tre måneder uten samtaler rundt det dybdepsykologiske i det hele tatt. Alle samtale dreier seg om det praktiske eller sånn – skal vi spille kort eller yatzy. Så jeg kunne tenkt meg det, mer innsikt ja.”*

For informantene ser det ut til at den meningsfulle samtalen innebærer å snakke om eksistensielle temaer som døden, sykdommen og lidelsen og om håp og planer for fremtiden.

*”Å snakke om døden på posten det er ikke populært. Døden blir liksom litt unaturlig fordi vi ikke tør å snakke om det. For meg er ikke døden skremmende altså, jeg kan ta imot døden når jeg går ut døra her jeg, rett og slett.”*

Ingen hadde erfaring fra systematiske samtaler med miljøpersonalet, kun med psykologen eller legen. Det fremkom ønsker om slike samtaler med primærkontakten, dersom man følte seg klar for dette. Medikamenter er en sentral del av behandlingen for de fleste pasientene ved posten. Informantene ga ikke uttrykk for total motstand mot bruk av medikamenter, men flere presiserte hvor viktig det er å kombinere medikamenter med samtale dersom behovet handlet om uro eller angst.

*”Noen ganger trenger jeg medisiner, men de må liksom kunne, ja prate litt og.”*

På et spesielt område reagerer en av informantene på at medisiner brukes fremfor samtaler, det er når den indre uroen skyldes tanker eller samvittighetsnag.

*”Ikke medisiner anfektelser!”*

#### **4.6.5 Passivitet**

Selv om mange informanter hadde positive erfaringer av aktivitetstilbud de hadde deltatt på i eller utenfor avdelingen, var den gjennomgående tilbakemeldingen at lite skjer. Informantene søkte mer aktiviteter, fysisk aktivitet, kreativ aktivitet eller andre opplevelser, livserfaringer som kan være med å bygge livet.

*”Jeg har undret meg over mangel på aktivitet; dette med snekring, ut på tur, dette med varder som en kan se tilbake på når en er deprimert eller syk.”*

Mangel på motivasjon kjennetegner personer med alvorlig psykisk lidelse. Flere informanter i denne studien ba tydelig om hjelp til å bryte mønster på ulike måter.

*”Det å komme seg ut av posten, om det så er et kvarter, det å få frisk luft i fjeset, det å kjenne at vinden tar tak i deg og det at du får leet kroppen din istedenfor å sitte her å drikke kaffe - å ta en tur ut for å ta en røyk det blir veldig monotont og stereotyp. Å bryte det mønsteret der, det kunne jeg ønske personalet hadde tatt litt mer initiativ til.”*

Tilbakemeldingene går ikke bare på personalets manglende initiativ til aktiviteter, men også de fysiske rammene. Rammer som kanskje er laget for å hindre at mennesker med psykotiske opplevelser skal overstimuleres til økt psykotisk aktivitet. Rammer som kanskje ikke lenger passer når pasientene er på vei mot et annet sted, på vei mot å skulle mestre et selvstendig liv.

*”Det er vanskelig å aktivisere seg her, vanskelig i den forstand at det er jo en institusjon med korridorer og hvite vegger og kjedelige bilder på veggene og ikke så lett å finne inspirasjon. Jeg har vanligvis drevet med musikk og tegning og skriving – sånne ting. Det er veldig vanskelig å finne inspirasjon her.”*

En konsekvens av erfaringen av at lite skjer, kan bli at man hviler. Dagene soves bort.

*”Jeg prøver å sove så mye som mulig her – for å få tida til å gå.”*

”Personale som bryr seg” er et betegnelse som går igjen i informantenes utsagn. Det ser ut til at informantene erfarer at engasjerte personale gir best behandling. Informantene bryr seg også om hverandre og mange er oppriktig opptatt av å bidra med gode råd for hva som skal til for å bedre det miljøterapeutiske tilbudet på posten. Det er ikke bare viktig at den enkelte miljøterapeuten er engasjert, men at selve miljøet i avdelingen gir rom for den enkelte til å bry seg.

*”Et av hovedproblemene jeg føler fra mitt perspektiv ert å få forløst folk til å begynne å snakke, gi tillit og det går på dette å få forløst følelseslivet ikke bare tankene. Ikke sånn ”dette er et virkelighetsbilde du ikke kan ha”, men få tak i humoren, varmen, få tak i tryggheten og tilliten og få folk til å føle at de er et sted de blir ivaretatt av mennesker som bryr seg og som får lov til å bry seg og få rom innenfor systemet, rom innenfor organiseringa til å bry seg.”*

En informant viser til begrepet komfortsoner når han beskriver noen av personalets manglende engasjement i forhold til å ta initiativ til å få nye erfaringer gjennom å bli kjent med pasientene.

*”Det virker som om en del av personalet har sine komfortsoner. At dette er det jeg gidder å gjøre på jobben, mer på utsiden av det, nei. Vi har soner som er trygge og det skal litt til før vi beveger oss på utsiden, for da møter vi noe som er nytt og fremmed. Men det som er nytt og fremmed behøver ikke være ubehagelig, det kan*



---

*også være veldig komfortabelt og få noe nytt å erfare. Det er et ordtak som sier at "en fremmed er en venn du ikke har møtt". Noe av det fremmede som ligger på utsiden kan også være positivt. Det er en utfordring."*

#### **4.6.6 Manglende nettverkskontakt**

Pasientenes nettverk er av stor betydning for de fleste. Nettverket kan bestå både av pårørende og profesjonelle kontaktpersoner. I begge tilfeller er det snakk om viktige støttespillere for pasienten, dermed også viktige samarbeidspartnere for posten. Informantene har ulike erfaringer med at postens personale samarbeider med nettverket. Noen setter pris på et godt samarbeid med pårørende, som en sier:

*"Det er dem som står meg nærmest så."*

Andre har ikke ønske om at posten tar kontakt med pårørende.

*"Posten har ikke hatt kontakt med pårørende, jeg kan ikke se at det var nødvendig."*

En av informantene hadde hyppig besøk av sin nærmeste pårørende under innleggelsen. I ettertid kunne han tenke seg at personalet hadde snakket mer med hans pårørende.

*"Ja det er jeg nesten sikker på at han ville, men det ble aldri, det ble bare oss som satt der."*

Noen av informantene var fornøyd med postens samarbeid med kommunens ansatte og følte seg delaktige i prosessen, mens andre mente beslutninger ble tatt over hodet på dem.

*"For at ikke det bare blir ringt over hode på meg - holdt jeg på å si – at jeg ikke har anelse om hva de har snakket om."*

For alle informantene var det viktig å delta i beslutningen om i hvilken grad deres pårørende skulle trekkes inn i samarbeidet på posten. Flertallet ønsket større grad av samhandling med pårørende enn de hadde erfart tidligere. Alle informantene i denne studien var positive til at posten samarbeidet med kommunale instanser, men de ville ta del i beslutningene som handlet om dem og vite hva slags informasjon som ble formidlet mellom kommunen og DPSet.

#### **4.6.7 Oppsummering – gryende tilitt og trygghet til egen helse**

Et ønske om å leve et godt liv og oppleve utvikling og bedring kommer tydelig fram i informantenes utsagn. Deres behov for ulike former for endringer viser seg vanskelig å ta tak i på egen hånd. Pasientene søker dypere innsikt i seg selv og andre fenomener som omhandler dem gjennom undervisning og samtale. De ønsker at noe skjer og de skulle gjerne sett at personalet fremstod mer engasjert i denne prosessen. Informantene virker klare for å leve et bedre liv utenfor institusjonen, men har større forventninger om at personalet ved institusjonen kan bidra i den helsefremmende prosessen.

---

## 5. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere metodiske styrker og svakheter ved studien. De sentrale funnene vil drøftes opp mot teori og tidligere forskning.

### 5.1 Metodiske refleksjoner

En studies validitet eller gyldighet handler om hvilken grad den valgte metoden har ført til at studien har undersøkt det som var tanken bak studien (Kvale og Brinkmann, 2009). En studies pålitelighet har ikke bare en metodologisk betydning, men også en moralsk, skriver Kvale og Brinkmann (2009). Man kan sammenligne med å snakke om en *pålitelig* person. Fog (2004) anser pålitelighet som en forutsetning for at studien har gyldighet. I det hele handler validitet og gyldighet om å sikre at studien ”er troverdig slik at både jeg og mine lesere kan stole på min forståelse av det utsnitt av virkeligheten som jeg har undersøkt” (Fog 2004, s.182).

Kvale og Brinkmann (2009) har utviklet syv stadier for vurdering av en studies validitet gjennom ulike faser av studien og kaller det prosessvalidering. En slik form for validering er utgangspunktet for diskusjonen. *Tematisering* dreier seg om logikk relatert til forskningsspørsmålet og valgt teori. Valget av Unni Lindstrøm (2003) som hovedreferanse i den teoretiske bakgrunn fant jeg hensiktsmessig da hun alltid holder pasientens egen erfaring i sentrum ved psykiatrisk sykepleie. Teoriene er utdypete og konkrete på samme tid. John G. Gundersons (1978) stadier og tilnæringsmåter er interessante da de på noen områder sammenfaller med denne studiens funn. Hans miljøterapeutiske tilnærming er i stor grad kjent i praksisfeltet.

*Planlegging* dreier seg om kvaliteten ved undersøkelsesopplegget og metodene som brukes for studiens emne og formål. Forskningsdesignet bør, etisk sett, ”produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og minimalisere skadelige konsekvenser” (Kvale og Brinkmann 2009, s.253). Planleggingen av studien er beskrevet i metodekapittelet. Det er vanskelig å finne elementer som kunne vært utført annerledes når informantens egen erfaring skulle hentes frem. Valg av kvalitativ metode vurderer jeg som den beste metoden for å oppnå svar på problemstillingen. Fenomenets kompleksitet og kvaliteten på dataene vil være

bestemmende for hvor stor mengde data som er nødvendig for å svare på forskningsspørsmålet (Granheim og Lundman, 2003). Åtte intervjuer ga et rikt datamateriale. Mange erfaringer gjentok seg hos de ulike informantene og jeg opplevde i stor grad at informasjonen ble mettet. Studien er en del av handlingsorientert forskningssamarbeid der ansatte, pårørende og kommunalt ansatte også er inkludert i egne delstudier. Det er viktig å presentere pasientenes stemme i en slik kontekst. Jan Kåre Hummelvoll er opptatt av ”kløften som synes å eksistere mellom den kontekstfrie forskningsbaserte kunnskap og den lokale erfaringsbaserte brukskunnskap” (Hummelvoll 2003, s.12). Denne studien er et bidrag til å bygge bro over den nevnte kløften gjennom å se pasientenes erfaringer av praksisfeltet i lys av ulik forskning. Hensikten er å gi et bidrag til en mer terapeutisk miljøterapi.

*Intervjuing* handler om kvaliteten ved selve intervjuet. ”Det som skjer mellom intervjuer og intervjuperson. Hvordan intervjuer fungerer som instrument. Er det noe i relasjonen som forhindrer meg i å se klart og høre godt etter?” (Fog 2004, s.184). Friis og Vaglum (1999) hevder at klinikerer har stor fordel ved at han har erfaring med å stille spørsmål slik at hver enkelt bruker møtes på sine egne premisser, og derved gir klinikerer de nødvendige opplysningene. I selve intervjusituasjonen har vi vært to personer. Min manglende erfaring som forsker kan oppveies av den kliniske evnen til å møte mennesker i ulike livssituasjoner. Den andre personen var også psykiatrisk sykepleier og førstelektor med lang erfaring fra forskning. Gjennom vår ulike bakgrunn ivaretok vi informantene på best mulig måte. Vi kunne fange opp verbale og non verbale utsagn og uttrykk fra deltagerne og vi kunne sammen trekke slutninger fra informasjonen som kom fram.

*Transkriberingens* validitet handler om hvordan valget av skriftspråk bidrar til å ivareta det uttrykte budskapet i intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann, 2009). De to første intervjuene ble transkribert svært detaljert med inkludering av tankestreker og smålyder mellom uttalelsene. Jeg fant ikke denne formen for transkribering hensiktsmessig da intervjuene var så få at jeg bar stemninger og nonverbale uttrykk friskt i minne. Tidsmessig ble en slik form for transkribering heller ikke vurdert som hensiktsmessig. To av intervjuene ble transkribert av en sekretær som ved flere anledninger var innleid i hovedprosjektet. Hun transkriberte ordrett verbale uttalelser.

Gyldigheten av *analyseringen* avhenger av spørsmålene som stilles til intervjuteksten og om fortolkningene fremstår som logiske (Kvale og Brinkmann, 2009). I arbeidet med analyse og

---

tolkning til kategoriseringer av tema har jeg vært svært bevisst på å holde pasientens perspektiv fremme. Min veileder og forskeren fra hovedprosjektet har begge vært med og vurdert resultatene og konklusjonene i prosessen. Jeg har gått mange runder for å komme frem til det endelige resultatet. ”Forskeren kan være så glad i sin forforståelse at hun presser den ned over det konkrete, empiriske materialet. Sammenligning med andre undersøkelser og diskusjon av egne resultater kan her være med på å gjøre materialet pålitelig” (Fog, 2004, s.197). Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst faren ved mitt engasjement av temaet studien omhandler. Jeg har forsøkt å legge til side min forforståelse og se informasjonen i lys av informantenes ståsted.

I denne sammenheng handler *validering* om å velge valideringsformene som er mest relevante for studien og best egnet for dialog om resultatets gyldighet (Kvale og Brinkmann, 2009). Validering av hele studiens prosess, slik denne metodediskusjonen viser, finner jeg hensiktsmessig. Da jeg ønsket å overprøve studiens resultat for å nå kommunikativ validitet, i tillegg til mine medstudenter, veiledere og kollegaer, søkte jeg å samle alle informantene for å diskutere dette. Tross at alle var positive til å bidra med en slik vurdering, var det kun en informant som kom. Jeg ser i ettertid at jeg burde minnet dem om møtet like i forkant slik at det ikke ble glemt, siden mennesker med alvorlig psykisk lidelse ofte trenger en slik påminnelse. For å oppnå validering av resultatet fra mennesker med brukerkunnskap har en informant og en brukerrepresentant fra hovedprosjektets referansegruppe vurdert studiens funn og gitt nyttig tilbakemelding.

Er den gjeldene form for *rapportering* den beste for å gi en valid beskrivelse av studiens funn, skriver Kvale og Brinkmann (2009). I denne rapporten har jeg tilstrebet å gi en grundig presentasjon av alle elementene som inngår i forskningsprosessen. Min situasjon som uerfaren på feltet vil selvfølgelig ha betydning for resultatet. Tett veiledning har derimot bidratt til stadige justeringer mot en omfattende rapport. Da dette er en masteroppgave innebærer det at tidsfristen kan være uheldig press. Tidsfristen har også bidratt til en dynamisk progress i arbeidet.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at spørsmålet om generaliserbarhet stadig stilles til intervjustudier. Det som kan være av interesse er om kunnskapen som produseres kun er av lokal interesse eller om den kan overføres til andre intervjupersoner eller andre situasjoner. Når man skal legge til rette for overførbarhet er det verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kulturen og konteksten, av utvalg og karakteristikk av deltakerne,

datainnsamling og analyseprosess. En rik presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil også forsterke overførbarheten (Granheim og Lundman, 2003). I denne studien har jeg tilstrebet å presentere posten og de fysiske og organisatoriske rammene den representerer. Kriterier og utvalg av informanter er presentert i metodekapittelet og likeså datainnsamlingsmetoden og analyseprosessen. Funnene med representative sitater er presentert i rapporteringen av intervjuene.

Jeg vil hevde at studiens funn til en viss grad er generaliserbare, da mange elementer går igjen i andre studier. Disse er presentert i kapittelet som omhandler annen forskning og trekkes inn i drøftingen av funn. Ved diverse presentasjoner av studiens funn har resultatene vist seg å være gjenkjennbare både av fagpersoner og av mennesker med pasienterfaring fra psykiatriske institusjoner.

### **5.1.1 Forskning på egen arbeidsplass**

Som ansatt på posten der forskingen foregikk befinner jeg meg i en spesiell rolle. Det er ikke svært utbredt å forske på egen arbeidsplass da man ikke vil ha en nøytral forskerrolle. Jeg har med meg føringer eller forforståelse som det er svært viktig at jeg er bevisst. Jette Fog (1992) skriver i Hummelvoll (2010) at det kommer an på ulike faktorer hvorvidt forskningen kan forsvares etisk sett ut fra kriterier som hvordan kontakten mellom forsker og informant er, om forskeren er bevisst informantens grenser, vurdering av informantens aktuelle livssituasjon, hans ressurser, hans skrøpelighet og hans robusthet. Som ansatt på avdelingen over flere år kjente jeg informantene i ulik grad. Siden jeg kun har arbeidet som nattvakt eller som ekstravakt har jeg aldri hatt tett kontakt, som primærkontaktansvaret innebærer, for noen av informantene. Jeg opplevde at kjennskapet skapte tillit i intervjusituasjonen. Jeg skal ikke se bort fra at gitt informasjon kan ha kommet frem på grunn av den gjensidige kjennskapet, og det kan hende at informasjon ble holdt tilbake av samme grunn. Etter informantenes uttalelser og egne erfaringer vil jeg mene at de anså meg som forsker og ikke som miljøterapeut i forskningsprosessen. Deres engasjement for å bidra til et bedre miljøterapeutisk tilbud og økt forståelse for postens ansatte var stor.

”Tradisjonell forskning” oppleves av mange som praksisfjern. Aksjonsforskning er et viktig alternativ om man skal få til praktisk endring (Foss og Ellefsen, 2005). Som ansatt kunne jeg dra nytte av min kjennskap til avdelingens struktur og tror det har vært fordelaktig for

---

studien. "In all fields of scientific endeavour the time-lag between knowledge and practice is proportional to the distance between the creation of theory and the position of the practitioner"(MacGuire, 1990 i Hummelvoll, 2003, s.250). Som forsker på egen arbeidsplass vil kunnskapsdannelsen fra denne studien og anvendelsen i praksisfeltet potensielt kunne benyttes umiddelbart. Allerede i forskningsprosessen er det gjennomført flere endringer ved posten som kan relateres tilbake til funn fra denne studien.

## 5.2 Diskusjon av studiens funn

Studiens hovedfunn eller hovedtema har jeg valgt å kalle "Miljøterapien gir beskyttende ly når den indre uroen er stor men for liten grad av engasjement og gyldiggjøring når pasienten erfarer bedring". Hovedtemaet kan anses som svar på studiens problemstilling: "Hvilke erfaringer har pasienter med langvarig og alvorlig psykisk lidelse av miljøterapien ved en døgnpost på et distriktspsykiatrisk senter?" I de følgende avsnittene vil jeg diskutere studiens funn opp mot annen forskning og teori.

Temaene "Indre uro", "Tiltaksløshet og ensomhet" og "Gryende tillit og trygghet til egen helse" innebærer en indre erfaring slik jeg har tolket informantenes utsagn. Oppdelingen er beskrevet, men det er glidende overganger på alle felt.

Unni Lindstrøm (2003) har presentert ulike sykepleiehandlinger ut fra pasientens opplevelse av sin tilstand og sykepleierens vurdering av hvilken tilnæringsmåte som er hensiktsmessig. Handlinger i denne sammenheng handler altså om intensjonen med den valgte tilnærmingen, mens tiltaket er selve utføringen. Jeg vil se på spesifikke handlinger relatert til informantenes erfaringer fra denne studien videre i drøftingen. Noen sykepleiehandlinger anser jeg derimot som universelle eller aktuelle i alle fasene. Det dreier seg om trygghetsdimensjonen der Lindstrøm deler denne inn i ulike dimensjoner ut fra pasientens ulike behov. Sykepleiedimensjonen jøgstøtte oppfatter jeg også som så mangfoldig og krever en sterk bevissthet i utformningen av sykepleietiltakene ut i fra den enkelte pasient sin indre verden. Hensikten med ethvert møte skal vi som miljøterapeuter alltid ha med oss. Bekreftelse vurderer jeg også som en handling Lindstrøm (2003) mener er grunnleggende i møte med pasientens ulike livssituasjoner. Solfrid Vatnes (2006) bruk av begrepet anerkjennelse og hennes oppfordring om miljøterapeutisk tilnærming ut fra dette

perspektivet vurderer jeg i stor grad som sammenfallende begrep. Gundersons (1978) begrep gyldiggjøring handler nettopp om å bekrefte pasientens egenart. Han mener det først er når pasienten har en indre kontroll at denne tilnærmingen bør være gjeldende. Man kan tenke seg at bruken av begrepene har utviklet seg i årene som har gått siden Gunderson beskrev sine tanker i 1978. Det kan synes som nyere forskning som omhandler å snakke om selv vanskelige temaer og psykotiske opplevelser har vist å fremme bedring og bidratt til å endre holdningen til dette.

## **5.2.1 Miljøterapi når uroen er sterk**

### **5.2.1.1 Ly**

Studiens funn viser at pasientene ved indre uro opplever bedring gjennom institusjonens trygge rammer. At det er et sted de kan finne hvile og får aksept for å hvile er også vesentlig i tillegg til tryggheten ved at personalet er kjente personer. Trygghet står igjen som en fellesbetegnelse på erfaring av helsefremmende karakter når pasientene opplever sterk indre uro.

I denne fasen av indre uro vil Unni Lindstrøms (2003) sykepleiehandling, stabiliseringsdimensjon, være viktig når hensikten er å skape trygghet. At pasienten opplever kontinuitet i relasjonen til sykepleieren gir mulighet for etablering av en pålitelig relasjon. En slik relasjon er igjen nødvendig for at sykepleieren skal kunne ha en posisjon som kan påvirke det skadde selvet og virkelighetsoppfattelsen, slik Lindstrøm (2003) skriver. En stabil relasjon kan ved bruk av handlingen tilfredsstillende bidra til at pasienten opplever noe godt eller positivt som igjen er elementært for utvikling av positive relasjoner. Stabiliseringsdimensjonen innebærer både å legge det fysiske omsorgsmiljøet tilrette og å vise respekt, jegstøtte, autonomistøtte og nøytralisering. Nøytralisering kan bidra til at ukontrollert indre uroen minskes i styrke. Den stabile positive relasjonen går stadig igjen som grunnleggende relasjonsfaktor for sykepleiehandlinger som er virksomme.

”Woodshedding”, eller trekke seg tilbake til vedboden, handler om hva slitne amerikanske jazzmusikere gjorde for å hente ny inspirasjon. Borg og Topor (2003) har hentet bildet fra John Strauss m.fl. (1985) når de beskriver tilbaketrekking. Tradisjonelt sett innen psykiatrien betegnes denne fasen negativt og innebærer at pasienten er apatisk, initiativløs og mangler



---

følelsesuttrykk. En slik fase kommer gjerne etter et psykosegjennombrudd. Strauss mener en slik hvileperiode kan innebære betydningsfull indre aktivitet hos pasienten. Ulike erfaringer må bearbeides; hvordan de kan forstå det som har hendt i psykosen, hvilke del av dem er berørt av hendelsen og hvilke deler er ikke det. Hvilke ressurser i og utenfor dem selv kan de benytte for å komme seg videre? Det kan være uheldig for pasienten om personalet er for pågående eller prøver å aktivisere vedkommende i denne fasen. Det å gi støtte og håp for fremtiden der pasientens muligheter og ressurser påpekes kan derimot ha stor betydning for tiden det tar å komme videre i sin prosess.

I følge Gunderson (1978) vil beskyttelse og støtte være relevante tilnæringsprosesser for mennesker som vurderes å ha en stor indre uro. Beskyttelse innebærer å gi trygghet, skjærme eller ta hånd om. Gjennom beskyttende tiltak ønsker man å lette belastningen ved utilstrekkelig selvkontroll eller allmaktsfølelse og styrke pasientens indre kontroll.

### *5.2.1.2 Sårbarhetens sensitivitet*

Studiens informanter erfarte avvisning eller frihetsberøvelse i fasen av indre uro. Unni Lindstrøm (2003) er opptatt av relasjonens betydning. Når relasjonen oppleves negativt av pasienten vil ikke bare mulige helseprosesser hindres, men de kan også føre til en tilbakeføring av helsetilstanden. Utgangspunktet er en sårbar pasient som opplever sterk lidelse. Han kan være preget av skam og eksistensielt kaos. Når miljøterapeuten avviser pasientens behov for hjelp i forhold til sine dødstanker, slik en informant fortalte om, kan hun påføre ham en pleie - og behandlingslidelse som innebærer krenkelse. En slik krenkelse kan igjen gi ham opplevelse av skam, en opplevelse som kanskje allerede er tilstede? En vanlig reaksjon på en slik avvisning hos voksne mennesker er at man trekker seg tilbake og isolerer seg. Det vil altså redusere hans mulighet til å ta i bruk sine egne helseressurser for å oppnå bedring. Vatne (2006) mener at opplevelse av å bli provosert og krenket lett kan føre til sinne og utagering.

I Andersen (1998) skriver Anne-Lise Løvlie Schibbye at selv barn protesterer dersom man forteller det at det er sulten, trett eller redd. Hun skriver at det ser ut til at mennesket har et fundamentalt behov for å være eksperter på sine egne opplevelser. Videre hevder Schibbye (Andersen, 1998) at pasientenes opplevelse av å bli umyndiggjort kan skyldes miljøterapeuters bakenforliggende menneskesyn. Dersom menneskesynet innebærer en subjekt – objekt holdning til pasientene, er det jeg (miljøterapeuten) som bestemmer hva du

(pasienten) skal gjøre, føle, ”egentlig” sier eller tenker. Et eksempel på en slik subjekt - objekt uttalelse kan være: *”Du må jo akseptere våre regler og legge deg når de andre gjør det!”*(Andersen, 1998, s. 167). Konsekvensen av å bli behandlet som et objekt er at man mister seg selv. Man mister sin egen stemme og opplevelse av hva som er seg selv. Pasienter i en fase av indre uro, har behov for å finne seg selv i alt kaoset han føler. En alternativ måte å kommunisere på i den eksemplifiserte episoden kan være: *”Det virker på meg (jeg tar ansvar for at det meg dette virker på, det er ingen sannhet) som om du mener reglene her ikke passer helt for deg..?”* (Andersen, 1998, s. 168) Slik kan man møte pasienten på en likeverdig måte der begge er subjekter og myndige, og sammen finne løsninger på utfordringene.

Jan Kåre Hummelvoll (Hummelvoll og Lindstrøm, 1997) viser til at et utgangspunkt for terapeutisk forhold er at sykepleieren søker å stimulere til autensitet og autonomi hos pasienten. Autonomi handler her både om viljesfrihet, frihet til å velge og til å handle. Hummelvoll (1997) skriver:

”Under sykdom vil noe av ens frihet bli begrenset. Allerede det faktum at man ber om hjelp, innebærer at man oppgir noe av sin egenkontroll. Slik sett vil sykdom kunne innvirke negativt på menneskers viljes- og handlingsfrihet. Følgelig er hjelperens oppgave å innse at begrensning av personens handlingsmuligheter iblant skader hans menneskelighet. Derfor kreves det innlevelse for å forstå dette, og for å kunne hjelpe ham til å forbedre sin situasjon”

(Hummelvoll & Lindstrøm, 1997, s. 46)

Også Gunderson er opptatt av at mange er spesielt sårbare for avvisning i denne fasen av sterk indre uro, og at det derfor er spesielt viktig å sette fokus på relasjonens betydning (Henriksen 2007). Denne studien viser nettopp hvor smertefullt det kan oppleves å bli avvist i en sårbar livsfase. En informant fortalte om en hendelse der miljøterapeuten gikk da han trengte å snakke om sine dødstanker. Dersom hun hadde vært bevisst sin handling og basert den på respekt, likeverd og forståelse, ville pasienten sannsynligvis erfart å bli møtt og gitt mulighet for helsefremmende utvikling.

---

## 5.2.2 Miljøterapi ved opplevd tiltaksløshet og ensomhet

### 5.2.2.1 Plan hjelper

Når den indre uroen har lagt seg og utmattelsen råder, gir informantene i studien uttrykk for at skriftlige planer hjelper. Gundersons (1978) miljøterapeutiske variabel struktur kan hjelpe pasienter som ikke selv har en klar indre struktur, bl.a. når han er på vei ut av en psykotisk tilværelse. Gjennom virkemidler som dagsplan som utvikles til ukeplan eller avtaler om møtetider eller økonomistyring, kan pasienten hjelpes til å se konsekvenser og få økt kontroll. Det er viktig at planene og avtalene utvikles i samarbeid mellom pasienten og primærkontakten slik at pasienten opplever å ha reell innflytelse på sin egen prosess, skriver Gunderson (1978).

### 5.2.2.2 Å bli sett

Studiens funn viser at når pasientene opplever økt indre kontroll og kjenner behovet for mer enn hvile og trygghet som rammene og rutinene kan tilby, gir uttrykk for frustrasjon over postens manglende individuelle tilrettelegging og savner at personalet viser interesse og forstår deres behov for å bli sett med ønske om kontakt og motivering. Det er her hjelpetiltak til et mer selvstendig liv settes på prøve.

Unni Lindstrøms (2003) *lekende* perspektiv gir sykepleieren mulighet til å møte pasienten på en kreativ måte. Leken kan bidra til at pasienten utvikler nye måter å se seg selv, sin medverden og omverden på. Viktige sykepleiehandlinger når pasienten opplever ensomhet og tiltaksløshet kan være å støtte selvaktelsen og selvfølelsen. Selvaktelsen hos en pasient innebærer hans egen vurdering av å nå mål i livet og evnen til å fungere på ulike livsområder. Hans følelse overfor seg selv innebærer både følelsen av å være nyttig og hans moralske og eksistensielle verdier (Lindstrøm, 2003). Dersom hensikten med det miljøterapeutiske arbeidet er å styrke disse selv-erfaringene hos pasienten er et viktig premiss at pasienten opplever positive relasjoner i dem han samhandler med. Disse ”significant others” har større påvirkningskraft enn andre og det er derfor av større betydning for oss alle i hvilken grad de viser aksept, respekt og engasjement, ja ”ser” oss.

I Borg og Topors (2007) bok, sammenligner John Strauss (1985) perioden der det skjer et vendepunkt for pasienten fra å være passivt hvilende til å begynne å ta i bruk indre og ytre ressurser som ”Fjellklatring”. Metaforen innebærer at man for å klatre må trygge den ene foten før den andre kan ta neste steg. ”Overført til vårt felt så skjer det altfor ofte – når en

person begynner å føle seg bedre – at de rundt en forventer at han eller hun skal fungere bedre og ha det bedre på flere områder”(Borg og Topor, 2007, s. 22/23) En av informantene fra denne studien beskriver behovet for en støttende person da han skulle bevege seg alene utenfor avdelingen. Hans angstanfall førte til at han i etterkant fryktet å gå alene. Uhensiktsmessige episoder kan ikke unngås, men man kan tilstrebe at det ikke skjer gjennom å ”se” pasientens behov for støtte. Den individuelt tilpassede omsorgen forutsetter at miljøterapeuten ”ser” eller forstår den enkelte pasient. ”Ser” når han har behov for mer enn hvile og ro og ”ser” pasientenes uttrykk for støtte til å gå videre. Det er interessant at det er pasientene selv som gir uttrykk for at de har ønske om noe mer i denne fasen. De ønsker at terapeutene i større grad enn i dag tar initiativ til kontakt selv om de selv ikke nødvendigvis klarer å gi uttrykk for dette ønsket på en tydelig måte. De ber om at deres individuelle behov for støttetiltak blir sett og de ber om at rammene og rutinene ikke alltid må styre hverdagen. De ber om støtte og tilrettelegging til å ta ut sin egenart og få rom til å kjenne på og bruke sin inspirasjon. Borg og Topor (2007) har funnet det samme i sin studie av hvilke relasjoner som er virksomme for å oppnå bedring. Det å bli ”sett” eller ”hørt” er avgjørende elementer i veien mot bedring. I dette legger de at pasientene føler seg utvalgt, man er spesiell for noen. Det kan innebære at miljøterapeuten utfører en hverdagslig handling som å komme med en kopp varm melk og bre over pasienten som skal legge seg, en handling som går litt utover det miljøterapeuten er pålagt å gjøre. Det at miljøterapeuten tar initiativ til kontakt uten at pasienten har oppført seg upassende eller at det er en del av rutinen, handler om å ”bli sett”.

Flere informanter hevder at personalet ikke forstår deres ønske om kontakt. Informantene beskriver på ulike måter hvor vanskelig de finner det å si tydelig ifra om dette behovet. Brita Nilsson (2004) har i sin studie reflektert over hva dette kan handle om. Hun beskriver opplevelsen av ensomhet hos den alvorlig psykisk lidende som skambelagt. Skam over å føle seg annerledes, ha mistet sitt sosiale nettverk og over å være syk. Sykdom beskriver de som feil eller mangler ved seg selv og altså skamfullt. Solfrid Vatne (2006) peker på at en korrigerende tilnærming, som er en ganske vanlig forekommende tilnærming hos miljøterapeutene, fører til at pasienten opplever skam. Som konsekvens på denne skammen kan et menneske i en vanskelig fase reagere med å trekke seg tilbake og se det vanskelig å være den som tar kontakt.

---

### 5.2.3 Miljøterapi ved gryende tillit og trygghet til egen helse

I dette avsnittet har jeg valgt å drøfte helsefremmende og helsehemmende miljøterapi under ett. Undertemaene likeverd og respektløshet står som motsetninger jeg vil drøfte sammen og også den gode samtale kontra den overflatiske dialogen. Jeg skal i tillegg drøfte studiens funn som viser at behovet for læring omfatter flere enn pasientene for at livet skal kunne bli begripelig.

#### 5.2.3.1 Passivitet

Studien viser at det er viktig for informantene at noe skjer og at det ikke er likegyldig hva som skjer. De hevder at det er viktig å være delaktig i avgjørelsene av hva som skjer. Det gjelder på så ulike plan som fra medisinerings til samtaletema og fra opplæringsbehov til hvor utflukten skal gå. Ettersom posten skal legge til rette for at pasientene skal leve et bedre liv etter utskrivelsen, er det avgjørende at miljøterapien bidrar til å styrke individet gjennom ulike mestringsopplevelser.

Basis for alt miljøterapeutisk arbeid er den gode relasjonen. Studiens funn, som viser at pasientene opplever at personalet mangler respekt, og at de ikke opplever å bli tatt på alvor, bør tas alvorlig. Flere av studiens informanter hadde opplevd å ikke bli møtt med respekt av miljøpersonalet. En påpekte viktigheten av å endre praksis slik at personalet snakket *med* pasientene og ikke *til* dem. Skjervheim (1996) har formulert tanker om hvordan vi mennesker reagerer på ulike måter å bli møtt på. Det han kaller en toleddet relasjon innebærer at ego forholder seg til "saken" men ikke til alter ego som også forholder seg til "saken". Partene blir tilskuere til hverandres verden. Gjennom å objektivere alter ego eller den andre, er vi altså tilskuere til hans sak, men tar ikke hans sak riktig på alvor. En av studiens informanter uttrykte at det å ikke bli tatt på alvor, skapte en følelse av ikke å være viktig. Skjervheim (1996) sier videre at vi gjennom å objektivere det andre mennesket går til angrep på hans frihet. Mennesket vil selv ha kontroll over sin egen sannhet, og ikke få sannheten om seg selv fortalt av andre. En normal menneskelig reaksjon vil i et slikt møte være med motstand eller med en forsvarsholdning for å beskytte sin egen frihet. Vatne (2006) eksemplifiserer dette under diskusjonen om det som i praksisfeltet ofte feilaktig betegnes som "den manipulerende pasienten" eller pasienten som oppleves som lite samarbeidsdyktig. Gjennom at hjelperen objektiviserer pasienten vil hun få en uheldig definisjonsmakt. Pasientens naturlige forsvarsreaksjon vurderes ofte som patologiske, mens det pasienten egentlig vil er å ha kontroll over situasjonen og dermed anvender motmakt,

eller beskytter seg mot å bli devaluert. Det kan altså dreie seg om en naturlig reaksjon basert på evne til mestring.

Studien viser at det er når informantene opplever seg møtt med forståelse og tiltakene ble justert ut fra deres egne behov at de følte seg respektert. Hvordan kan vi så forstå det den andre forstår? *”Vi har ingen möjlighet att forstå och möta en psykisk sjuk människas tankar och behov om vi inte är beredde att känna en anklag av detta innom oss själva”* skriver Cullberg (2009). Det er altså gjennom å være bevisst sin egen smerte, skamfullhet, sårbarhet eller andre indre erfaringer at man kan forstå og anerkjenne den andres tanker, følelser eller behov. Sykepleieren må vise seg som en person, være tilstede og være autentisk og ekte. Et eksempel på dette kan være utsagnet om nattvaktene som ga nattmedisinen utenfor rutinen, når pasienten følte han trengte den.

Går vi tilbake til Skjervheim (1996), forklarer han det gode møtet som en treleddet relasjon. Ego forholder seg til alter ego og de forholder seg begge til ”saken”. Man vil her møtes i en subjekt – subjekt relasjon. Vatne (2006) hevder at et slikt møte innebærer en gjensidig deling av gode og dårlige følelser og oppfatninger på en respektfull måte. Miljøterapeuten – eller ethvert menneske, vil alltid gå i møte med det utfordrede mennesket – eller ethvert menneske, med sin egen historie, forutinntatte meninger og verdier, men det er graden av bevissthet som er vesentlig for kvaliteten på møtet.

Tillit er en forutsetning for å bygge den gode relasjonen. Denne studien viser at informantene ikke opplevde tillit til at miljøterapeutene hadde tilstrekkelig kompetanse på ulike områder. Det medførte at de ikke følte seg trygge på å åpne seg for samtale med dem om alvorlige tema. *”Tilliten til seg selv og andre skaper grobunn for vilje og beredskap til å bevege seg ut fra seg selv og inn i fellesskap med andre..”*, skriver Lindstrøm (2003, s.59). Hun viser til at det overordnede perspektivet, læring, bidrar til selvstendighetsutvikling, selvrealisering og modning og knytter det sterkt til å leke. I læringen går man sammen med pasienten, og det er som rollemodell sykepleieren/miljøterapeuten har sin viktigste oppgave som læremester. Også her ser vi nødvendigheten av miljøterapeutens kjennskap og bevissthet til sitt eget indre liv, nettopp for å kunne bidra som lærer.

Den gode samtalen, sier flere informanter, er når personalet fremstår som trygge på seg selv og sin kompetanse og tør å åpne seg og dele av sine erfaringer. Det er også flere informanter som peker på behovet for i større grad å snakke om opplevelse av indre sperrer som av noen

---

ble hevdet handlet om vonde opplevelser fra barndommen. Vatne (2006) viser til stress-sårbarhetsmodellen som nettopp sier noe om årsaken til utviklingsforstyrrelser allerede i barndommen. Forstyrrelser i tidlige år kan føre til en selvoppfattelse som hindrer helsefremmende prosesser hos enkeltindividet. Å bidra til å gi pasienten trygghet i sin indre verden kan og bør miljøterapeuten arbeide aktivt med blant annet gjennom sykepleiehandlingen *å være* i følge Lindstrøm (2003). Det krever både mot, vilje og evne til å ta del av og å være sammen med pasienten i hans opplevelse av verden. Vatne (2006) er opptatt av at det er pasientens opplevelse av verden som bør være førende for hvor samværet og samtalen skal gå. ”Å gå med symptomene” er motsatt av å korrigere eller stoppe dem. Gjør man det, vil man gå mot det pasienten er opptatt av. Derimot kan det å prøve å forstå symptomene sammen bidra til innsikt i betydning og utvikling for pasienten.

Topor og Borgs (2007) studie viser også at helsefremmende relasjoner er gjensidige. Gjensidighet dreier seg om at begge parter kan gi og få i et forhold. At pasienten kun står i en posisjon der han tar i mot eller får kan være et av de største problemene når det gjelder identitet, sier de. Det er viktig for mennesket å være en bidragende part. I denne sammenhengen at pasienten opplever at den profesjonelle får noe ut av relasjonen, både for å utvikle seg profesjonelt og privat. Institusjonens struktur og regler kan hindre slike gjensidige relasjoner. Det kan forstås når vi ser nærmere på hvordan man kan bygge og styrke gjensidige relasjoner; gjennom å ta i mot noe fra pasienten, å likestille seg og å vise sin egen tilkortkomning. Å ta i mot noe fra pasienten trenger ikke å handle om presanger, men det kan være mer symbolsk utveksling. Å likestille seg kan bety å se på og påpeke likhetene som finnes mellom en selv som profesjonell og pasienten. I min studie kan følgende utsagn underbygge viktigheten av å likestille seg når informanten beskriver erfaringer fra den gode samtalen: ”Jeg synes hun var så åpen også var hun ikke redd for å snakke om hvordan hun hadde det selv også”. At personalet viser sin tilkortkomning kan føre til at pasienten gjenerobrer egen verdi. Han kan noe personen som er satt til å hjelpe ham ikke kan. Det kan også være mer lærerikt å se hvordan den profesjonelle håndterer å komme til kort, enn kun å skulle lære å takle sine svakheter rent teoretisk (Borg og Topor, 2007).

Gundersons (1978) miljøvariabel engasjement bør inntre som et viktig miljøterapeutisk element dersom pasienten ikke er i en psykotisk fase. Gjennom engasjement kan pasienten føres inn i en aktiv handlende fase og oppleve å mestre tilværelsen. Relasjonen må være basert på trygghet og tillit. Mange pasienter har opplevd avvising og mange brutte

relasjoner. Dersom miljøpersonalet skal bidra til å inspirere pasientene til engasjement, slik Gunderson skriver, finner jeg det som en naturlig konsekvens at pasientene bør oppfatte personalet som engasjerte. ”Det virker som om en del av personalet har sine komfortsoner altså. At dette er det jeg gidder å gjøre på jobben, jo mer på utsiden av det, nei!”, sier en av informantene. Skjerveheim (1996) skriver at det å være menneske innebærer å være engasjert, i et eller annet, det er ikke et valg man har. ”Engasjement er ein grunnstruktur i det menneskelege tilværet” Skjerveheim(1996, s.81). Vi er frie til å velge er hva vi vil engasjere oss i og vi må selv ta dette valget.

Unni Lindstrøms (2003) sykepleiehandling *å støtte selvstendigheten* skal gi pasienten mulighet til vekst og utnytte sine egne ressurser. Alle pasienter som er innlagt en periode på distriktspsykiatriske sentra skal tilbake til sitt eget hjem. Institusjonsoppholdet kan bidra til utvikling av ressurser som fører til økt mestringsopplevelse, men også til å skape gode minner som kan bidra som ”varder” i vanskelige livsperioder, slik en av informantene uttrykte det.

#### **5.2.4 Individuelt tilpasset miljøterapi**

Miljøterapeutiske tiltak må tilpasses den enkelte pasients opplevde tilstand. Som utgangspunkt for at den miljøterapeutiske tilnærming skal erfares helsefremmede for pasientene har jeg valgt å rette søkelyset mot to faktorer. Hvordan miljøterapeuten kan oppnå å forstå pasienten og viktigheten av å kartlegge pasientens individuelle helsehinder.

Studien viser at pasientenes erfaringer av det miljøterapeutiske tilbudet på posten på mange områder ikke var tilpasset deres egen vurdering av hva som ville hjulpet for å oppnå bedring. Det er interessant å se hva ulike teoretikere sier om hva som er grunnlaget for å legge til rette for et miljøterapeutisk tilbud som faktisk fungerer for hver enkelt pasient.

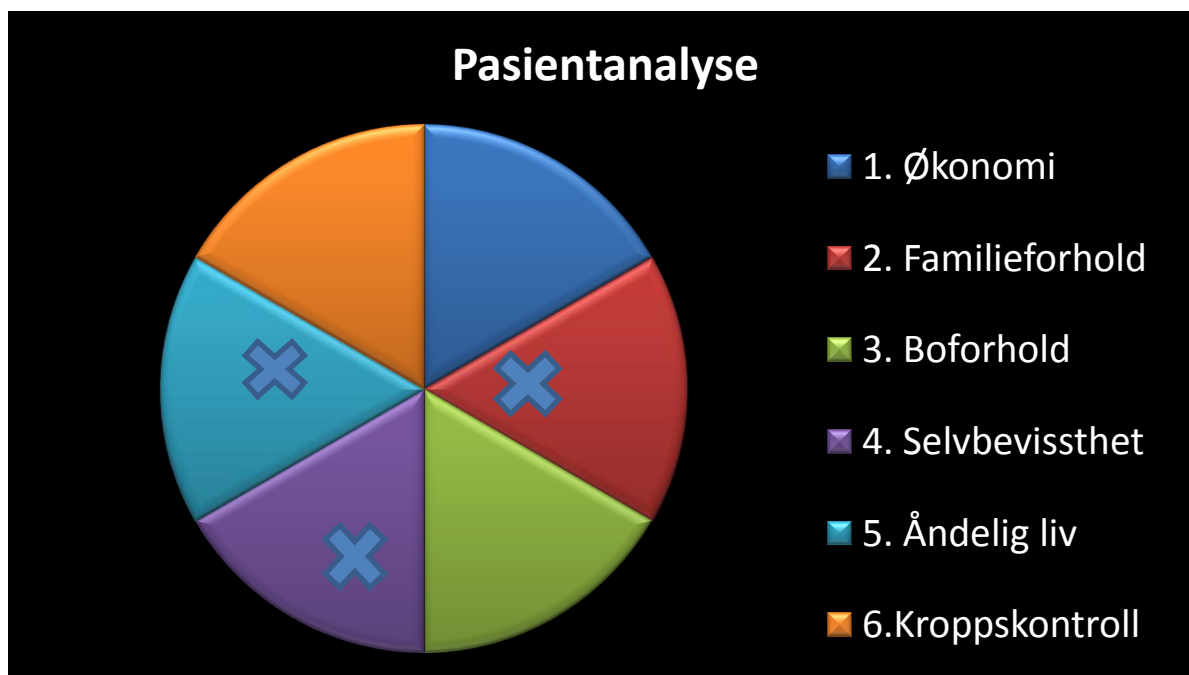
Både Unni Lindstrøm (2003) og Solfrid Vatne (2006) er opptatt av at utgangspunktet for terapien må være pasientens egen opplevelse av sin situasjon. Å få tak i pasientens egen opplevelse kan by på utfordringer. Slik en av informantene i denne studien uttrykker: *”Det er vanskelig å se på et menneske, i hvert fall psykisk om de er dårlige eller ikke – vanligvis er det veldig vanskelig å se inn i sjela”*.

Vatne (2006) har miljøterapeuten i fokus når hun peker på at faglig kvalifikasjoner, kyndighet, personlig myndighet og myndighet fra fagmiljøet er utgangspunkt for å



anerkjenne pasientens tilstand. Lindstrøm (2003) er opptatt av sykepleierens bevissthet om sin egen tilblivelse. Sykepleierens bør ha innsikt i sine egne reaksjoner og bakgrunnen for disse. Hun må ha evne til å differensiere tankene og bruke sine følelser aktivt og abstrakt i møte med pasienten. Kravene til miljøterapeuten er store. Faglige kvalifikasjoner er langt fra nok når hun skal forstå det han forstår for videre å kunne hjelpe ham. Man må som miljøterapeut ha evne til å se seg selv for å se den andre. Et stort ansvar legges med dette på den enkelte miljøterapeuts egenskaper, bevissthet og engasjement for stadig å bli bedre kjent med seg selv. I gruppen av andre kollegaer er det viktig å være åpen for deres refleksjoner og raus med egne reaksjoner. Ansvarer ligger også hos ledelsen ved enheten i forhold til å legge til rette for personlig utvikling hos personalet og til å legge til rette for rom for utviklende refleksjoner i personalgruppen.

Hva som kan føre til gunstig endring i helseprosessene hos den enkelte pasient, er et av de viktigste spørsmålene miljøterapeuten stiller seg selv, skriver Lindstrøm (2003). Pasientens egne ytringer av hva han opplever som helsehinder er et godt utgangspunkt. En informant i denne studien forklarer helsehinder gjennom det han har valgt å kalle ”Personlighetssektoropphengsteori”. Informantens beskrivelse av hvordan helsehindringer på ulike områder i livet hemmer utvikling mot bedring og et helhetlig liv er illustrert i følgende figur 2. Den viser hvordan pasientens tanker støtter opp under pasientanalysens viktighet.



Figur 2. ”Personlighetssektoropphengsteori”. Gjengitt i justert form etter tillatelse fra informanten.

Informantens fremstilling sammenfaller i stor grad med Lindstrøms (2003) beskrivelse av pasientanalysen. ”Pasientanalysen innebærer en kartlegging og beskrivelse av pasientens totale situasjon, inklusive nødvendige historiske og aktuelle data og informasjon om nåværende helsehindre og ressurser” skriver Lindstrøm (2003, s. 63). Utgangspunktet er pasientens egen opplevelse av sin lidelse og sine helsehindre og sykepleierens evner, som nevnt tidligere i kapitlet. Gjennom refleksjon og dialog med pasienten skaper hun seg et bilde av hvilke sykepleiehandlinger som er mest gunstige og på hvilken måte tiltakene bør planlegges.

---

## 6. Konklusjoner og anbefalinger

I dette kapittelet vil forskningsspørsmålet besvares og oppgaven konkluderes. Jeg vil også se hvilken betydning studien kan ha i praksisfeltet og anbefalinger for videre forskning.

### 6.1 Betydning for praksis

”Når rammene løses opp” er tittelen til hovedprosjektet bak denne studien. Bakgrunnen for tittelen er at mennesker med alvorlig psykisk lidelse ikke lenger bor på institusjon, men i eget hjem og er en del av samfunnet i større grad enn tidligere. Studien viser at avdelingens miljøterapi ble erfart positivt når den indre uroen oppleves sterk. Når pasientene opplever økt indre kontroll erfares den derimot som passiviserende og at flere elementer ved miljøterapien heller bidrar som hinder til å nå helse enn styrkende for den psykiske helsen. ”Å se bort fra beskyttelse kan ha tragiske konsekvenser for noen få pasienter, men å overse fordelene med engasjement og gyldiggjøring i stor utstrekning kan begrense miljøets terapeutiske verdi for mange pasienter”(Gunderson, 1978, s.334). I følge studiens funn kan det se ut til at posten i større grad har belaget sitt miljøterapeutiske tilbud på beskyttelse, støtte og engasjement og gyldiggjøring.

Denne studien kan ha betydning for praksis i hovedsak på to områder; den kan bidra til økt forståelse for pasienters ulike behov av miljøterapeutisk tilbud og forståelsen kan føre til at disse erfaringene blir tatt på alvor og endring skjer i praksis. Sammenfattet vil jeg mene at det handler om å gi et individuelt tilpasset tilbud i samarbeid med pasienten og hans omgivelser.

Grunnlaget for et helsefremmende miljøterapeutisk arbeid ligger til rette. Målsettingen (se.s. 11) fremstår som tydelig i forhold til hva posten søker å oppnå. I prosjektperioden til ”Når rammene løses opp” er postens verdigrunnlag utarbeidet gjennom grundige studier med postens ansatte. Verdigrunnlaget konkluderer med at avdelingens verdier handler om Respekt, Omsorg, Samarbeid og Ansvarlighet – ROSA. I Strategiplan for psykiatrien i Vestfold HF 2010 – 2013 er brukermedvirkning satt på dagsorden. Brukere skal delta i utformingen av behandlingsopplegget og brukernes stemme skal lyttes til gjennom regelmessige brukerundersøkelser. Det skal også ansettes en brukerkonsulent. Det fokuseres

på læring og mestring både for ansatte, brukere og pårørende og samhandling skal skje på tvers av enheter og avdelinger og vil inkludere både pasienter og pårørende. Veilederen for Distriktpsikiatriske sentre (2006) er opptatt av at behandlings – og utredningstiltak skal bygge opp under og utvikle pasientenes opplevelse av mestring i størst mulig grad. Den legger også opp til at tjenestene skal legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne ta i bruk sine egne ressurser for å mestre tilværelsen. (Sosial- og helsedirektoratet 2006)

Både overordnede føringer, postens egne mål og verdier peker i samme retning som pasientenes uttrykte ønsker. Sammen legger det godt grunnlag for utvikling av praksis.

## 6.2 Anbefalinger for videre forskning

I arbeidet med denne oppgaven har jeg undret meg over noen funn. Funn som leder til spørsmål jeg gjerne ville sett mer forskning på. Jeg vil presentere to slike undringer her.

Med utgangspunkt i denne studien og flere andre studier som på mange måter har kommet frem til liknende resultater, hadde det vært interessant å vite mer om hva som hindrer den miljøterapeutiske tilnærmingen å fremme pasientenes psykiske helse. Miljøterapeutene har valgt et yrke med ønske om å hjelpe og har årelange studier og ofte mange års erfaring bak seg for å gi et best mulig tilbud til pasientene. Hvorfor viser mange studier at pasientene ikke opplever tilbudet terapeutisk?

Min erfaring er at trygghetsbegrepet stadig nevnes som en viktig hensikt når det argumenteres for bruk av rammer og struktur i praksisfeltet. Trygghetsbegrepet kan tolkes på ulike måter. Kan det være slik at miljøterapeuter har tenkt at trygghet for pasienten hovedsakelig skapes gjennom ytre struktur, rammer og regler, og ikke om utvikling av indre trygghet - som innebærer utvikling av en fast, trygg kjerne der individet har tillit til seg selv og andre?

---

## 6.3 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å bidra til økt forståelse av miljøterapeutiske virkemidler som fremmer psykiatriske pasienters helse. Spesielt med tanke på relasjonen mellom pasient og miljøterapeut, men også med tanke på betydningen av samhandlingen med pasientens nettverk og lokalsamfunn. Utgangspunkt for studien har vært følgende problemstilling: ”Hvilke erfaringer har pasienter med langvarig og alvorlig psykisk lidelse av miljøterapien ved en døgnpost på et distriktpspsykiatrisk senter?” Gjennom økt forståelse ønsker jeg primært å bidra til å videreutvikle kompetanse blant postens ansatte og at vi sammen skal bli i stand til å gi et bedre miljøterapeutisk tilbud ut fra pasientenes behov.

Pasienterfaringer fra studien viser at posten fungerer godt som et beskyttende ”ly” når den indre uroen er stor og manglende symptomkontroll er vanskelig å takle alene. Institusjonen gir i en slik fase gode muligheter for hvile og beskyttelse. Stabilt personale bidrar til at posten fremstår som et trygt sted å være. Avdelingen fremstilles som rolig, der kortspill og yatzy står frem som hovedaktivitetene. Medikamentell behandling fremstår som informantenes erfaring av tilbudt behandling ved uro.

Med hensyn til relasjonen mellom pasient og miljøterapeut ble det pekt på savn etter å bli møtt med respekt og likeverd. Det handler om å bli hørt, enten når det angår medisiner, døgnrytme, aktivitetstilbud spesielt eller behandlingstilbudet generelt. Pasientene ønsker å være mer med i utformingen av egen miljøterapi og på den måten bli gyldiggjort eller anerkjent.

Mangel på individuelt tilpasset aktivitetstilbud ble påpekt. Det ble også manglende erfaring av å bli utfordret i forhold til å ta tak i vanskelige livstema. Samarbeid med, og støtte til pårørende og andre samarbeidspartnere, viste seg å være viktig for informantene.

Informantene ønsker ikke en ny metode eller en totalt annerledes behandlingsform, men de ønsker mer av det gode som finnes i dag. De ønsket mer engasjement blant de ansatte, flere samtaler, mer planer, mer aktivitet og mer deltagelse – på en individuelt tilpasset måte i respekt for det enkelte individet.

Jeg har tro på at posten vil gi et fremtidig miljøterapeutisk tilbud som ikke hovedsakelig gir pasienter opplevelse av ”ly”, men som også oppleves som et sted der ”lysning” i større grad kan finne sted. Pasientene søker mer kunnskap, altså *innsikt og opplysning*, de søker dypere

samtaler, altså mer *forståelse og forløsning*, de søker bedre kontakt, altså *felleskap* og mer nettverkskontakt, altså bedre *støtte og system* for å hindre at lidelsen øker og "mørket" kommer. Jeg oppfatter det slik at informantene søker et sted der ikke kontroll regjerer, men kontakt. Med et slikt utgangspunkt kan postens miljøterapeutiske tilbud gi hjelp til å mestre uroen og lidelsen og til å gjenfinne kontakt med seg selv og andre og bidra til å se mening i livet, ja fremstå som en "lysning".

---

## 7. Litteraturliste

Andersen, A.J.W. og Karlsson, B.(red). (1998). *Psykatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Antonovsky, A.(1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health promotion international. Oxford University Press. Vol 11. No.1

Borg, M. og Topor, A.(2007). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kunnskapsforlaget

Brekke, M og Andvig, E. (2008). *Når rammene løses opp: Miljøterapi relatert til mennesker med alvorlig psykisk lidelse knyttet til post D ved SVDPS*. Prosjektbeskrivelse. Høgskolen i Vestfold.

Cullberg, J.(2009). *Arma själar del2: Psykiatrin är en humanism – också*. Dagens Nyheter. Publisert 20.10.2009

Dahl A. A., Eitinger L., Malt U., Rettersstøl N. (2001). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (11. opplag)

Dalland, O. (2002). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (3.utgave 3. opplag)

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idè*. Stockholm: Norstedts forlag.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idè*. Stockholm: Almquist & Wiksell.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Katie Eriksson og Tano AS.

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

Foss C. og Ellefsen B. (2005). *Helsetjenesteforskning, perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo. Universitetsforlaget.

Friis, S og Vaglum, P. (1999). *Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug

Gunderson, J. G. (1978). *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*.

Psychiatry, vol.41. nov 1978. S. 327 - 335

Granheim. U.H og Lundman.B. (2003). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Umeå: Nurse education today.

Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. IS-1512 Rapport. Oslo: Helsedirektoratet.

Henriksen A.T et al. (2007). *Miljøterapi – en modell for tenking, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.

Hovland-Hegg I, Brekke M., Syse J, Andvig E. (2009). *Forskningsprosjektet Miljøterapi "Når rammene løses opp". Miljøterapiens verdigrunnlag og innhold*. Notat nr. 1. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold

Hummelvoll J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll J.K. (2006). *Handlingsorientert forskningssamarbeid: teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner*. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning, 8(1), 17-30.

Hummelvoll J.K. (2008). *Etiske problemstillinger i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol.5 nr.2 s.131-142.

Hummelvoll J.K. (2008). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (6. utgave)

Hummelvoll J.K., Andvig E., Lyberg A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J.K. og Lindstrøm U.Å. (1997). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund i Sverige. Studentlitteratur.

Kirkevold, M.(2001). *Sykepleieteorier – Analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



- 
- Lindstrøm, U. Å.(2003) *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lov om pasientrettigheter. LOV 1999-07-02 nr 63: § 3-1. *Pasientens rett til medvirkning*
- Malterud, K (2006) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget. 2.utgave
- Medin, J, Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, B. (2004) *Savnets tone i ensomhetens melodi : ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Åbo: Åbo akademiske förlag.
- Nysveen, K., m.fl. (2008). *Miljøterapiprosjektet. Mål og verdigrunnlag*. Høgskolen i Hedmark Notat nr.1.
- Okkenhaug, B. (2009). *Når jeg skjuler mitt ansikt. Perspektiver på skam*. Oslo: Verbum Forlag.
- Psykiatrien i Vestfold HF. *Strategiplan 2010-2013 for Psykiatrien i Vestfold HF*. Helse Sør-øst.
- Skjervheim, H.(1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehaug.
- Sosial og helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veileder. IS-1388. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.
- Sosial og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning – psykiske helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. IS- 1315 Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sverdrup, S. m.fl.(2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR rapport 2005:6. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, ISBN: 82-7071-549-2
- Thornquist, E. (2009). *Vitenskapsteori og vitenskapsfilosofi for helsefag* (3. Utgave). Bergen: Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke AS
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Taylor, T. m.fl.(2009). *A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems.*

(Internett) Publisert i BMC Psychiatry. Sept 7, 2009, kl. 9:55. Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/sites/entrez>

## **Vedlegg 1**

### **Spørsmålsguide ved pasientintervju ”Når rammene løses opp”**

#### **Forskningsspørsmål:**

På hvilken måte erfarer mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse miljøterapien ved en døgnpost på et distriktpsikiatrisk senter?

#### **3 grunnleggende spørsmål:**

- 1) Hvordan synes du det har vært å være på posten?
- 2) Har du fått den hjelpen du har ønsket deg?
- 3) Er det noe du har savnet?
- 4) Opplever du at noe ved miljøterapien på avdelingen har endret seg ved siste innleggelse?

#### **Hjelpespørsmål:**

##### **Behandlingsopplegget i posten**

- Hva tenker du om behandlingsopplegget for deg?
- Hva slags aktiviteter har du vært med på?
- Hvordan synes du det var å være med på aktiviteten(e)?

##### **Samarbeidet med de ansatte om eget behandlingsopplegg**

- Kan du si noe om hvordan du opplever at samarbeidet med de ansatte har vært i forhold til behandlingen?

##### **Muligheten til å påvirke behandlingsopplegget i posten**

- Hvordan har du vært med på å lage/forme behandlingsopplegget ditt under oppholdet?
- Opplever du at du har vært med å påvirke behandlingen?

### **Hva kan evt. bli bedre når det gjelder behandlingsopplegget i posten?**

- Om du skulle bestemt hva slags tilbud du skulle fått, hva ville du sagt da?
- Er det noe som har skjedd under oppholdet som har vært til hjelp for deg? (evt. hva?)

### **Kontakten med de ansatte**

- Opplevelse av stemningen på posten.
- Har du opplevd at de ansatte har sett dine behov og forstått din situasjon?
- Hvordan har du opplevd at kontakten med de ansatte har vært?
- Om du skulle si noe om hvordan du ønsket at kontakten med de ansatte skulle være, hva hadde du sagt da?

### **Samtaler med de ansatte**

- Har du hatt samtaler med de ansatte?
- Hvordan synes du det har vært å snakke med dem?
- Synes du de ansatte har vært tilgjengelige for deg når du har trengt det?

### **Samarbeidet mellom posten og kommunehelsetjenesten om pasientens behandlingsopplegg**

- Hvordan opplever du at postens ansatte har samarbeidet med kommunehelsetjenesten om behandlingsopplegget på posten?
- Hvordan opplever du samarbeidet har vært vedr. opplegg og støtte du har trengt ved utskrivelsen?
- Om du hadde bestemt, hvordan hadde da samarbeidet mellom posten og kommunen vært?

**Samarbeidet mellom posten og pårørende om behandlingsopplegget**

- Hvordan synes du samarbeidet mellom de ansatte på posten og dine pårørende har virket?
- Hvordan hadde samarbeidet med dine pårørende vært hvis du hadde bestemt?

**Åpent siste spørsmål**

- Er det noe du synes vi har glemt å spørre om som ønsker å si?

**Siste informasjonen**

- Vi vil gjerne at du tar kontakt med intervjuer eller primærkontakten din på avdelingen dersom du opplever at du trenger å snakke med noen etter dette intervjuet. Det kan være om det som har skjedd under intervjuet, eller at det har gjort at du har fått tanker om noe annet du vil snakke om.

Kan vi ta kontakt med deg igjen dersom vi opplever at noe er uklart eller at det er noe vi ikke kan forstå når vi setter oss ned med dette?

## Vedlegg 2

Psykiatrien i Vestfold HF



# Forespørsel til pasienter om deltakelse i forskningsprosjektet ”Når rammene løses opp”

## Bakgrunn

..... ved ..... Distriktpsikiatriske Senter har inngått et samarbeid med Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag om et forskningsprosjekt innen miljøterapi.

**Hensikten med prosjektet** er å bidra til kompetanseheving hos personale og samtidig gi pasienter som er innlagt på posten et bedre miljøterapeutisk behandlingstilbud. Prosjektet starter opp våren 2009 og vil vare til høsten 2010.

## Tilstedeværelse i post

I enkelte perioder vil ..... eller ..... være tilstede i posten for å observere det miljøterapeutiske arbeidet. De vil oppholde seg i fellesområdene på posten.

Alle pasienter vil få utdelt samtykkeerklæring i forhold til forskernes observasjoner av det miljøterapeutiske arbeidet. Hvis du ikke ønsker at det skal gjøres observasjoner av det miljøterapeutiske arbeidet i posten, kan du reservere deg for dette gjennom å ikke underskrive samtykkeerklæringen som omhandler observasjon. Forskerne vil da ikke foreta observasjoner når du er tilstede i rommet.

## Intervju

For å få tak i hvordan pasienter opplever behandlingstilbudet i posten, ønsker vi å gjennomføre intervju med noen av pasientene. Intervjuet vil være i form av en samtale, og vil ta ca. en time.

---

Vi ønsker å høre om dine erfaringer med deler av det miljøterapeutiske behandlingsopplegget. Eksempler på tema vi ønsker å snakke om, vil være:

Opplever du det miljøterapeutiske behandlingstilbudet du får som meningsfylt?

Hvordan opplever du samtalene du har med personalet på posten?

Hvordan opplever du at din medvirkning i behandlingen er?

Dersom du samtykker til det, vil intervjuet bli tatt opp på lydbånd. Intervjuene vil bli foretatt av masterstudent Marianne Fresjarå og forsker ..... som er knyttet til prosjektet. Har du behov for å ha med deg et personale i denne samtalen, har du mulighet til det.

### **Intervju med pårørende**

Vi ønsker å intervju pårørende til enkelte av pasientene for å innhente informasjon om deres synspunkter på miljøterapien på posten. I intervjuet med pårørende vil ikke informasjon om pasienten bli tatt opp. Dersom du samtykker til at en av dine pårørende blir intervjuet, ber vi deg underskrive en egen samtykkeerklæring om dette.

### **Du bestemmer selv**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Du kan når som helst avbryte deltakelsen i undersøkelsen og forlange at dataene som eventuelt allerede er innhentet blir slettet. Dette vil selvfølgelig ikke få noen konsekvenser for deg og har ingen betydning for din videre behandling. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke.

### **Slik ivaretas ditt personvern**

Det vil bli sikret full konfidensialitet for de som deltar i prosjektet. Det vil ikke bli referert navn eller andre data som kan bli gjenkjent av andre. De innsamlede dataene og lydbåndopptakene vil bli oppbevart nedlåst på Høgskolen i Vestfold. Lydbåndopptakene brennes på en CD som lagres nedlåst slik at det bare er forskere tilknyttet prosjektet som har tilgang til dem. Alle data blir slettet senest ved utgangen av 2011. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret om deg og til å få eventuelle feil rettet opp. Hvis du senere trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet alle opplysninger som kan føres tilbake til deg.

### **Formidling**

De innsamlede dataene vil danne grunnlaget for en rapport og faglig/vitenskapelige artikler. Resultatet fra studien vil også danne grunnlag for ulike undervisningsopplegg i og utenfor posten. Innsamlede opplysninger vil kun bli brukt til formålet som er beskrevet i dette informasjonsskrivet. All skriftlig og muntlig formidling vil skje anonymisert.

### **Mer informasjon**

Ønsker du ytterligere informasjon om deltakelse i prosjektet kan du kontakte personalet på posten eller prosjektkoordinator ..... tlf. .... eller ..... tlf. ....

Vennlig hilsen

.....

Prosjektkoordinator

.....

Forskningsansvarlig



---

## Vedlegg 3

Psykiatrien i Vestfold HF



# SAMTYKKE TIL INDIVIDUELT INTERVJU – PASIENT

for

*forskningsprosjektet ”Når rammene løses opp”*

Jeg, \_\_\_\_\_ (navn med blokkbokstaver), bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, har fått anledning til å innbente den informasjon jeg har hatt behov for, og er villig til å delta i individuelt intervju.

Signatur \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

(sign. pasient)

(datert av pasient)