

Kari Nysveen, Eva Karin Hagen,
Arild Granerud og Kjell Nordby

Miljøterapiprosjektet

Mål og verdigrunnlag 2

Høgskolen i Hedmark
Notat nr. 3 – 2008

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

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

Forfatterne 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 utført.

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

Notat nr. 3 – 2008

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 978-82-7671-666-5

ISSN: 1501-8555



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Miljøterapiprosjektet – mål og verdigrunnlag 2			
Forfattere: Kari Nysveen, Eva Karin Hagen, Arild Granerud og Kjell Nordby			
Nummer: 3	Utgivelsesår: 2008	Sider: 78	ISBN: 978-82-7671-666-5 ISSN: 1501-8555
Oppdragsgiver: Sykehus Innlandet og Høgskolen i Hedmark			
Emneord: Verdier, mål, psykisk helsearbeid, miljøterapi			
<p>Sammendrag: Sykehuset Innlandet, Divisjon psykiatri, 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 aksjonsforsknings opplegg fordi det angir retningen på arbeidet/forskningen. Dataene har blitt skapt gjennom flersteg-fokusgruppeintervjuer med medforskere på posten (7-8 medarbeidere på hver fokusgruppe), og analysert med hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p>Hovedmål for posten er blant annet å utvikle og representere spesialisert kompetanse innen psykosebehandling og psykososial rehabilitering/habilitering samt forebygge og vurdere risiko for vold og farlighet. 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, ansvar/ansvarlighet, autonomi versus paternalisme, utholdenhet, 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 2			
Authors: Kari Nysveen, Eva Karin Hagen, Arild Granerud og Kjell Nordby			
Number: 3	Year: 2008	Pages: 78	ISBN: 978-82-7671-666-5 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 (7-8 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, autonomy versus paternalism, perseverance and also 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 environmental resources of the ward.</p>			

INNHold

Forord	9
1 Innledning	11
2 Forskningsfeltet	15
Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering.....	15
Beskrivelse av post B8.....	16
<i>Personalsammensetning og pasientgruppe</i>	16
<i>Behandling og tilbud</i>	18
<i>Miljøterapi</i>	19
<i>Teoretisk referanseramme</i>	21
<i>Aktiviteter</i>	21
<i>Pasientundervisning</i>	22
<i>Familiearbeid</i>	22
3 Metode	25
Datainnsamlingsmetode og analyse.....	26
Ethiske overveielser.....	29
4 Mål og verdigrunnlag – refleksjon over datamaterialet	31
Mandat og målgruppe.....	31
Hovedmål.....	32
Syn på behandling og omsorg.....	33

Mål for pasientbehandlingen	40
Verdigrunnlag og postkultur	42
<i>Tillit</i>	42
<i>Forutsigbarhet</i>	43
<i>Trygghet</i>	43
<i>Respekt/likeverdighet</i>	44
<i>Ansvar/ansvarlighet</i>	45
<i>Medbestemmelse (brukermedvirkning)</i>	46
<i>Utholdenhet</i>	48
<i>Autonomi versus paternalisme</i>	49
Miljøterapi	50
Sammendrag	56
5 Mål og verdigrunnlag for B8	59
Mandat	59
Målgruppe	59
Hovedmål	60
Mål for pasientomsorg og behandling	60
Syn på behandling og omsorg	61
Verdigrunnlag og postkultur	62
<i>Respekt/likeverdighet</i>	63
<i>Ansvarlighet</i>	63
<i>Medbestemmelse</i>	63
<i>Trygghet</i>	64
Miljøterapi	64
6 Veien videre i miljøterapiprosjektet	67
Målsetting og verdigrunnlag	67
Brukermedvirkning	68
Den miljøterapeutiske samtalen	69
Pårørende	71
Rus	72
Kommunalt samarbeid	73
7 Litteratur	75

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 virksom 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. Enhetsleder Anne Kristoffersen og assisterende enhetsleder Kristin Jacobsen har bidratt med råd og viktige innspill. Videre har Jan Kåre Hummelvoll, Bjørn Stensrud og Dag Østby i miljøterapiprosjektet har vært aktive bidragsyttere til 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 hverdag. Dette er et fruktbart samarbeid som det høstes gode erfaringer fra. Det er også spennende å være inkludert i et sterkt fagmiljø som dette samarbeidet representerer.

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

For å ha mulighet til å gjennomføre dette prosjektet er finansieringen en vesentlig faktor. Vi ønsker å rette en takk til Divisjon Psykisk helsevern og Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering som finansierer stillingen som prosjektkoordinator. Vi vil også rette en stor takk til Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri for tildeling av økonomiske midler til prosjektet i 2007. Fra Forskningsenheten i Sykehuset Innlandet ble prosjektet tildelt penger som dekker innleie til skrivejeneste til prosjektet. En takk til dere.

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

Hensikten med prosjektet er å bidra til kompetanseheving hos personale 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 helse-tjenesten 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 uttryksformer 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 meningsfylte. 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 meningsskapende 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 tilleggsproblem 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 miljøterapi 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 finslipt 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 utviklingspotensialet. Særlig viktig vil det være å tilrettelegge for en behandling som muliggjør at pasienten blir en aktiv deltager i egen behandling. I tillegg til gode interne samarbeidsrelasjoner ønsker avdelingen å videreutvikle samarbeidet med distriktpspsykiatriske sentra, kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner. Viktig er også samarbeidet med andre sykehusavdelinger og andre faglige nettverk.

Målet er å tilby pasienter med en schizofreni eller annen psykose et godt faglig behandlingstilbud med hensyn til tidlig intervensjon ved mistanke om psykoselidelse, tidlig diagnostikk, adekvat behandlingsoppfølging 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 B8

Posten er organisert innen seksjon for ressurs og sikkerhet. Den har seks plasser i post, derav to skjermingsenheter. Posten disponerer to treningsleiligheter på sykehusområdet. Totalt har posten åtte behandlingsplasser. Lokalene er nyoppussede og romslige. Posten sliter likevel med lokaler som ikke er godt egnet i forhold til målgruppe og funksjon.

Personalsammensetning og pasientgruppe

Posten blir ledet av en enhetsleder (psykiatrisk sykepleier) og en assisterende enhetsleder (spesialvernepleier). Avdelingsoverlegen i avd. for psykosebehandling og rehabilitering er for tiden fungerende overlege/psykiater inntil det blir ansatt ny overlege i stillingen. Posten har foruten avdelingssykepleier ansatt fem psykiatriske sykepleiere, to spesialsykepleiere, sju sykepleiere, to vernepleiere, to miljøterapeuter, en miljøterapeut med videreutdanning (SEPREP) fem hjelpepleiere og seks miljøassistenter. Posten har i tillegg sosionom, postsekretær og postvert. Posten har vikarer i kontrakter av kortere eller lengre varighet for ansatte som er ute i permisjoner eller langvarige sykemeldinger. Disse vikarene sammen med postens tilkallingsvikarer er

sammensatt av personer med ulike alder, fag og yrkesbakgrunn. På grunn av postens sikkerhetsfunksjon er sammensetningen fordelt med ca. 70 % menn og 30 % kvinner.

Flere ansatte har spesialkompetanse innefor ulike områder som: Terapeutisk konflikthåndtering, veiledning, HCR-20 risikovurdering og risikohåndtering (VIVO1 og VIVO11). Disse ressurspersonene brukes aktivt i forhold til samhandlingstrening for personalet og som en integrert del av det daglige arbeidet i forhold til sikkerhetsvurderinger og utforming og tilrettelegging av miljøterapien til den enkelte.

Personalet jobber i 2 delt turnus, det er egne nattevaktstillinger. Personalet er delt inn i to grupper med en gruppeleder. Hver gruppe har ansvaret for å planlegge organisere og evaluere miljøterapien til pasientene på gruppa. Hver tredje uke har gruppa avsatt en dag til dette arbeidet. Turnusen er da slik at grupped medlemmene er på jobb denne dagen. Evalueringer og sikkerhetsvurderinger i forhold til utgang og permisjoner samt andre overordnede føringer gjøres i samarbeid med avdelingsledelsen og overlegen. Gruppa sammen med sosionomen utformer og konkretiserer miljøterapeutiske tiltak og utarbeider retningslinjer/samarbeidsavtaler for hver enkelt pasient.

I forbindelse med morgenrapporten blir eventuelle vold/aggresjons episoder analysert og drøftet for å kunne gjøre fortløpende vurderinger og intervensjoner. Symptombilde og funksjonsnivå til pasientene på B8 kan variere mye. De fleste har i hovedsak sammensatt problematikk og funksjonsnedsettelse på flere områder. Enkelte kan ha god funksjonsevne etter for eksempel en enkeltstående psykotisk episode hvor det har skjedd en alvorlig voldshandling. Dette krever at personalet har gode fagkunnskaper spesielt om psykose og vold/ aggresjonsdynamikk. Det er viktig at personalet overholder sitt ansvar i forhold til å følge sikkerhetsinstruksjonen og sikkerhetsvurderinger for hver enkelt pasient. Stor grad av fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgaver, evne til å gjøre gode observasjoner, evne til å holde ut over tid og være tålmodig er viktige egenskaper. Gode holdninger i møte med pasienter som har begått alvorlige voldshandlinger er vesentlig.

Pasienter med schizofreni eller annen psykoselidelse og som har aggresjons- og farlighetsproblematikk er postens målgruppe. Mange har tileggs-

problemer som for eksempel rus. Flere av pasientene har behov for langvarig behandling, rehabilitering og habilitering, samt behov for langvarige koordinerte og sammensatte tjenester etter utskrivelse. Noen vil ha behov for et høyt omsorgsnivå kanskje livet ut. Enkelte mangler grunnleggende praktiske og sosiale ferdigheter på en rekke områder. Flere av pasientene er innlagt over lang tid (2 ½–4 ½ år) på post B8. Noen har hatt mer eller mindre langvarige innleggelses på B8 eller andre poster i en periode på 10–20 år.

Posten har ofte krevende utskrivelsesprosesser som krever et tett samarbeid med kommunene de skal utskrives til. Utfordringene består i hovedsak av å etablere egnede bo og hjelpetilbud. Ofte har ikke kommunene et tjenestetilbud som er egnet/tilstrekkelig for vår målgruppe. Mange av pasientene i vår målgruppe vil være avhengig av langvarig og omfattende støtte og hjelp fra det profesjonelle nettverket. Overføring av kunnskap om og kjennskap til pasienten fra personalet i posten til det kommunale hjelpeapparatet er vesentlig i utskrivelsesprosessen. Utfordringen består i å ha kompetanse og påvirkning i forhold til å kunne utløse et bo og tjenestetilbud som er egnet slik at pasientene kommer videre i behandlingsskjeden.

Behandling og tilbud

Observasjoner og vurderinger er viktige funksjoner på posten. Det legges vekt på å observere symptomer og funksjonsnivå. Det legges stor vekt på å observere og kartlegge individuelle forvarslar og sårbarhetssammenhenger i forhold til vold og aggresjon.

De fleste pasientene har behov for medikamentell behandling. Målet er å ha en medikamentell behandling med optimal effekt og minimalt med bivirkninger.

Fokus på og kompetanse på å forebygge vold og aggresjon er vesentlig for å fremme vekst og utvikling til den enkelte. Posten er i en prosess med å ta i bruk egnede registreringsverktøy og systematisere dette arbeidet. Arbeidet inngår som en helhet i å observere og kartlegge den enkeltes forvarslar og sårbarhetssammenhenger i forhold til forverring av symptomer og foranledninger til vold og aggresjon. Det er også fokus på hvordan en best kan intervenere så tidlig som mulig for å forebygge. Det er økende bevissthet om

sammenhenger og hvilken kontekst vold og aggresjon forekommer. Posten har etablert gode rutiner og samhandling for å ivareta pasienten når bruk av tvang og makt er nødvendig. Posten jobber med å videreutvikle og systematisere opplæringen av nytilsatte og ufaglærte vikarer i å observere forvarsler, sykdomsforståelse og håndtering av vold/aggresjon.

Overgangen fra å være innlagt i en lukket sikkerhetspost til utflytting og utskrivelse vil for mange være for stor. Treningsbolig på området innebærer en mykere overgang. Pasienten kan venne seg til å være mer alene. Vi jobber målrettet mot økt frihet og uttente egenkontroll i forhold til risikosituasjoner. I treningsboligen kan vi mer detaljert observere og dokumentere pasientens hjelpebehov og målrettet trene på å oppøve ulike funksjoner.

Miljøterapi

Posten legger vekt på en individuelt tilpasset miljøterapi. Vi har fokus på en hverdagsnær og praktisk miljøterapi hvor pasientens mestring og ressurser vektlegges. Posten tilstreber en helhetlig tilnærming hvor man setter fokus på pasientens individualitet, historie, nåtid og framtid. Posten benytter ulike modeller i miljøterapien og vi tilstreber at den skal være fasespesifikk og behovstilpasset den enkelte. Posten ønsker et evalueringsorientert behandlingsmiljø hvor en benytter modeller som virker. Underveis i miljøterapiprosjektet har vår bevissthet og refleksjon i forhold til ansvar økt. Pasientgruppa vil i varierende grad være i stand til å ta ansvar på ulike områder. I miljøterapiprosjektet har det bidratt til faglige diskusjoner og refleksjoner om hva pasienten selv kan ta ansvar for, og hvilket ansvar personalet må ta. Postens ansatte vektlegger å skape dialog og relasjon med pasienten. Gjennom miljøterapeutiske samtaler (uformelle og formelle), aktiviteter utenfor posten og meningsfullt innhold i hverdagen (jobb/skole, fritidsaktiviteter), søker vi å skape arenaer for vekst og utvikling for å endre uheldige mestringsstrategier.

Personalet vektlegger et trygt behandlingsmiljø. Pasienten skal kjenne seg trygg på ikke å bli skadet av andre pasienter, skade andre eller seg selv. Det legges vekt på at personalet er trygge på jobb. Nok personale på jobb, kompetanse, kjennskap til pasienten og hverandre er faktorer det har vært fokusert på i miljøterapiprosjektet.

Vi ønsker en målrettet miljøterapi med fokus på hva som virker best for den enkelte. Pasientens ønsker og behov tas hensyn til i dette arbeidet. Hva man kan møte den enkelte på i forhold til ønsker og behov blir tatt opp daglig i forbindelse med morgenrapporten og hver tredje uke på gruppemøtene. Hver pasient er tildelt en miljøkontakt på dag og kveld som de kan ta opp ønsker med. Enkelte pasienter har ukentlige miljøterapeutisk samtale med gruppeleder og ett annet personale fra gruppa. En pasient har miljøterapeutiske samtaler med primærkontakt og et annet personale fra gruppa. Det blir skrevet referat som blir gjennomgått på neste møte. Møtene fokuserer i hovedsak på pasientens situasjon her og nå og videre framover. En tar opp praktisk og sosial fungering, ønsker for aktiviteter, utgang og permisjoner. Gjennom dialog prøver en å trekke pasienten aktivt med i behandling, og se konsekvenser av egne valg. Hovedfokus er på hva pasienten mestrer. En evaluerer også i forhold til hva vi og pasienten kan endre. Dette møtet tilrettelegges individuelt i forhold til rammer og innhold ut i fra pasientens problematikk og tilstand/fase. Dette er et forum hvor brukermedvirkning ivaretas. Pasienten og personalet får synliggjort endringsprosesser. En får fordelt ansvar og bestemt hvem som gjør hva. En kan ta opp vold/aggresjonsepisoder med pasienten og søke å finne en felles forståelse og hjelpe pasienten til å finne hensiktsmessige mestringsstrategier. Miljøterapeutiske samtaler kan også hjelpe til å bære pasientens håp og motivasjon.

De fleste pasientene har individuelle retningslinjer/samarbeidsavtaler som skaper oversikt og struktur for pasienten og personalet. Personalet utarbeider også holdningsplaner for enkelte av pasientene for å sikre informasjonsflyt til alle i personalgruppa om hvordan en skal møte/forholde seg til den enkelte. Posten har utarbeidet husregler men det er lite fokus på disse, nå er reglene mer individuelt tilpasset. Posten tilstreber å ha færrest mulig regler, men ha en felles forståelse av at det er viktig å følge de vi har.

Målet med behandling/miljøterapi er at pasienten skal kunne leve best mulig med sin lidelse og redusere risikoen for vold og farlighet mest mulig. Noen ganger vil dette arbeidet bestå i å hjelpe pasienten til å finne nye (holdbare) livsverdier og mål. Sentralt i dette er å støtte pasientens egen problemløsnings- og mestringssevne. I en sikkerhetspost er det vesentlig å finne pasientens trivselskilder som grunnlag for vekst og utvikling. Vi ønsker å videreutvikle og systematisere arbeidet med å observere og kartlegge for-

varselssignaler sammen med pasienten for å skape felles forståelse som et grunnlag for at pasienten bedre kan finne og ta i bruk egne helsefremmende mestringsstrategier.

Teoretisk referanseramme

Teoretisk referanseramme for posten er knyttet til Gundersons (1978) miljøterapeutiske prosesser og ego-støttende sykepleie. I tillegg henter vi forståelse fra et eksistensielt grunnsyn hvor flere av våre verdier springer ut fra. Teoriene og begrepene er lite synliggjort/uttrykt i det daglige arbeidet men er kjent for de fleste i personalgruppa og ligger implisitt i møte med den enkelte pasient og er gjenstand for drøftinger på dialogundervisning. Teorier og tenkning ligger også innebygd i forståelse og referanseramme i utforming av pleieplaner og miljøterapi. Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering arrangerer halvårlige introduksjonskurs for nytilsatte og vikarer. Disse teoriene er en del av denne undervisningen. Teoriene sammen med temaer fra Solfrid Vatnes (2006) bok «Korrigere og anerkjenne» har vært brukt i internundervisningen på posten. Vi har ønske om å utvikle og systematisere arbeidet med fokus på teori og begreper slik at vi får en bedre forståelse av hva vi legger i begrepene og kan snakke samme språk.

Aktiviteter

Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering har ansatt kulturrådgiver og det er etablert et kulturnettverk i samarbeid med postene. Det arrangeres ulike kultur og fritidsaktiviteter som pasientene kan delta på, enten sammen med personalet fra posten eller alene hvis de har ønske om og mulighet til det. Det blir bl.a arrangert konserter, ski- og akedager, overnattingsturer m.m.

Avdelingen har ansatt sysselsettingskonsulent. I samarbeid med denne har enkelte av pasientene på posten fått hjelp til ulike arbeidsaktiviteter og kurs i nærområdet og i hjemkommunen. Hovedutfordringen er å finne vernet/egnet arbeid for pasienter med stekt svekket funksjonsevne.

Avdelingen har snekkerverksted som har lang erfaring og kompetanse på arbeidstrening for pasienter. Antall plasser her er begrenset men dette er et arbeidstiltak som har fungert bra for enkelte av pasientene på posten.

Posten har ingen gruppe eller fellesaktiviteter. Personalet på posten tilrettelegger individuelle aktiviteter i samarbeid med pasienten. Posten har en etablert struktur hvor pasientene har ukentlige ukeplanmøter med dagskontakten. Dette møtet er i hovedsak lagt til fredag og ukeplanen gjelder da fra mandag. Pasienten og personalet evaluerer her uka som har vært. Hva har fungert bra og hva har ikke fungert så bra. Det er fokus på hva pasienten mestrer og hva som skal til for å komme i gang og gjennomføre en ønsket aktivitet. Dags- og kveldskontakter for hele uka blir presentert på ukeplanmøtet. Pasienten kan da til en viss grad selv bestemme hvilke av kontaktene han/hun vil gjøre ulike aktiviteter med. Dette krever kontinuitet, fleksibilitet og organisering i personalgruppa. I perioder lar dette seg vanskelig gjennomføre pga høyt sykefravær og mye uro/utagering i post. Posten har begrenset tilgang til bil og personale som kan være med på individuelle aktiviteter.

Posten har erfaring med at det ofte kan være vanskelig å få videreført arbeids og fritidsaktiviteter for pasientene i hjemkommunen. Kommunen har ikke økonomi og personalressurser til å kunne tilrettelegge individuelle aktiviteter i samme grad som posten. Dette er noe posten setter fokus på i en helhetlig sammenheng. Mange av pasientene har sterkt nedsatt funksjonsevne både sosialt og praktisk og trenger mye oppfølging etter utskrivelse. Godt samarbeid med hjemkommunen i planlegging er vesentlig for å forebygge tilbakefall.

Pasientundervisning

Avdelingen har i samarbeid med postene arrangert psyko-educative kurs (ESL, EBL, En sunnere hverdag) hvor gruppene er sammensatt av pasienter fra ulike poster og fra kommunene i nærheten. Flere av pasientene som har vært innlagt på posten har deltatt på disse kursene.

Familiearbeid

Avdeling for psykose og rehabilitering har utarbeidet prosedyrer for familiearbeid som er distribuert til postene. Disse prosedyrene er lite kjent i personalgruppa. Posten har ikke utarbeidet egne prosedyrer for familiearbeid. Erfaringene fra posten er at familiearbeidet tilpasses den enkelte families

behov. En stor utfordring B8 har er der pasienten ikke ønsker at personalet skal ha kontakt med familien. Familie og andre besøkende tillates ikke å komme inn i posten. Posten har møterom og besøksrom. Erfaringen på posten er at pasienter som har vært innlagt over lang tid sjelden får besøk av familien. Personalet er med på hjemmebesøk eller kjører og henter.

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). Forskningstilnærmingen i dette prosjektet og etter hvert metoder innhenting og analyse av data har blitt drøftet både i avdelingens FoU enhet, prosjektets arbeidsgruppe og i Høgskolens Prosjektforum.

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 (jfr. 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 sentrale emner som er valgt av forskeren, men som har sitt utspring i en kartlegging som ble gjennomført på forhånd (spørreskjema til alle ansatte høsten 2006). 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 følelseladete uttalelser om temaet som blir diskutert kan ofte komme fram (Kvale, 1997). På denne måten kan fokuserte gruppeintervjuer få fram 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.

Handlingsorientert forskingssamarbeid slik den er brukt i Miljøterapi-prosjektet, er en bærende metode for utvikling av kunnskap flersteg-fokusgruppeintervjuer. Ved at stort sett samme gruppe møtes flere ganger vil en få lengre prosess i gruppen. Det som karakteriserer en flersteg-fokusgruppe er at samme gruppe (stort sett) undersøker sentrale fokuserte temaer 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 fram 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 noe 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. I tillegg deltok en representant fra avdelingens FoU-enhet, som sekretær. Assisterende moderator observerte gruppedynamikken, kom med tilleggsspørsmål, og gjorde feltnotater underveis i intervjuet. Alle ansatte på posten (31 stillinger), som var fast ansatt eller i et vikariat av minimum et halvt år 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 det konkrete intervjuet valgte enhetsleder og enhetens prosjektkoordinator ut hvem som kunne delta ut fra en vurdering

om tverrfaglighet i fokusgruppeintervjuet og at det måtte være forsvarlig bemanning igjen inne i enheten mens intervjuet ble gjennomført.

I første intervju (20.06.07) deltok sju ansatte (medforskere). Det var tre kvinner og fire menn. Tre var noe over tretti, to litt over førte og to over femti. I andre (31.10.07) og tredje (03.12.07) intervju var det sju deltakere. I begge disse intervjuene var det en overvekt av menn og hovedvekten av deltakerne var noe over tretti eller noe over førti. Noen har deltatt i alle tre intervjuene, noen i to og noen i kun ett av intervjuene. Fagbakgrunn for deltakerne: tre psykiatriske sykepleiere, en spesialsykepleier (sykepleier med SEPREP), fire sykepleiere, en spesialvernepleier, to miljøarbeidere (treårig høgskoleutdanning som lærer), to hjelpepleiere og tre miljøassistenter. Hvert fokusgruppeintervju varte i ca. 1,5 time, og ble tatt opp på bånd.

Intervjuet startet med å informere om hensikten med intervjuet og rollen til moderator, observatør og sekretær. Intervjuguiden som hadde blitt utviklet til dette første intervjuet, ledet samtalen. Etter fokusgruppen ble intervjuet transkribert, og analysearbeidet startet ved at moderator og assisterende moderator (observatør) leste intervjuet flere ganger, samt gikk gjennom feltnotatene. Sentrale begrep i intervjuet ble identifisert, og nye spørsmål til neste fokusgruppeintervju ble klarlagt. Den forløpige analyse 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 forløpige 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 forløpige analyse utført, og alle postens medforskere fikk på nytt tilbakemelding i eget møte. I dette forskningssamarbeid, hvor deltagerne er å forstå som medforskere, ble møtereferatene, analysen og tolkningen av materialet gjort til gjenstand for diskusjon. Moderator og observatør har i disse møtene hatt en rolle som samtaleledere. En av de ansatte i posten har skrevet referat fra disse møtene. 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 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 intervju, 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). Det samme har personvernombudet for forskning for SIHF. Retningslinjene i Helsinki-deklarasjonen (World Medical Association, 2002) ble fulgt.

4 MÅL OG VERDIGRUNNLAG – REFLEKSJON OVER DATAMATERIALET

Dette kapitlet presenterer resultater fra flerstegs-fokusgruppeintervjuer med ansatte på posten knyttet til mål og verdigrunnlag. Intervjuene ble gjennomført høsten-07. Disse refleksjonene danner grunnlaget for kapittel 5. Eksempler på utsagn fremstilles i kursiv i teksten.

Mandat og målgruppe

Posten har som mandat å ta i mot personer med alvorlige psykiske lidelser i Hedmark og Oppland som har behov for spesialisert behandling, omsorg og rehabilitering/habilitering.

Behandlingstilbudet skal tilrettelegges spesielt for personer som har en schizofreni eller andre psykoselidelser med behov for innleggelse, vurdering, spesialisert behandling og omsorg. Posten har også et prioritert ansvar for å ta i mot personer som er dømt til behandling i tvungen psykisk helsevern før de eventuelt føres videre i behandlingsskjeden og hvor spesialistvurderinger gjøres i forhold til farlighet. Pasienter som er dømt til soning vil også være i postens målgruppe. Posten har dessuten et ansvar for å utføre vurdering av vold /farlighet av pasienter som er innlagt på andre poster.

Pasientgruppen vil ofte ha en uttalt funksjonsnedsettelse inkludert tileggsproblemer som rus, høy grad av paranoide symptomer, uro, sinne/aggresjon, verbal og eller fysisk utagering med behov for lukket post, skjerming og faste rammer ut over akuttfasen.

Pasientene som er innlagt på posten har behov for behandling og omsorg som er knyttet til den enkeltes situasjon og tilstand med en helhetlig vurdering og med fokus på hvilke ressurser og funksjonsnivå den enkelte har. Flere av pasientene har store funksjonsnedsettelser og funksjonshindringer. Behandlingen må derfor ta hensyn til denne funksjonssvikten slik at den enkelte pasient kan oppleve lindring og reduksjon av symptombelastning for å kunne bli i bedre stand til en økt mestring av sine helseproblemer.

Tenker spesielt at de pasientene som vi har, er jo ganske sårbare, ofte med høy angst. Mange av dem har ikke de rette mestringmåtene når det gjelder å løse problemer heller. Mange bruker det utad på aggresjon og vold.

Hovedmål

Hovedmålet for posten er å utvikle og representere en spesialisert kompetanse innen psykosebehandling og rehabilitering/habilitering til pasienter med alvorlig psykisk lidelse for nevnte målgruppe. En viktig forutsetning er at pasienten i større grad skal kunne mestre sine helseproblem og bli i bedre stand til å ta mer ansvar for sitt liv. Dette forutsetter at posten utvikler en behandlingskultur hvor både pasient og personalet opplever trygghet og hvor man setter fokus på å forebygge og vurdere risiko for vold og farlighet. Et trygt miljø vil være med på å bidra til den enkelte pasients mulighet for vekst og utvikling. Et hovedmål for posten er å utvikle det miljøterapeutiske tilbudet med spesielt fokus på den helsefremmede miljøterapeutiske samtalen slik at den både tilpasses den enkelte pasient og den aktuelle pasientgruppens ressurser og problemområder. Et personorientert miljøterapeutisk opplegg innebærer at det legges vekt på brukerperspektivet i behandlingen og omsorgen. Det legges vekt på å etablere et godt og gjensidig samarbeide med divisjonens akuttavdelinger og etablere gode samarbeidsrutiner og relasjoner med kommunene slik at pasientens muligheter for personlig og sosial rehabilitering/habilitering fremmes.

De vet jo ikke hvor grensene går og hva samfunnet har slags normer og regler, det er jo derfor det går i stykker.

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. Pasientene som er innlagt på B8 vil være preget av alvorlige psykoselidelser med funksjonsnedsettelse og funksjonssvikt på mange områder. Enkelte av pasientene har vold og farlighetsproblematikk som hovedproblem, noe som gjør at posten har et spesielt og forpliktende ansvar i forhold til pasienten i et langsiktig perspektiv. Et av målene for posten er at den enkelte pasient får en behandling og omsorg som skal gi en best mulig livskvalitet for den enkelte. Dette betyr at behandlingen og omsorgen er personorientert og tar utgangspunkt i den enkelte pasient sine ønsker, mål og verdier.

Det å sette fokus på en personorientert behandling og omsorg vil forutsette at personalet i samarbeid med pasienten forsøker å etablere og utvikle et samarbeid om hva som er målet for oppholdet. Dette samarbeidet vil da ha fokus på den enkelte pasient sine problemer, behov og ressurser og i samarbeid finne ut hva som skal til for at den enkelte opplever vekst og utvikling.

At jeg har blitt bedre til å tenke individuelt nå.

Noe jeg tenker har vært suksess kriterier, at vi har vært medmennnesker, vi har vært der sammen og vi har ikke avvist dem. Vi har klart å vise dem en empatisk side. Klart å være sammen med dem. Det tror jeg har vært helt avgjørende for deres bedring.

Enkelte av pasientene som er innlagt vil være dømt til behandling og være underlagt straffeloven, noe som vil ha betydning for behandlingens innhold og varighet. Dette vil også ha betydning for pasientens mulighet til frihet og egne ønsker i behandlingen når det gjelder for eksempel utgang og permisjoner. Her vil personalet i enkelte situasjoner stå ovenfor ulike faglige utfordringer om forsvarlighet. Det å trekke inn pasientens nettverk, både det private og

det profesjonelle og kunnskap om lokalsamfunnet, vil være en forutsetning når pasienten skal etableres i kommunen. I samarbeidet med det kommunale nettverk vil posten ha en ha et spesielt forpliktende ansvar så lenge risikoen for vold og farlighet er tilstede og så lenge pasienten er underlagt lov om tvungen psykisk helsevern.

I samtalene med personalet har et helhetlig menneskesyn med fokus på det positive hvor pasientens ressurser blir vektlagt sammen med pasientens evne til å mestre. Personalet trekker her fram «de små ting i hverdagen» som gir en opplevelse av å få til.

Det tror jeg er veldig viktig, at vi har det helhetlige menneskesynet, altså i våre holdninger. At vi kan fokusere på det som de gjør bra, uansett om detet kan være en liten ting.

Det å møte pasienten med en helhetlig tilnærming vil bidra til at pasienten blir kjent med seg selv og bedre i stand til å finne sin identitet. 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. En helhetlig tilnærming vil også innebære den sosiale sammenhengen pasientens bedringsprosesser skjer innenfor. Dette vil gjelde pasientens familie, nettverk og lokalsamfunn.

Jeg tenker at vi må bidra til at pasienten på en måte blir kjent med seg selv og vet hvem man er, hvem man har vært og hvem en har lyst til å bli.

Inn i dette helhetssynet vil ulike modeller når det gjelder postens behandlingsfilosofi trekkes fram. Intervjuene viser at det hentes inspirasjon og tenkning fra flere behandlingsmodeller for å forstå og møte pasienten på en god måte.

Jeg tenker på, hva er brukermedvirkning i forhold til vår modell. Vi jobber jo ut fra en medisinsk modell.

Sammen med den medisinske modellen hvor biologiske årsaker og medikamentell behandling er viktige komponenter, vil den sosialpsykiatriske modell med nettverksperspektivet – hvor pasientens familie blir trukket med i be-

handlingen også være vektlagt. Denne tilnærmingen oppfattes som relevant når det dreier seg om arbeid for sosial inkludering i lokalsamfunnet. Endelig vil også de eksistensielle aspektene ved pasientens lidelse, slik som opplevelse av mening, mestring og livskvalitet bli vektlagt i postens arbeid.

Grunnlaget var å møte pasienten i sin hverdag med dens krav, utfordringer og hva pasienten mestrer, for så gjennom dialog finne de beste løsningene for veien videre.

Pasientene som er innlagt på B8 er en sårbar pasientgruppe med funksjonsnedsettelse på flere områder. Enkelte av pasientene er innlagt til vurdering for så å henvises videre i behandlingsskjeden. Andre har behov for innleggelse over lang tid. 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).

Slik som jeg opplever det, så er det jo tanken på å møte pasienten som mest mulig likeverdig og som medmenneske.

Topor og Borg 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.

Personalet trekker fram betydningen av en individuell tilnærming til pasienten. I denne sammenheng snakker de om å møte pasienten som individ, finne fram til den enkeltes ressurser og interesser og gjennom samhandling, dialog og relasjon styrke pasientens bedringsprosesser. Bruk av ukeplan for å strukturere pasientens aktiviteter i hverdagen, er et sentralt verktøy. Refleksjon med fokus på en mer personorientert behandling er i større grad tilstede i dagens miljøterapeutiske tilnærming enn tidligere. Tidligere hadde posten mer faste og rigide grenser rundt pasienten.

Ja, vi reflekterer mer nå og møter pasienten mer individuelt her og nå, grensene har vært så faste og rigide på sånne ting før.

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.

Vi må åpne opp for vekst, for å få vekst. Være flinkere til å åpne opp, men samtidig ivareta den samme sikkerheten.

Personalet framhever i dette utsagnet at det terapeutiske miljøet må ha en åpenhet og fleksibilitet rundt den enkelte pasient for å skape vekst og utvikling. For at pasienten skal bli bedre stand til å ta ansvar for sine handlinger, se og vurdere disse, samt bli i stand til å vurdere konsekvenser av det en gjør, blir det viktig at en ikke handler for impulsstyrt. Det å handle impulsivt kan være et problem for flere av pasientene på posten. Av den grunn er det behov for rammer og struktur. Samtidig som rammer og struktur er nødvendig, må ikke disse bli for trange og rigide slik at de hindrer vekst og utvikling.

Vi var mindre fleksible på noen rammer før enn det vi er nå, men samtidig som vi på en måte har vært tydelige og klare på rammer så har vi allikevel klart å ha en god relasjon til pasienten.

Pasientene skal etter hvert flytte ut igjen og bør da kunne handle mer adekvat i forhold til omgivelsene. Et miljø som er preget av vekstmuligheter vil gi pasienten muligheter til å prøve ut handlingsalternativer, gå inn i relasjoner som gir grobunn for vekst og mestring og det å lære seg å forstå og uttrykke handlinger gjennom meningsfylt dialog med menneskene rundt seg.

Fra samtaleutdragene blir relasjon og dialog vektlagt i postens miljøterapeutiske tilnærming. Tidligere jobbet personalet etter en modell «utviklingsfremmede konfrontasjoner» hvor man gjennom forpliktende dialog fokuserte på aktiv deltakelse i eget liv.

Her ble fokus satt på samhandlingsopplevelser med utgangspunkt i her og nå situasjon. Innholdet i dialogen med pasienten var å se sammenhenger, sette ord

på opplevelser, innhold og mening i tilværelsen. Aktiviteter av forskjellig art hadde og har fremdeles en sentral plass i den miljøterapeutiske tilnærmingen.

Gjennom dialog finne de beste løsningene for veien videre.

Å oppleve, ikke minst sammen med andre å få fellesskapsopplevelser. Det å være sammen med og ha således felles opplevelser i forhold til pasienter, oppleves å være betydningsfullt.

I dagens miljøterapeutiske tilnærming på posten har ikke denne modellen så sterk og systematisk forankring som tidligere. Selv om modellen i dag ikke benyttes på samme måte er personalet tydelige på at det å utvikle virksomme relasjoner og gode dialoger bør være bærebjelken i den miljøterapeutiske tilnærmingen.

Eneste måten å finne det ut på om pasienten klarer å mestre det eller ikke, er jo å være sammen med han, vi må kjenne ham og vi må ha relasjon og dialog.

I relasjonsbygging har språket en stor betydning. Bøe og Thommassen (2003) understreker at det er gjennom dialog, et felles språk kan utvikle seg. Dialogen kan gi muligheter til å finne nye meningsfulle ord og uttrykk som skaper økt forståelse – også for de vanskelige erfaringer. Hensikten med dialogen er å konstruere et erfaringsnært språk for vanskelige opplevelser som pasienten og de nærmeste har i forbindelse med pasientens psykotiske atferd (Seikkula og Aaltonen, 1996). Språket til den psykotiske pasient kan inneholde ord og begreper som har en særegen betydning og som kan vanskeliggjøre forståelsen.

Det er jo ikke alle som klarer å takle en dialog, så det er nok at du er stille egentlig, men at du kan trygge dem, og da kan dialogen komme etter hvert.

Her framhever personalet relasjon som viktig. Selv om man ikke når fram til pasienten med verbal kommunikasjon, kan allikevel en relasjon bygges og opprettholdes gjennom det å være sammen med pasienten og trygge ham. Å være tilstede sammen med pasienten vil danne grunnlag for at dialogen skapes og utvikles etterhvert.

Gjennom det å skape trygghet og tillitt, vil den språklige funksjonsevnen bedres. For å bygge gode relasjoner og utvikle den gode dialogen vil flere faktorer være viktig. En faktor er at personalet kjenner pasienten godt, en annen faktor er at pasienten snakker bedre med et personale enn et annen og at kjemien dem i mellom er god. Enkelte ganger kan det allikevel være svært krevende å få dette til.

Når pasienten har det så vanskelig, så er han ofte ikke tilgjengelig for kommunikasjon. Da er han aggressiv og psykotisk. Man får absolutt ikke i stand en god dialog og god kommunikasjon i en sånn fase. Da er det protest og tilbaketrekning hvor han ikke snakker.

I en slik situasjon poengterer personalet at det er viktig å la pasienten få ro til han har gjenvunnet kontrollen, for på et seinere tidspunkt ta opp med pasienten om det er andre måter å takle en vanskelig situasjon på. Selv om dette er et krevende arbeid har personalet gode erfaringer med denne måten. Personalet poengterer imidlertid at dette er et område de kan utvikle og kan bli mer systematisk på, enn det gjøres i dag. Dette vil være en god arena for å hjelpe pasienten til å finne nye og mer hensiktsmessige mestringsstrategier.

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 personale. 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.»

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.

Så har vi jo flere eksempler med pasienter som er usikre på om vi tåler dem om vi orker å stå rundt dem, om vi orker å forholde hos til dem og det er jo det relasjonelle selvfølgelig som er sentralt.

Flere av pasientene som er innlagt i posten vil i stor grad ha behov for rammer og struktur for å forhindre impulsive handlinger. Et verktøy personale benytter er, ukeplan for å strukturere pasientens hverdag. Det å skape en ytre struktur kan være med på å bidra til at pasienten får en bedre impuls kontroll. Personalet sier imidlertid ikke i intervjuet noe om hvordan de utover dette samarbeider med pasienten slik at han /hun gjennom samtaler får en bedre forståelse av seg selv og gjennom det utvikler en større indre kontroll.

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 fraheves som vesentlig av fokusgruppedeltakerne. De poengterer at det er nødvendig å finne fram til noe som er trygt og kjent for pasienten å snakke om for å kunne skape en god relasjon og dialog. Her kan pasientens interesseområder være sentrale. Det å ta del i pasientens meninger, selv om man er uenig blir også sett på av personalet som vesentlig for å bygge relasjon. Flere av pasientene som er innlagt på posten har en bakgrunn hvor vold, kriminalitet og rusmisbruk har vært en stor del av deres tidligere liv. Disse erfaringene vil ofte prege innholdet i samtalene både med medpasienter og personale. Som et personale sier: rus og vold er tema vi ikke ønsker å snakke om.

Rus og vold er ikke det vi ønsker å snakke om, vi prøver å finne et annet tema.

En annen innfallsvinkel til dette vil kunna være å ha det som tema og hva det har gjort med livet til den enkelte. Gjennom det å lytte og lede samtalen inn i nye tankebaner kan det trekkes fram og synliggjøre ting som kan være ressurser og vekstfaktorer hos pasienten, for på den måten og skape et håp om at det finnes en annen retning for sitt liv. 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». Hjelperne kan på den måten hjelpe pasienten videre i en fase hvor en selv ikke klarer det.

Mål for pasientbehandlingen

Pasientene som er innlagt på posten har funksjonsnedsettelse på flere områder. Når det dreier seg om de psykiske funksjonsnedsettelsene kan dette handle om kognitiv emosjonell og motivasjonsmessig svikt, men også svikt knyttet til den sosiale fungeringen. I møte med pasienten vil ett av målene for den miljøterapeutiske behandlingen være å redusere pasientens lidelses-trykk og redusere symptomer. I en miljøterapeutisk tilnærming vil det å sette fokus på hvilke ressurser pasienten har, hvordan han/hun i samarbeid med personale kan finne fram til hvordan økt mestring og problemløsning kan utvikles.

Målene bør være mest mulig realistiske i forhold til den enkelte pasient sine

problemer og ressurser. Å tydeliggjøre målsettingen og hva den skal inneholde vil være nødvendig i dette samarbeidet. Hvilke krav og forventninger som ligger i målsettingen vil være relatert til pasienten mestringmuligheter.

At han på en måte får fremme selv hva som skal til for at han skal få et godt liv. Hva er det som er et godt liv for han, at han får definere det selv.

Struktur, rammer forutsigbarhet er nødvendige elementer i den miljøterapeutiske tilnærningen. Ytre struktur vil være et element for å hjelpe pasienten til en bedre kontroll, mestre å samhandle med andre på en mer hensiktsmessig måte. Hindre impulsiv atferd i størst grad. Som verktøy til å skape dette brukes ukeplan med planlagte aktiviteter og gjøremål.

Når vi strukturerer gjøremål både på ukeplanmøter og i husmøte med pasienten og så setter det på ukeplan, så blir det automatisk litt struktur og forutsigbart for pasienten.

Selv om struktur, rammer og forutsigbarhet er viktig er personalet også opptatt å sette fokus på lystbetonte gjøremål og det å gi pasienten gode opplevelser. Et personale uttrykker det på denne måten:

Ja, det er jo viktig å finne disse gyldne øyeblikkene hvor pasienten opplever mestring, fordi det jo er pasienter som har kjempeutfordringer i livet sitt, så det å få til disse øyeblikkene hvor en kan oppleve seg som en helt, det er ikke bare enkelt.

For at miljøet skal skape vekst og utvikling for den enkelte er det viktig at pasienten får muligheter til å prøve dette ut i ulike arenaer. Dette kan være på arenaer som pasienten tidligere ikke har kunnet utfordre seg på. Her vil det være en balansegang mellom hva som er faglig forsvarlig (sikkerhet) og den enkeltes vekst og utvikling. Når pasienten er motivert for endring og innser at han /hun har et problem knyttet til vold og aggresjon er dette et godt utgangspunkt for å mestre hverdagen på en bedre måte.

Og så er det jo viktig å få tilbakemelding når ting går bra også da. Når man ser at en pasient tidligere har løst det med utagginger eller å slå eller true,

at hvis man ser at ting endrer seg, at det er vekst, at man da støtter den prosessen, det er kjempe viktig å se det, fange det opp og støtte det og bygge på det.

Verdigrunnlag og postkultur

Gjennom fokusgruppeintervjuene drøftet deltakerne hvilke behov og verdier de mener preger postkulturen og hvilke de ønsker som skal gjenkjennes av både personale og pasienter fremover.

Når vi snakker om behov i denne sammenheng er det de menneskelige grunnbehov vi snakker om og som alle mennesker har rett til å få innfridd (Hummelvoll, 2004). I samtalen med personalet ble følgende behov og verdier trukket fram:

Tillit

Tillit som skal skape vekst er nødvendig og en forutsetning for et godt fellesskap og samvær. Vi må kunne stole på det den enkelte forteller er sant. Det er et fundamentalt behov som gjør at en må kunne stole sine medmennesker. Tillit til andre vil derfor være avgjørende for den enkeltes vekst og modning (Hummelvoll, 2004).

Pasientene som er innlagt på posten vil med bakgrunn i sin lidelse i større eller mindre grad være preget av mistillit til omgivelsene. De kan ha opplevd mye krenkelse og avvísning i sitt liv og vil derfor ha vanskeligheter med tillit til andre. Det å bygge tillitsfulle relasjoner og at du er til å stole på vil kunne by på store utfordringer som krever høy faglig kompetanse og klinisk erfaring hos personalet.

Jeg tenkte litt på det her med tillit også, vise dem den tilliten som dem bør ha.

Har en pasient som har fått leilighet og som har fått mer og mer ansvar for hver uke som går, og han har vi ingen sikkerhetsregler rundt. Han må bevise at han klarer å være der sammen med personalet og at vi kan stole på han, så han har mye ansvar.

Forutsigbarhet

Personalet legger stor vekt på forutsigbarhet i hverdagen. Det at dagen er planlagt og pasienten vet hva som skjer, vil være med på å skape trygghet. Denne tryggheten vil kunne være med å bidra til at pasientens frustrasjonsnivå senkes noe som igjen minsker fare for uro og utagering i miljøet. Det å tilstrebe at pasienten har et lavt frustrasjonsnivå ser personalet på som noe av det mest sentrale i den miljøterapeutiske behandlingen.

God forutsigbarhet fremover senker frustrasjonsnivået veldig mye.

Det er viktig å utfordre dem på det de ikke mestrer også, men det må gjøres med trygghet og forutsigbarhet. Livet består ikke bare av forutsigbarhet når de skal ut i egen bolig.

Selv om forutsigbarhet i det daglige miljøterapeutiske arbeidet har stor betydning vil det være en forutsetning i pasientsamarbeidet at en har fokus på at pasienten en dag skal fungere i sitt lokalsamfunn og at livet som leves der ute ikke vil være så forutsigbart som et postmiljø.

Trygghet

Begrepet trygghet har en svært sentral plass i pasientsamarbeidet på posten. Trygghet blir her sett sammen med behovet for sikkerhet. Når personalet definerer behovet for trygghet har de fokus på tre områder. Det ene området er å skape trygghet hos pasienten. Det andre er å skape trygghet i personalgruppa. Det tredje de beskriver er trygghet i forhold til samfunnets behov for sikkerhet. Enkelte av pasientene som er innlagt på posten er som tidligere nevnt dømt til behandling i tvungen psykisk helsevern, noe som vil bety at samfunnet i stor grad har behov for trygghet og sikkerhet ovenfor disse pasientene.

I pasientbehandlingen er behovet for å skape trygghet vesentlig. Pasientene som er innlagt på posten har en alvorlig psykoselidelse og i tillegg til dette høy grad av paranoide symptomer med høy angst, uro og utagering. Det høye lidelsestrykket hos pasientene kan gi seg utslag i uro og fysisk utagering. For i størst mulig grad å forebygge dette legges det stor vekt på at personalet som jobber sammen, er trygge på hverandre.

Så at det er trygghet i posten blant personalet, det er veldig viktig. Det smitter over på pasientene, i hvert fall når du ser at, kanskje ansvarsvakta går med mange vikarer, ansvarsvakta blir lett stresset, og er ikke så sikker på vikarene. Det oppdager pasientene med en gang, og det utnytter de.

Et trygt personale vil legge et godt grunnlag for at pasienten også føler seg trygg. Det å forebygge aggresjon og vold handler blant annet om å tolke og forstå psykotiske symptomer, hvilke forsvarsmekanismer pasienten bruker og om en skal bevisstgjøre pasienten dette eller ikke. Det handler om å vurdere avstand/nærhet til pasienten og det handler om sikkerhetsvurderinger. Gjennom dette kan en forebygge noe av aggresjonsutøvelsen. I arbeid med denne pasientgruppen vil det være en forutsetning at personalgruppen har høy faglig kompetanse både når det gjelder formell utdanning, erfaringskompetanse og personlig egnethet. Et miljø som er preget av mye ufaglært personale og mange ukjente vikarer vil være med på å gjøre denne utryggheten større.

Hvis ikke vi er trygge på oss selv og i situasjoner med pasienten, så kan det lett gi uheldige motoverføringer som kan være mer til skade enn støtte.

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.

Jeg tenker at mennesket har krav på å bli møtt på en respektfull og god måte rett og slett, og de grunnleggende verdiene det er jo en utfordring i arbeidet her.

Det er jo det med å prate, og ikke avvise, fordømmende eller moralisere da.

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:

Så er jo tanken å møte pasienten som mest mulig likeverdig partner, som menneske og den som er betydningsfull.

Det er jo viktig å ha sånne fora hvor man kan møtes som så å si jevnbyrdige.

Ansvar/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 personale. 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.

Det er det vi skal prøve å jobbe med, at pasienten skal prøve å ta mer ansvar, ansvar for eget liv og for atferd og de valgene de gjør eller ikke gjør.

I samtalene med personalet sier de at det går i ulike faser hvor mye ansvar pasienten kan få, ha eller ta og hvor mye frihet han /hun kan ha/få. Det pekes på at dette er en fintfølende dynamisk prosess. I denne prosessen vil diskusjon og refleksjon personalet seg i mellom og sammen med legen være en arena hvor dette drøftes. Samhandling, kjennskap og relasjon til pasienten vil også være av stor betydning i denne vurderingen. Personalet er videre opptatt av at pasienten lærer seg/utvikler mestringsstrategier for på den måten å håndtere sin atferd på en mer hensiktsmessig måte. Pasientens tidligere historie og erfaring vil blir trukket inn i denne vurderingen.

Jeg har inntrykk av at mange pasienter som kommer hit, overlater alt ansvar til oss, og i mange tilfeller kan vi vel også gi uttrykk for det at vi skal overta ansvaret.

Samtidig som pasienten i perioder ønsker at personalet skal overta ansvaret for dem, uttrykker også personalet at de ovenfor pasienten lett kan overta for mye ansvar. Personalet sier, som det kommer fram i utsagnet under, at deres ansvar vil være å bygge relasjon, etablere kontakt og utvikle en samarbeidsarena. I et miljø som preges av vekst og utvikling og som er bevisst på hva pasienten til en hver tid klarer å ta ansvar for vil dette gi gode utviklingsmuligheter hos den enkelte pasient.

Jeg tenker at ansvaret for relasjon og dialog, det er vårt, i forhold til pasienten. Alle møter, samtaler, det å etablere kontakt, allianse, tillit, alt som skal til for å få en relasjon, det er vårt ansvar.

Medbestemmelse (brukermedvirkning)

I samtaler med personalet kommer det fram et ulikt syn på hvor mye reell brukermedvirkning pasienten har i eget behandlingsopplegg. Enkelte i personalgruppa sier at pasienten trekkes aktivt med i de fleste situasjoner i behandlingen, mens andre igjen definerer at den reelle brukermedvirkningen ikke har så sentral plass fordi en oppfatter begrepet mer nyansert.

Pasientene er aktivt med i de fleste situasjoner. Eks. i utforming av ukeplan, turer, permisjoner. Stor grad av brukermedvirkning.

At ting blir forutsigbart for vedkommende, føle at det er hans ting også, det er ikke noe som vi har tatt avgjørelsen om alene, men han har vært delaktig i sitt behandlingsopplegg, og formet det.

Enkelte av de ansatte uttrykker at brukermedvirkning på posten er meget krevende i den kliniske hverdag. Dette begrunnes i at personalet i stor utstrekning må gå inn å være grensesettende for pasienten.

Brukermedvirkning er utrolig krevende på B8. Vi må sette grenser i større grad. Vi må beskytte.

Et annet argument er at pasientene som er innlagt har et stort behov for å bli beskyttet. Enkelte igjen sier at brukermedvirkning er knyttet til pasientens aktive deltagelse i utforming av ukeplan, turer og permisjoner. I intervjuet kommer det fram utsagn som at det er personalet som bestemmer permisjoner og når det gjelder medisinerbruk så er det kun legen som bestemmer. Ved spørsmål om hva personalet legger i begrepet reell brukermedvirkning uttrykker en av de ansatte:

Det er vel at ønsker, behov, at pasienten skal ivareta sine egne interesser og behov, at det blir tatt på alvor, og at vi tar det med som en del av planleggingen av behandlingen. At han har påvirkningsmulighet både over dagen i dag og fremtiden sin. At han kan være med selv, at han har noen som bærer sin stemme, på en måte, i fora hvor det blir tatt viktige beslutninger som gjelder den enkelte. At pasienten blir informert om sine rettigheter.

I den videre samtalen rundt brukermedvirkning og hvordan pasienten i større grad kan trekkes mer aktivt inn i egen behandlingsprosess sier personalet det er viktig å ta hensyn til pasienten sin psykiske tilstand. Enkelte ganger vil pasienten ha så store plager og være så psykotisk at aktiv deltakelse i møter som gjelder den enkelte, kan være vanskelig å gjennomføre. Personalet er da opptatt av at pasientens ønsker og behov blir framsatt gjennom en talsmann for pasienten.

I noen tilfelle kan de delta på møte, men de bør skånes fordi det er et stort forum.

Pasienten er ikke med på behandlingsmøte. Det finnes ikke et eget møte hvor pasienten har innvirkning på eget behandlingsopplegg.

For å få til mer aktiv brukermedvirkning ser personalet mulighet for et mindre forum der pasienten kan delta. Eller at pasientens ønsker og behov kan tas opp sammen med pasienten i forkant av møte. For å få dette til å fungere på en god måte er personalet opptatt av åpenhet i behandlingen og at pasienten blir godt informert. Tidligere hadde posten en arena kalt «husmøte» som besto av pasient, en behandler i miljøet og postens individualterapeut hvor beslutninger vedrørende pasientens behandlingsopplegg ble tatt.

Det vanskelige med brukermedvirkningen her, er tvangsperspektivet og sikkerhetsperspektivet, det må man veie opp mot hverandre, hvor langt kan man gå, det er jo hele tida det det kommer spørsmål om.

Ved å sette fokus på aktiv brukermedvirkning i behandlingen vil en kunne ansvarliggjøre pasienten i større grad enn det som gjøres 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.

Og det at vi er lyttende og at vi kan involvere pas. i deres behandling framover. Hvordan de har det, at vi ikke bare føler at de får noe som vi har bestemt. Det tror jeg er veldig viktig.

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.

Utholdenhet

Mange av pasientene som er innlagt på B8, og som i tillegg til psykoselidelsen, har en høy grad av paranoide symptomer hvor vold og utagering i perioder vil prege miljøet i posten. For å holde ut og kunne tåle pasientens negative handlinger vil det kreve høy faglig kompetanse i personalgruppa.

Evnen til å kunne holde ut over tid er kjempe viktig.

Det å ha mulighet til kontinuerlig faglig refleksjon /veiledning er viktig for å forstå hva som ligger til grunn for pasientens handlinger. De handlingene vi utøver vil avspeile de holdningene vi har.

At å kunne gå på jobb dag ut og dag inn samme hva som skjer. Det å tåle og holde ut. Det tror jeg nesten er den viktigste egen-skapen som vi har.

Det vil derfor være en forutsetning at man i personalgruppa har en kontinuerlig prosess på holdningsskapende arbeid, hvor verdier som respekt likeverdighet, medbestemmelse får en stor betydning.

Autonomi versus paternalisme

Et hvert menneske har rett til selvbestemmelse, men ikke alle har evnen eller krefter til å utøve denne retten på grunn av intellektuelle, psykiske eller fysiske hindre. Personer med en psykisk lidelse kan være utsatt for ikke å være i stand til å ivareta sin selvbestemmelse. Når personen ikke klarer dette selv, må denne sikres av andre, i denne sammenheng av helsepersonell. Som et eksempel kan retten til selvbestemmelse begrenses på grunn av konsekvenser for pasientens helsetilstand. Begrensing av pasientens autonomi hvor man vurderer det riktig å holde tilbake informasjon vil da vurderes som berettiget og være til beste for pasienten (Hummelvoll, 2004).

I en slik situasjon er det da en annen som bestemmer hva som er til det beste for pasienten, i stedet for at pasienten får en mulighet til å diskutere og i samarbeid med en fagperson kunne foreta en avgjørelse. Måten fagpersonen her opptrer på kan beskrives som paternalisme.

Det er klart at hvis man hele tiden gjør det veldig sikkert, så lærer ikke pasienten så mye egenkontroll eller å ta ansvar selv, forholde seg til andre på måter som er all right.

Pasienter som er innlagt under tvungen psykisk helsevern og pasienter som er dømt til behandling vil være i en situasjon med begrenset frihet. I en slik situasjon vil det være en krevende og utfordrende jobb for personalet for på en best mulig måte kunne ivareta pasienten selvbestemmelse. På enkelte områder vil det være lovverket som setter disse begrensningene. Selv om lovverket setter begrensinger på pasientenes frihet og selvbestemmelse vil det være helt nødvendig at personalet og i samarbeidet med pasienten innenfor disse rammene kan finne områder hvor pasienten får mulighet til å ivareta sin autonomi eller hjelp til å utvikle denne.

Rammene våre er litt lite dynamiske noen ganger, litt statiske. Sånn at vi ikke møter pasienten ordentlig der han er den dagen,

men at vi har noen rammer som kanskje motarbeider pasientens utviklingsmuligheter mot større autonomi.

I utsagnet under sier personalet det er viktig å ta pasientens perspektiv og sette seg inn i hans/hennes situasjon. Finne ut sammen med pasienten hvilken forståelse vedkommende har av situasjonen og sammen prøve å skape en samarbeidsarena for veien videre.

At vi da kan prøve å jobbe med pasienten og se pasientens versjon. Hvordan oppfatter de situasjonen, er det noe her som er felles som vi kan jobbe sammen ut i fra, er det noe felles forståelse her.

Selv om pasienten som er innlagt på posten har store begrensinger knyttet til hva en selv kan bestemme vil det allikevel være viktig å ta utgangspunkt i det pasienten selv synes er viktig i sitt liv. Det å ha tro på at pasienten har erfaring og kompetanse for å komme seg videre i livet. Dette samarbeidet må da søke å finne fram til områder pasienten kan utvikle.

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 utvikle egne problemløsningsmetoder. Miljøterapi blir da at omgivelsene under visse betingelser kan virke behandlende på sykdom (Stensrud, 2007).

Flere av pasientene på B8 har betydelige 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 beskrivelsen 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.

Man trenger en god relasjon for å få pasienten til å bli mer ansvarsfull og bli friskere.

Personalet er opptatt av kontinuitet, rammer, struktur og sikkerhet som sentrale elementer i omsorg og behandling. I det miljøterapeutiske arbeidet sier de at det å bygge gode relasjoner og utvikle den gode dialogen står sentralt i tilnærmingen. I samhandling med pasienten blir det å utvikle en god kommunikasjon vesentlig også for å skape trygghet hos pasienten. Et av målene i behandlingen blir da å skape refleksjon hos pasienten, før handling. Som tidligere nevnt er mange av pasientene på posten preget av manglende impulskontroll. Her sier personalet at de har en jobb å gjøre. De har behov for å systematisere dette arbeidet mer for å kunne være mer i forkant av strukturerte og planlagte samtaler som igjen kan bidra til at pasienten i større grad kan utfordres til å sette ord på sine frustrasjoner og problemer og gjennom dette, lære seg mer hensiktsmessige måter å møte vanskelige situasjoner på. Erfaringer personalet har er at de kan bli for diffuse og lite tydelig i forhold til pasienten, spesielt etter hendelser med utagering. Dette gir seg utslag i at det er helt tilfeldig om slike situasjoner tas opp i etterkant. Et større fokus på dette vil gi pasienten erfaringer og kunnskap som er viktig ikke bare når han er innlagt i posten men også når det gjelder tilbakeføring i lokalmiljøet.

Ja og systematiske og strukturerte samtaler tenker jeg, og da handler det om at det ikke er tilfeldig om en pasient får bearbejdet episoder og får jobbe med problematikken sin, er avhengig av hvem som er på jobb, men at vi har systemer som ivaretar det. At det er en behandling rett og slett. Å jobbe fra den ytre kontrollen til den indre kontrollen, og jobbe med problematikken for pasienten, det som på en måte er grunnen til at de er her.

I postens utvikling av miljøterapien vil fokus på og implementering av verdier og holdninger være en kontinuerlig prosess i pasientsamarbeidet. De handlinger vi utøver vil avspeile de holdninger vi har. Disse verdiene viser seg fram i våre holdninger (og handlinger) som respekt, likeverdighet, medbestemmelse og ansvarlighet i pasientsamarbeidet. Like viktig som gode holdninger er kunnskap og kvalifikasjoner hos personalet av stor betydning. I intervjuene understreker personalet betydningen av trygghet. Denne tryggheten knyttes tett opp til personlig egnethet. Det å forebygge aggresjon og vold handler blant annet om å tolke og forstå psykotiske symptomer og hvilke forsvarsmekanismer pasienten bruker. Personalet har tidligere uttalt at systematiske samtaler med pasienten er noe de i framtida må ha større fokus på. I dag fungerer dette tilfeldig, noe som kan handle om mangelfull kunnskap på området.

Selv om personlig egnethet har stor betydning i samarbeidet med denne pasientgruppen hvor vold og utagering er mye i fokus, vil det å hjelpe pasienten til å klargjøre mål og finne livsverdier, det å ha et mål for livet sitt og å finne nye måter å mestre livet på som gir mindre lidelse og symptomreduksjon, og som gir mening og bedre livskvalitet være en vesentlig kompetanse i personalgruppa. Hjelp til dette skjer både gjennom daglige aktiviteter og daglige samtaler. Her vil alle som er ansatt på posten delta.

Jeg tenker at det er viktig å ha kjennskap og erfaring, men også det å kunne bli mer bevisst på de kunnskapene man har, altså mer reflektert og vite mer, kanskje sette mer ord på, være med å bidra i, hva er vurderinger, å kunne formidle det man sitter på.

De kvalifikasjoner personalet mener har betydning i samarbeidet med pasienter vil dreie seg om i tillegg til personlig egnethet, kunnskap om pasi-

enten, erfaringer med pasientgruppen og mer teoretisk kunnskap spesielt i forståelse av psykotisk atferd, angst og for noen rus, vold og aggresjon og hvordan den kan forebygges.

Pasientens vei til bedring vil ofte være lang når det gjelder pasientene som er innlagt på posten. I den miljøterapeutiske tilnærmingen vil nettopp det å sette den enkelte pasients behov for hjelp og omsorg være 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 i mellom være en forutsetning.

Vi må ha en dialog med pasientene; hvordan skal vi gjøre det, hva får du til, hva ønsker du nå, hva skal vi fokusere på, hva skal vi jobbe sammen om for å få til.

Det er vesentlig at personalet bygger opp under håpet om at hverdagslivet skal kunne forstås og mestres. Dette fordi at håp og mestring hører sammen. Pasientgruppen vi her snakker om har opplevd mye smerte i sitt liv. De kan sitte med erfaringer på at livet ikke ble som de ønsket. Enkelte av pasientene på B8 har erfaringer hvor vold og aggresjonshendelser i stor grad har preget livet. Å være en som holder håpet opp for dem som ikke selv klarer det, har en avgjørende betydning i alt hjelpearbeid. Dette kan i perioder handle om en tett oppfølging av den som strever. Det kan også dreie seg om å stille krav og gi et spark bak og det kan dreide seg om å ta over noen oppgaver, frita den det gjelder for ansvar i perioder (Borg & Topor, 2003).

Så hvis en begynner å kunne mestre noe av det. At en får masse positivt tilbakemeldinger på det, det tror jeg at skaper en mye større selvfølelse da.

I den framtidige utvikling av miljøterapien vil aktiv brukermedvirkning være vesentlig i postens arbeid. Det å trekke pasienten aktivt inn i behandlingsopp-

legget står sentralt. I samtalene med personalet kommer det fram at enkelte mener at brukerperspektivet blir ivarettatt på en god måte i dag, mens andre mener at dette perspektivet må vektlegges i mye større grad enn det gjøres.

Like viktig som at brukermedvirkning blir fokusert, vil arbeidet med en fortsatt utvikling av relasjon – og dialogens betydning være områder posten ønsker å prioritere i det framtidige arbeid. Her vil den miljøterapeutiske samtalen være spesielt vektlagt. I utsagn personalet kommer med, framhever de samtalen som viktig.

Det må være viktig for pasienten å ha en person å snakke med, om det man sliter med i livet sitt.

For at pasienten skal få mulighet til økt selvforståelse og bli bedre i stand til å mestre psykososiale funksjonshindringer og på en bedre måte mestre aggresjons- og voldshandlinger vil det være av vesentlig betydning at pasienten får en tilpasset undervisning og veiledning underveis i oppholdet. Dette for å gjøre pasienten bedre rustet til å kunne leve et mer meningsfullt liv i lokalsamfunnet. Det vil også være viktig å gi pasientens pårørende tilbud om det samme.

Hvis pasienten ikke selv opplever at han er aggressiv eller voldelig, må vi prøve å finne noe, en felles problematikk eller felles forståelse og så jobbe ut fra det.

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 vesentlig. 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* – *sence of coherence*, 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. I dette perspektivet vil det være helt nødvendig med en klar målsetting for oppholdet. Det vil være vesentlig å planlegge et samarbeid med pasienten, pårørende og samarbeidspartnere i den kommunale helse- og sosialtjeneste på et så tidlig tidspunkt som mulig for å organisere et framtidig bo-tilbud for pasienten, enten dette er i form av eget leilighet, bofellesskap eller prosjektorganisering av bolig og andre tjenestetiltak. Når det gjelder pasienter som er dømt til behandling, må en i tillegg planlegge utskrivning med aktuelle myndigheter.

Innen helsefremmende arbeid vil det være viktig å ha fokus på pasientens lidelse. Eriksson (1993) ser lidelse i tre dimensjoner og hvor hver dimensjon sier noe om hvordan det er å leve med en lidelse. Stensrud (2007) beskriver disse dimensjonene på denne måten: *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 personale. 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 (2003) 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 sin opplevelse av situasjonen og hvordan personen selv oppfatter sine ressurser og hva han gjør for å møte sin lidelse (Stensrud, 2007).

Sammen drag

I fokusgruppeintervjuene som er gjennomført med personalet på B8 har tema i disse intervjuene først og fremst vært sentrert rundt den miljøterapeutiske samtalen. Det å sette fokus på hvilke mål og verdier som styrer vårt daglige arbeid i pasientbehandlingen er imidlertid en forutsetning for at samarbeidet mellom pasient og hjelper styres etter gode verdier og holdninger. Like viktig som verdier vil det også være vesentlig å klargjøre hva som er postens målsetting. Pasientene er innlagt enten til vurdering og/eller behandling. Behandlingsoppholdet kan hos enkelte av pasientene dreie seg om behov for et lengre behandlingsperspektiv enn hos andre. Pasienter som er innlagt ved posten har alle en alvorlig psykisk lidelse og enkelte pasienter har også tilleggproblematikk som vold, aggresjon og farlighet. Enkelte av pasientene er dømt til behandling i tvungen psykisk helsevern, hvor spesialistvurdering i forhold til farlighet er en del av postens funksjon. Dette betyr at pasientene som er innlagt på B8 har store funksjonsnedsettelse og funksjonshindringer. De vil derfor være i behov av spesialisert behandling, omsorg, rehabilitering/habilitering. Postens behandlingsfilosofi henter sin tenkning og forståelse fra flere modeller. Den medisinske modellen er sentralt når det gjelder diagnostisering og medikamentell behandling, mens den sosialpsykiatriske modell sammen med den eksistensielle vil være relevant når det dreier seg om tilbakeføring og inkludering i lokalsamfunnet. I sin tilnærming til pasienten er personalet opptatt av det helhetlige perspektiv og en personorientert behandling hvor pasientens medbestemmelse har betydning. Vektlegging av brukermedvirkning oppfattes noe forskjellig blant per-

sonalet og i det framtidige miljøterapeutiske arbeidet bør dette perspektivet løftes tydeligere fram. Personalet trekker fram verdier som respekt, medbestemmelse, likeverdighet, trygghet og ansvarlighet som betydningsfulle i pasientsamarbeidet. Flere undersøkelser viser at pasienter opplever relasjonen mellom pasient og hjelpere som det viktigste i sykehusbehandling. I samtaleutdragene med personalet på posten sier de at relasjon og dialog har en sentral plass i dagens miljøterapi, men at de i framtiden må forankre dette på en bedre måte. Kommunalt samarbeid med nettverksperspektivet og hvordan pasienten inkluderes i lokalsamfunnet er et annet område som vil vies oppmerksomhet.

5 MÅL OG VERDIGRUNNLAG FOR B8

Mandat

Som en del av Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, Seksjon for ressurs og sikkerhet, skal B8 i samarbeid med post 3A ha et prioritert ansvar for å ta imot personer fra Hedmark og Oppland som er dømt til behandling i tvunget psykisk helsevern, før de eventuelt går videre i behandlingsskjeden. Posten skal gjøre vurderinger og gi spesialisert behandling, omsorg og rehabilitering for voksne personer med schizofreni og andre alvorlige psykoser. Den skal arbeide for å stabilisere pasienten for videreføring i behandlingsskjeden.

Målgruppe

- 1) Personer med schizofreni/psykoselidelse og som i tillegg har høy grad av paranoide symptomer, uro, sinne/aggresjon og verbal og/eller fysisk utagering med behov for lukket post, skjerming og faste rammer ut over akutfasen.
- 2) Personer som er dømt til behandling/soning og spesialistvurderinger i forhold til vold/farlighet. Spesialistvurderinger gjøres også i forhold til pasienter innlagt på andre poster.
- 3) Enkelte pasienter vil i tillegg ha store rusproblemer.

Hovedmål

- 1) utvikle og representere spesialisert kompetanse innen psykosebehandling og psykososial rehabilitering/habilitering for nevnte målgruppe og ha spisskompetanse på voldsrisiko og håndtering av dette
- 2) utvikle en behandlingskultur hvor både pasienter og personale opplever trygghet
- 3) forebygge og vurdere risiko for vold og farlighet inkludert samfunnsperspektivet
- 4) utvikle det miljøterapeutiske tilbudet (inkludert den helsefremmende, miljøterapeutiske samtalen) slik at det både tilpasses den enkelte pasient og den aktuelle pasientgruppens ressurser og problemområder
- 5) sikre brukermedvirkning ivaretas i utvikling av den enkeltes behandlingsopplegg og i utvikling av postens miljøterapeutiske tilbud
- 6) ha et godt og gjensidig samarbeid med divisjonens akuttavdeling, og etablere gode samarbeidsrutiner og relasjoner med kommunene som fremmer pasientenes muligheter for personlig og sosial rehabilitering samt et godt samarbeid med kompetansesenter for fengsel, sikkerhet og rettspsykiatri og andre sikkerhetsposter
- 7) tilpasse behandlingsorganiseringen ut fra pasientens behov og enhetens tilgjengelige ressurser

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 (inkludert 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 er med når behandling og andre avgjørelser om pasienten diskuteres og bestemmes
- 6) at det brukes minst mulig tvang i behandlingen og at man tilstreber en mest mulig normal hverdag når pasienten er innlagt

- 7) at pasienten oppnår økt selvforståelse og evne til å mestre psykososiale funksjonshindringer og aggresjons- og voldshandlinger
- 8) 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
- 9) at behandlingstilbudet organiseres som en naturlig progresjon for pasienten: en sikker post, forsterkede treningsleiligheter, prosjektorganisering, poliklinisk oppfølging
- 10) at utskrivning planlegges tidlig i behandlingen i samarbeid med pasienten, pårørende og samarbeidspartnere i den kommunale helse- og sosialtjenesten. For de som dømmes til behandling (straffeloven § 44) må en i tillegg planlegge utskrivning sammen med aktuelle myndigheter

Syn på behandling og omsorg

Pasientgruppen på B8 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. I tillegg har enheten i forhold til enkelte pasienter et ansvar for å gjennomføre farlighetsvurderinger for å møte allmennhetens behov for sikkerhet. For enkelte av pasientene vil straffeloven være med å legge premissene for behandlingens innhold (permisjoner, utgang) og lengde. En tilnærming som skal ta hensyn til det forannevnte må bygge på spesialisert fagkunnskap, pasientenes, det private og profesjonelle nettverkets erfaringskunnskaper. I situasjoner hvor det er nødvendig med bruk av tvang vil det være en forutsetning at dette gjøres på en faglig forsvarlig måte. Posten vil ha et forpliktende ansvar i forhold til pasienten i et langsiktig perspektiv i samarbeid med det kommunale tjenestenettverk så lenge risikoen for vold og farlighet er tilstede og så lenge pasienten er underlagt lov om tvungen psykiske helsevern.

Personalet trekker fram at det er viktig å ha et helhetlig menneskesyn. Vi nevner spesielt at det er viktig å sette fokus på det positive, på pasientens ressurser og det pasienten mestrer. Sentralt i behandlingen vil være å hjelpe

pasienten til å finne nye og bedre mestringsstrategier i forhold til vold/aggresjon og rus problematikk. I tillegg forteller de at de nå legger større vekt på individuell behandling. Det er viktig å bli kjent med hvem personen er, hvem han har vært og hvem han ønsker å bli. På den måten hjelper en også pasienten til å bli bedre kjent med seg selv, sine verdier og «finne» sin identitet.

Pasientene som behandles ved B8, vil være knyttet til enheten for en kortere eller lengre periode i sitt liv. Denne perioden kan bli avgjørende for den enkeltes vekst og utvikling. For at dette skal skje er det viktig at de ansatte i enheten 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).

I et helhetssyn som dette blir ulike modeller for behandling trukket 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 modelltenkning har relevans på B8.

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 både i sykehuset og i lokalsamfunnet.

Verdigrunnlag og postkultur

Verdier i vår sammenheng er kvaliteter som personalet ønsker skal virke som standarder i postmiljøet – og som er uttrykk for hvordan 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 B8 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. Det vil være spesielt viktig å ha et reflektert forhold til bruk av tvang og makt.

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 og/eller innenfor enkelte livsområder, hvor det for tiden overstiger personens mulighet og evne til å bære ansvar for sin situasjon.

Medbestemmelse

Det å kunne være med å bestemme og ta valg i forhold til din egen behandling henger nøye sammen med ansvarlighet. Det er viktig at pasientene i størst mulig grad kan være deltakende og medbestemmende (brukermedvirkning). For enkelte vil imidlertid det å ta valg og konsekvensene for sine valg i perioder være for krevende og gi angst, utrygghet, uro og utagering. Personalet framhever at det er viktig at pasienten blir hørt og at ønsker og behov blir tatt på alvor. Et forutsigbart behandlingsopplegg vil bidra til å skape grunnlag for at pasientens og personalets behov for trygghet imøtekommes og bidra til at personalet klarer å være empatiske og åpne for pasientens synspunkter. Åpenhet og ærlighet er viktige verdier i denne sammenheng.

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 B8 kommer til syne ved at:

- 1) den enkelte pasient deltar i utforming av målsetting for oppholdet (for eksempel i forvern)
- 2) pasientens og personalets ansvar for å nå målene klargjøres
- 3) pasientenes forslag til miljøterapeutiske aktiviteter søkes aktivt
- 4) den enkelte pasient deltar aktivt i utformingen av ukeplaner for å strukturere hverdagen og for å motvirke at pasienten impulsstyres

Trygghet

Enheten har i sitt mandat et ansvar for å ta imot personer som er dømt til behandling i tvunget psykisk helsevern. De har med dette et ansvar i forhold sikkerhet og trygghet overfor lokal- og storsamfunnet. Organisering, ledelse og bemanning skal også sikre at de ansatte føler seg trygge i arbeidssituasjonen. En helt sentral oppgave vil være å skape et behandlingsklima hvor pasientene kan føle seg trygge, både i forhold til medpasienter og i forhold til egne impulser.

I mange sammenhenger kan aggresjon forstås ut fra pasientenes angst og opplevelse av ikke å ha kontroll og ikke mestre situasjoner de står ovenfor. Sentrale oppgaver for miljøpersonalet blir dermed å kartlegge individuelle sårbarhetsområder og sette disse inn i sammenheng, for å vurdere ansvar i forhold til oppgaver og ikke presse pasientens forsvar.

Et forutsigbart behandlingsopplegg vil bidra til å skape grunnlag for at pasientens og personalets behov for trygghet imøtekommes og bidra til at personalet klarer å være empatiske og åpne for pasientens synspunkter.

Miljøterapi

B8 er en post som tidligere har vektlagt at en gjennom noen faste rammer i posten skaper et grunnlag og muligheter for pasienten til å gjøre nye erfaringer og endre uheldige mestringsstrategier. De ansatte jobbet tidligere etter en modell, «utviklingsfremmende konfrontasjoner», hvor de gjennom dialog med pasienten fokuserte på deltakelse i eget liv, se sammenhenger, sette ord på opplevelser, innhold og mening i tilværelsen. Denne modellen er i dag

ikke så framtreddende, men personalet legger vekt på å rette fokus mot pasientens ressurser, muligheter til vekst og utvikling i et trygt og oversiktlig miljø. Som et grunnlag er det viktig med forutsigbarhet og kontinuitet i hverdagen og i relasjoner, i tillegg til det å utfordre pasienten og stille krav. De ansatte legger vekt på individuell oppfølging av fysiske aktiviteter for pasienten. De legger vekt på å prøve ut aktiviteter som pasienten kan mestre og som vil bidra til økt selvfølelse og bedre egostyrke. Et viktig element i behandlingen er å forebygge vold og aggresjon. Dette gjøres gjennom observasjon og kartlegging av individuelle forvarslar for å skaffe seg kunnskap om, og i hvilke foranledninger og situasjoner vold og aggresjon kan utvikle seg.

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 personalet 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).

Noen av pasientene er innlagt for en kort periode hvor det skal gjennomføres en farlighetsvurdering. Denne vurderingen bygger på spesialisert kunnskap som inkluderer bruk av vurderingsverktøy (HCR 20) og kliniske vurderinger av høy faglig kvalitet. Andre pasienter er dømt til behandling og her har enhetens ansatte også et særlig ansvar i forhold både til det nære nettverket og «storsamfunnet» når det gjelder sikkerhet. Dette er forhold som er med og legger premissene for miljøterapien i forhold til enkelte av pasientene og som er en ekstra utfordring i utvikling av en miljøterapi som er beskrevet foran.

6 VEIEN VIDERE I MILJØTERAPIPROSJEKTET

Målsetting og verdigrunnlag

Noen måneder før miljøterapiprosjektet startet, ble det utarbeidet en ny målsetting for posten. Denne var imidlertid lite kjent og implementert i personalgruppa. I dialogundervisningen våren-07 var postens målsetting ett av temaene. Verdigrunnlaget i målsettingen var uklart og lite forankret i det daglige arbeidet. Gjennom dialogundervisning og flerstegs-fokusgruppeintervjuer har personalet reflektert og gått i dybden på verdier posten mener er de mest sentrale. Personalet ønsker å finne fram til en felles behandlingsfilosofi og faglig plattform. Ulike behandlingsgrunnsyn har også vært tema i dialog-undervisningen. Målet er å forankre og synliggjøre behandlingsfilosofi og verdigrunnlag i postens målsetting og integrere det i den kliniske hverdag. Personalet ønsker å utarbeide en ny målsetting og evaluere denne underveis i prosjektet og videre etter at prosjektet er avsluttet.

Sentrale temaer i dialogundervisningen i 2007 har vært: B8 før og nå, menneskesyn, verdigrunnlag, ulike behandlingsgrunnsyn, virksomme faktorer i behandlingen, sosialt nettverk og brukererfaringer. Vinteren og våren 2008 ønsker post B8 å fokusere spesielt på følgende:

Brukermedvirkning

Personalet har gjennom dialogundervisning og fokusgruppeintervju hatt fokus på hvordan brukermedvirkning kan ivaretas og utvikles på posten. Tidligere hadde posten etablert «husmøte» som en arena hvor pasientens medbestemmelse (brukermedvirkning) ble ivaretatt. Denne modellen å jobbe etter har i dag ikke så stor forankring som tidligere. Dette betyr at posten i det framtidige arbeidet må utvikle nye arenaer hvor pasientens medbestemmelse blir ivaretatt. Et sentralt begrep personalet har diskutert og reflektert over på dialogundervisningen og gjennom fokusgruppeintervju har vært: ansvar. I denne sammenheng vil dette begrepet settes i forbindelse med brukermedvirkning. Det vil være nødvendig og i samarbeid med pasientene undersøke og prøve ut, innenfor den struktur og de nødvendige rammer, hvilket ansvar pasienten til en hver tid er i stand til å bære. Dette vil være en fintfølende dynamisk prosess som pasienten i den grad han/hun er i stand til det, deltar aktivt i. Det vil også være glidende overganger mellom ansvar – medansvar og ansvarsfritak. Enkelte ganger ønsker pasienten å slippe ansvar. Personalets erfaringer og faglig kunnskap blir da viktig for å vurdere når pasienten er i stand til å ta over / få mer ansvar for sitt liv.

I det framtidige arbeid ønsker posten å utvikle en mer personorientert behandling. Dette betyr at pasienten i større grad blir mer delaktig i egen behandling. Samtidig som dette er et viktig utviklingsområde har også posten et prioritert ansvar for å ta i mot personer som er dømt til behandling (og også personer som er til soning) i tvungen psykiske helsevern og pasienter som har tilleggsproblematikk med vold/aggresjon og farlighet. Når det gjelder utvikling av mer aktiv brukermedvirkning relatert til disse pasientene, er det nødvendig at personalet prioriterer sikkerhetsaspektet og at en innenfor disse rammene og strukturen, gjør faglige vurderinger på og i hvilken grad pasienten kan være aktivt deltakende. Når det gjelder pasienter hvor farlighetsproblematikken ikke har en så fremtredende plass vil det være viktig å arbeide for at den enkelte pasient får økt medbestemmelse i behandlingen. Eksempel på dette kan være pasientens deltakelse i møter som angår han/henne. Ved å trekke pasienten mer aktivt inn i behandlingsopplegget, vil samarbeidet med pasienten i større grad kunne skape en felles forståelse for i hvilke sårbarhetssammenhenger og risikosituasjoner farlighet, vold og aggresjon skjer. Gjennom denne forståelsen vil den enkelte pasient kunne

lære seg å gjenkjenne disse situasjonene og gjennom dette finne fram til nye og mer hensiktsmessige måter å møte utfordringene på. Ved å jobbe systematisk mot en felles forståelse sammen med pasienten, vil dette gradvis gi redusering av ytre kontroll og som vil gi pasienten større egenkontroll og frihet.

Ved at pasienten får økt innflytelse i egen behandling vil dette gi pasienten nye erfaringer hvor vekst og utvikling og mestring av hverdagens utfordringer står i fokus.

Den miljøterapeutiske samtalen

I prosjektet er en av de bærende idéene å utvikle dialogen, den meningsbærende samtalen mellom pasienter (inkludert pårørende) og ansatte slik at denne dialogen blir terapeutisk helsefremmende. Gjennom arbeidet så langt har vi konkretisert postens mandat, målsetting og overordnede mål for behandlingen. Dette vil være med å gi en retning for kommunikasjonen og samhandlingen mellom pasient og ansatt. Vi er også i en prosess hvor vi framhever og poengterer hvilke verdier vi skal bygge det miljøterapeutiske arbeide på. Dette vil prege de holdninger vi møter pasienter og pårørende med og være med på å prege samhandlingen mellom pasient og miljøpersonale. Én slik samhandling vil være den miljøterapeutiske samtalen, og verdiene som er nedfelt i postens verdigrunnlag vil med det også sette sitt preg på disse samtalerne. Samtalerne skal preges av respekt og likeverdighet. De skal gjennomføres på en måte som fremmer medbestemmelse og bidrar til at pasienten i større grad tar ansvar for sitt liv og utviklingen av dette. Østby (2007) beskriver væremåter som kan anvendes i gjennomføringen av den miljøterapeutiske samtalen. Dette er bekreftelse, lytting, forståelse, aksept og toleranse (s. 35). Gjennom disse begrepene står verdiene fram som måter å «være på» i samtalen.

I tillegg må posten framover også legge vekt på innholdet i den miljøterapeutiske samtalen. I tråd med at den eksistensielle tenkningen har rotfeste på posten vil samtalsinnholdet i stor grad ta utgangspunkt i pasientens nåværende livssituasjon, som blir gjenstand for granskning, og gjennom denne granskningen som pasient og ansatt gjør sammen rettes deretter fokus fram-

over. Det betyr ikke at tidligere opplevelser, erfaringer og forsøk på mestring/mestringsstrategier er uvesentlig. Dette trekkes inn i den grad en har behov for det for å finne nye verdier, ny retning på livet og nye måter å møte og mestre problemer på. Så på den ene siden vil den miljøterapeutiske samtalen brukes til å løse problemer og til å mestre sine symptomer på en bedre måte. På den andre siden må den miljøterapeutiske samtalen ha et helsefremmende (salutogent) perspektiv. Det blir sentralt at en ved hjelp av samtalen klarer å bevisstgjøre hvilke verdier som er og som kan være styrende for pasientens liv framover. I tillegg må en, gjennom denne samtalen, bevisstgjøre pasienten hans/hennes iboende ressurser og bidra til å utvikle nye ressurser. Samtalen må være motiverende i forhold til å bygge opp under et ønske hos pasienten om å få til endring. Til det trenger han/hun hjelp til å klarlegge og ta mer hensiktsmessige valg og til å ta ansvar i forhold til de valgene som tas. Gjennom at en systematisk arbeider med disse områdene i den miljøterapeutiske samtalen har vi tro på at pasienten (sammen med miljøterapeut) kan reflektere over hva som har vært og er meningsfullt i hans/hennes liv og om det samsvarer med det livet pasienten ønsker å leve i framtida. Dette vil være helt sentralt for å hjelpe pasienten til å etablere et liv, med et gunstig nettverk, i en kommune.

Vi vil framover også ha behov for å drøfte hvilken kompetanse miljøpersonalet trenger for å ha ansvaret for å gjennomføre denne typen systematiske miljøterapeutiske samtaler.

Under postens mål og verdigrunnlag trekkes det fram at behandlingen vil være hverdagsnære og at håp og livsmot stimuleres gjennom mest mulig aktiv medvirkning. Pasientene som kommer til B8 har behov for positive opplevelser og aktiviteter sammen med andre (ansatte, familie, medpasienter). Denne typen aktivitet har en egenverdi og er et viktig tilbud i posten. Det er imidlertid viktig at pasientene får hjelp til å «sette ord på» disse opplevelsene. De trenger å få mulighet og hjelp til å utvikle sine sosiale samtaleferdigheter. Det er disse samtaleferdighetene de har behov for når de skal arbeide for å opprettholde eller reetablere kontakt med familien, og for å bygge opp nye nettverk. Dette er et viktig område som alle som arbeider i posten må ta aktivt del i. En slik kommunikasjons erfaring og samtaletrening kan skje i det daglige i sammenheng med aktivitet eller samvær.

For hjelp her kan en også benytte seg av mer strukturerte treningsprogrammer som kurs i «sosiale samtaleferdigheter» etter manualen til «Et selvstendig liv» eller «Et bedre liv». For å gjennomføre disse kursene med pasientene trengs det opplæring av noen av de ansatte.

Pårørende

Flere av pasientene som er på B8 trenger hjelp til å opprettholde eller reetablere kontakten med sine pårørende. I dag har vi mye forskning som viser at en aktiv samhandling med nære pårørende er en vesentlig faktor for å få til et vellykket rehabiliteringsopplegg. Pårørende til flere av de pasientene som er i målgruppa til posten har kanskje i flere år fått liten hjelp til å utvikle en ny og bedre kontakt til pasienten.

I de kliniske retningslinjene fra Statens helsetilsyn (9:2000) for utredning og behandling av mennesker med schizofreni står det at familiens engasjement må tas vare på og sees på som noe positivt. For flere av pasientene og de pårørende har de kanskje tidligere i liten grad fått hjelp til dette. Dette må få større fokus i det videre arbeidet. Ikke minst blir det sentralt for pasienter og pårørende som er nye i psykiatrien. Som nevnt først under dette temaet er det viktig for et så godt rehabiliteringsopplegg som mulig, i tillegg er vi som spesialisthelsetjeneste pålagt å arbeide aktivt med pårørende. I spesialisthelsetjenesteloven står det i § 3–8 at sykehuset *skal* ivareta opplæring av pasienter og *pårørende*.

Samarbeid med pårørende vil også naturlig hvile på det samme verdigrunnlag som skal prege pasientbehandlingen. Som ansatte må vi legge til rette for at det mellom de pårørende og personal oppstår reelle møter. Et møte skal preges av respekt, medmenneskelighet, likeverdighet og at en opplever å bli lyttet til og sett på som en ressurs. Dette kan være møter hvor pasient, pårørende og ansatt møtes sammen eller det kan være møter mellom pårørende og ansatt.

I tillegg, som det står i spesialisthelsetjenesteloven, skal sykehusets ansatte ivareta opplæring. Dette kan ivaretas gjennom opplæring av enkeltstående/enkeltfamilier eller til grupper av pårørende gjennom undervisningsopplegg på kveld eller helg. Dette må settes i system.

Avdelingens Seksjon for diagnostisering, utredning og behandling er i avslutning av et Pårørendeprojekt. (Nordby og Kjøsberg, 2005, 2007 og 2008). Pårørende i det prosjektet peker nettopp på betydningen av dette møtet, at håpet opprettholdes og at de får tilpasset støtte og veiledning. De har behov for både å gi og få informasjon og få drøftet sine tanker om fremtiden. Det er vår oppgave som ansatte å bidra til at dette skjer, også for å få et så godt behandlings- og rehabiliteringsresultat som mulig.

Rus

Flere av pasientene som legges inn i vår post har i tillegg til en alvorlig psykisk lidelse også alvorlige rusproblemer. Forskningen i dag viser at en ikke bør drive sekvensiell eller parallell behandling, men integrert behandling. Nettopp fordi pasienten er innlagt i vår post har vi en god mulighet for dette. Komponenter i integrert behandling er i følge Mueser (2006:38): integrerte tjenester, allsidighet, aktivt oppsøkende virksomhet, redusering av negative konsekvenser, langsiktig perspektiv, motivasjonsbasert behandling og tilgang til en rekke psykoterapeutiske behandlingsmetoder.

Flere av pasientene er tvangsinnlagt eller dømt til behandling. For de pasientene vil ikke oppsøkende virksomhet være aktuelt, men alle de andre komponentene er høyst aktuelle å arbeide etter. Vi må arbeide med både den alvorlige psykiske lidelsen og rusproblemene samtidig, behandlingen vi tilbyr må være allsidig og den må rette seg mot å redusere de negative konsekvensene av både den alvorlige psykiske lidelsen og rusbruken. For mange av våre pasienter er et langsiktig perspektiv ivaretatt (men den tiden må utnyttes bevisst og systematisk). Når det understrekes at behandlingen skal være motivasjonsbasert må vi, som beskrevet under den miljøterapeutiske samtalen, vektlegge at behandlingen orienteres mot klientens ønske om å endre sin egen atferd eller bidra til å bygge opp om en motivasjon til det. Når det gjelder komponenten «psykoterapeutiske behandlingsmetoder» vil det i tillegg til medikamentell behandling og individualterapi for oss være helt vesentlig, i tråd med prosjektet, å trekke fram samhandlingen med personalet, den miljøterapeutiske samtalen, familiearbeid og samarbeid ut mot kommunen.

Kommunalt samarbeid

Post B8 har lang erfaring med krevende utskrivelsesprosesser. Spesielt nevnes Stangeprosjektet med utskrivning av fire pasienter til omsorgsbolig med oppfølging. I dette prosjektet ble det jobbet systematisk med oppnevnt koordinator internt og eksternt i kommunen. Det ga struktur, avklaring av ansvarsforhold og framdrift i prosjektet. Miljøpersonalet i kommunen ble ansatt tidlig i prosessen og var inne til hospitering på avdelingen. Likeledes var personalet på avdelingen med ut i boligen i en overgangsperiode, og deretter fortsatte pasientene til polikliniske samtaler. Dette var en god modell for samarbeidet hvor vi nå kan hente ut gode erfaringer. Der pasienter er utskrevet på tvungent ettervern har avdelingen også et lovpålagt ansvar for poliklinisk oppfølging.

Veien videre i forhold til kommunesamarbeid vil være å skape struktur på samarbeidet tidlig i prosessen. Vi ønsker å formalisere samarbeidet tidlig, gjerne i forbindelse med søknaden om innleggelse, i forvernsamtalen, og kan tenke oss at dette best gjøres ved å starte med en klargjøring av målsettingen for oppholdet.

Kommunesamarbeid er et av temaene i dialogundervisningen i løpet av våren. Tone Lise Bratrud fra FoU-enheten vil innlede og bidra til refleksjon. Drøftingen vil fortsette inn i posten ved at temaet holdes oppe på gruppemøtene hvor hun også vil delta. B8 trenger økt bevissthet i forhold til kommunesamarbeidet inn i den kliniske hverdagen.

Vi ønsker videre å se nærmere på samarbeidet med en konkret kommune, trolig Kongsvinger. Vi har i dag 2 pasienter innlagt derfra hvor ansvarsgrupper er etablert og samarbeidet påbegynt. Ved å se på Stangeprosjektet og de gode erfaringene derfra, samt temaene som kommer opp i dialogundervisningen, kan vi tilstrebe bedre struktur og rutiner i forbindelse med utskrivningen og oppfølgingen av disse pasientene.

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. et al. (2007). *Handlingsorientert forsknings samarbeid: 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. og Lindholm, L.(1993) Lidande och kärlek ur et psykiatrisktt vårdperspektiv – en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I: Eriksson, K. (red.). *Möten med lidanaden*. Åbo: Åbo akademi. Vårdforskning, Insitutionen för vårdvetenskap. Report nr.4.
- Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psyhiatry*, 41, 327–335.
- Hummelvoll, J.K. (2004) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforl.
- Hummelvoll, J.K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk (6. utg.).
- Hummelvoll, J. K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktisk implikasjoner. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 8(1), 17–30.
- Hummelvoll, J. K. (2007). Fokusgruppeintervju - en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. I G. Beston et al. (Red.), *Handlingsorientert forskningssamarbeid* (Rapport 1-2007, pp. 137–159). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2005). Researchers experience of co-operative inquiry in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 180–188.
- Kizinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299–302.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lov om spesialisthelsetjenesten*. 2.juli 1999 nr.61.

- Maunsbach, M., & Dehlholm-Lambertsen, B. (1997). Det fokuserede gruppeintervju og deltagerobservation. *Nordisk Medicin*, 112, 126–128.
- Mosher, L.R. (eds.) *Principles and practice of modern milieu therapy*. New York: Jason Aronson.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. Oversatt av Tone M. Andersen. Faglig tilrettelagt av Lars Lindroth (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforl.
- Nordby, K.E. & Kjøsberg, K.(2007). *Pårørende – en hjelpetrengende ressurs?* Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 2.
- Reason, P., & Heron, J. (1986). Research with people: The paradigm of co-operative experiential inquiry. *Person Centered Review*, 1, 456–475.
- Røssberg, J.I. (2005). Relasjoner mellom pasient og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsmiljø? I: Opjordsmoen S. Vaglum P. & Bloch Thorsen G-R. (red). *Oss i mellom. Relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Seikkula, J. & Aaltonen, J. (1996). «Klienten vet best – tilrettelegging av behandlingen av psykoser som åpen dialog». *Dialog*, nr. 3.
- Statens helsetilsyn. (2000). *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling 9:2000*. Oslo.
- Stensrud, B. (2007) Miljøterapi. *Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 7.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Medical Association. (2002). *The Declaration of Helsinki* (Document 17.C). Retrieved 15.11.04, 2004.

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

Upublisert Materiale:

Nordby, K.E. & Kjøsberg, K. (2005). *Pårørende – en hjelpetrengende ressurs? Pårørendes erfaringer ønsker og behov i møte med psykiatrien.*