

Kari Nysveen, Kari Veisten,
Arild Granerud og
Jan Kåre Hummelvoll

Miljøterapiprosjektet
Mål og verdigrunnlag 1

Høgskolen i Hedmark
Notat nr. 1 – 2008

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

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

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I notatserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres f.eks. milepældokumentasjon av et forsknings- og/eller utviklingsprosjekt, eller annen dokumentasjon på at et arbeid er i gang eller er utført.

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

Notat nr. 1 - 2008

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 978-82-7671-659-7

ISSN: 1501-8555



Høgskolen i Hedmark

| | | | |
|--|---------------------------|------------------|--|
| Tittel: Miljøterapiprosjektet - mål og verdigrunnlag 1 | | | |
| Forfattere: Kari Nysveen, Kari Veisten, Arild Granerud, Jan Kåre Hummelvoll | | | |
| Nummer: 1 | Utgivelsesår: 2008 | Sider: 63 | ISBN: 978-82-7671-659-7 ISSN: 1501-8555 |
| Oppdragsgivere: Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Hedmark | | | |
| Emneord: Verdier, mål, psykisk helsearbeid, miljøterapi | | | |
| <p>Sammendrag: Sykehus Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering tok initiativ til et samarbeid med Høgskolen i Hedmark om Miljøterapiprosjektet. Dette notatet er første del av dette samarbeidsprosjektet hvor målsetning og verdigrunnlag for en av de tre postene som deltar blir presentert. Arbeidet med klargjøring av mål og verdigrunnlag er gjerne første trinn i et aksjonsforskningsopplegg fordi det angir retningen på arbeidet/forskningen. Dataene har blitt skapt gjennom flersteg-fokusgruppeintervjuer med medforskere på posten (8-9 medarbeidere på hver fokusgruppe), og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p>Hovedmål for posten er blant annet å utvikle og representere spesialisert kompetanse innen psykosebehandling og psykososial rehabilitering, skape et godt miljø for personer som trenger lengre tids behandling og omsorg, videreutvikle det miljøterapeutiske tilbudet, sikre brukermedvirkning og etablere gode samarbeidsrutiner og relasjoner med kommunene. De bærende verdiene er respekt/likeverdighet, ansvarlighet, håp, åpenhet/ærlighet, utholdenhet, rettferdighet, samt deltagelse og samarbeid.</p> <p>Posten oppfatter miljøterapi som tilrettelegging av betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i og ved hjelp av det sosiale og materielle miljø i posten.</p> | | | |



Høgskolen i Hedmark

| | | | |
|--|-------------------|------------------|--|
| Title: The milieu therapy project - goals and core values 1 | | | |
| Authors: Kari Nysveen, Kari Veisten, Arild Granerud, Jan Kåre Hummelvoll | | | |
| Number: 1 | Year: 2008 | Pages: 63 | ISBN: 978-82-7671-659-7 ISSN: 1501-8555 |
| Financed by: Innlandet Hospital Trust and Hedmark University College | | | |
| Keywords: Values, goals, mental health care, milieu therapy | | | |
| <p>Summary: The Milieu Therapy Project was established in cooperation between Hedmark University College and Innlandet Hospital Trust, Division of Mental Health Care, Department of Psychosis Treatment and Rehabilitation. This working paper represents the first part of this collaboration project. It describes the goals and core values of one of three participating wards. The clarification of goals and values is generally the first step in action research as these are decisive for the further progress of the work/research. Data was generated through multistage focus group interviews with co-researchers on the ward (8-9 professionals per focus group) and analysed using qualitative content analysis.</p> <p>The main goals of the ward include the development of specialised competence within the treatment and rehabilitation of psychoses, the creation of a positive environment for people in need of long-term treatment and care, the further development of milieu therapy and to secure user involvement, and the establishment of routines for developing positive relationships with the local communities. Core values include respect, responsibility, hope, openness/honesty, fairness as well as participation and cooperation.</p> <p>The staff on the ward comprehends milieu therapy as creating the conditions for therapeutically effective experiences in a coordinated and systematic way using the social and material environment of the ward.</p> | | | |

INNHOOLD

| | |
|--|-----------|
| Forord | 9 |
| 1 Innledning | 11 |
| 2 Forskningsfeltet | 15 |
| Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering..... | 15 |
| Beskrivelse av post 3C..... | 16 |
| <i>Personalet og pasientgruppe</i> | 16 |
| <i>Behandling og tilbud</i> | 17 |
| 3 Metode | 21 |
| Datainnsamlingsmetode og analyse..... | 22 |
| Etiske overveielser..... | 24 |
| 4 Mål og verdigrunnlag – refleksjon over datamaterialet | 27 |
| Mandat og målgruppe..... | 27 |
| Hovedmål..... | 28 |
| Syn på behandling og omsorg..... | 28 |
| Mål for pasientbehandlingen..... | 34 |
| Verdigrunnlag og postkultur..... | 36 |
| <i>Respekt/likeverdighet</i> | 36 |
| <i>Gjensidighet</i> | 37 |
| <i>Toleranse</i> | 37 |

| | |
|--|----|
| <i>Deltakelse, samarbeid, medbestemmelse (brukermedvirkning)</i> | 38 |
| <i>Utholdenhet</i> | 39 |
| <i>Ydmykhet</i> | 40 |
| <i>Ærlighet</i> | 40 |
| <i>Håp</i> | 40 |
| <i>Ansvarlighet</i> | 41 |
| Miljøterapi..... | 42 |
| Sammendrag..... | 46 |
| 5 Mål og verdigrunnlag for 3C | 49 |
| Mandat..... | 49 |
| Målgruppe..... | 49 |
| Hovedmål..... | 49 |
| Syn på behandling og omsorg..... | 50 |
| Verdigrunnlag og postkultur..... | 51 |
| Miljøterapi..... | 53 |
| 6 Veien videre i miljøterapiprosjektet | 55 |
| Målsetting og verdigrunnlag..... | 55 |
| Brukermedvirkning..... | 55 |
| Den miljøterapeutiske samtalen..... | 56 |
| Kommunalt samarbeid og nettverksarbeid..... | 57 |
| 7 Litteratur | 61 |

FORORD

Miljøterapi er et bærende element i pasientbehandlingen og et område avdelingen bruker store ressurser på. Å sette fokus på egen praksis gjennom systematisk refleksjon og fordypning kan bidra til kompetanseutvikling hos personalet og også skape ny forskningsbasert kunnskap om hva som er virksam miljøterapi til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem.

I utarbeidelsen av dette milepælsdokumentet har hele personalgruppa deltatt aktivt i kunnskapsutviklingen bak mål og verdigrunnlag. Bjørn Stensrud, Kjell Nordby og Dag Østby i miljøterapiprosjektet har vært aktive bidragsyttere til dette notatet.

Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering tok initiativ til et samarbeid med Høgskolen i Hedmark om miljøterapiprosjektet. Et samarbeid mellom Høgskolen og Sykehuset Innlandet er viktig for å stimulere til forskning og fagutvikling, og da spesielt rettet inn mot den kliniske hverdagen. Dette er et fruktbart samarbeid som det høstes gode erfaringer fra. Det er også spennende å være inkludert i et sterkt fagmiljø som dette samarbeidet representerer.

Prosjektet er også knyttet til avdelingens FoU-enhet, både forskningsmessig og hvor prosjektkoordinator har sitt daglige tilholdssted.

For å ha mulighet til å gjennomføre dette prosjektet er finansieringen en vesentlig faktor. Vi ønsker å rette en takk til Divisjon Psykisk helsevern og Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering som finansierer stillingen som prosjektkoordinator. Vi vil også rette en stor takk til Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri for tildeling av økonomiske

midler til prosjektet i 2007. Fra Forskningsenheten i Sykehuset Innlandet ble prosjektet tildelt penger som dekker skrivetjeneste til prosjektet. En takk til dere.

Reinsvoll, januar 2008

På vegne av medforfatterne, Kari Nysveen

1 INNLEDNING

En avgjørende betydning for at en har muligheter til å lykkes i sitt arbeid som helsearbeider er at personalet som arbeider i posten har en felles forståelse av hva som er målsetting og verdigrunnlag og hva man ønsker at praksis skal styres av.

Miljøterapiprosjektet inngår i ett av Høgskolen i Hedmarks innsatsområder i perioden 2007-2010, nemlig **Psykisk helse og samfunn: Kunnskapsdannelse i praksis**. Innsatsområdet er knyttet til Avdeling for helse og idrettsfag. Miljøterapiprosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse og idrettsfag og Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering. Samarbeidet kom i gang etter et initiativ fra nevnte avdeling med et ønske om å utvikle og forbedre det miljøterapeutiske tilbudet. Tre poster innen seksjonen Ressurs og sikkerhet er valgt til å være med i prosjektet.

Hensikten med prosjektet er å bidra til kompetanseheving hos personalet og samtidig gi et bedre miljøterapeutisk behandlingstilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Hovedmålet med prosjektet er å systematisere og utvikle det faglige miljøterapeutiske tilbudet til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem, basert på vitenskapelig kunnskap og praksisbasert kompetanse, slik at tilbudet oppleves meningsfylt for pasienter, pårørende og ansatte i de ulike poster, samt ansatte i kommunen.

Ideen er at lokal erfaringskunnskap utviklet gjennom systematisk refleksjon over praksis i samarbeid med ansatte, pårørende, pasienter, og helsetjenesten i lokalsamfunnet kan skape sentral kunnskap. Dette forutsetter at ansatte blir trukket aktivt med i refleksjon og fordypning av egen praksis, samt

utvikling og evaluering av denne. En slik tilnærming kan bidra til kompetanseutvikling hos personalet og skape ny forskningsbasert kunnskap om virksom miljøterapi til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Dette forsknings- og utviklingsarbeidet vil dessuten bidra til kvalitetsutvikling av tilbudene pasientene møter i postene.

Pasientene som behandles ved disse postene vil være knyttet til den enkelte post for en kortere periode i sitt liv. Imidlertid kan denne perioden bli avgjørende for den enkeltes vekst og utvikling. For at dette skal skje, er det viktig at de ansatte i miljøet har god faglig kompetanse og evner å forstå og samarbeide med pasientene ut fra et helhetsperspektiv. Helhetsperspektivet betyr i denne sammenheng at man ser den enkelte pasient som en kompleks, integrert helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon som skaper forskjellige behov. Helhetstilnærmingen innebærer videre at den sosiale sammenheng, som bedring og rehabilitering skjer innenfor, må tas hensyn til (relasjonen til familie, nettverk og lokalsamfunn).

Miljøterapien utgjør en viktig del av pasientbehandlingen gjennom daglig samarbeid og praktisk samhandling for å stimulere til bedre mestring av hverdagens oppgaver og utfordringer. Møte mellom mennesker skjer i samvær og dialog. Dialogen mellom pasienten og den ansatte gir anledning til å finne nye språklige tilnærminger for å forstå pasientens ressurser, lidelse og problemer, og for at pasienten selv skal få en bedre forståelse. Innenfor denne forståelsen vil det derfor være avgjørende å undersøke hvilke språklige tilnærminger og uttrykksformer som fremmer felles forståelse og som bidrar til gode dialoger. Hvordan pasientens utsagn og væremåte oppfattes, og hvordan denne forståelsen gis tilbake, vil være avgjørende for pasientens opplevelse av å bli møtt og forstått i sin lidelse. Hva slags språk personalet bruker er medbestemmende for hvordan pasienten kan mestre omverdenen og kontrollere sin atferd. I en miljøterapeutisk tilnærming blir det derfor viktig å sikre at samtalene skal være meningsfulle. Intervensjonene må derfor bygge på en innlevende og faglig forståelse av pasientens lidelse og problemer.

Prosjektet har tre bærende ideer:

1. Å utvikle dialogen, den meningsfulle samtale mellom pasienter og ansatte, slik at den fremmer pasientenes bedringsprosess.

- Dette forutsetter at det undersøkes hva som gjør samtalen mellom pasienten og miljøterapeutene terapeutisk og helsefremmende.
2. Rusmisbruk som tilleggspørsmål hos mennesker med en alvorlig psykisk lidelse krever endringer i en tradisjonell miljøterapeutisk tilnærming. Disse nødvendige endringene må undersøkes, presiseres, utprøves og evalueres i samarbeid med pasientene.
 3. En helhetlig tilnærming til bedring og rehabilitering forutsetter at den tradisjonelle miljøterapien utvides til å omfatte samhandling med familie og nettverk og at det utvikles et funksjonelt samarbeid i lokalsamfunnet.

En slik kunnskapsutvikling kan bidra til at de aktuelle postene utvikler seg til å bli gode modellposter i forhold til å skape et miljø som kontinuerlig driver forskning, fagutvikling og kompetanseheving.

Prosjektet vil ha et bredt fagutviklingsperspektiv hvor målet er å heve miljøpersonalets kompetanse i å utøve miljøterapi i tråd med prosjektets beskrevne faglige grunnlag. I dette perspektivet vil den enkelte post ha mulighet til forskjellige fagutviklingsprosjekter ut fra behovet for kompetanseheving. Forskningsdelen i miljøterapiprosjektet vil ha to områder som det fokuseres på. Det ene området er relatert til *språket, dialogen og den miljøterapeutiske samtalen*. Det andre området knyttes til *rehabiliteringsprosessen og den enkelte persons bedringsprosess*. Her trekkes lokalsamfunnsperspektivet inn.

Prosjektet har et handlingsorientert forskningssamarbeidsdesign med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Forskningsopplegget er videre kvalitativt, utforskende og beskrivende. Bakgrunnen for valg av handlingsorientert forskningssamarbeid (co-operative inquiry) er at de aktuelle postene ønsker å utvikle og forbedre sin praksis. Her vil personalet fungere som medforskere og bidra med gyldige data og tolkninger siden det dreier seg om erfaringer som er forankret i deres konkrete virkelighet. Det er dessuten erfaring for at denne formen for aksjonsforskning gir resultater med lengre varighet enn forskningsopplegg hvor deltagerne ikke influerer på forskningsprosessen. Ved å benytte en handlingsorientert forskningsstrategi, vil også personalet i de aktuelle postene bli trukket aktivt med i refleksjon og fordypning av egen praksis, samt utvikling og evaluering av denne.

Dette er av betydning for å skape et engasjement som gjør at bevissthet og interesse vedlikeholdes hos personalet. Et slikt engasjement er nødvendig for at personalet skal kunne videreføre og videreutvikle praksis også etter prosjektet er avsluttet. Selve kjernen i forskningsmetoden er en bevisst og selvkritisk bevegelse mellom erfaring og refleksjon som gjennomgår flere sykluser hvor idéer, praksis og erfaring blir systematisk finslipet og forbedret.

Foruten intervjuer, flerstegs fokusgruppeintervjuer og observasjoner, er dialogbasert undervisning en sentral intervensjon i handlingsorientert forskningssamarbeid. Et mål med den dialogbaserte undervisning er fordypet kunnskap i miljøterapi.

Hensikten med dette notatet er å klargjøre postens mål og verdigrunnlag for å ha en klar retning for videre arbeid med pasientene og i videreutvikling av posten.

2 FORSKNINGSFELTET

Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering

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

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

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

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

Psykiske lidelser forstås som komplekse systemer hvor psykososiale oppvekstvilkår og den enkeltes livssituasjon spiller sammen med genetiske og konstitusjonelle faktorer. En behandlingstilnærming til pasientens

problemer må derfor bygge på forståelse hentet fra medisinsk behandling, individualterapi, miljøterapi og en sosialpsykiatrisk forståelse.

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

Beskrivelse av post 3C

Posten er organisert innenfor seksjon for ressurs- og sikkerhet. Den har 11 pasientplasser, og er lokalisert i nærheten av sikkerhetsposten 3A. Lokalene er moderne og funksjonelle. Postmiljøet er organisert og tilrettelagt etter pasientgruppens situasjon og behov. Vi har bl.a. mulighet til å skjerme av deler av posten, evt. dele opp posten i tre soner.

Personalet og pasientgruppe

Posten har to enhetsledere, en overlege/psykiater og en assistentlege. Det er ansatt 10 psykiatriske sykepleiere (inkl. enhetslederne), 3 sykepleiere, 2 spesial-sykepleiere, 6 hjelpepleiere, en spesialhjelpepleier, 2 sosionomer, en ergoterapeut, to fagarbeidere, en miljøarbeider, flere assistenter og en sekretær.

Personalet jobber etter ønsketurnusprinsippet. Dette gjør at hver enkelt har stor mulighet til å planlegge sin arbeidsperiode og sin fritid. I tillegg har postledelsen mulighet til å planlegge ekstra aktiviteter innenfor de faste rammene og mulighet til å øke/reducere antall ansatte på noen vakter dersom behovet på posten endres.

Personalet er delt inn i tre tverrfaglige grupper. Alle pasientene på posten har en dokumentansvarlig/primærkontakt, men alle på gruppa har et felles ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av behandlingen og miljøterapien. Flere av de ansatte har kompetanse på spesielle områder. Eksempler på dette er: Terapeutisk konflikthåndtering, barn som pårørende, friluft/tur, dobbeltdiagnose, nettverk, familiarbeid, brukermedvirkning og pasientundervisning. Disse ressurspersonene benyttes aktivt i pasientarbeidet, gjennom bistand, undervisning og veiledning av personalet (og

studenter).

Pasientene på 3C har sammensatte problemer med funksjonsnedsettelse både psykisk og sosialt. Dette krever at personalet har gode fagkunnskaper, har stor grad av fleksibilitet, evne til observasjon og til å ta selvstendige avgjørelser.

Pasienter med schizofreni eller annen psykoselidelse som er i behov av langvarig behandling og/eller rehabilitering er postens målgruppe. I dag har posten pasienter med tilleggsproblemer knyttet til selvskadning, suicidalitet, rus, tvang og personlighetsforstyrrelser. Posten har pr. i dag tolv pasienter. Fem av pasientene er tvangsinnlagt. Rundt halvparten av pasientene har vært innlagt på sykehuset over lang tid (3-10 år). Posten ser for seg mange krevende utskrivelsesprosesser, som krever tett samarbeid med pasientenes hjemkommuner. Utfordringene blir bl.a. å finne egnede bo- og hjelpetilbud til disse pasientene.

Behandling og tilbud

Utredning og kartlegging er en viktig funksjon på posten. Det legges vekt på symptomer og symptombilde, risikovurderinger, vurdering av dagliglivets funksjoner og kartlegging av kognitive funksjoner.

Miljøterapi: Når det gjelder miljøterapi, legger posten vekt på å individualisere den miljøterapeutiske tilnærmingen. Vi har gjennom vår deltagelse i miljøterapiprosjektet blant annet satt fokus på brukermedvirkning. Dette har bidratt til økt bevissthet hos personalet. Det er gjort forsøk ved at pasienter deltar på evalueringsmøter, og det skal videre utarbeides en prosedyre for brukermedvirkning på 3C. Den nåværende møtestrukturen og treffpunkter har hittil ikke gitt rom for dette.

Vi ønsker en målrettet miljøterapi, der pasientens ønsker og behov er utgangspunktet for planleggingen. Pasientens deltagelse i planlegging og evaluering av eget behandlingsopplegg vil bidra til at vi har større mulighet til å lykkes i arbeidet. Målet er at pasienten skal leve best mulig med sin lidelse, ut fra sine egne forutsetninger. Noe av det mest sentrale vil være å hjelpe pasienten til å kartlegge og ta i bruk egne ressurser, til å bevare og styrke eget sosialt nettverk og til å styrke sin egen problemløsnings- og

mestringsevne. Vi ønsker at 3C skal være en «skole» der pasientene får denne muligheten.

Teoretisk referanseramme for posten gjennom flere år har vært knyttet til Gundersons miljøterapeutiske prosesser og ego-støttende sykepleie. Teoriene og begrepene er kjent for de fleste, men lite synlige i det daglige arbeid. På postens fagdag i november satte vi fokus på å bruke teorien mer bevisst når vi planlegger, gjennomfører og evaluerer den miljøterapeutiske behandlingen. Undervisning om prosessene er nødvendig for at alle miljøterapeuter, behandlere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer forstår begrepene, slik at alle i posten snakker samme språk.

Fellesaktiviteter: Posten har tilbud om gruppeaktiviteter. Trim to ganger pr. uke, fellestur én gang pr. uke og pasientundervisning. Tidligere var det slik at alle pasientene helst skulle delta, nå bestemmer pasientene selv hva det er de ønsker å delta på.

I tillegg til dette har fritidsavdelingen på sykehuset kulturelle fellesaktiviteter som pasientene på alle postene kan delta på etter eget ønske. Vi har også stall med flere hester, snekkerverksted og arbeids-, TV- og data-stue. Denne kan benyttes til både fellesaktiviteter og individuelle opplegg, men er for tiden lite brukt.

Post 3C har erfart at det ofte kan være vanskelig å få videreført aktiviteter som pasientene har begynt med på sykehuset. Hjemkommunene kan ikke tilby det samme, og/eller pasientene har ikke økonomi til å fortsette etter utskrivelsen. Dette ønsker vi å sette fokus på i planleggingen av miljøterapien. Det er også viktig å samarbeide med pasientenes hjemkommune i planleggingen.

Medikamentell behandling: For de aller fleste pasienter inngår medikamentell behandling som en viktig del. Mange har brukt forskjellige typer medisiner før, men ikke alltid med godt nok resultat. Man forsøker i det enkelte tilfelle å finne den medikasjon og dosering som gir tilfredsstillende effekt på psykosene og evt. andre symptomer, og med minst mulig bivirkninger.

Pasientundervisning: Pasientene tilbys ukentlig undervisning. Temaer: Sykdomslære (psykose, angst og depresjon), medisiner, rus, individuell plan,

økonomiske rettigheter, fysisk aktivitet, hvordan forebygge tilbakefall osv. Tre av postens ansatte har i dag ansvaret for dette. Planen fremover er å få til et fast opplegg/program som kan brukes om igjen, og at flere av de ansatte kan brukes i undervisningen.

Familiararbeid: Pasienter og pårørende skal etter prosedyren tilbys minimum to familiesamtaler (en med lege) i løpet av oppholdet. Erfaringene er at tilbudet tilpasses den enkelte families behov. Tilbudet omfatter også et tilpasset tilbud til barn av psykisk syke. En utfordring 3C står overfor, er å gi et tilbud til pårørende, der pasienten ikke ønsker noe kontakt med familien.

Seks av postens ansatte har utdanning som gruppeleder i psyko-educativt flerfamiliearbeid. To av disse driver en flerfamiliegruppe i «Familiehuset Bjørkli». Seks tidligere pasienter og deres familier deltar i gruppen.

To ganger årlig arrangeres det et felles pårørendeseminar for hele psykose- og rehabiliteringsavdelingen på Reinsvoll. Ansatte fra 3C deltar da som gruppeledere.

3 METODE

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

Handlingsorientert forskningssamarbeid innebærer at en utvikler kunnskap gjennom fire faser. Den første fasen har som mål å bli enige om hva som skal utforskes. Forskeren og medforskerne bestemmer dette sammen på bakgrunn av en kartlegging av feltets konkrete behov (fase 1). Etter en slik overordnet beslutning må en utvikle en mer detaljert plan for hvordan selve forskningsaksjonen skal gjennomføres og hvordan holdninger og prosedyrer skal registreres (fase 2). Så følger en naturlig fordypning i praksis. Her åpner en for nye erfaringer. En slik fordypning i praksis er avgjørende for den nye kunnskapsdannelsen (fase 3). Avslutningsvis vender en tilbake til de

opprinnelige spørsmålene og ser disse i lys av nye erfaringer. Her foregår en kritisk refleksjon som gjør at man kan avvise, revidere og videreutvikle ideer og modeller (fase 4). Gjennom alle fasene foregår en kontinuerlig kunnskapsdialog som har som mål å fremme en reflektert og bevisst praksis (jf. Hummelvoll 2003).

Datainnsamlingsmetode og analyse

Fokusgruppeintervju er en form for datasamling som kan ha flere fordeler når data skal samles fra en forholdsvis homogen gruppe mennesker. Gruppeintervjuet er en arrangert samtale blant en gruppe mennesker om et emne som er valgt av forskeren. Samtalen styres av en såkalt moderator. Det er også en observatør til stede som spesielt konsentrerer seg om gruppedynamikken og bistår moderator under fokusgruppeintervjuet (Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen 1997).

Ideen bak metoden fokusgruppeintervju er at gruppeprosessen kan hjelpe mennesker til å få uttrykke og klargjøre deres synspunkter på en måte som hadde vært vanskeligere å få til ved et ordinært en-til-en intervju. Gruppemedlemmene blir oppmuntret til å utforske deres egne meninger og diskutere synspunkter. Spontane og følelsesladete uttalelser om temaet som blir diskutert kan ofte komme fram (Kvale 1997). På denne måten kan fokuserte gruppeintervjuer få frem dimensjoner og forståelse som ville vært utilgjengelig med andre metoder (Kizinger 1995). Gruppeinteraksjonen er viktig for datainnhenting, og den ble observert og notert under fokusgruppeintervjuet, og ble brukt i analysen og i rapporteringen fra intervjuene.

I handlingsorientert forskningssamarbeid, slik det er brukt i Miljøterapiprosjektet, er flersteg-fokusgruppeintervjuer en sentral metode for utvikling av kunnskap. Ved at samme gruppe møtes flere ganger vil en få lengre prosess i gruppen. Det som karakteriserer en flersteg-fokusgruppe er at tilnærmet samme gruppe undersøker et fokusert tema gjennom flere møter. Metoden er å forstå som undersøkende kunnskapsdialoger som fokuserer erfaringsnært materiale. I dialogene skapes muligheter for å løfte medforskernes erfaringer opp på et høyere abstraksjonsnivå. Nye synspunkter vil kunne vokse frem

over tid, og gruppens indre liv blir rikere. Her er det mulig å utforske felles forståelse av temaer og gå mer i dybden (Hummelvoll & Severinsson 2004). Et vesentlig kjennetegn ved flersteg-fokusgrupper er, etter vår erfaring, at den opprinnelige gruppesammensetningen kan endres ved de påfølgende samtaler. I og med at gruppesamlingene strekker seg over tid, vil det være slik at ikke alle som møtte første gang har mulighet til å stille ved neste samtale. Følgelig kan nye medlemmer komme til ved de påfølgende samtalene. Dette viste seg å være en fordel fordi gruppeeffekten med mer eller mindre press i retning av konsensus kan utfordres av nye medlemmer som har alternative synspunkter eller perspektiver (jf. Heron & Reason 2006 s. 148). Slik sett kan dynamikken i gruppen stimuleres og bidra til at granskningen av det fokuserte tema utdypes eller utvides med aspekter som den opprinnelige gruppen ikke så eller var klar over. Gruppestørrelsen var såvidt stor og stabil at kjerneprosessen i kunnskapsdannelsen ikke ble hemmet og at kontinuiteten i gruppen ikke ble svekket (Hummelvoll 2007).

I denne delen av miljøterapiprosjektet ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervjuene ble ledet av en moderator som også er prosjektkoordinator. Assisterende moderator/observatør i fokusgruppeintervjuene var en av veilederne i prosjektet. Assisterende moderator observerte gruppedynamikken, kom med tilleggsspørsmål, og gjorde feltnotater underveis i intervjuet. Alle ansatte på posten (33 ansatte inkludert postledelsen), ble invitert til å delta og fikk orientering om hensikt, fremgangsmåte og anonymisering, samt datoer for intervjuene av prosjektledelsen og den lokale prosjektkoordinator. Dette ble gitt både skriftlig og muntlig.

I første intervju (22.08.07) deltok ni medforskere, i andre (23.10.07) og tredje (26.11.07) intervju var det åtte. Medforskerne var mellom 37 og 57 år. Det var fem til seks kvinner og to til tre menn med variert yrkesbakgrunn på hvert intervju. Psykiatriske sykepleiere og sykepleiere var i flertall (fire til fem i hvert intervju), ellers deltok sosionom, ergoterapeut, overlege, spesialhjelpepleier og omsorgsarbeider. Hvert fokusgruppeintervju varte i ca 1,5 timer, og ble tatt opp digitalt.

Intervjuet startet med å informere om hensikten med intervjuet og rollen til moderator og observatør. Intervjuguiden som hadde blitt utviklet til dette første intervjuet, ledet samtalene. Etter fokusgruppen ble intervjuet

transkribert, og analysearbeidet startet ved at man leste intervjuet flere ganger, samt gikk gjennom feltnotatene. Sentrale begrep i intervjuet ble identifisert, og nye spørsmål til neste fokusgruppeintervju ble klarlagt. Den foreløpige analysen ble presentert for medforskerne på et avtalt tidspunkt, der alle i posten var invitert til å delta. Medforskerne ble invitert til å komme med synspunkter og kommentarer. På neste fokusgruppeintervju ble spørsmål som hadde fremkommet i den foreløpige analysen fokusert, samt de spørsmålene en ikke hadde fått tid til i første intervju, utforsket. En fikk utdypet temaene. Etter dette intervjuet ble en ny foreløpig analyse utført, og alle postens medforskere fikk på nytt tilbakemelding i eget møte. I dette forskningssamarbeidet, hvor deltagerne er å forstå som medforskere, ble møtereferatene, analysen og tolkningen av materialet gjort til gjenstand for diskusjon. Moderator og observatør vil få en dobbel rolle a) som samtaleledere og b) som «avanserte sekretærer». Dette betyr at moderator skal stimulere samtalen slik at alle får komme til orde, og underbygge samtalens granskende karakter ved å be om eksemplifikasjon, utdypning, undersøke relasjoner mellom fenomener og begreper.

Analysen av materialet som helhet ble gjort med en tilpasset kvalitativ innholdsanalyse (Denzin & Lincoln 1998). Her ble alt materiale fra fokusgruppeintervjuene og feltnotater lagt til grunn. Alle fokusgruppeintervjuer og notater fra medforskerne ble gjennomlest flere ganger på nytt av moderator og assisterende moderator og en annen forsker i forskergruppen som utførte analysearbeidet. Et viktig trinn i analysen er å få forståelse for på hvilke områder det er konsensus eller uenighet. Hovedtema, undertemaer og mønstre ble identifisert. Dette ble validert mot det utskrevne intervjuet, og eksempler på utsagn var med på å validere begrepene som fremkom (Hummelvoll & Severinsson 2005, Hummelvoll 2007). Analysen fokuserte på to tolkningsnivåer, både tolkning på åpenbart innhold og på det usagte, underliggende nivå. En tilstrebet at de framkommende temaene skulle ha en intern og ekstern heterogenitet (Graneheim & Lundman 2004).

Etiske overveielser

Miljøterapiprosjektet er initiert og ønsket av sykehusets ledelse, avdelingen og posten. En vesentlig og integrert del av det overordnede prosjektet er

å øke bevisstheten om mål og verdigrunnlag for tjenesten og de ansatte. Studien ble framlagt til diskusjon i forskningsprosjektets prosjektgruppe, der også de etiske sidene ble vurdert.

Full konfidensialitet for alle respondenter er en selvfølge. I presentasjon av materialet kan ingen enkeltmedarbeider gjenkjennes. Utskriftene er anonymisert. Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK øst) har godkjent prosjektet som helhet (ref: 104-07032a). Retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association 2002) ble fulgt.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet i Sykehuset Innlandet.

4 MÅL OG VERDIGRUNNLAG – REFLEKSJON OVER DATAMATERIALET

Dette kapittelet presenterer resultater fra flersteg-fokusgruppeintervjuer med ansatte på posten knyttet til mål og verdigrunnlag. Intervjuene ble gjennomført høsten 2007. Disse refleksjonene danner grunnlaget for kapittel 5. Eksempler på utsagn fremstilles i kursiv fortløpende i teksten.

Mandat og målgruppe

Posten har som mandat å ta imot personer med alvorlige psykiske lidelser i Oppland, som har behov for spesialisert behandling, omsorg og rehabilitering. Behandlingstilbudet skal tilrettelegges spesielt for personer som har en schizofreni eller andre psykoselidelser med behov for innleggelse, behandling og omsorg over lengre tid. Pasientgruppen vil ofte ha en uttalt funksjonsnedsettelse (inkludert tilleggsproblemer i forhold til rus, suicidalitet og selvskading) og trenger fornyet vurdering og revidering av diagnose og funksjonsnivå med tanke på rehabilitering og habilitering for å kunne fungere best mulig i lokalsamfunnet. Målgruppen vil også omfatte personer som har behov for en revidering av behandlingsopplegget inkludert evt. forandring av medikamentell behandling.

Vi arbeider med pasienter hvor tidligere behandling har sviktet. Derfor må vi undersøke hva som er mulig å gjøre. Vi arbeider ofte med det vi kan kalle «diagnostiske nøtter».

Mange av pasientene har behov for behandling og omsorg over lengre tid. Det kan dreie seg om personer som har store funksjonsnedsettelser og som sliter med stor symptombelastning. I tillegg vil de ofte i lange perioder av

livet oppleve store psykososiale funksjonshindringer. Behandlingen og rehabiliteringen må derfor ta hensyn til denne funksjonssvikten når de i samarbeid med pasienten utarbeider målsetting for oppholdet. For de fleste vil behandlingstilbudet støttes opp av medikamentell behandling. For å få et gunstigst mulig utfall av behandlingen, må det etableres tidlig kontakt med samarbeidspartnere i den kommunale helse- og sosialtjeneste og samarbeid med pårørende.

Vi må finne ut hva pasienten har behov for og funksjonsnivået. Vi må finne det rette funksjonsnivået hos pasienten. Det kan for eksempel være dårlig økonomi som fører til at psykosen og angsten har blomstret opp og at pasienten blir dårligere.

Hovedmål

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

Syn på behandling og omsorg

Psykisk sykdom kan forstås ut fra mange forklaringsmodeller. Allment kan psykisk sykdom forstås som en ubalanse, skjevutvikling eller mestringssvikt som forstyrrer eller hemmer en tilfredsstillende fungeringsevne i hverdagen.

Når det gjelder postens behandlingsfilosofi, viser intervjuene at det hentes inspirasjon og tenkning fra flere behandlingsmodeller for å forstå og møte pasienten på en god måte. Den medisinske modellen er sentral når det gjelder diagnostisering og fordi «god medikasjon må ligge i bunnen før en kan nå inn til pasienten». Sammen med den medisinske modellen vil den sosialpsykiatriske modellen med et nettverksperspektiv – hvor pasientens familie blir trukket med i behandlingen – også bli vektlagt. Denne tilnærmingen oppfattes som relevant når det dreier seg om arbeid for sosial inkludering i lokalsamfunnet. Endelig vil de eksistensielle aspektene ved pasientens lidelse, slik som opplevelse av mening, mestring og livskvalitet, bli vektlagt i postens arbeid.

Personalet erkjenner at man ikke kjenner «Årsaken» til alvorlige psykiske lidelser – slik som for eksempel schizofreni, men at det dreier seg om sammensatte årsaker. Imidlertid trekkes «stress-sårbarhetsmodellen» (Zubin & Spring 1977) fram som en fruktbar forståelse:

Psykiske lidelser er så mye. Schizofreni vet man ikke årsaken til – vi har jo denne sårbarhetsmodellen, men vi kjenner ikke den konkrete årsaken... Men dagens sannhet (kunnskap) kan jo endres...

Vi spør etter arv, miljø og livshendelser og skader. Vi ser at det er så mange hendelser som medvirker – og arvelighet i pasientens bakgrunn. Noen er mer sårbare enn andre.

Det blir framhevet at det er viktig å ha kjennskap til pasientens forhistorie for å kunne bearbeide tidligere traumer og vanskelige livshendelser.

Men det kan jo være til hjelp å få snakke om – fortelle – om hendelser. Vi deler belastningen med pasienten når han forteller om sin lidelse og om hendelser.

I sin forståelse tenker personalet spesielt på samspillet mellom arv og miljø som medvirkende til utvikling av psykiske lidelser. Samtidig hevdes at det å finne årsakene til psykisk lidelse ikke hjelper særlig i det praktiske arbeidet. Derimot vil det å få snakke om, og fortelle om viktige og avgjørende livshendelser, kunne være til hjelp for at pasienten skal kunne forstå sin situasjon og egne reaksjoner bedre. Selv om pasienten har en langvarig

lidelse, som preger dagliglivet på mange måter, vil det likevel være viktig å se etter andre «ting» enn bare sykdommen og sykdomsuttrykk. Personalet er derfor opptatt av å se etter de positive uttrykkene hos den enkelte pasient – det som kan gi kunnskaper om ressursene som vedkommende har. Det å formidle håp om at hverdagslivet kan forstås og mestres bedre ut fra de forutsetningene den enkelte har, er avgjørende for at livet skal oppleves som verdt å leve selv om det ikke blir et vanlig «A4-liv». Derfor blir det viktig å finne fram til pasientens ressurser og hjelpe ham/henne til å stille realistiske krav og forventninger til seg selv.

Vi vet at schizofreni er en kronisk lidelse. Derfor er det viktig å kjenne årsakene for å kunne leve et best mulig liv – vi må være løsningsfokuserte.

... Nei, nyere forskning viser at man kan bli bra. Kanskje vi begrenser pasientens muligheter hvis vi tenker at lidelsen er kronisk.

I samtaleutdraget vises forskjellige oppfatninger av lidelsens eventuelle «kronisitet». I tillegg finner vi også ulike oppfatninger i personalgruppa, enkelte sier det er viktig å kjenne til årsaksforholdene rundt schizofrenilidelsen, mens andre mener dette ikke har stor betydning. Pasienter med en schizofrenilidelse omtales av og til som «kronisk syke» i enkelte fagmiljøer. Forskningslitteraturen viser at mange pasienter og pårørende ofte opplever å bli møtt med et pessimistisk syn og begrensede forventninger om bedring. Innenfor denne tenkningen blir fokus ofte satt på hvilke symptomer og forstyrrelser som er karakteristiske for lidelsen, og mindre vekt legges på hvilke ressurser og muligheter pasienten har. Det mellommenneskelige forsvinner lett – og pasientens egne erfaringer med faktorer som har betydning for bedring vektlegges i liten grad (jf. Topor og Borg 2003). De refererer til flere undersøkelser som viser at mellom halvparten og to tredjedeler av pasientene som har fått diagnosen schizofreni, kommer seg. Forløpet av lidelsen og hvordan den arter seg vil også være individuelt, samtidig som det finnes flere fellestrekk.

I fokusgruppeintervjuene trekker personalet fram betydningen av en individuell tilnærming til pasienten. I denne sammenheng snakker de om rettferdig behandling og omsorg som er tilrettelagt i forhold til den enkelte ut fra godt kjennskap. Selv om personalet har fokus på individuell tilnærming,

må de også forholde seg til pasientgruppen som helhet – noe som forutsetter regler og rutiner som er felles for alle.

Mange av pasientene som er innlagt på posten har behov for innleggelse over lang tid – fra måneder til år. I et postmiljø lever pasienter og personale tett sammen. Miljøet skapes av pasienter og personale og de interaksjoner som skjer dem i mellom. Det terapeutiske miljøet som postens medarbeidere utvikler, vil være viktig for den enkelte pasients muligheter for vekst og utvikling. Dette kan vise hvor vanskelig det er å skape en jevnbyrdig relasjon fordi som personalet sier «det er ikke alt vi snakker om». En undring her vil være hvilke temaer det ikke samtales om i relasjonen.

Jevnbyrdighet skaper relasjon. Men det er ikke alt vi prater om.

Pasientene som er innlagt på posten er en sårbar pasientgruppe med funksjonsnedsettelse på flere områder. En av disse funksjonsnedsettelsene kan være av språklig art som gjør at pasienten har vanskelig for å gjøre seg forstått. Språket til den psykotiske pasienten kan inneholde ord og begreper som har en særegen betydning og som kan vanskeliggjøre forståelsen. Her framhever personalet relasjonen til pasienten som viktig: Selv om man ikke når fram til pasienten med en verbal kommunikasjon, kan likevel en relasjon bygges og opprettholdes gjennom å være sammen med og å være tilstede:

Vi kan ha relasjon selv om vi ikke kommuniserer så mye.

Noen har ikke språk, men likevel er det kommunikasjon. Blikk, ta på, kroppslig kontakt kommuniserer. Vi kan føre videre det pasienten har begynt å si – føre ham tilbake der hvor han begynte. Det er viktig at budskapet blir forstått av mottageren.

Når pasienten er i en mer symptomfri fase, vil den språklige funksjonsevnen også bedres. For å bygge gode relasjoner og utvikle den gode dialogen vil flere faktorer være viktige. En faktor er at personalet kjenner pasienten godt, en annen er «god kjemi» dem i mellom. Enkelte ganger er dette vanskelig å få til. Da mener personalet at det er nødvendig å holde muligheten åpen for at en annen kollega kan ta over. Likevel er det personalets innstilling til og vilje til å møte pasienten med ønske om å forstå som er avgjørende for relasjonsbyggingen:

Hvis jeg skal klare å komme noen i møte og ha noe å bidra med som er til hjelp, så må jeg greie å ha rom til vedkommende i hjertet mitt.

Dette utsagnet understreker betydningen av å åpne opp, ha godhet og empati for den som trenger hjelp. Flere hevder at det er viktig å møte pasienten på en likeverdig måte, og framhever respekt for pasienten som en sentral verdi i møtet med den enkelte:

Vi må se noe annet enn sykdommen. Vi må greie å ta vare på de små positive tingene – ikke bare se lidelsesuttrykket – og dermed se at vi blir to likeverdige personer – og at den andre blir noe mer enn bare «uttrykket».

For å kunne utvikle en god relasjon og dialog, sier personalet at en åpen holdning og det å lytte til pasienten er viktige faktorer i pasientsamarbeidet. Dette er i tråd med studier som viser at pasienter opplever relasjon mellom pasient og personalet som det viktigste ved sykehusbehandlingen (jf. Røssberg 2005). De relasjonelle aspektene som pasienten vektla var empati, interesse og forståelse hos personalet. Røssberg refererer også til andre studier som har funnet at kvaliteten på relasjonen mellom pasient og personale er viktig for god behandling. Å skape tillitsfulle relasjoner til denne pasientgruppen vil være en faglig utfordring, blant annet på grunn av at flere pasienter preges av mistenksomhet og kommunikasjonsvansker. Borg og Topor (2003) fant i sin undersøkelse om virksomme relasjoner at:

«Det å komme seg igjennom en alvorlig psykisk lidelse i stor grad handlet om samspill med dem og det som er rundt. Både menneskelige og åndelige forhold og materielle og sosiale vilkår framstår som vesentlige. Det handler om å finne og å holde fast på fagfolk eller andre som kan hjelpe til gjennom krevende og smertefulle livssituasjoner.»
(S. 8)

En relasjon mellom to personer representerer en dypere kontakt hvor det har utviklet seg kvaliteter, bånd og gjensidig opplevelse av å bety noe for hverandre (Bøe & Thomassen 2000). Relasjonstenkningen tar utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn og kan forstås med utgangspunkt i Bubers beskrivelser av Jeg-Du-relasjonen (2004) og Det mellommenneskelige (1990). I denne relasjonen holder Buber dette fram som noe ordløst, noe som overskrider det en kan sette ord på, og som ikke helt kan forstås eller

forklares. Det dreier seg med andre ord om noe annet enn interaksjon – som kjennetegnes mer av uforpliktende samspill. Stensrud (2007) påpeker at relasjoner i pasientarbeidet skapes gjennom personlige møter preget av gjensidighet, likeverdighet og delaktighet. Mange av pasientene som er innlagt i posten vil i varierende grad ha behov for rammer og struktur mens de er innlagt. Det som imidlertid personalet ikke sier noe om i intervjuene, er i hvilken grad de vektlegger og fokuserer på samarbeidet med pasienten, og på hvilken måte de i et relasjonelt perspektiv kan arbeide for å styrke/ utvikle pasientens indre struktur.

Vatne (2006) fant i sin studie to alternative perspektiver på relasjonen mellom pasienter og personale – henholdsvis det korrigerende og det anerkjennende perspektiv. Det anerkjennende perspektiv handler om å bekrefte pasienten som et selvstendig individ til tross for sin lidelse. Vatne sier det slik:

«I et relasjonelt perspektiv vil nettopp fokus være hvordan en som hjelper kan forstå pasientens atferd i samspill med andre og seg selv, og hvordan denne relasjonen kan skape lindring av lidelsen og opplevd bedring hos pasienten. Dette perspektivet vil derfor stå i motsetning til avviksperspektivet.» (S. 104)

Samtalen som verktøy framheves som viktig av fokusgruppedeltagerne. Personalet poengterer at de gjennom samtalen kan lede pasienten inn i nye tankebaner og at pasienten derved kan få et mer realistisk syn på sin situasjon, men uten å ta fra pasienten håpet. Borg og Topor (2003 s. 44) understreker at det «å være den som holder håpet oppe for den som ikke klarer det selv har en avgjørende betydning i alt hjelpearbeid». Det betyr at hjelperne er der og kan hjelpe pasienten videre i en fase hvor de selv ikke klarer å opprettholde håp og retning for sitt liv.

Kontinuitet i personalgruppa oppfattes som nødvendig for at gode relasjoner og dialoger skal utvikles. Det innebærer at fokus må være på egne holdninger. De handlingene som den enkelte pasient møtes med, avspeiler de holdninger som finnes i personalgruppa. Det å ha fokus på og reflektere rundt felles holdninger hos personalet, vil være en kontinuerlig prosess som må støttes opp av fagkunnskap:

Men holdninger preges også av kunnskaper. Holdninger vi har kan

forstås og forklares ut fra teorien slik som forsvarsmekanismer og overføring. Negative holdninger kan også skyldes manglende kunnskaper. Noen tar ting alt for personlig – nettopp på grunn av kunnskapsmangel.

Bevisstgjøring av holdninger vil være viktig, bl.a. for å unngå splittelser i miljøet. Det forutsetter en felles forståelse av verdier som man ønsker miljøet skal preges av – og som viser seg i holdninger og handlinger. Gode holdninger er slike som motiverer til samarbeid med pasienten for å finne fram til hans/hennes ressurser, for på den måten å kunne bli i stand til å leve et så godt liv og ha så god livskvalitet som mulig ut fra situasjonen den enkelte befinner seg i.

Mål for pasientbehandlingen

Når personalet snakker om hvilke mål posten har for pasientbehandlingen, sier de det er viktig å ikke sette for høye mål. Målene bør være mest mulig realistiske i forhold til den enkelte pasients problemer og ressurser. Et nært samarbeid mellom hjelper og pasient om hva målsettingen for behandlingen skal inneholde blir derfor viktig. Personalet fokuserer her i større grad på hvordan mestring og problemløsning kan utvikles enn på problemene alene:

Pasienten vet jo godt hva som har foregått, og vet mine holdninger til det, men det er jo mer at jeg har i oppgave, sammen med pasienten å finne en løsning på det her, ikke være så problemfokuset.

Personalet framhever betydningen av helhetlig tilnærming i behandlingen. Det betyr i denne sammenheng å se den enkelte pasient helhetlig, dvs. å se ham/henne som en integrert helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon som skaper forskjellige behov. Helhetstilnærmingen innebærer videre at den sosiale sammenheng, som bedring og rehabilitering skjer innenfor, må tas hensyn til slik som relasjonen til familie, nettverk og lokalsamfunn. Personalet framholder at det er vesentlig å ivareta pasientens somatiske helse allerede ved innleggelse. Pasientene er ofte opptatt av somatiske plager, og ved å ta disse på alvor kan det skape grunnlag for utvikling av en god allianse:

Når det gjelder den somatiske helse, føler pasienten at det er noe som feiler han/henne somatisk, at det blir tatt på alvor og undersøkt, for å forsikre oss om at det ikke er noe annet.

Kontinuitet i omsorg og behandling gjennom gode prosedyrer er sentralt i postens arbeid gjennom hele behandlingsforløpet og til pasienten overføres til lokalsamfunnet.

Det psykopedagogiske arbeidet i posten trekkes også fram av personalet som viktig for et godt behandlingsresultat. De ser på oppholdet på posten som en «form for skole». Et konkret eksempel på dette er pasientundervisningen i regi av Psykosegruppa som posten har drevet i flere år:

Posten skal på en måte være en skole, det å undervise, kanskje i forhold til mange ting, i forhold til hvor lurt det er å bruke medisinene sine, ta dem jevnlig og ha en del kjøreregler for å kunne begrense stress-situasjoner. Det er jo ofte kunnskap som skal til.

Posten har dessuten tilbud om flerfamiliegruppeundervisning hvor pasient og pårørende sammen over to år har fokus på undervisning, rådgivning, mestring (relatert til kommunikasjonstrening og problemløsning) og nettverksarbeid. Et annet mål for behandlingen er revurdering eller ny vurdering av pasienter som tidligere har vært innlagt på posten:

Ofte er det jo en revurdering, eller en ny vurdering av pasienter som tidligere har vært innlagt.

Mange av pasientene har slitt med sin psykiske lidelse over mange år, noe som fører til at de kan møte mange funksjonshindringer i sin hverdag. Et opphold på posten kan derfor være med på å kartlegge behov og funksjonsevne og dermed legge til rette for at pasienten kan få en mer tilpasset hjelp der han/hun bor.

Et annet fokus i behandlingen er medikamentell behandling. Erfaringer personalet har er at mange av pasientene har behov for «god medikasjon før en kan nå inn til pasienten».

Mange fungerer dårlig og de har respondert dårlig på medisiner tidligere – og har vært inne mange ganger før.

Disse målene, som er skissert over, hviler både på postens mandat og verdigrunnlag.

Verdigrunnlag og postkultur

Gjennom fokusgruppeintervjuene drøftet deltagerne hvilke verdier de mener preger postkulturen og hvilke de ønsker skal gjenkjennes av både personale og pasienter fremover. Følgende verdier ble trukket fram:

Respekt /likeverdighet

Respekt betyr å se på nytt. I denne sammenheng vil respekt innebære at personalet evner å hjelpe pasienten til å se seg selv på nytt med sine ressurser og muligheter, og ikke i for stor grad fokusere på sykdommen med dens symptomer, funksjonsnedsettelse og hindringer dette gir i pasientens liv.

Verdier er noe som har betydning for oss, verdier er noe som vi ofte ikke snakker om, vi tar det for gitt, men vi merker det når det ikke er der, når respekten mangler.

Respekt er viktig for å kommunisere bra.

Det å møtes som likeverdige personer innebærer i en eksistensiell forstand at et helhetlig jeg møter et helhetlig du (jf. Buber 2004). For hjelperen betyr dette at man åpner opp for den forestillingsverden og den situasjonsopplevelse pasienten har. Man kan heller ikke forestille seg en realisering av likeverdighet uten at man arbeider fram en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet (Hummelvoll 2004). I pasientsamarbeidet på posten knyttes respekt til likeverdighet:

Jeg tror på en måte at det å gjøre ting sammen, at man da blir to likeverdige og at man ser noe annet enn uttrykket.

Vi må se noe annet enn sykdommen. Vi må greie å ta vare på de små positive tingene, ikke bare se lidelsesuttrykket – og dermed se at vi blir to likeverdige personer – og at den andre blir noe mer enn bare uttrykket.

Gjensidighet

Det å vise gjensidighet i pasientsamarbeidet vil være viktig for å bygge en god relasjon til pasienten. Å være medvandrer, å få samme horisont og en felles opplevelse av hva samarbeidet skal dreie seg om er viktig å finne ut av. Gjensidighet kommer fram når man viser seg som medmenneske og deler livserfaringer:

Vi skal gjøre jobben sammen. Så mye som mulig.

Være medmenneske, og da har vi jo livserfaringer, og hvis våre livserfaringer kan belyse en sak eller utfordre pasienten, så må vi ha frihet til å kunne bruke den, altså vi skal ikke utlevere vårt private liv på den måten. Men vi har jo alle erfaringer i livet som vi kan dele.

Toleranse

Å tolerere at pasienter viser forskjellig atferd vil i situasjoner kreve mye av personalet. De sier at toleransen for pasientens atferd er høyere når pasienten er på eget rom enn ute i fellesmiljøet.

Hvis lidelsesuttrykket plager andre må det begrenses. Ute i miljøet skal vi ikke snakke om problemer den enkelte har. Når det kommer fram, tar vi det på pasientens rom – eller vi avtaler tider hvor det kan tas opp og snakkes om.

Personalet er opptatt av å beskytte medpasienter fordi de ikke tåler så mye av følelsesmessig utagering og konflikter. Personalet mener at det også i forhold til de som har stor symptombelastning må forventes at de oppfører seg akseptabelt. Hvor grensen går for hva som tolereres, er noe som må avgjøres i den enkelte situasjon. Personalet vil ha flere roller avhengig av hva situasjonen krever. I konkrete tilfeller vil et personale måtte påta seg «oppdragerollen», mens andre tar ansvaret for den mer alliansebyggende rollen:

Vi godtar ikke solbriller og truende atferd. Posten skal være en skole – derfor må det være struktur i posten. Vi tolererer mer inne på rommet enn ute i miljøet. Det skjer for å beskytte andre pasienter: Argumentet er at det ikke må gå ut over andre...

Vi forventer også at «de sykeste» må «oppføre seg» (ordentlig/akseptabelt). Vi har både en oppdragerrolle og en alliansebyggende rolle. Det er viktig at ikke alle er «oppdragere» (f.eks i forhold til regler rundt pasientenes telefonbruk) – noen må være mindre problemfokuserte og heller være mer dialogisk orientert i forhold til pasienten.

Deltakelse, samarbeid, medbestemmelse (brukermedvirkning)

Her reflekterer personalet over hvordan de kan trekke pasienten mer aktivt med i behandlingsopplegget. Personalet sier de har en vei å gå i forhold til utvikling av brukerperspektivet:

Pasienten deltar på samarbeidsmøte ved utskrivning. Nå vil vi prøve å la pasientene delta på alle møter hvor pasientsaker behandles. Det er tidsbesparende og så har de rett til å delta.

De omtaler aktiv brukermedvirkning som et ideal å jobbe mot – og som posten er i gang med å finne praktiske løsninger på. Et område vil være å motivere pasienten til å delta på møter som angår dem. Aktiv brukermedvirkning vil kunne ansvarliggjøre pasienten i større grad enn det blir gjort i dag. Ved å ha økt fokus på pasientens medbestemmelse og trekke pasientens erfaringer og kompetanse inn i behandlingen, vil pasienten selv bli mer aktiv når det gjelder arbeidet med å overkomme egne problemer.

Personalet mener at pasientens stemme har manglet – eller ikke vært tydelig nok – når pasientens situasjon har blitt drøftet. De mener at denne stemmen må bli tydeligere framover.

Det er fristende å gjennomføre møter hvor pasienten er med hele tiden (ikke bare på deler av møtet) – ta bestemmelser mens pasienten er der slik at hans mening kommer fram.

Postens fokus på brukermedvirkning kan styrkes på flere måter: Be om pasientens syn på behandlingen, ha større fokus på ressurser, spørre om hvilke tanker han/hun har om sin framtid, trekke vedkommende aktivt med i utforming av målsetting for oppholdet og deltakelse i ulike møter som angår ham/henne. Dette er områder personalet ønsker å starte med umiddelbart. Ved at pasienten inviteres inn på møter, forventer personalet at de får et

bedre kjennskap til pasienten:

Vi «tror mer» når pasienten ikke er der, mens vi får «vite mer» når han er til stede. Pasientene tåler mer enn vi tror!

Personalet tenker seg med andre ord at «pasienten må være mer delaktig gjennom hele forløpet». Dette vil markere brukermedvirkning (i form av deltagelse, samarbeid og medbestemmelse) som verdi i posten.

Utholdenhet

Personalet ser det som nødvendig å være utholdende i arbeidet, men det å holde ut så mye lidelse oppleves også som energitappende. Fordi pasientene ofte er i posten over lang tid, vil hjelperollen kreve utholdenhet. I og med at tegn på fremskritt og bedring kan være vanskelig å se i det daglige arbeid, må personalet se etter – og være oppmerksom på – små fremskritt. Disse må så meldes tilbake til pasienten.

Utholdenhet må vi ha på mange måter. Det kan være i forhold til å kunne stå i pasientens lidelsesuttrykk, vente på bedring, være «containere» – vi må erkjenne at ting tar tid... Holde ut når det ikke er fremgang – når pasienten «baler» med (tilsynelatende) uløselige problemer.

På den annen side skaper bedring hos pasienten ny energi også for personalet.

Vi er flinke til å se «knappenålsfremskritt» – vi må se små fremskritt som noe stort.

Vanskelige følelser som frustrasjon, hjelpeløshet og avmakt kan i perioder oppleves av hjelperne. Derfor er det viktig å harmonisere pasientens og personalets forventninger til en viss grad. For å bearbeide disse følelsene sier personalet at det er viktig å dele opplevelsene med resten av personalet. Det er derfor helt nødvendig å få «lufte ut, blåse ut på vaktrommet». Personalet sier at de ikke har noen tradisjon på å gå i dybden når de utsettes for motoverføringer og hva dette gjør med dem. Det som blir viktig i en slik situasjon er at en har mulighet til å dele opplevelser og følelser og å være lydhør ovenfor den som står i en vanskelig situasjon. Det å få hjelp til å

analysere situasjonen blir sentralt. En støttende personalgruppe oppleves som en nødvendig forutsetning for å unngå å gå tom for energi. Noen ganger kan arbeidet med en pasient kreve for mye – eller at man føler at man ikke får framgang i arbeidet. I slike situasjoner er personalgruppen åpen for at en annen kan overta hjelperollen hvis den blir for krevende. I praksis betyr dette at pasienten skifter gruppe. Det som særlig stimulerer utholdenheten, er når personalet opplever gode samtaler som gir en følelse av å lykkes i samarbeidet.

Ydmykhet

Begrepet ydmykhet er et ord som personalet ikke bruker i særlig grad. I den grad dette begrepet benyttes, knyttes det til å ikke være ydmykende i sin holdning og væremåte i forhold til pasientene. De relaterer også begrepet til respekt. Ydmykhet relateres til det å være lyttende og ta pasienten på alvor. En måte som personalet tenker ydmykhet på er å være bevisst på språket de bruker sammen med pasienten. Det blir viktig å bruke et språk som pasienten forstår.

Ærlighet

Det å være ærlig blir av personalet sette på som en grunnleggende verdi. De sier at ærlighet er knyttet til ikke å gi falskt håp til pasienten, men å være ærlig på det man kan hjelpe med:

Være ærlig, ikke gi falskt håp, men tåle å kjenne at man ikke har så mye å komme med, men at vi er der, ja det er jo ikke slitsomt.

Og så må jeg bare hjelpe til med de tingene jeg kan hjelpe med, og være ærlig på det, rett og slett.

Håp

Det å formidle håp til pasienten og at man som hjelper ikke gir opp, blir holdt fram som vesentlig i pasientsamarbeidet. Mange av pasientene har et stort lidelsestrykk og pasientens vei til bedring kan være lang. Personalet sier det er viktig å ikke gi opp, selv om det kan være vanskelig å se framskritt. Håpet kan knyttes til å finne fram til pasientens egne ressurser og på den måten finne fram til hvordan pasienten på en best mulig måte og med sine

forutsetninger kan leve et så meningsfullt liv som mulig. Personalet henviser også til nyere forskning som viser at flere pasienter blir helt bra.

En pasient sa til meg at «jeg har lært veldig mye nå: Jeg har tenkt og forstått bedre at jeg kanskje ikke skal tenke så mye på at jeg skal bli frisk, og tenke på at angsten skal bli borte, men at jeg faktisk er nødt til å leve på best mulig måte med den angsten jeg har».

Nyere forskning viser jo at flere blir så å si helt bra. Flesteparten bruker litt medisiner, men noen uten også, og det er blitt ganske mange etter hvert.

Dette er så stor utfordring. For det første skal jo ikke vi begrense noe, vi skal jo se mulighetene deres, men man skal ikke gi falskt håp heller...

Ansvarlighet

Å være ansvarlig er å oppdage hva som er uansvarlig og så rette på dette. Behovet for ansvar er en grunnleggende menneskerettighet og derfor er det aldri berettiget å frata noe menneske ansvar som det er i stand til å bære (Hummelvoll 2004). I møte med pasienter sier personalet at enkelte pasienter i perioder opplever det som godt å slippe å ha ansvar og at ansvaret i større grad legges over på personalet. Samtidig med at pasienten slipper å bære ansvar, vil det være viktig at personalet ikke tar fra pasienten det ansvar vedkommende selv kan bære. Dette handler om å bli tatt på alvor og om respekt.

Og kanskje er det litt sånn som vi har pratet om før, at kanskje er det godt å bli innlagt og slippe å ha noe ansvar for noe, en periode. Kanskje det kan være noe av målet, at andre tar litt av ansvar?

For det handler jo om eget ansvar også. Å bli tatt på alvor.

Miljøterapi

Et miljø vil være det som omgir oss og som vi er en del av, og må forstås innenfor en sosial sammenheng. Miljøterapi er satt sammen av ordene miljø og terapi. I denne sammenheng vil det terapeutiske vises ved at tilnærmingen gir muligheten til å lære noe om seg selv eller andre gjennom dialog og samhandling. Gjennom dette vil pasienten kunne utvikle sosiale og instrumentelle ferdigheter og for å utvide egne problemløsningsmetoder. Miljøterapi blir da at omgivelsene under visse betingelser kan virke behandlende på sykdom (Stensrud 2007).

Pasientene på posten er ofte innlagt over en lengre periode av livet sitt. Flere av pasientene har betydelig funksjonsnedsettelse og et stort lidelsestrykk. Målet for miljøterapien vil være å redusere pasientens lidelsestrykk og gjennom målrettet arbeid vise vei mot helsepolen i form av å skape mening, mestring og forståelse. I dette behandlings- og rehabiliteringsperspektivet vil det handle om den innsatsen personalet gjør for å støtte den enkelte pasients bedringsprosess. Bedring – eller å komme seg igjen (recovery) – handler om at pasienten bruker egne erfaringer til å overkomme egne problemer, det være seg psykiske problemer, hindre i hjelpeapparatet eller hindre i samfunnet for øvrig (Stensrud 2007).

For at den miljøterapeutiske tilnærmingen skal fremme vekst og utvikling, bør den utvikles slik at den preges av:

«En reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjøring av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for vekst og modning, å gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre samhandlingsmønstre.»
(Andersen 1997 s. 12).

Innholdet i denne definisjonen setter blant annet fokus på kvaliteten i innholdet på miljøterapien og framhever relasjonens betydning i pasientsamarbeidet både når pasienten er innlagt og når han/hun er tilbake i lokalmiljøet:

Vi må ha kontinuitet i omsorg og behandling gjennom gode prosedyrer. Det må skje fra første kontakt i posten til pasienten overføres til lokalsamfunnet. Det inkluderer testing, diagnostisering og at vi spisser behandlingen inn mot der det er mangler.

Personalet er opptatt av kontinuitet i omsorg og behandling gjennom gode prosedyrer. Det dreier seg om å ha gode prosedyrer for arbeidet når det gjelder behandling, omsorg, kartlegging, diagnostisering og tilbakeføring i lokalsamfunnet. De handlingene vi utøver vil avspeile de holdninger vi har. I samtaler med personalet om hva de legger vekt på av sentrale verdier i pasientbehandlingen, framstår særlig respekt, likeverdighet og medbestemmelse som viktige. Det å ha fokus på disse verdiene vil igjen være med på å skape og utvikle gode holdninger hos personalet. I postens utvikling av miljøterapien vil nettopp kontinuerlig fokus og implementering av verdier og holdninger være en kontinuerlig prosess i pasientsamarbeidet.

Holdningene kommer fram. Det er ikke lett å skjule holdningene i kroppsspråket...

Pasientens vei til bedring vil ofte være lang når det gjelder denne pasientgruppa. En god utredning ved innleggelse vil bidra til å finne ut hva som er målet for behandlingen. Personalet sier at muligheten til å gi god behandling vil styrkes gjennom et godt forvern, for på den måten å få et så godt bilde som mulig av hva pasienten har behov for.

Pasienten må være med på å utforme målsettingen for oppholdet og hva som skal skje. Det handler om ansvar. Det må gjøres tidlig. Dette er selvsagt lettest når pasienten legges inn frivillig... Vi må reise ut på forvern.

I den miljøterapeutiske tilnærmingen vil nettopp det å sette den enkelte pasients behov for hjelp og omsorg i fokus. Det å lytte til pasienten, ha en åpen holdning i møte med den enkelte for å finne fram til – og ta i bruk pasientens egne ressurser og erfaringer med hva som hjelper på veien mot bedring. For å få til dette vil det være viktig å motivere den enkelte pasient til å være aktivt deltagende i å utarbeide egen målsetting for oppholdet. Å sette større fokus på pasientens deltakelse og medbestemmelse i behandlingen, vil også hjelpe pasienten til i større grad å kunne ta mer ansvar for eget liv. For å utvikle denne samarbeidsprosessen vil det å skape gode relasjoner pasient – personale imellom være en forutsetning.

Viktig at vi som personale også tror på et godt liv for pasienten – uten at det må bli et A-4-liv. Vi må se på mulighetene den enkelte har. Derfor er det viktig å ha fokus på ressurser.

Det er vesentlig at personalet bygger opp under håpet om at hverdagslivet skal kunne forstås og mestres. Dette fordi håp og mestring hører sammen. Derfor mener personalet at det er viktig å sette fokus på hva som fungerer bra for pasienten. Personalets rolle kan blant annet være å bidra til at pasienten klarer å stille realistiske krav til seg selv.

Vi må ha åpenhet i forhold til pasientens liv: Hva er det presenterte problem? Behandlingen må samordnes og det må skje sammen med pasienten – og så må vi tenke muligheter.

I den framtidige utvikling av miljøterapien vil aktiv brukermedvirkning stå sentralt i arbeidet. Gjennom samtaler med personalet har det kommet tydelig fram at det å trekke pasienten mer aktivt inn i behandlingen er viktig. Dette arbeidet har personalet allerede påbegynt.

Like viktig som at brukermedvirkning blir fokusert, vil arbeidet med utvikling av relasjon – og dialogens betydning være områder det fokuseres på. Her vil den miljøterapeutiske samtalen være spesielt vektlagt. I utsagn personalet kommer med, framhever de samtalen som viktig:

Vi er medmennesker og vi har livserfaring som kan belyse en sak – og da må vi kunne bruke den personlige erfaringen. Dele erfaringer. Det kan dreie seg om felles situasjoner – hvor vi inviterer pasienten inn i våre erfaringer...

I fokusgruppesamtalene sier personalet at de forstår sin miljøterapi som en «form for skole» som blant annet inneholder pasientundervisning og undervisning til pasienter og familier samlet. Andre områder det fokuserer på som er en viktig del av miljøterapien, er forskjellige typer aktiviteter som fysisk aktivitet, turer, friluftsliv og «lørdagskosene». Utenfor postmiljøet og da særlig ut i naturen viser mange pasienter sider av seg selv som ikke er så synlige i posten. Her klarer mange pasienter å ta fram erfaringer som de tidligere har mestret. De klarer også i større grad å ta i bruk andre ressurser. Dette kommer fram både i samvær med andre medpasienter og personale.

3C skal være en skole (jf. psykosegruppa) – må lære om medisiner og hvordan de kan begrense stress.

Pasientundervisningen skal fokusere på mestring, økonomi,

rus, kommunikasjon – og holde fokus på det vanlige – det som er allmenngyldig.

At når du er ute i skogen så kommer det frem opplevelser i fra tidligere og ting de har mestret, så de faktisk kan gi noe tilbake til både andre medpasienter og oss, å fortelle om, at det betyr noen ting.

I arbeid med mennesker som har en alvorlig psykiske lidelse står rehabiliteringsperspektivet sentralt. I tilnærmingen til pasienten vil personalets innsats for å støtte den enkelte pasient sin bedringsprosess være sentral. Et viktig perspektiv i dette arbeidet vil være det salutogene perspektiv hvor man i større grad fokuserer på mestringsperspektivet for å finne nye muligheter og ubrukte sider hos den som er hjelpetrengende. Salutogen behandling har som mål å aktivere ressurser og potensialer. Antonovsky utviklet en teori om hva som karakteriserer menneskets måte å forholde seg til tilværelsen og livet på. Det som i særlig grad har betydning for helsen er følelsen av sammenheng – sense of coherence (SOC) – som har tre komponenter. Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Den siste av disse komponentene oppfattes som den viktigste fordi den gir motivasjon til å finne løsninger på de utfordringer situasjonen gir. De to andre komponentene vil prege hvordan prosessen gjennomføres (Antonovsky 1994).

Det ene området posten setter fokus på i prosjektet er den miljøterapeutiske samtalen. Det andre hovedområdet vil være kommunesamarbeid. Personalet er opptatt av at det gjøres et godt forvern i forkant av en innleggelse. God kjennskap til pasientens liv er viktig. Dette betyr utvikling av en god kontakt og et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten både før pasienten legges inn, under oppholdet og når pasienten utskrives til sitt lokalmiljø.

Jeg tenker på hva pasienten skal hjem igjen til. Det er viktig å ikke planlegge for mye.

Innen helsefremmende arbeid vil det være viktig å ha fokus på pasientens lidelse. Eriksson & Lindholm (1993) ser lidelse i tre dimensjoner og hvor hver dimensjon sier noe om hvordan det er å leve med en lidelse. Stensrud (2007) refererer til disse dimensjonene i sin masteroppgave. «Sykdomslidande» forteller hvordan psykosen påviker en som person både fysisk og psykisk. «Livslidande» sier noe om sorgprosessen og at livet ikke ble slik en hadde

tenkt. Det viser hvordan personen må orientere seg på nytt i forhold til de målsettinger en hadde for livet. «Vårdlidande» viser hvordan relasjonen til andre mennesker preges av at en står i et ikke likeverdig og ufrivillig forhold til personalet. Hummelvoll (2004) har tilføyd et fjerde område, den sosiale lidelsen. Den kan forstås som personens begrensede muligheter til sosial deltakelse og en opplevelse av å bli stigmatisert i form av frykt fra andre når det gjelder holdninger knyttet til psykisk lidelse. Mange mennesker med psykoselidelse vil oppleve at de ikke er inkludert i det sosiale fellesskapet.

Et samfunn kan forstås både som et storsamfunn og et lokalsamfunn hvor mennesker utgjør både et kulturelt og sosialt fellesskap (Stensrud 2007). Drevdahl (2002) viser at samfunnsbegrepet er komplisert fordi det både gir tilhørighet, men at det samtidig også kan ekskludere mennesker. Dette kommer tydelig fram som et maktskille i samfunnet når enkelte mennesker har behov for hjelp fra hjelpeapparatet. Dette gjør at mennesker kan bli plassert inn i kategorier som gjør at de blir sett på som mennesker som er annerledes eller mangelfulle. Dette kaller hun et grensesamfunn. Mennesker med en alvorlig psykisk lidelse vil kunne være en slik marginalisert gruppe.

Ved utforming av miljøterapi til denne sårbare pasientgruppen blir det viktig å ha kjennskap til hvordan samfunnets organisering kan gi ulike utslag og hvordan en faglig tilnærming må arbeide for å motvirke samhandlingsmønstre som kan føre til sosial ekskludering og utstøtelse. Ved å utforme en miljøterapi som ivaretar disse perspektivene vil det kreve at personalet tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen og hvordan personen selv oppfatter sine ressurser og hva han gjør for å møte sin lidelse (Stensrud 2007).

Sammendrag

Gjennom fokusgruppeintervjuene med personalet på posten, har fokus vært knyttet til mål og verdigrunnlag. I disse samtalene har det kommet fram hvordan personalet arbeider med pasientene som er innlagt på posten. Pasientene har en alvorlig psykisk lidelse med store funksjonsnedsettelse og funksjonshindringer. De er innlagt over lang tid og har behov for en spesialisert behandling, omsorg og rehabilitering i det tidsrommet de er innlagt. Når det gjelder postens behandlingsfilosofi, hentes det tenkning og

forståelse fra flere behandlingsmodeller. Den medisinske modellen er sentral når det gjelder diagnostisering og medikamentell behandling, mens den sosialpsykiatriske modellen sammen med den eksistensielle vil være særlig relevante når det dreier seg om tilbakeføring og inkludering i lokalsamfunnet. Som et hovedmål for behandling vil en helhetlig tilnærming stå sentralt. Personalet er opptatt av at oppholdet kan ses på som en form for skole hvor det psykopedagogiske arbeidet vil være vektlagt. I samtaler med personalet om viktige verdier i pasientsamarbeidet, setter personalet fokus på blant annet respekt, likeverdighet, utholdenhet, håp og medbestemmelse som vesentlige i postens verdigrunnlag. Et område som de i økende grad har blitt særlig opptatt av er brukermedvirkning. Her har de allerede satt i gang et arbeid hvor pasienten i større grad trekkes aktivt inn i behandlingsprosessen.

I den framtidige utviklingen av miljøterapien vil den miljøterapeutiske samtalen med fokus på relasjon og dialog vektlegges. Kommunalt samarbeid med nettverksperspektivet og hvordan pasienten inkluderes i lokalsamfunnet er et annet område som vil vies oppmerksomhet.

Gjennom fokusgruppeintervjuene som nå er gjort, viser figur 1 en sammenheng som baseres på analyse av datamaterialet til nå. Denne forståelsen vil det bli arbeidet videre med i analyseprosessen. Materialet viser hvordan relasjonen mellom pasienter, mellom personale og pasienter og mellom personale er primær i posten. Disse primære relasjonene vil påvirkes av målsettinger for behandlingsarbeid og verdigrunnlag for posten. Videre vil mål og verdier relatert til posten, som en del av Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, og avdelingen som en del av Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet gjensidig påvirke. Til slutt vil psykiatrien være påvirket av mål og verdier i et lokalsamfunnsperspektiv.

I innledningen av prosjektet har fokuset først og fremst vært lagt på primærrelasjon i et postperspektiv. Et utvidet miljøterapeutisk perspektiv, som inkluderer lokalsamfunnet, vil bli fokusert i neste trinn av prosjektperioden.

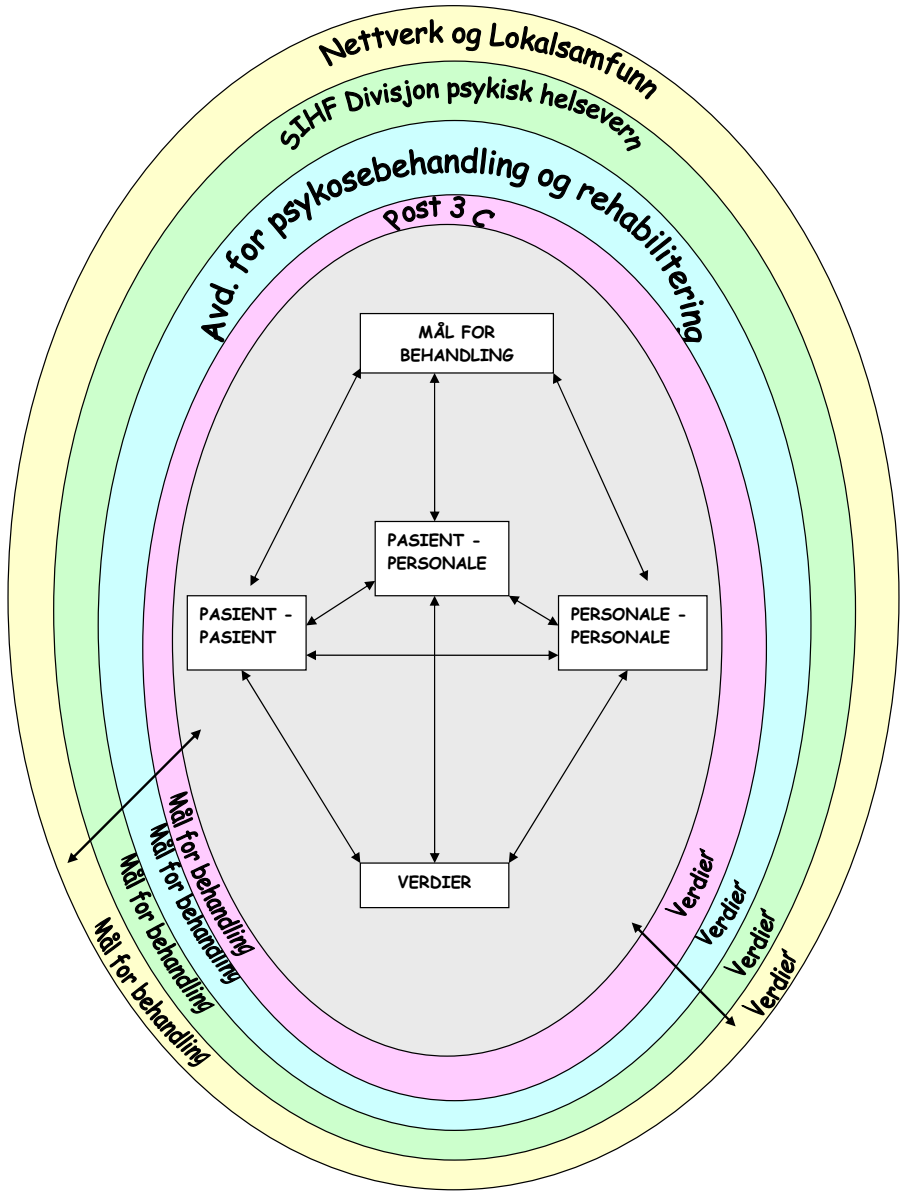


Fig. 1: En foreløpig beskrivelse av relasjoner og interaksjoner som preger arbeidet i posten.

5 MÅL OG VERDIGRUNNLAG FOR 3C

Mandat

Som en del av Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, seksjon for ressurs og sikkerhet, skal post 3C ha et ansvar for å ta imot, vurdere og gi spesialisert behandling, omsorg og rehabilitering for voksne personer med schizofreni/psykoselidelser i Oppland som har særlig behov for stabilisering, personlig oppfølging og veiledning for å kunne fungere i hverdagslivet i lokalsamfunnet.

Målgruppe

- Personer med schizofreni/psykoselidelser som har behov for innleggelse, behandling og omsorg over lengre tid.
- Personer med schizofreni og andre psykoselidelser med uttalt funksjonsnedsettelse (inkludert problemer i forhold til rus, suicidalitet og selvskading) som trenger fornyet vurdering og revidering av diagnose og funksjonsnivå med tanke på rehabilitering og habilitering for å kunne fungere best mulig i lokalsamfunnet
- Personer som trenger revidering av behandlingsopplegg – inkludert medikamentell behandling

Hovedmål

Post 3C skal:

1. utvikle og representere spesialisert kompetanse innen psykose-

- behandling og psykososial rehabilitering
2. skape et godt miljø for personer som trenger lengre tids behandling og omsorg
 3. utvikle det miljøterapeutiske tilbudet (inkludert den helsefremmende, miljøterapeutiske samtalen) slik at det både tilpasses den enkelte pasient og den aktuelle pasientgruppens ressurser og problemområder
 4. sikre brukermedvirkning i utvikling av den enkeltes behandlingsopplegg og i utvikling av postens miljøterapeutiske tilbud
 5. etablere gode samarbeidsrutiner og relasjoner med kommunene som fremmer pasientenes muligheter for personlig og sosial rehabilitering

Mål for pasientomsorg og behandling

1. at pasientens situasjon og tilstand vurderes helhetlig med fokus på ressurser og funksjonsnivå (funksjonsnedsettelse og funksjonshindringer)
2. at den enkelte pasient opplever lindring og reduksjon av symptombelastningen – og økt mestring av helseproblemer
3. at pasient og pårørende (inkl. barn) opplever tillit til personalet
4. at pasientens håp og livsmot stimuleres gjennom mest mulig aktiv medvirkning i behandlingsopplegget (basert på pasientens mål og verdier)
5. at pasienten oppnår økt selvforståelse og evne til å mestre psykososiale funksjonshindringer
6. at pasienten og hans/hennes pårørende får tilpasset undervisning, veiledning og støtte slik at pasienten kan få et meningsfullt og mest mulig selvstendig liv i lokalsamfunnet
7. at utskrivning planlegges tidlig i behandlingen i samarbeid med pasienten, pårørende og samarbeidspartnere i den kommunale helse- og sosialtjenesten

Syn på behandling og omsorg

Pasientgruppen på 3C preges av alvorlige psykoselidelser som har sammensatte behov og problemer. Posten skal bidra til at den enkelte får en

behandling og omsorg som skal gi ham/henne best mulig livskvalitet. Det innebærer at omsorgen er personorientert og tar utgangspunkt i pasientens ønsker, mål og verdier – samtidig som pasientenes nettverk og kunnskap om lokalsamfunnet må tenkes inn i behandlingen. En slik tilnærming vil bygge både på fagkunnskap og pasientenes erfaringskunnskap. For å styrke evnen til å leve et mest mulig selvstendig liv, vil behandlingen være hverdagsnær og fokusere på praktisk problemløsning i forhold til de oppgaver og utfordringer som møter pasienten i lokalsamfunnet. Dette forutsetter et helhetssyn hvor ulike modeller for behandling trekkes inn avhengig av hva slags behov den enkelte pasient og den aktuelle pasientgruppen har. Det betyr at særlig den medisinske, sosiale (inkludert sosiale nettverk) og eksistensielle modelltenkningen har relevans på 3C.

Verdigrunnlag og postkultur

Verdier i vår sammenheng er kvaliteter som personalet ønsker skal virke som standarder i postmiljøet – og som er uttrykk for hva samværet og samhandlingen mellom pasienter og personalet bør preges av. Men verdier er også noe som den enkelte ansatte holder som verdt å etterstrebe for sin egen del i omgang med medarbeidere og pasienter. Gjennom granskning av hva personalet på 3C mener skal prege postmiljøet, har følgende verdier kommet frem:

Respekt/likeverdighet

Dette er en sentral verdi som dreier seg om å bidra til at den andre får se seg selv på nytt – med sine muligheter og sin egenverdi (jf. respectare (lat.) som betyr å se på nytt). Derfor vil respekt være forbundet med likeverdighet. Pasienter og personale er like verdige som mennesker, selv om oppgaver og roller er forskjellige. Respekt viser seg gjennom å ha aktelse, ærbødighet for andre. Konkret betyr det å ta personen på alvor, lytte og arbeide for felles forståelse. Videre innebærer respekt å ta hensyn til personens integritet og at man ikke krenker den andre gjennom ord og handlinger.

Ansvarlighet

Å bli sett på som og bli behandlet som ansvarlig er en menneskerett. Derfor er det ikke rett å frata personer et ansvar som han/hun er i stand til å bære

selv. Å bære ansvar er avhengig av at personen blir respektert. For personalet vil det imidlertid være nødvendig å dele ansvaret – til og med frita pasienten for ansvar – for en periode hvor det overstiger personens mulighet og evne til å bære ansvar for sin situasjon.

Åpenhet/ærlighet

Åpenheten vises i å la seg korrigere av nye opplysninger, av bedre argumenter og være villig til å sette sin egen forståelse på prøve. Det innebærer også at man holder avtaler og ikke lover mer enn man kan holde. Åpenhet vil – sammen med et forutsigbart behandlingsopplegg – bidra til å skape grunnlag for at pasientens behov for trygghet imøtekommes. Ærlighet vil være fundamentet for tillit mellom pasienter og personale.

Utholdenhet

Denne verdien understreker betydningen av å holde ut, ikke gi opp selv om fremskritt lar vente på seg. I stedet er man opptatt av å se etter tegn på fremskritt og fremholde disse for pasienten. Utholdenhet vil for pasientens del blant annet dreie seg om å styrke hans/hennes motivasjon til å arbeide med sine problemer, til å trene og søke meningsfulle aktiviteter. For personalet vil utholdenhet vise seg gjennom å kunne «stå i vanskelige situasjoner», være våken for tegn på bedring og til å kunne ha tålmodighet i arbeidet. For både pasient og personale vil utholdenheten styrkes ved å være klar over pasientens langsiktige mål.

Deltagelse og samarbeid

Deltagelse som verdi kan illustreres med brukermedvirkning. Deltagelse i egen behandling er en nødvendig forutsetning for at pasienten når målet om et mest mulig selvstendig liv. Noen ganger, når pasienten har vansker med å uttrykke egne behov og ønsker, må personalet – særlig primærkontakten – fungere som pasientens talsperson. Det forutsetter en innføleende innstilling, at man prøver å sette seg inn i hans/hennes situasjon, at opplysninger om pasientens ønsker og verdier innhentes fra dem som kjenner ham/henne best (pårørende). I denne sammenheng innhentes samtykke fra pasienten.

Pasienter som har vansker med å uttrykke seg, må motiveres. Det er nødvendig å undersøke hvilke tanker pasienten gjør seg om sin egen fremtid fordi det gir en retning på behandlingen.

Brukermedvirkningen på 3C kommer til syne ved at:

- den enkelte pasient deltar i utforming av målsetting for oppholdet (for eksempel i forvern)
- pasientens og personalets ansvar for å nå målene klargjøres
- pasientenes forslag til miljøterapeutiske aktiviteter søkes aktivt
- den enkelte pasient deltar som hovedregel på behandlingsmøter, ved drøfting av ukeplaner og ved utforming av pleieplaner.

Rettferdighet

Rettferdighet i pasientarbeidet betyr ikke å behandle alle likt, men å behandle ulikt – dvs. forskjellig ut fra den enkeltes behov og forutsetninger. Retten til bolig, tilstrekkelig økonomi og meningsfull beskjeftigelse dreier seg om psykososiale verdier som er relatert til rettferdighet.

Håp

Håpet er det som ligger til grunn for livet – og som er en nødvendig forutsetning for å holde ut og gjennomleve plager og lidelse. I rehabiliteringsarbeidet vil håpet være viktig for å ha tro på at livssituasjonen kan mestres. Mestringsopplevelser vil dermed være med på styrke håpet. I perioder hvor pasienten opplever håpløshet vil en rolig, optimistisk holdning hos personalet og pårørende kunne motvirke pasientens oppgitthet.

Miljøterapi

Miljøterapiens grunntanke er at i alle gode mellommenneskelige relasjoner finnes muligheter for å skape erfaringer som gir grunnlag for økt selvfølelse og sosial mestring hos pasienten. Med økte sosiale ferdigheter følger større trygghet og en mer positiv selvpåfatning – noe som i sin tur kan bidra til å minske symptombelastningen («lidelsestrykket»). Samspillet og relasjonene mellom pasienter og mellom pasienter og personale vil være avgjørende for at pasienten får sosiale erfaringer og kunnskaper som han/hun trenger for mestre livet i samfunnet. Her vil pasientens egenaktivitet være av stor betydning for bedringsprosessen (jf. Stensrud 2007).

3C oppfatter miljøterapi som tilrettelegging av betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i og ved hjelp av det

sosiale og materielle miljø i posten. Dette innebærer både strukturerte og ikke-strukturerte aktiviteter for pasientene i samvær med personale, medpasienter og besøkende. De viktigste kliniske funksjoner personalet skal dekke innen postmiljøets ramme er å: 1) sørge for pasientens sikkerhet, 2) skape nødvendig struktur som fremmer pasientens egenomsorg, 3) gjennomføre tiltak rettet mot symptom-mestring og 4) planlegge utskrivelse med vurdering av behov for videre støtte.¹ (Jf. Hummelvoll 2004)

3C arbeider for å skape et godt miljø for personer som trenger lengre tids behandling og omsorg. Det dreier seg om personer som har vært behandlet tidligere og som trenger ny vurdering, revisjon av behandlingsopplegg som skal bidra til både rehabilitering og habilitering for livet i lokalsamfunnet. I et slikt perspektiv skal postens miljøterapi fungere som en form for «psykososial skole» hvor miljøet skal speile noen av de krav og forventninger som møter den enkelte i lokalsamfunnet. Følgelig vil læringsaspektet være fremtredende. Eksempler på mer formaliserte læringstilbud er flerfamiliegrupper og psykosegrupper med psykoedukativt opplegg.

Den miljøterapeutiske samtalen er en integrert del av det miljøterapeutiske tilbudet pasientene mottar på 3C. Den har som mål å stimulere bedring og mestringsevne. Samtalene kjennetegnes ved at de er a) hverdagsnære (fokuserer på langsiktige mål knyttet til pasientens evne til å klare seg selv i egen bolig og opplevelse av livskvalitet og stimulere bedringsprosesser); b) hjelp til å forstå verden (gjennom kunnskap om løsning av praktiske og dagligdagse utfordringer og gjennom økt kunnskap om egen lidelse); c) stimulere livsmening (ved å legge vekt på verdier som håp, tro, respekt og likeverd, og å fokuserer pasientens mål og opplevelse av livskvalitet. (Jf. Østby 2007). Det betyr at den miljøterapeutiske samtalen har et helsefremmende mål, dvs. at personalet arbeider for at pasienten skal oppleve at livssituasjonen og de daglige utfordringer er forståelige, mulige å håndtere og at livet kjennes meningsfullt.

¹ For å skape et trygt miljø som gir grunnlag for personlig vekst for pasientene, vil miljøterapien på Akuttposten bygge på de fem komponenter i miljøterapien som J.G. Gunderson (1983) har presentert. Det dreier seg om struktur, involvering, beskyttelse ('containing'), støtte og bekreftelse (validering)

6 VEIEN VIDERE I MILJØTERAPIPROSJEKTET

Målsetting og verdigrunnlag

Gjennom resultatene fra flerstegs-fokusgrupper med de ansatte på 3C, er det nå utarbeidet en foreløpig målsetting og verdigrunnlag. Dokumentet vil være sentralt i postens framtidige arbeid. Målet er å integrere målsettingen og verdigrunnlaget i personalets daglige arbeid på posten. Den vil også være gjenstand for ny vurdering underveis i prosjektet.

Hovedfokuset i dialogundervisningen høsten 2007 har vært psykoseforståelse sett fra forskjellige perspektiver, virksomme faktorer i behandlingen og brukerperspektivet. Vinteren og våren 2008 ønsker post 3C å ha spesielt fokus på følgende:

Brukermedvirkning

Som en del av den individuelle tilnærmingen, vil posten fra nå av ha et spesielt fokus på brukermidvirkning. Vi ønsker at pasientene i større grad skal oppleve at de har medbestemmelse, og at de er aktive deltagere i egen. behandlingsprosess. Dette mener vi er en forutsetning for at pasientene skal kunne nå målet om et mest mulig selvstendig liv.

En gruppe er nedsatt for å arbeide videre med dette. Gruppen består av personer som har spesialkompetanse og interesse på dette området, og som har gjort gode erfaringer ved å trekke pasientene mer aktivt inn. Målet er å utarbeide en modell for hvordan 3C kan ivareta

brukermedvirkningen i det daglige arbeidet på best mulig måte.

Kompetanseheving i form av dialogbasert undervisning er ett tiltak. Fokus på brukermedvirkning, relatert til både holdninger og handlinger må implementeres både i personalgruppa som helhet og hos den enkelte ansatte. I dialogundervisningen ønsker vi å invitere representanter fra brukerorganisasjonene for å undervise. Å gjøre seg kjent med, og benytte den erfaringskompetansen som brukerorganisasjonene og pasientene på posten har, vil være nødvendig for å videreutvikle et godt miljøterapeutisk tilbud.

Vi ønsker også å synliggjøre vårt fokus gjennom skriftlig og muntlig informasjon og undervisning til pasienter, pårørende, andre poster, kommuner, DPS og studenter. Eksempler på dette er utarbeidelse av ny internettside og diverse brosjyrer for 3C, informasjon ved forvern, brukermedvirkning som tema i pasientundervisningen.

Utprøving av en aktiv brukermedvirkning i den kliniske hverdagen er viktig. Erfaringer, både positive og negative, tas med tilbake til dialogundervisningen. Dialogen bidrar til at vi kan gjøre nytte av hverandres erfaringer og om nødvendig undersøke andre løsninger.

Vi ønsker også å intervjuer enkelte pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Intervjuet vil ha fokus på hvordan pasienter opplever og erfarer innholdet i de avtalte/planlagte samtalene med personalet og de spontane, uformelle samtalene i det terapeutiske miljøet i posten.

Den miljøterapeutiske samtalen

Dette er et av de viktigste satsningsområdene fremover. Målet er å utvikle dialogen. Vi ønsker å få mer kunnskap om, og øvelse i, kommunikasjon med psykotiske pasienter og pasienter med rus, selvskading, personlighetsforstyrrelse og suicidalitet som tilleggsproblematikk.

Dialogen er en viktig tilnæringsmåte i miljøterapien, og er en

forutsetning for at vi skal kunne forstå pasientenes opplevelse av situasjonen. Dialogen er også med på å sikre at pasientene opplever medbestemmelse og innflytelse på eget behandlingsopplegg. På denne måten styrkes pasientenes selvbylde og motivasjon, og dermed legges grunnlaget for bedringsprosessen. Den miljøterapeutiske samtalen vil bygge på en helsefremmende (salutogen) tilnærming, dvs. å stimulere pasientens forståelse av sin situasjon, mestre livssituasjonen og oppleve mening og sammenheng.

I dialogundervisningen tenker vi i hovedsak å benytte oss av:

- Kompetanse/ressurser hos personalet på 3C
- Dag Østbys masteroppgave (2007)
- Bjørn Stensruds masteroppgave (2007)
- Nyere forskning innen miljøterapi (Eks: S. Vatne 2006).

Flere av postens ansatte har lang erfaring fra psykiatrien, flere har gjennomgått flerfamiliegruppeutdanning, og noen har videreutdanning i kognitiv terapi relatert til psykoser. Personalet vil nå i større grad få ansvar for dialogundervisningen, ved å forberede seg teoretisk eller ved å trekke frem eksempler fra den kliniske hverdagen.

Utprøving i den kliniske hverdagen er også viktig her. En måte å gjøre dette på er at to av behandlerne i miljøet som har en god relasjon til pasienten, har planlagte, formelle samtaler med pasienten. Én leder samtalen og én observerer. Samtalene planlegges i forkant. Observatøren følger med på det som skjer, og har fokus på strukturen, relasjonen, hensikten/målet og på om det blir et likeverdig møte. Evaluering/tilbakemeldinger til hverandre i etterkant kan vi lære mye av. Disse erfaringene kan også tas med tilbake til dialogundervisningen. Det er viktig at vi har disse ukentlige møtepunktene, der vi kan dele erfaringer (sikkerhetsnett).

Kommunalt samarbeid og nettverksarbeid

Pasienter med psykiske lidelser har behov for tjenester fra ulike instanser. Derfor er det viktig å utvikle et godt samarbeid mellom posten, kommunene og DPS. Ofte er det snakk om samarbeid med flere

forskjellige kommunale tjenesteytere. Målet er at alle våre pasienter får helhetlige og sammenhengende tjenester som bidrar til at de kan leve et mest mulig selvstendig liv i egen bolig.

Kommunesamarbeid

Vårt mål er å starte samarbeide med kommunene tidlig, gjerne før planlagte innleggelse. Å få møte pasienten i eget hjemme-/lokalmiljø, sammen med de kommunale tjenesteytere og pårørende, vil bidra til en bedre kartlegging av pasientens funksjonsnedsettelse.

Vi ønsker å utvikle samarbeidet videre ved å trekke kommunen mer aktivt med i hele behandlingsforløpet, gjennom deltagelse i planlegging, gjennomføring og evaluering. Det er de som har kunnskap/kompetanse om pasientens funksjon i eget hjemmemiljø, og de som har best kjennskap til de kommunale tjenestene. Sammen med pasienten kan vi formulere gode mål for oppholdet. Dette vil også være med å sikre et godt samarbeid under innleggelsen og spesielt i utskrivelsesfasen.

Vår erfaring er at mange pasienter ikke ønsker kontakt med kommunale tjenesteytere, selv om kommunen tilbyr sine tjenester. Vi ser på dette som en stor utfordring, og vil jobbe aktivt for å finne gode løsninger på dette. Vi håper at Tone Lise Bratterud kan bidra i dette arbeidet, gjennom dialogundervisninger denne våren.

Pårørendearbeid

3C har lang erfaring med pårørendearbeid. Dette har vært et satsningsområde gjennom flere år. Det er lagt et godt grunnlag for at dette arbeidet kan videreutvikles i vårt daglige arbeid. Posten har gode prosedyrer, flere med videreutdanning og mange erfaringer fra pårørendesamtaler og -seminarer. Ved å inkludere flere fra personalet i dette arbeidet, tror vi at bevisstheten og engasjementet vil øke. De pårørende må ses på som en ressurs i pasientens nettverk. Dette handler mye om holdningsskapende arbeid.

Individuell plan

Alle pasientene på 3C har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal utarbeides i

samarbeid med pasienten og andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Vi tenker at dette er spesielt viktig for pasienter med dobbeltdiagnose. Erfaringer viser ofte at den individuelle planen ikke brukes aktivt etter utskrivelsen. Vi ønsker å kartlegge hvorfor det er slik, og sammen med pasienten og kommunen komme frem til gode løsninger for den enkelte pasient. Det er viktig at endringer i pasientens liv fanges opp og at tjenestetilbudet korrigeres i tråd med dette, for å unngå tilbakefall og re-innleggelser.

Nettverksarbeid

Vi tror pasienter med dobbeltdiagnose har et spesielt behov for nettverksarbeid. Pasientenes nettverk må kartlegges mens de er innlagt, gjerne tidlig i behandlingsforløpet. Målet er å finne alternativer til rusnettverket. Personalet på 3C trenger undervisning og informasjon om nettverksarbeid og rus/dobeltdiagnose. Vi har en sosionom med nettverksutdannelse og en sykepleier som tar videreutdanning i dobbeltdiagnose. Disse kan brukes som ressurser i dialogundervisningen. I tillegg vil Arild Granerud bidra med tema sosialt nettverk, og en representant fra brukerorganisasjon skal bidra ift. temaet rus.

7 LITTERATUR

- Andersen, A. J. W. (1997). *Uten fasit: perspektiver på miljøterapi*. [Oslo]: Cappelen akademisk forl.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. [Stockholm]: Natur och Kultur.
- Beston, G. (2007). *Handlingsorientert forskningssamarbeid: refleksjoner fra forskningsprosjektet «Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet» (PHIL)*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Borg, M., & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Buber, M. (1990). *Det mellanmänskliga*. Ludvika: Dualis.
- Buber, M. (2004). *Jeg og du* (3. utg.). København: Hans Reitzel.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri: fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Drevdahl, D. J. (2002). Home and border: the contradictions of community. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 8.

- Eriksson, K., & Lindholm, L. (1993). Lidande och kärlek ur et psykiatrisktt vårdperspektiv: en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I Eriksson, K. (red.), *Möten med lidanden*. Åbo: Åbo akademi.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41(4), 327-335.
- Gunderson, J. G., Will, O. A., & Mosher, L. R. (1983). *Principles and practice of milieu therapy*. New York: Jason Aronson.
- Heron, J., & Reason, P. (2006). The practice of co-operative inquiry: research «with» rather than «on» people. I Reason, P., & Bradbury, H. (eds.), *Handbook of action research: the concise paperback edition*. London: Sage.
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforl.
- Hummelvoll, J. K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid: teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 8(1), 17-30.
- Hummelvoll, J. K. (2007). Fokusgruppeintervju: en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. I Beston, G., *Handlingsorientert forskningssamarbeid: refleksjoner fra forskningsprosjektet «Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet» (PHIL)*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E., & Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2005). Researchers experience of co-operative inquiry in acute mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 180-188.
- Kizinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299-302.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Maunsbach, M., & Dehlholm-Lambertsen, B. (1997). Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservation. *Nordisk medicin*, 112(4), 126-128.
- Reason, P., & Heron, J. (1986). Research with people: the paradigm of co-operative experiential inquiry. *Person-Centered Review*, 1(4), 456-475.
- Røssberg, J. I. (2005). Relasjoner mellom pasient og stab: hva fremmer et gunstig behandlingsmiljø? I S. Opjordsmoen, P. Vaglum & G.-R. B. Thorsen (red.), *Oss imellom: om relasjonenes betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig.
- Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Medical Association. (2002). The declaration of Helsinki. Sist lest 28. januar, 2008, fra <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.
- Østby, D. (2007). *Den miljøterapeutiske samtalen: en viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?* Elverum: Høgskolen i Hedmark.