

Kari Nysveen, Tone Lise Brattrud  
og Arild Granerud

# Brukerens stemme er viktig

Intervju med pasienter i  
Miljøterapiprosjektet

Høgskolen i Hedmark  
Rapport nr. 15 – 2009

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

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

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

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

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

Rapport nr. 15 – 2009  
© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark  
ISBN: 978-82-7671-734-1  
ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

<b>Tittel:</b> Brukerens stemme er viktig – Intervju med pasienter i Miljøterapi-prosjektet			
<b>Forfattere:</b> Kari Nysveen, Tone Lise Bratrud og Arild Granerud			
<b>Nummer:</b> 15	<b>År:</b> 2009	<b>Sider:</b> 61	<b>ISBN:</b> 978-82-7671-734-1 <b>ISSN:</b> 1501-8563
<b>Oppdragsgiver:</b> Sykehus Innlandet HF og Høgskolen i Hedmark			
<b>Emneord:</b> Pasientintervjuer, miljøterapi, psykisk helsearbeid, handlingsorientert forskningssamarbeid			
<b>Sammendrag:</b> Pasienter ved psykoseavdelingen er i studien, «Brukernes stemme er viktig», intervjuet om deres opplevelse av det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Studien er en del av Miljøterapi-prosjektet, et handlingsorientert forskningssamarbeid mellom Sykehuset Innlandet, Divisjon Psykisk helsevern og Høgskolen i Hedmark. Hensikten med prosjektet er å bidra til kompetanseheving hos personalet og bedre det miljøterapeutiske behandlingstilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Studien fokuserer på den enkelte pasients opplevelse og erfaringer med det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Temaer spesielt fokusert er den miljøterapeutiske samtalen, brukermedvirkning og samarbeid med pasientens hjemkommune.			
<p>Handlingsorientert forskningssamarbeid skal fremme den faglige kompetansen hos ansatte gjennom systematisk refleksjon. Å snakke med pasienter gir erfaringskunnskap. Ved individuelle intervjuer og dialog, hentes et dybdeperspektiv. Det ble foretatt til sammen 10 intervjuer i løpet av mai/juni 2008. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet som analysemetode.</p>			
<p>Funnene viser at pasientene opplever miljøterapeutiske samtaler som viktige. Det gjelder både for hverdagssamtaler og mer planlagte samtaler. Det hjelper å snakke om problemene. Samtaler hjelper mot vonde tanker. Personalets egenskaper er viktige. De ønsker å bli møtt med respekt, empati, ro og tillit. Pasientene opplever at personalet er der når han/hun trenger det mest. Systematiske planlagte miljøterapeutiske samtaler gjennomføres i liten grad. De sier videre at personalet synes å ha et «her og nå» perspektiv med fokus på dagen i dag. Det kan gi mangel på sammenheng og usikkerhet med hensyn til framtidshåp og retning på livet.</p>			

Med hensyn til muligheter for medvirkning i egen behandling, var det ulike erfaringer, fra å være fornøyd og ha påvirkningsmuligheter til å ha liten eller ingen medbestemmelse. Institusjonslivet oppleves passiviserende og gjør det vanskelig å ta ansvar for eget liv. En følelse av ensomhet kommer til uttrykk. Det skjer en tilpasning til systemet med beskjedne forventninger. Med hensyn til samarbeid ved hjemreisen, oppleves det viktig å ha kontakt med noen som man kjenner.

Da er relasjonen og kontinuiteten viktig, gjerne med overlapping av personalet i post. Boligen har stor betydning og mange opplever å ha en usikker boligsituasjon. Mens pasientene er innlagt i sengepost, tenker de lite på økonomi, og arbeidslivet oppleves uopnåelig. De opplever ikke IP og ansvarsgruppe som viktig på dette tidspunktet. Familien opplevelses som omsorgsfull og sosionomen er sentral i behandlingen.



Hedmark University College

<b>Title:</b> The patient's view is important. Report: Interview with participants in the Milieu-therapy project			
<b>Authors:</b> Kari Nysveen, Tone Lise Brattrud og Arild Granerud			
<b>Number:</b> 15	<b>Year:</b> 2009	<b>Pages:</b> 61	<b>ISBN:</b> 978-82-7671-734-1 <b>ISSN:</b> 1501-8563
<b>Financed by:</b> Innlandet Hospital Trust, Division of Mental Health Care, and Hedmark University College			
<b>Keywords:</b> Patient interview, environmental therapy, psychological health work, action-oriented research cooperation			
<b>Summary:</b> Patients in the psychosis division in this study were interviewed about their experience of the environmental therapeutic treatment programme. The study is part of the Milieu-therapy project, an co-operative inquiry -oriented research cooperation between Innlandet Hospital Trust, Division of Mental Health Care, and Hedmark University College. The aim of the project is to contribute to increasing the skills of the health personnel and to improve the offer of treatment for patients with serious psychological problems simultaneous to a drug or alcohol problem. This study focuses on the individual patient's experience and involvement in the Milieu-therapeutic treatment programme. Central themes are the Milieu-therapeutic conversation, user participation and cooperation with the patient's municipality of residence.  Co-operative inquiry-oriented research has as its aim that of promoting the skills of the health personnel through systematic reflection. Speaking with the patients provides an understanding of their experiences. Through individual interviews and dialogue, a deeper insight is obtained. A total of ten interviews were held in May–June 2008. Qualitative analysis was the main method of analysis.  The results suggest that the patients experience the conversations around environmental therapy as important. This applies both to routine conversations and those which were prepared. The characteristics of the health personnel are important. They wish to be treated with respect, empathy, serenity and confidence. The patients experienced that the staff are present when most needed. Systematic, planned environmental therapeutic conversations were not carried out to any notable extent.			

The informants had the impression that the staff has a «here and now» perspective with a focus on «today». This may result in a lack of association and uncertainty regarding future hope and the direction of life. Some considered that they had the possibility to become involved in their own treatment; others had little or no involvement. A feeling of loneliness was also expressed. An adaptation to the system occurs with modest expectations. Upon returning home, the relationship and continuity are important, preferably with an overlap of hospital staff. The residence is of considerable importance, and many experience that their residential circumstances are insecure. The informants scarcely think about their financial situation, and working life is regarded as unachievable. They do not experience IP and the responsibility group as important at this point of time.

# FORORD

I en miljøterapeutisk tilnærming er det viktig å sikre at samtaler med pasientene skal være meningsfylte. I denne rapporten ønsker vi å sette søkelyset på hvordan den enkelte pasient opplever det miljøterapeutiske behandlingstilbudet ved innleggelse i en døgnenhet. For å finne ut hva som har betydning for den enkelte person, er det vesentlig å snakke med pasienter ved de to enhetene som er med i miljøterapiprosjektet.

Vi ønsker å rette en stor takk til pasientene ved de to enhetene som har vist oss den tillit og delt sine opplevelser og erfaringer med oss. Uten deres kunnskap og erfaringer hadde det ikke blitt noen rapport.

Videre har Jan Kåre Hummelvoll, Kjell Nordby og Bjørn Stensrud i arbeidsgruppa til miljøterapiprosjektet vært aktive bidragsyttere til denne rapporten.

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

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

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

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

Ottestad, mai 2009

På vegne av medforfatterne.

Kari Nysveen



# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Forord</b>	<b>7</b>
<b>Innledning</b>	<b>11</b>
Et eksistensielt perspektiv	13
Brukerperspektivet og empowerment	15
Lokalsamfunnsperspektivet	16
<b>Metode</b>	<b>19</b>
Datainnsamlingsmetode og analyse	20
Etiske overveielser	21
<b>Presentasjon av funn</b>	<b>23</b>
Å ha noen å snakke med	24
<i>Hjelp til å finne praktiske løsninger</i>	25
<i>Samtaler hjelper mot vonde tanker</i>	26
<i>Personalet er der når pasienten trenger det mest</i>	27
<i>Samtale med psykolog hjelper</i>	29
Framtidsperspektivet versus her og nå	30
<i>Et «her og nå» perspektiv</i>	30
<i>Usikkert framtidshåp, en retning på livet</i>	31
<i>Å føle seg medvirkende</i>	31
Institusjonslivet oppleves passiviserende	32
<i>Passivitet versus ansvar for eget liv</i>	33
<i>Opplevelse av ikke å være delaktig</i>	35
<i>Beskjedne forventninger</i>	36
Personalets egenskaper er viktige	37
<i>Å bli møtt med respekt og empati</i>	37
Hjemreisen	39
<i>Kontakt med noen som kjenner meg</i>	40
<i>Nødvendigheten av et hjem</i>	41

<i>Jeg tenker ikke økonomi</i>	42
<i>Arbeidslivet oppleves uoppnåelig</i>	43
<i>Familien oppleves som omsorgsfull</i>	43
<i>Assistanse i hverdagslivet</i>	44
<i>Individuell plan, ansvarsgruppe og samarbeid oppfattes ikke som viktig</i>	45
<i>Sosionomen er sentral i behandlingen</i>	47
<b>Oppsummerende diskusjon</b>	<b>49</b>
Metodiske overveielser	49
Samtalens betydning i miljøterapien	50
Framtidsperspektivet versus her og nå	51
Deltagelse i eget liv	52
Hjemreisen	54
<b>Konklusjon og anbefalinger</b>	<b>57</b>
<b>Litteratur</b>	<b>59</b>

# INNLEDNING

Siden 1980 har flere samfunnsreformer hatt som siktemål å skape et åpnere samfunn der mennesker med psykiske lidelser integreres som en selvfølgelig del av lokalsamfunnet. Disse reformene har hatt stor betydning for hvordan det psykiatriske behandlingstilbudet har utviklet seg. Endret syn på behandling har ført til nedbygging av de store institusjonene. Mange pasienter med en alvorlig psykisk lidelse hadde tidligere lange institusjonsopphold bak seg. Målsettingen var å utarbeide lokalbaserte tjenestetilbud tilpasset den enkelte personens omsorg- og behandlingsbehov (Stensrud, 2007). I dagens helsevesen vektlegges i større grad den enkelte person sine rettigheter, brukermedvirkning og krav til informasjon og samtykke, når helsetjenesten skal organiseres.

For personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester vil det ligge særlig store utfordringer i å skape en helhetlig plan hvor ansvarsforhold er klargjort og som synliggjør den enkeltes behandlings- og oppfølgingstiltak. Enkelte mennesker vil ha behov for en boform som rommer betydelig støtte og omsorg i hverdagen for at livet skal kunne leves slik at det kjennes meningsfullt og at håpet holdes levende.

I denne rapporten fokuseres hvordan den enkelte pasient opplever sitt behandlingstilbud når han / hun har behov for innleggelse i en døgnenhet. *Hensikten* er å få fram pasientenes egne erfaringer relatert til det miljøterapeutiske behandlingstilbudet.

Den beste måten å få kunnskap om tema har vært gjennom individuelle intervjuer med pasienter ved de to enhetene som er med i miljøterapiprosjektet. Intervjuene har til hensikt å høre pasientenes erfaringer med deler

av det miljøterapeutiske behandlingsopplegget. Den miljøterapeutiske samtalen, brukermedvirkning og samarbeid med kommuner var områder en spesielt ønsket å rette fokus mot.

Rapporten har blitt utviklet i samarbeid med enhetene i miljøterapiprosjektet. Pasientgruppa det her dreier seg om er mennesker med en alvorlig psykisk lidelse. Enkelte har også tileggsproblematikk som selvskading, uro/agitasjon, rusmisbruk, vold/farlighetsproblematikk, personer som er dømt til behandling under Lov om tvungen psykisk helsevern og personer som er dømt til soning.

I rapporten vil det i kapittel to være en beskrivelse av metoden med analyse. I kapittel tre presenteres funn fra intervjuene og i kapittel fire følger en oppsummerende diskusjon. Kapittel fem kommer med konklusjon og anbefalinger for det videre arbeid.

I miljøterapiprosjektet ønsker vi å utvikle en miljøterapi som gjennom meningsfulle relasjoner og terapeutiske samtaler bygger opp under det enkelte individ sin evne til å mestre et liv i samfunnet. Det betyr at miljøterapien må ha et åpent perspektiv mot – og en aktiv samhandling med – den kommunen den enkelte person skal flytte tilbake.

Miljøterapiprosjektet inngår i ett av Høgskolen i Hedmarks innsatsområder i perioden 2007–2010, *Psykisk helse og samfunn: Kunnskapsdannelse i praksis*. Innsatsområdet er knyttet til Avdeling for helse- og idrettsfag. Miljøterapiprosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og idrettsfag og Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering. Samarbeidet kom i gang etter et initiativ fra nevnte avdeling med et ønske om å utvikle og forbedre det miljøterapeutiske tilbudet. Tre enheter innen seksjonen Ressurs og sikkerhet er valgt til å være med i prosjektet, hvor den ene fungerer som referanseenheter. Hovedmålet i behandlingen er å utvikle og representere en spesialisert kompetanse innen psykosebehandling og psykososial rehabilitering.

*Hensikten* med miljøterapiprosjektet er å gi et bedre miljøterapeutisk behandlingstilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem ved å bidra til kompetanseheving hos personalet. Hovedmålet med prosjektet er å systematisere og utvikle det faglige miljøterapeutiske tilbudet til mennesker med alvorlig psykiske lidelse og et samtidig rusproblem, samt pasient og pårørendeerfaringer, 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.

## Et eksistensielt perspektiv

Innen det eksistensielle perspektivet vil fokus i behandlingen dreie seg om hvordan personen opplever sine problemer *her og nå*. Helseproblemene ses ut fra den aktuelle livssituasjonen personen er i. Mindre oppmerksomhet legges på personens fortid. Fokus vil rettes mot framtiden som skapes gjennom nåtidens valg og handlinger. Sentralt innen denne tenkningen er å *møte* pasienten i hans/hennes egen forestillingsverden, i hans eksistensielle situasjon, og hva som er personens aktuelle livssituasjon. Målet er en helhetlig forståelse og tilnærming til personen. Helhetsperspektivet betyr i denne sammenheng at man ser den enkelte person som en kompleks, integrert helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon som skaper forskjellige behov. I synet på avvik oppfattes individet som en person som har mistet kontakten med seg selv og den sosiale sammenheng man lever i. Personen vil oppleve en fremmedgjøring og følelser som hjelpløshet. Tristhet og ensomhet vil være fremtredende (Hummelvoll, 2006).

Innen det eksistensielle perspektiv trenger personen å bli satt i stand til å velge fritt. Han /hun trenger hjelp til å finne fram til holdbare livsverdier og bli klar over sine valgmuligheter, og få hjelp til å utvide erfaringsgrunnlaget slik at vedkommende blir bedre i stand til å gjøre konstruktive valg. Gjennom denne måten å møte den enkelte på vil personen kunne utvikle en bedre forståelse av seg selv (Hummelvoll, 2006). Utgangspunktet er opplevelsen av seg selv i betydningen hvordan personen oppfatter egne problemer og ressurser og hva han /hun gjør for å møte sin lidelse.

Eriksson (1993) beskriver den eksistensielle lidelsen i tre dimensjoner hvor hver dimensjon sier noe om det å leve med en lidelse.

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

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

*Behandlingslidelsen* viser hvordan relasjonen til andre mennesker preges av at en står i et ikke likeverdig og ufrivillig forhold til personalet. Videre at behandlingen i seg selv kan påføre lidelse, eksempelvis i form av bivirkninger av medikasjon.

Hummelvoll (2006) har føyd til en fjerde dimensjon:

*Den sosiale lidelsen* – denne forstås som et uttrykk for reduserte muligheter til sosial deltagelse samt samfunnets ofte stigmatiserende holdninger til mennesker med en psykoselidelse. Mange mennesker med psykoselidelse vil oppleve at de ikke er inkludert i det sosiale fellesskap.

Pasienter med en alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem har funksjonsnedsettelse på flere områder. De vil være rammet av både psykiske funksjonsnedsettelse som kan deles inn i emosjonelle, kognitive og motivasjonsmessige og sist, men ikke minst funksjonsnedsettelse som er knyttet til den sosiale lidelsen i form av samfunnsmessige hindringer som utstøtelse, marginalisering og fattigdom. Mange vil ha behov for innleggelse og behandling i en kortere eller lengre periode av 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 fokus på det helsefremmende arbeid.

## Brukerperspektivet og empowerment

Brukermedvirkning handler ikke bare om den enkeltes muligheter for innflytelse på egen behandling. Det handler også om å kunne representere brukermedvirkning på et systemnivå. Brukermedvirkning på systemnivå handler også om å involvere brukere av helsetjenester, pasientgrupper og i ulike brukerorganisasjoner (Storm, 2009). I denne rapporten begrenses innholdet i brukermedvirkning til individnivå. Det er en orientering mot enkeltmenneskets rettigheter og muligheter til å kunne påvirke og delta i beslutninger om planlegging og gjennomføring av en tjeneste. Det vesentlige er å styrke pasienten sin innflytelse på behandling mot en prosess der man blir en aktiv deltager i sin egen behandling. En slik prosess vil styrke pasientens mestringsfølelse, og gi en opplevelse av kompetanse på egen lidelse og eget liv. For å utvikle denne mestringen vil det kreve mobilisering for å sette individet i stand til å takle endringer og belastninger (Storm, 2009).

Mange pasienter i psykisk helsevern vil for en kortere eller lengre periode av sitt liv ha en redusert evne til å ta vare på egenomsorg, sosiale relasjoner, arbeid eller skole. Manglende tiltakslust og motivasjon kan medføre nedsatt mestringsevne. Derfor må deltagelsen i behandlingen tilpasses den enkeltes psykiske tilstand. Å fokusere på brukermedvirkning gjennom hele behandlingsforløpet blir vesentlig.

Brukermedvirkning ligger også nært opp til begrepet empowerment eller myndiggjøring, som kan beskrives som en prosess for å styrke og aktivere menneskers egenkraft. Dette handler om mobilisering av egen kompetanse, styrke og innsikt, egne erfaringer, vilje og evne til å mestre eget liv. Det handler om at mennesker blir i stand til å definere egne problemer, finne løsninger gjerne i fellesskap med andre. Empowerment handler om å styrke pasienten som enkeltindivid slik at vedkommende får økt makt og myndighet over eget liv (Almvik & Borge, 2007).

## Lokalsamfunnsperspektivet

Granerud (1999) gjorde en undersøkelse blant psykiatriske langtidspasienter etablert i egen bolig, om hvordan naboene aksepterte dem i sitt nærmiljø. Det viste seg da at nabolaget syntes «de nye naboene» var skremmende med en avvikende væremåte som førte til at det var vanskelig å etablere kontakt med dem. De hadde et stort informasjonsbehov, fordi det var knyttet stor utrygghet og redsel til pasientgruppa. Reaksjoner som ekskludering, segregering, usikkerhet og redsel var framtreddende i nærmiljøet. Undersøkelsen viste at for å oppnå integrering, må mennesker med psykisk funksjonshemming styrke sin sosiale kompetanse samtidig som det må arbeides aktivt med informasjon og kontaktskapende tiltak i nærmiljøet (Granerud, 1999). Granerud og Severinsson (2006) konkluderer med at mennesker med psykisk lidelse savner tilhørighet og at de lever med mye skam og ensomhet. Mange av dem har lav selvfølelse og er plaget av angst og depresjon. Det å oppleve tilhørighet, emosjonell kontakt og støtte, få praktisk hjelp, ha noe meningsfylt å fylle dagen med som aktivitet, arbeid og sosial ferdighetstrening kan være med på å redusere stigmatisering.

Integrering er et viktig aspekt ved lokalsamfunnsarbeid. Integrering vil for den enkelte person bety å være en del av et sosialt fellesskap. Mennesker med en psykisk lidelse kan bli marginalisert som gruppe fordi de kan være forankret i et miljø eller være ekskludert fra et sosialt fellesskap (Hummelvoll, 2006). En grunn kan være frykt i lokalsamfunnet for mennesker med en psykisk lidelse. Dette gjør at mennesket kan bli plassert i kategorier som gjør at de blir sett på som mennesker som er annerledes eller mangelfulle. Drevdahl (2002) kaller dette «grensesamfunn». Et grensesamfunn er steder hvor individet blir sett på som annerledes og mangelfulle. Mennesker med en alvorlig psykisk lidelse kan utgjøre en slik gruppe. Det at man definerer enkelte mennesker eller grupper som trengende og som er i behov av profesjonelle tjenester, kan fungere som en prosess som er preget av makt. I det å være hjelper for pasienter med psykisk lidelse vil det være vesentlig å forstå hvordan denne maktutøvelsen viser seg og hvordan den virker i lokalsamfunnet (Hummelvoll, 2006).



Når pasienter er innlagt i spesialisthelsetjenesten vil det være viktig at personalet har kjennskap til hvordan samfunnets organisering kan gi ulike utslag og hvordan man med en faglig tilnærming må arbeide for å motvirke samhandlingsmønstre som kan føre til sosial eksklusjon og utstøtelse. En miljøterapi som ivaretar disse perspektivene vil kreve at man tar utgangspunkt i pasienten sin opplevelse av situasjonen og hvordan personen selv oppfatter sine ressurser og hva han /hun gjør for å møte sin lidelse (Stensrud, 2007).



## METODE

Den overordnede forskningstilnærmingen for Miljøterapiprosjektet er handlingsorientert forskningssamarbeid som hører inn under aksjonsforskningstradisjonen (Reason & Heron, 1986, 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 å kunne belyse sentrale problemstillinger i praksisfeltet. Hensikten er forskning for praksis, i praksis og sammen med praksis. Ved at kunnskapen samskapes vil det kunne bli en kortere avstand i tid mellom utvikling av kunnskap og anvendelse av den utviklede kunnskapen. 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).

Forskningsopplegget for delstudien er kvalitativ tilnærming til dataanalysen og tolking. De kvalitative metodene har forankring i et fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk kunnskapssyn. Metoden er induktiv og representerer et «innenfraperspektiv» og tilnærmingen handler om å forstå delene og helheten mellom empiri og teori (Tornqvist, 2003).

## Datainnsamlingsmetode og analyse

Som metode for datainnsamlingen i denne rapporten ble det benyttet kvalitative forskningsintervjuer. Intervjuene forutsetter at forskerne har innlevelsesevne og god kunnskap om det tema det skal forskes på. På den måten kan intervjuet gjennomføres som en meningsfull samtale. I intervjusituasjonen må forskerne forsøke å skape en god ramme som bygger på tillit og trygghet slik at man i størst mulig grad kan få til en likeverdig dialog. Det er viktig å få erfaringskunnskap og et dybdeperspektiv istedenfor å ha fokus på årsaksforklaringer. Hensikten er å få en dypere beskrivelse av fenomener og av informantenes livsverden (Kvale, 1997).

Det ble i mai/juni 2008 gjennomført 10 individuelle intervjuer med pasienter ved to av enhetene. Alle intervjuede hadde en alvorlig psykisk lidelse med tileggsproblematikk som gjorde innleggelse i sykehus nødvendig. Hensikten med intervjuene var å samle data om pasientenes opplevelse av den miljøterapeutiske samtalen, påvirkningsmuligheter i egen behandling og bedringsprosessen på vei ut av sykehuset. I forkant av intervjuet ble informantene informert både skriftlig og muntlig om temaene vi ønsket å samtale om. Lengden på innleggelse varierte fra ½ år til ca 15 år.

Det ble satt av en time til hvert intervju. Informantene hadde mulighet til å ha med seg et kjent personale hvis de ønsket det. Et intervju varte i 20 minutter, mens de fleste strakk seg over ca. en time. Samtalen ble styrt av intervjueren, som er en av forskerne i Miljøterapiprosjektet. Det var også en observatør som hadde rollen som «avansert sekretær» og som bisto under intervjuet. Intervjuet startet med å informere om hensikten med intervjuet og rollen til intervjuer og observatør.

Intervjuguiden fungerte som guide i samtalene. Intervjuet ble holdt på et møterom i den enheten pasienten var innlagt. Under intervjuet la vi vekt på å få til en god og avslappet atmosfære hvor pasienten skulle føle seg mest mulig komfortabel. Det ble servert kaffe. Flere av informantene uttrykte at det var viktig for dem å få mulighet til å meddele seg.

Intervjuene ble transkribert og analysearbeidet startet ved at man leste intervjuene flere ganger. Sentrale begrep og analytiske spor i intervjuet ble identifisert. Den foreløpige analysen ble i etterkant presentert for informantene i et eget møte. På den ene enheten ble dette gjort i form av en gruppesamtale hvor informantene ble oppfordret til å komme med synspunkter og kommentarer. På den andre enheten ble det holdt individuelle møter.

Analysen av materialet som helhet ble gjort med en tilpasset kvalitativ innholdsanalyse (Denzin & Lincoln, 1998). Alt materiale fra intervjuene og tilbakemeldingene ble lagt til grunn. Analysen startet etter følgende trinn inspirert av Graneheim og Lundman (2004):

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

Eksempler på utsagn var med på å validere begrepene som fremkom (Hummelvoll & Severinsson, 2004, Hummelvoll, 2007). Et viktig trinn i analysen var å få forståelse for på hvilke områder det er konsensus eller uenighet. Analysen fokuserte på to tolkningsnivåer, både tolkning på åpenbart innhold og på det usagte, underliggende nivå. En tilstrebet at de framkommende temaene skulle ha en intern og ekstern heterogenitet (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen ble også diskutert i forskergruppen gjennom arbeidets gang, for å sikre den kommunikative validiteten.

## Etiske overveielser

Miljøterapi prosjektet er initiert og ønsket av sykehusets ledelse, avdelingen og enheten. Studien ble framlagt til diskusjon i forskningsprosjektets prosjektgruppe, der også de etiske sidene ble vurdert. Dataene er behandlet konfidensielt og vil bli framtilt i aidentifisert form. Samtykkeerklæringer

ble innhentet og det ble presisert at deltagelsen var frivillig. Videre ble det informert at den enkelte når som helst kunne avbryte deltagelsen i undersøkelsen. Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK øst) har godkjent prosjektet som helhet (ref: 104–07032a). Retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2002) ble fulgt. Prosjektet er godkjent av personvernombudet i Sykehuset Innlandet.

## PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet vil funnene fra intervjuene bli presentert. Hensikten med intervjuene var å samle data om pasientens opplevelse av den miljøterapeutiske samtalen, påvirkningsmuligheter i egen behandling og bedringsprosessen på vei ut av sykehuset.

Tabellen viser en samlet oversikt over kategorier og underkategorier som har kommet fram i analysen. Funnene blir kommentert og eksemplifisert med utsagn fra intervjuene. Utsagnene er satt i kursiv.

Tabell 1: En oversikt over kategorier og underkategorier

Kategorier	Underkategorier
<b>Å ha noen å snakke med</b>	Hjelp til å finne praktiske løsninger Samtaler hjelper mot vonde tanker Personalet er der når pasienten trenger det mest Samtaler med psykolog hjelper
<b>Framtidsperspektivet versus her og nå</b>	Et her og nå perspektiv Usikkert framtidshåp, en retning på livet Å føle seg medvirkende
<b>Institusjonslivet oppleves passiviserende</b>	Passivitet versus ansvar for eget liv Opplevelse av ikke å være delaktig Beskjedne forventninger
<b>Personalets egenskaper er viktige</b>	Å bli møtt med respekt og empati
<b>Hjemreisen</b>	Kontakt med noen som kjenner meg Nødvendigheten av et hjem Jeg tenker ikke økonomi Arbeidslivet oppleves uoppnåelig Familien oppleves som omsorgsfull Assistanse i hverdagslivet Individuell plan (IP), ansvarsgruppe og samarbeid oppfattes ikke som viktig Sosionomen er sentral i behandlingen

## Å ha noen å snakke med

Denne kategorien var et av hovedfunnene i pasientintervjuene. Den har flere underkategorier: Hjelp til å finne praktiske løsninger, Samtaler hjelper mot vonde tanker, Personalet er der når pasienten trenger det mest, og Samtaler med psykolog hjelper.

I funnene fra pasientintervjuene kommer det fram at når samtalen og betydningen av denne beskrives, relateres den i stor grad til det vi har valgt å kalle hverdagssamtalen. Funnene viser at når den meningsfulle samtalen beskrives, handler den i stor grad om hverdagslige og praktiske temaer. Det å ha noe konkret å snakke om kan bidra til å avlede for temaer



som kan bli gjenstand for mye grubling. Samtalen bidrar til klargjøring av problemområder slik at disse kan forstås i større grad. Det man har begreper for, får man også bedre grep om. Det å beherske hverdagsamtalen er viktig i et sosialisering- og rehabiliteringsperspektiv. Når samtalen tar utgangspunkt i den praktiske hverdag, og når man prøver å finne fram til løsninger, opplever den enkelte pasient at samtalen er til god hjelp. Ikke alle opplever samtalen som meningsfulle. Det kan handle om måten den enkelte opplever å bli møtt på. Utsagnet tyder på at vedkommende kan oppleve gode samtaler med enkelte i personalgruppa. En måte å forstå dette på kan handle om personen sin trygghet og opplevelse av god relasjon til enkelte av miljøterapeutene.

## Hjelp til å finne praktiske løsninger

### Eksempler på utsagn:

*Vi avtaler praktiske hverdagslige ting. Jeg opplever samtalen om dette med kontaktpersonene som nyttige.*

*Samtalen er til hjelp. Spesielt når det gjelder praktiske løsninger.*

*Mye svada, kanskje gode samtaler med enkelte. Mye prat om hverdagslige ting, politikk, vær og vind.*

*Vi avtaler praktiske hverdagslige ting. Det går mye på løs prat.*

### Kommentarer:

Den miljøterapeutiske samtalen har som et mål å stimulere til pasientenes bedring- og mestringsevne. Samtalen kjennetegnes ved at de er hverdagsnære og at de fokuserer på langsiktige mål knyttet til pasientens evne til å klare seg i egen bolig og til opplevelse av livskvalitet. Samtalen er også til hjelp til å forstå situasjonen gjennom kunnskap om løsning av praktiske og dagligdags utfordringer gjennom å få økt kunnskap om egen lidelse. Å stimulere til livsmening ved å legge vekt på verdier som håp, tro, respekt og likeverd og til å fokusere på pasientens mål og opplevelse av

livskvalitet (Østby, 2007). Dette vil bety at den miljøterapeutiske samtalen har et helsefremmende mål, for personalet betyr det å støtte pasienten til å oppleve livssituasjonen og de daglige utfordringene som forståelige, at de er mulig å håndtere og at livet kjennes meningsfullt (Nysveen, 2008).

## Samtaler hjelper mot vonde tanker

### Eksempler på utsagn:

*Jeg har samtaler når jeg har behov for det.*

*Ja, hverdagssamtalen er nyttig. Å prate om vonde tanker. De blir fjernere da.*

*Her – og – nå hverdagssamtaler er nyttige. Da slipper jeg å sitte alene og gruble.*

*Hvis jeg har tunge tanker og har lyst til å skade meg selv, hjelper det å snakke litt. Det letter på trykket. Jeg er blitt flinkere til å takle tankene sammen med personalet. De ser det på meg og tar da en prat. Nå i det siste har det hjulpet meg. Jeg får til å prate og blir da i godt humør.*

*Det er godt å snakke om vanskelig ting. Jeg blir møtt.*

### Kommentarer:

I intervjuene fant vi en overvekt av pasienter som ikke har planlagte miljøterapeutiske samtaler med personalet på enheten. Selv om flesteparten av respondentene ikke har faste samtaler, opplevde de alle samtalene som viktige. Respondentene opplevde det som godt å få satt ord på hvordan de har det akkurat her og nå. Det viktigste innholdet i samtalene synes å være knyttet til dagsaktuelle problemstillinger og til dagsformen. Flere av informantene uttrykte at de var fornøyd med å ha det slik og de følte seg møtt på sine behov.

Å få snakke om vonde tanker har stor betydning for den enkelte. Ved å klare å sette ord på vonde tanker og bekymringer, opplever flere pasienter samtaler som god hjelp. Samtalen hjelper slik at man mestrer hverdagen på en bedre måte. Man slipper å sitte alene og gruble. Når man kan dele sine problemer og bekymringer med personalet blir man også i større grad i stand til å ta tak i problemene og finne fram til måter å arbeide med disse på. Funnene viser at samtalen fungerer støttende, den gir muligheter for å bli hørt og for å kunne samarbeide om hva som er vanskelig. Samtalen gir også mulighet til å få gjennomslag for ønsker en har. Det å ha noen å samtale med gjør at man får lettet på trykket, ser litt lysere på situasjonen, noe som igjen bidrar til at man blir i godt humør. Samtidig som samtalene oppleves som positive, kan framtidsperspektivet bli borte og retningen på arbeidet bli uklar.

## Personalet er der når pasienten trenger det mest

### Eksempler på utsagn:

*Jeg bruker flere av personalet for å understøtte det jeg mener. Dette fordi jeg ikke stoler helt på mennesker. Det er viktig at personalet støtter meg.*

*Samtalene kan være vanskelig, men de hjelper meg å tenke mer nøkternt om min situasjon.*

*Prater om psyken min og problemene min, all right å snakke om. Det er lettest å snakke med dem jeg kjenner best.*

*Samtalene hjelper meg til å bli klar over mine sterke sider. Det er en positiv opplevelse. Personalet kan ikke ha mer fokus på mine sterke sider. Det må jeg gjøre selv.*

*Jo dårligere form jeg er i, jo mer er personalet på tilbudssida. Når jeg er dårlig, prøver personalet å trekke fram mine sterke sider.*

*De prøver å få meg til å se mine sterke sider, men det er vanskelig for meg å tro på det. Jeg har ikke verdens beste selvtillit.*

### **Kommentar:**

Svarene viser at det er viktig å være trygg og kunne stole på personalet. Enkelte pasienter har ikke denne grunnleggende tilliten til sine medmennesker og derfor vil det være helt essensielt at man gjennom et godt kjennskap til den som er hjelper, klarer å stole på vedkommende. Dette kan man få til ved god kontinuitet i behandlingen og ved at den enkelte miljøterapeut framstår som en trygg og kompetent fagperson.

Samtalen bidrar til å skape større ro, mestre situasjoner på en bedre måte enn tidligere, sier informantene. Den bidrar også til å finne fram nye eller få tak i tidligere ressurser. Når man selv ikke er i stand til å finne fram til eller bruke sine ressurser er det viktig at personalet hjelper den enkelte med å se dette. Spesielt vanskelig er det når selvfølelsen er lav. Samtalen vil kunne hjelpe den enkelte person til å se seg selv med sine behov og bli klar over egne ressurser, noe som vil fungere motiverende. Selv om samtaler med personalet skaper økt ro, «må en selv gjøre jobben». Samtalen kan være til hjelp for å bli bedre i stand til å kunne tenke nøkternt og realistisk om sin situasjon. Spesielt når man er i dårlig psykisk form framhever enkelte pasienter at personalet er mer på tilbudssida i forhold til samtaler.

Det kommer fram et ønske fra flere av informantene om at de har behov for flere samtaler og at det er personalet som bør ta initiativ til disse. Ut fra det som flere pasienter sier i intervjuene kan det virke som enhetene ikke har innarbeidet en tradisjon på at planlagte miljøterapeutiske samtaler er en integrert del av den miljøterapeutiske behandlingen. Det kommer heller ikke tydelig fram at samtalene går som en kontinuerlig prosess gjennom hele behandlingsforløpet med en klar retning, som tar utgangspunkt i den enkeltes målsetting for oppholdet. Ingen av pasientene relaterer i særlig grad samtalene til framtidsperspektivet, håpet og den enkeltes bedringsprosess.

Når det gjelder kontakt med medpasienter kommer det fram at miljøet kan synes å være for utrygt og uforutsigbart til at det oppleves som et godt fellesskap. Enkelte medpasienter oppfattes som klagende og det er en holdning enkelte pasienter ikke liker. Det kan virke som om medpasienter tar mer enn de gir, og det oppleves vanskelig når ikke ansatte er til stede i miljøet.

## Samtale med psykolog hjelper

### Eksempler på utsagn:

*Samtale med psykolog hjelper.*

*Psykologen kjenner meg på alle mulige måter. Jeg har faste samtaler med han.*

### Kommentar:

Enkelte av pasientene hadde god erfaring med faste samtaler med psykolog. De hadde tidligere ansatt psykolog på en av enhetene. Selv om det tok lang tid før samtaler hos psykolog kom i gang, var opplevelsen at samtaler var til god hjelp. På spørsmål om hvorfor dette var positivt, svarte informanten, at psykologen ble godt kjent med han gjennom samtaler. Det å ha en god relasjon og godt kjennskap er vesentlig for å få til gode samtaler. I utsagnet viser informanten at trygghet og tillitt er vesentlig i dette samarbeidet. Det en kan undre seg over i dette utsagnet er hvorfor pasienten ikke nevner samtaler med miljøpersonale som betydningsfulle. En grunn kan være, at pasienten ikke hadde faste samtaler med miljøpersonalet. Eller det kan handle om personens manglende tillitt og trygghet til enkelte i personalgruppa. En annen grunn kan være vanskelige temaer i personens liv som vedkommende ikke opplever å få hjelp til fra miljøterapeutene.

## Framtidsperspektivet versus her og nå

Kategorien hadde disse underkategoriene: Et «her og nå» perspektiv; Usikkert framtidshåp, en retning på livet; Å føle seg medvirkende. Drømmen er viktig for alle mennesker og her ligger også sporene til framtidshåpet.

Et liv med psykiske lidelser dreier seg om individuelle opplevelser som handler om smerte, forskjellige grader av funksjonstap, en skjør selvfølelse og perioder preget av mye lidelse. Vi må i møte med pasienten holde flere perspektiver oppe samtidig, da psykiske lidelser handler om opplevelser og forestillinger som i stor grad er preget av det psykologiske og det kulturelle miljøet, men også om ytringer fra en kompleks hjerne hvor funksjoner kan være forstyrret (Borg & Topor, 2003).

### Et «her og nå» perspektiv

#### Eksempler på utsagn:

*Jeg blir møtt og får sagt hvordan jeg har det her og nå.*

*Noen ganger handler det om dagsformen min, andre ganger om det som skjer på lengre sikt. Hovedsaken er her og nå situasjon.*

*Det er ingen planlagt utskrivning, bare her og nå situasjonen. Det får komme etter hvert.*

#### Kommentar:

Et rådende «her og nå» perspektiv synes å gjelde for enhetene, med fokus på dagen i dag. Dette er et viktig perspektiv og mange pasienter har nok med å takle dagens utfordringer. Samtidig er det viktig at personalet også bidrar til å skape sammenheng i fortid, nåtid og framtid. Spesielt viktig er dette for pasienter som er innlagt over lang tid. Det å løfte fram framtidsperspektivet og fokusere på den enkelte person sin bedringsprosess, vil være et ansvar som ligger hos personalet og som en må bringe tydelig inn i behandlingsprosessen.

## Usikkert framtidshåp, en retning på livet

### Eksempler på utsagn:

*F.eks. framtidssituasjonen min. Jeg er her fordi jeg ikke har noe hjem å vende tilbake til.*

*Jeg ønsker meg eget hus, familie, jobb, savner et A4-liv. Her blir jeg sittende å tenke og tenke, røyker og røyker.*

*Jeg ønsker meg et noenlunde fast tidspunkt for utskrivning. Da hadde jeg det å se fram mot.*

*Kanskje jeg kan flytte tilbake til hjemkommunen der jeg har familie.*

### Kommentar:

Lengsel etter det normale går igjen i mange av intervjuene. De fleste har et ønske om å leve et «vanlig liv», men det synes som om flere har tilpasset seg systemet og lever her og nå. Framtidshåp og retning på livet er viktig hos alle. Å ha en retning på livet kobles sammen med håpet og drømmen om livet utenfor sykehuset. Det er viktig å vite hva som skal skje. Det gir mening og sammenheng. Drømmen er viktig for livsmotet, og legger sporene til framtidshåpet. Flere har ønsker for framtiden, men tar en dag om gangen.

Mange pasienter har ikke klart definerte målsettinger for oppholdet og vet ikke hva som skal skje mens de er inne, langt mindre hva de skal skrives ut til.

## Å føle seg medvirkende

### Eksempler på utsagn:

*Det er et godt nok program. Jeg er fornøyd med det slik det er her.*

*Jeg har innvirkning på behandlingsopplegget. Jeg gikk jo med på tvangsinnleggelse. Vi legger planer og det lar seg som regel ordne.*

*Jeg blir møtt og godt ivaretatt. De er åpne for mine forslag.*

*Jeg kan komme med ønsker på ukeplanen. Forslagene går da på en dag om gangen.*

*Jeg påvirker ved å si at jeg har problemer, og at jeg kan si fra når jeg blir dårlig.*

### **Kommentar:**

Det kommer fram ulike oppfatninger om å kunne medvirke – alt fra å være fornøyd og ha påvirkningsmuligheter, til lite eller ingen medbestemmelse. Flere sier de medvirker ved å følge et program. Dette behøver nødvendigvis ikke være en reell medbestemmelse, men heller deltagelse innenfor systemets rammer. De kjenner systemet og tilpasser seg. Noen leter etter å finne ut på hvilke områder de kan ha innflytelse. Andre tror de ikke kan påvirke og synes det er i orden. Få tror at dette kan endres slik at de kan få større innflytelse i eget liv. To av informantene mener de bestemmer selv og vil ikke bli bestemt over. En sier han er under frivillig tvang, dvs. en holdning til en delvis innvirkning på behandlingsopplegget. Av utsagnene kan det virke som om man kan si sin mening innenfor systemets begrensninger, men det å aktivt ta ansvar og påvirke egen behandling, synes fjernt. Det er ingen som uttrykker eksplisitt ønske om mer aktiv deltagelse eller medbestemmelse. Hva som ligger i sykdommens art eller en tilpasning til sykdomsrollen og systemet, er vanskelig å si. Mer aktiv medbestemmelse må kanskje motiveres fram.

## **Institusjonslivet oppleves passiviserende**

Denne kategorien har disse underkategorier: Passivitet versus ansvar for eget liv; Opplevelse av å ikke være delaktig; Beskjedne forventinger.



Det å kunne være med å bestemme og ta valg i forhold til egen behandling henger nøye sammen med det å ta ansvar. Deltagelse i eget liv er en nødvendig forutsetning for å nå sitt mål om et mest mulig selvstendig liv. Noen ganger når pasienten har vansker med å uttrykke egne behov og ønsker, må personalet og særlig de som jobber nærmest pasienten, fungere som vedkommendes talsperson. Det forutsetter en innfølende innstilling ved at man som hjelper må sette seg inn i hans/hennes situasjon, og at opplysninger om pasientens ønsker og verdier innhentes fra dem som kjenner vedkommende best. Pasienter som har vansker med å uttrykke seg, må motiveres. Det er nødvendig å undersøke hvilke tanker pasienten gjør seg om sin egen framtid fordi det gir en retning på behandlingen (Nysveen, 2008).

## Passivitet versus ansvar for eget liv

### Eksempler på utsagn:

*Jeg blir så isolert at jeg blir «gærn». Det er viktig å vite planene framover.*

*Jeg sitter mye alene og begynner da å tenke destruktivt. Det hadde vært annerledes hvis jeg kunne fylle tiden med noe, men jeg vet ikke helt hva.*

*Det er ikke bra å bli sittende her hele tiden. Her blir jeg sittende og tenke, røyke og røyke og blir opptatt av hvordan jeg har det.*

*Jeg ønsker ikke jobb nå, har vanskeligheter med å klare å ta på meg ansvar. Jeg må ha et spark bak. Tar lite initiativ. Jeg trenger mer motivasjon, dårlig med aktivitet nå.*

*Det er jeg som har ansvaret for eget liv og de (personalet) kan være til betydelig hjelp. De svarer etter beste evne, men avgjørelsen ligger hos meg. Det setter jeg pris på.*

## Kommentar:

Det kan spores en passiv innstilling i svarene som illustreres gjennom nedsatt aktivitet og usikker motivasjon. Passivitet kan bli rådende når framtiden er så usikker. Da kan man bli sittende med kaffe og røyk og dagene går. Det er vanskelig å vite hva som skyldes sykdommens karakter. Pasientene ønsker personer som representerer trygghet. Selv om man har mange års erfaring fra yrkeslivet, er ambisjonen om å gå tilbake til yrkeslivet ikke framtreddende. Det kan muligens skyldes manglende trygghet, grunnet oppgitthet og redusert tiltro til egne ferdigheter. Samtidig kommer det fram en noe uforpliktende holdning, som gjør det vanskelig å ta ansvar. Personalet bør motivere til aktivitet og egenomsorg/stell (selvbevaring). Den passive tenkningen gjør at pasientene ønsker at personalet skal fylle dagen med innhold for dem.

Mange har vært innlagt lenge. Sykehuset representerer tryggheten. Det skjer da lite selvstendighetsgjøring i eget liv. De mister ansvaret og dette blir kompensert med praktisk hjelp og støtte etter utskrivning. Dilemmaet blir hvor mye man kan ansvarliggjøre eller utfordre syke mennesker innlagt i sykehus og hvor mye personlighetsmodning man kan forvente. Det en kan undre seg over hva det er som ligger i systemet som vedlikeholder denne passivitetet. En grunn kan være rollen som pasient. En annen grunn kan være at uklare behandlingsmålsettinger bidrar til passivitet. Ved å fokusere mer på målrettet jobbing og gi den enkelte utfordringer, kan det hjelpe pasienten ut av institusjon. Slik hjelp kan være områder som større fokus på sosiale og praktiske ferdigheter, problemløsning i hverdagen og større framtidsfokus.

Når en av informantene sier: «De lar ansvaret ligge hos meg,» så kan det bety å bli trukket ansvarlig med i behandlingen. Andre kompenserer for pasienten, jamfør oppfølging etter utskrivning. Det kan hos personalet ligge en holdning om at det er mye omsorg i at man «gjør ting for pasienten». Det virker som at informantene ønsker å få gjort noe med den passive tilværelsen. Å trekkes mer aktivt med, og bli ansvarliggjort vil gi en omsorg som kan omfatte forståelsen for den andre. Når man utvikler felles erfaringer, kan man gjennom disse erfaringene bli bedre i stand til å forstå den andre (Hummelvoll, 2006).

En følelse av ensomhet kommer tydelig til uttrykk i intervjuene. Mange blir sittende alene og har lite eller ingenting å fylle hverdagen med. Når nettverket er lite og skjørt, dagene blir lange og man tilbringer mesteparten av tiden alene, er det lett at vonde og vanskelige tanker får stor plass. Savnet etter et vanlig liv kjennes stort, men man vet ikke helt hva man kan gjøre med det. Når ensomheten råder blir det en utfordring å klare å se framover. I en slik situasjon kan man utvikle en hjelpeløshet som fører til at man selv ikke er i stand til å gi situasjonen eller dagen noe innhold og mening. Mange av pasientene vi har intervjuet har et stort lidelsestrykk. Lidelsen i seg selv kan også føre til passivitet og vanskeligheter med relasjoner til andre mennesker. En annen faktor som kan ha betydning for at man føler seg ensom, er at flere av pasientene har mange og lange innleggelse i institusjon og av den grunn kan ha hatt lite kontakt med sitt nettverk.

## Opplevelse av ikke å være delaktig

### Eksempler på utsagn:

*Samarbeidet opplever jeg som skyggepolitikk. De går bak min rygg. Det er planlagt slik at jeg skulle komme hit, så ble det snakk om innleggelse og det var jeg ikke forberedt på.*

*Nei, jeg kan ikke påvirke. Jeg vet jeg kan lese journalen min. Det fungerer bra.*

*Jeg har ikke stor påvirkning.*

*Nei, i liten grad. Har ikke innvirkning på medisineringen. Brukt 20 forskjellige preparater.*

*Psykiatrien skulle vært saksøkt. Jeg har ikke fått behandling på 4 ½ år. Jeg fikk ikke schizofrenidiagnosen før det hadde gått 10–12 år.*

## Kommentar:

En sier at noe foregår bak hans rygg. Han kalte dette for «skyggepolitikk». En måte å forstå dette på, kan være at vedkommende opplever at behandlingsopplegget gjennomføres uten noe form for medvirkning, men mer som et pålegg vedkommende må forholde seg til. Dette utsagnet uttrykker manglende trygghet og tillit til behandlingsapparatet. En sier han ikke har innvirkning, og trekker spesielt fram utprøving av ulike medikamenter, i alt 20 forskjellige slag. Mer ansvar for eget liv og fremtidsrettet fokus, vil kanskje gi økt medbestemmelse. Passivitet og liten bevissthet om medvirkningsmuligheter går igjen. I utsagnene kommer det fram at den enkelte pasient ikke blir fullstendig involvert i beslutninger vedrørende egen behandling.

## Beskjedne forventninger

### Eksempler på utsagn:

*Jeg planlegger uka ut ifra mine ønsker og så kan jeg si i fra hvis det er noe spesielt. Det er ok å si sin mening innen rimelighetens grenser.*

*Jeg er fornøyd med å høre på radioen. Har ingen spesielle ønsker.*

*Jeg har det bra. Jeg har alt jeg trenger.*

*Jeg trenger bare 40 m2. Trening er viktig for meg. Jeg har lyst til å kjøpe meg en moped slik at jeg kan kjøre på treninga.*

*Jeg sitter mye alene og begynner da å tenke destruktivt. Det hadde vært annerledes hvis jeg kunne fylle tiden med noe, men jeg vet ikke helt hva.*

## Kommentar:

Det kan synes som om flere har tilpasset seg systemet og derav redusert sine egne forventninger. Utsagnene viser en avventende holdning med små krav. Det er en holdning om å ikke kreve for mye, hverken av enheten,

livet eller framtida. At man skal være fornøyd med slik man har det i dag og ikke klage, synes å være en gjennomgripende innstilling. Under ligger drømmen om det normale livet. Det kan se ut som om mange har tatt opp i seg systemets begrensninger. Det blir en slags selvdressur å ikke forvente for mye. Man skal være fornøyd.

De små forventningene opprettholdes selv om man ønsker et mer normalt liv: 40 m<sup>2</sup> leilighet og en moped, ikke noe stort hus og bil, er noe trekkes fram som uttrykk for et normalt liv som ligger innen rekkevidde.

## Personalets egenskaper er viktige

Denne kategorien har en underkategori: Å bli møtt med respekt og empati. Dette er helt grunnleggende verdier i møte med mennesker.

I vårt samvær med mennesker enten det skjer i sykepleie- eller i en behandlingssituasjon vil disse møtene ikke være forutsetningsløse. Vi er preget av vår faglige bakgrunn, vår oppdragelse og av de erfaringene vi har gjort i forhold til andre mennesker. De holdninger og handlinger vi har med oss vil være med på å forme det mellommenneskelige samspill som vi i det daglige tar del i (Hummelvoll, 2006). Å vise varme og gi av seg selv er viktig for å utvikle gode relasjoner. Å vise varme og være empatiske er vesentlige egenskaper hos personalet. I flere undersøkelser viser det seg at nettopp relasjonen mellom pasienten og personalet er det viktigste i behandlingen. Videre la pasientene spesielt vekt på at personalet skulle være empatiske, interesserte og forståelsesfulle. Disse utsagnene støttes også av faglitteraturen (Røssberg, 2005).

## Å bli møtt med respekt og empati

### Eksempler på utsagn:

*Jeg trenger en rolig, sympatisk, intelligent person som er glad i musikk.*

*Jeg må være trygg for å ha det bra.*

*Jeg har tillit til ham. Han er bestemt, grundig og direkte.*

*Jeg trenger rolige personer. NN er lett å omgås. Han setter grenser.*

*De har empatiske evner. Jeg blir møtt. Ellers er det morsomt her og fin humor.*

*De er flinke til å lytte og forstå.*

*De er konstruktive og imøtekommende. De ansatte er vennlige og svarer etter beste evne.*

*Det er vanskelig å betro seg til folk man ikke har god kjemi med.*

*Det handler om kontakten jeg har med den enkelte. Vikarer og studenter er ikke alltid like bra. Studentene er OK, men de yngste vikarene har ikke så mye livserfaring. Viktig med livserfaring på forskjellige måter.*

## **Kommentar:**

Grunnleggende behov som ro, tillit og trygghet går igjen i flere utsagn. Det at personalet er vennlige og at de skaper trygghet og ro i hverdagen, er holdninger som verdsettes høyt. Det å bli møtt, forstått og lyttet til blir framhevet som betydningsfulle og viktige holdninger hos personalet. Trygghet skapes blant annet gjennom kontinuitet og kjennskap til personalet og den relasjonen som utvikles over tid gjennom et samarbeid.

Videre blir det å ha noe meningsfullt å gå til, forskjellige typer aktivitet, sett på som vesentlig, samtidig med at behovet for ro og hvile ivaretas. Humor framheves som en god egenskap hos personalet.

At personalet framstår som bestemte, grundige, tydelige og direkte innbyr til å få tillit. Flere uttrykker at de liker å bli møtt med en grensesettende, bestemt holdning med tydelige rammer som den enkelte kan forholde seg

til. En forutsetning er at dette skjer med vennlighet og ro. Trygghet utvikles ved at en til enhver tid vet hvor en har personalet. Det ser ut til at programklarhet i organisasjon skaper et godt behandlingsklima for pasienten.

Når det gjelder personalets kompetanse, sier flere av informantene at det de vektlegger mest er livserfaring og empatiske evner, og at personalet har god evne til å lytte og forstå. Bevisstheten om de gode holdningene og bruken av disse vil gjøre at man utvikler dette til betydningsfull kompetanse i møte med den enkelte person.

En god relasjon til personalet blir trukket fram som vesentlig i den enkeltes liv. Det handler om å møte personer som både har kompetanse og livserfaring og som kan være gode hjelpere og veivisere i en vanskelig og krevende situasjon. Det at personalet er seg bevisst denne kompetansen, er vesentlig for på en best mulig måte å hjelpe den enkelte pasient til å holde håpet om en bedre livssituasjon oppe.

## Hjemreisen

Underkategoriene til denne kategorien er mange. Dette var sentrale spørsmål for informantene i intervjuene. Å leve i sitt vante miljø er viktig for alle mennesker. 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. Det 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.

## Kontakt med noen som kjenner meg

### Eksempler på utsagn:

*Noen fra posten kunne komme hjem til meg. Det gir trygghet at jeg kjenner dem.*

*Det er viktig med bedre ettervern. Trygghet er viktig.*

*Jeg gruer meg litt mye. Trenger oppfølging.*

*Jeg må være trygg for å ha det bra.*

*Det hadde vært til stor hjelp hvis primærkontakten min kunne fulgt meg ut i kommunen og jobbe der over tid.*

### Kommentar:

I funnene kommer det fram en grunnleggende utrygghet ved å flytte ut fra sykehuset. Mange er usikre på hvordan tilbudet ute blir og vil fungere. De søker mot det kjente, mot tryggheten i enheten, og er kanskje redd for utfordringene med ukjente personer og ukjent miljø. Flere vet ikke hvem som skal følge opp og det skaper uforutsigbarhet og utrygghet på hvordan livet ute vil arte seg.

Vi ser også her en bekymring for ensomhet. Det kan være trygt å bli i enheten med kjente personer. Flere ønsker kontinuitet og oppfølging fra enheten for en kortere eller lengre periode etter utskrivning av den eller de som de har opparbeidet et nært kjennskap til under oppholdet.

For noen er rammene og strukturen på plass. Likevel oppleves livet som usikkert, fordi en ikke vet hva som møter en der ute. Utryggheten kan gjøre det vanskelig å gi slipp på personene i enheten.



## Nødvendigheten av et hjem

### Eksempler på utsagn:

*Jeg trenger å finne en bedre egnet bolig, slitsomt som pokker å bo i bofellesskap, mye faenskap. Boligen min fungerer ikke. Jeg er her fordi jeg ikke har noe hjem å vende tilbake til.*

*Først så hadde jeg trygdeleilighet og det var ikke noe koselig.*

*Jeg trenger ikke bolig. Har leilighet i et pent strøk.*

*Jeg trenger stor plass. Har mye arvegods fra familien i tillegg til alle egne saker.*

*Jeg ønsker meg eget hus, familie, jobb, savner et A4-liv. Her blir jeg sittende å tenke på tenke, røyker og røyker.*

### Kommentar:

Det ser ut til at flere har en usikker bosituasjon. Usikkerheten knyttes til det å ikke ha et hjem å flytte tilbake til etter oppholdet på institusjonen. Boligen kan være solgt, og pasienten bruker innleggelsen til å søke om ny bolig. Utsagn som: «Jeg er her fordi jeg ikke har noe hjem å vende tilbake til. De skal bygge.» og «hva skal til for at en bolig blir et hjem», taler for seg. Å kunne være med i prosessen i utformingen av et framtidig hjem er et ønske enkelte har. Svarene gir inntrykk av at det er noen andre som tar seg av boligspørsmålet. Trygdeleiligheten oppleves ikke som et hjem. Den gir ikke plass til alle eiendelene og leiligheten blir utrygg og lite personlig. Boligen har stor betydning i lengselen etter et mer normalt liv. Bare to av pasientene opplyser å ha en tilfredsstillende bolig.

Ellers er det ikke store krav til boligens størrelse. De fleste er fornøyd med lite, tilpasser seg det som er mulig å få, utsagn som f.eks.: «Jeg trenger bare 40 m<sup>2</sup>», viser at vedkommende er fornøyd med trygdebolig til tross for lav alder.

Funnene viser at det kan oppleves slitsomt å bo sammen med andre i en bemannet omsorgsbolig. Det kan være urolig, uforutsigbart og utrygt med andre pasienter i «bokollektiv». Opplevelsen av at medpasienter kanskje tar mer enn de gir uttrykkes av enkelte. Samtidig kan denne boformen beskytte mot ensomhet og gi fellesskap og oppfølging.

Det er store sprang mellom et ønsket A4-liv i forhold til drømmen om å leve mest mulig normalt, mot det man har lært seg å forvente og være fornøyd med.

## Jeg tenker ikke økonomi

### Eksempler på utsagn:

*Jeg trenger hjelp til økonomi.*

*Mor ordner økonomien for meg.*

*Jeg må spare for å ha litt i bakhånd.*

*Økonomien tar jeg hånd om selv.*

### Kommentar:

Det er få kommentarer knyttet til økonomi. Dette er en pasientgruppe som tradisjonelt har hatt dårlig økonomiske vilkår. Likevel gir informantene ingen informasjon om økonomiske problemer i tiden de er innlagt. Det kan handle om at de får dekket sin primære behov under innleggelse, eller at andre tar hånd om økonomiplanleggingen. Dermed er ikke økonomi fokusert under innleggelsen. Hypotesene kan være mange. Det kan være at det selvstendige livet med egen økonomi ligger for langt fremme i tid til at man opplever det økonomiske hverdagslivet, eller at de økonomiske utfordringene kommer på et senere tidspunkt, eller det kan være et tema det er vanskelig å snakke om.

## Arbeidslivet oppleves uopnåelig

### Eksempler på utsagn:

*Når jeg blir frisk, vil jeg jobbe som ... igjen.*

*Jobben er vanskelig. Jeg har en vond rygg, – en skade, og skal tilbake til jobben jeg har. Får ikke betalt for jobben (i vernet bedrift).*

*Jeg har ikke noe ønske om å komme tilbake i jobb. Har vært i jobb tidligere. Jobb må legges på hylla for en stund.*

### Kommentar:

Funnene viser at det er vanskelig for de fleste å tenke seg i arbeid igjen. Noen har vært i arbeid tidligere, men kun en ønsker seg tilbake til opprinnelig yrke. «Jeg ønsker ikke jobb nå, det er vanskelig å ta så mye ansvar som en jobb krever, det er vanskelig å motivere seg». Er det en følelse av utilstrekkelighet som ligger til grunn her, kan man spørre seg.

Ordinært arbeid synes å være inkludert i drømmen om det normale livet. Vernet arbeid oppleves ikke attraktivt. En nevnte at denne type virksomhet var demoraliserende. Ved vernet arbeid får man ikke betalt for jobben med ordinær lønn, men beholder trygdeytelsen som en symbolsk månedlig oppmuntring.

## Familien oppleves som omsorgsfull

### Eksempler på utsagn:

*Jeg har kontakt med familien.*

*Jeg har foreldre som er flinke til å stille opp, jeg får omsorg og hjelp.*

*Jeg har foreldre på ... De er flinke og omsorgsfulle. De har jeg god kontakt med.*

## Kommentar:

De fleste respondentene sier de har kontakt med familien. Foreldrene stiller opp og man opplever å ha god kontakten med dem. De blir de viktigste personene i nettverket. Hos foreldrene får man omsorg, praktisk hjelp og sosial støtte. Ellers preges utsagnene av at de fleste har lite kontakt og nettverk rundt seg. Alle ønsker noen å snakke med, mennesker de kan ha kontakt med over tid. Det oppleves likevel vanskelig å lete fram personer man tidligere har kjent. Noen har kanskje heller ikke hatt annet nettverk enn familien. Ensomhet er et problem. Det viser seg i funnene at pasientene er bekymret for å bli ensomme ved å flytte ut av institusjon.

## Assistanse i hverdagslivet

### Eksempler på utsagn:

*Individuell plan er skrevet en gang. Da ble mine ønsker ivare tatt.*

*Jeg trenger 3–4 timer hjelp om dagen, sosial kontakt, noen å prate med.*

*Jeg trenger bo-veileder til vask og praktisk hjelp, helst noen fra posten.*

*Det er litt i tåka hva jeg trenger. Jeg har folk som kommer til meg, det er ansatte og opplegg hver dag.*

*Jeg trenger noen til å «pushe» meg slik at jeg blir i stand til å dusje, rengjøre rommet mitt, ordne klær og få meg på trening. Jeg er fornøyd med tilbudet. Posten er flink til å legge til rette. Sykehuset skal ikke ha ansvar når jeg skrives ut, kommunen har ansvaret.*

*Samarbeidet vedrørende utskrivning er bra. NN og GG var hjemme hos meg i forkant, koordinatoren i kommunen var også med.*

## Kommentar:

Intervjuene viser at det er stor avstand mellom ønsker og tilbud. De vet hva som er mulig å få, men er ambivalent i forhold til ønsket om mer oppfølging kontra det å leve alene. Et par av informantene vet ikke helt hva de trenger. Mange trenger hjelp til selvbevaring etter utskrivning, det å ta vare på egenomsorg og motivasjon til personlig stell. Noen må motiveres for å komme i gang og trenger en startmotor. For noen er rammene og strukturen på plass, likevel oppleves det usikkert. Det går igjen i utsagnene at de ikke vet hva som venter dem når de flytter ut. Det som også kommer tydelig fram i funnene er at pasientene ønsker oppfølging av kjente personer fra enheten inne i sykehuset.

Av de intervjuede var det kun en som viste til planleggingen av utskrivning og oppfølging. Dette kan gjenspeile at det er lite fokus på livet utenfor institusjonen, som vi ser andre plasser i undersøkelsen, eller at det ligger for langt fram i tid.

## Individuell plan, ansvarsgruppe og samarbeid oppfattes ikke som viktig

### Eksempler på utsagn om IP:

*IP ligger fortsatt i hylla mi. Jeg vet ikke om jeg vil ha IP, for den blir så teoretisk, det er skjematankegang.*

*Jeg har ingen IP. Det får komme etter hvert. Det er ingen planlagt utskrivning, bare her og nå. Det er bra. Jeg kan være her så lenge jeg vil.*

*IP er lite i bruk og ikke viktig å ha. Jeg har ikke behov.*

### Kommentarer:

Ingen av pasientene har gitt uttrykk for at IP har stor betydning eller er viktig for dem. Svarene indikerer at IP ikke oppleves nyttig for den enkelte, men det kan virke som den fungerer som et arbeidsverktøy for de ansatte. Individuell plan skal være pasientenes egen plan. Slik synes det ikke å fungere. Det en kan undre seg over her er om IP blir viktig for personalet

fordi den er lovpålagt. Det kan også være noe uforpliktende ved ikke å ha IP og strukturen den har. Der blir man låst til de avtaler som er gjort. Kanskje søker pasientene tryggheten inne på post for å slippe å forholde seg til at de skal ut igjen. Kanskje handler det om at pasienten har rett på individuell plan, men tiltakene må søkes individuelt og må vedtaksfestes. Dermed kan det være vanskelig å se om planen har en praktisk verdi.

### Eksempler på utsagn om ansvarsgruppemøter:

*Jeg har ingen ansvarsgruppe og har skiftet primærlege.*

*Jeg har ingen ansvarsgruppe og sjelden faste samarbeidsmøter. Jeg er tvangsinnlagt nå.*

*Jeg har ingen faste møter med kommunen, jeg har ingen ansvarsgruppe.*

*Jeg har ansvarsgruppe med faste personer jeg kjenner.*

*Jeg har kontakt med kommunen som skal oppdage tilbakefall, når sykdommen kommer på nytt.*

*Jeg har hatt jevnlig samtaler med kommunen, ansvarsgruppe. Vi avtaler møte fra gang til gang. Psykiatrisk sykepleier, leder for boligen er med, mor er med.*

*Jeg har ikke noe samarbeidsmøter med kommunen. Jeg har fått beskjed om at jeg skal være her 5 år til.*

### Kommentar:

Kun to har ansvarsgruppemøter med faste personer de kjenner. Åtte andre har samarbeidsmøter av og til. I ansvarsgruppemøter må pasienten selv være tilstede sammen med noen av de viktigste nøkkelpersonene rundt han/henne. I samarbeidsmøter kan flere fra personalgruppa delta, og møtet kan holdes uten pasienten. Samarbeidet i en ansvarsgruppe er mer forpliktende i formen, der deltagerne er ansvarlige for hver sine områder.

Mange av pasientene opplever ikke behov for faste ansvarsgruppemøter. Muligens kan det ha sammenheng med at de på intervju tidspunktet var innlagt og skulle fortsatt være inne over tid. Behovet for samarbeid med henblikk på utflytting vil kanskje aktualiseres på et senere tidspunkt. En har kontakt med kommunen i forbindelse med forebygging av tilbakefall og synes det er fint.

## Sosionomen er sentral i behandlingen

### Eksempler på utsagn:

*Jeg vil be om samtale med sosionom. Ønsker faste samtaler med sosionomen.*

*Jeg har møter med sosionomen som går i turnus i avdelingen.*

*En av sosionomene jobber i miljøet, i post. Jeg har et tett samarbeid med henne, men ingen faste møter.*

*Sosionomen i miljøet er til god hjelp.*

*Sosionomen stiller alltid opp og personalet strekker seg langt for å møte mine behov.*

### Kommentar:

Sosionomens kompetanse ønskes inn i enheten. Det at sosionomen er tilgjengelig og at denne kompetansen finnes i det daglige miljøet, synes å være en ressurs. Tilgjengeligheten dreier seg først og fremst om spørsmål relatert til rettigheter, økonomi og kommunale tiltak. Dette kommer tydelig fram ved at flere har erfaringer med at de får svar på spørsmål sine spørsmål. Sosionomens rolle og funksjon i miljøet oppleves som vesentlig på begge enhetene.

En av grunnene til at sosionomens rolle kommer så tydelig fram, kan skyldes direkte spørsmål ved innledning til temaet kommunesamarbeid. Hun ble nevnt av intervjuerne som koordinator for samarbeidet. En annen

grunn kan være at dette er spørsmål om det konkrete hverdagslivet, som har stor betydning i den enkeltes liv. Utover dette oppleves enheten som «flinke» til å legge til rette og skape struktur for det som skal skje med henblikk på samarbeidet ut.



# OPPSUMMERENDE DISKUSJON

## Metodiske overveielser

Validitet forutsetter systematisk datainnsamling gjennom hele forskningsperioden (Hummelvoll, 2003). Designet ble drøftet før oppstart av de individuelle intervjuene og underveis i prosessen i miljøterapiprosjektets arbeidsgruppe. Her ble også forløpige analyse drøftet. Dette styrker validiteten. Funnene fra intervjuene har blitt presentert og drøftet i dialogbasert undervisning og i referansegruppen til prosjektet. Den intersubjektive validiteten ble forsøkt ivaretatt gjennom tilbakemeldinger i grupper og individuelt fra informantene.

Begge intervjuere er erfarne fagpersoner i arbeid med mennesker som har alvorlige og langvarige psykiske problemer. Dette gav dem et bredt erfaringsgrunnlag i samtalen med pasientene. En svakhet med studien kan være at det er de samme forskerne som leder miljøterapiprosjektet som både planlegger, gjennomfører og analyserer pasientintervjuene i denne rapporten.

På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide. Denne ble fulgt som en råd tråd gjennom hele intervjuet. En svakhet kan være at intervjuerne ble for bundet av spørsmålene i intervjuguiden og dermed hindret en god flyt i samtalen og dybden i temaene. Manglende erfaring med forskning og manglende erfaring med den metodiske tilnærmingen kan også være en grunn til dette.

## Samtalens betydning i miljøterapien

I funnene fra pasientintervjuene sier et flertall av pasientene at de ikke har planlagte miljøterapeutiske samtaler med personalet. Bare to har faste samtaler. Samtidig viser funnene at informantene syntes at samtaler var viktige. Det hjelper å snakke om problemene sine og ha en å dele sine bekymringer med. Det gir ro. Funnene viser at «å ha noen å snakke med» er viktig for alle informantene, enten det gjelder hverdags samtalen eller samtaler av mer planlagt karakter.

Den praktiske hverdags samtalen er til god hjelp. Den oppleves, med et par unntak, som hjelp til å finne fram til egne ressurser. Den handler om hverdagslige og praktiske temaer. Disse samtaler kan skape en klargjøring av problemområder som gjør at man bedre kan forstå sin situasjon; at det man har begreper for, får man et bedre grep om. Det å ha noe praktisk og konkret å snakke om avleder fra psykisk smerte. Innholdet i hverdags samtalen har som regel fokus på dagen i dag og det som opptar den enkelte person akkurat her og nå. Å kunne beherske hverdags samtalen vil gi et godt grunnlag for å utvikle sosiale ferdigheter.

Mange pasienter sier de selv må ta initiativ til samtaler. Når man har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, bør det ikke være slik at man må være dårlig for å få en prat. Planlagte samtaler bør være en integrert del av det miljøterapeutiske behandlingstilbudet til alle pasienter. Samtalen skal være til hjelp for å forstå verden gjennom kunnskap om løsning av praktiske og dagligdagse utfordringer og gjennom å få økt kunnskap om egen lidelse (Østby, 2007). Som hjelper vil det kreve at man har en forståelse av pasienten sin situasjon. Det handler om å sette seg inn i pasientens opplevelsesverden for på en best mulig måte forstå vedkommende sin livssituasjon. Når samtaler blir gode dialoger, gir dette den enkelte pasient mulighet til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer. Gjennom at den som lytter til fortellingen gjør dette på en åpen og interessert måte vil samtalen kunne bidra til å skape helsefremmende prosesser.

Samtalen oppfattes som viktig fordi den enkelte får uttrykt hvordan en har det akkurat her og nå. Utsagnene gir en undring over hvorfor ikke informantene erfarer at miljøterapeutiske samtaler er integrert som en sentral

del av den miljøterapeutiske behandlingen. En grunn kan være at personalet ikke ser på faste samtaler som en viktig bærebjelke i den miljøterapeutiske behandlingen, og at aktiviteter og andre former for samhandling får en større betydning i hverdagen. På den andre side kan faste samtaler skrevet på ukeplan, oppleves som om det blir for mye struktur og planlegging og at fleksibiliteten i å kunne ha samtaler når behovet er der, i større grad blir borte.

I det miljøterapeutiske arbeidet ønsker vi å utvikle en miljøterapi som gjennom meningsfulle relasjoner og terapeutiske samtaler bygger opp under menneskenes evne til å mestre et liv i det samfunnet denne personen skal leve. Personen som trenger hjelp har behov for å finne fram til holdbare livsverdier og på den måten bli klar over sine valgmuligheter. For å kunne hjelpe personen til å utvide de erfaringene man gjør seg og gjennom å utvikle en bedre forståelse av seg selv, vil nettopp den planlagte miljøterapeutiske samtalen være en arena hvor bedre selvforståelse utvikles. Dette vil gi den enkelte pasient bedre muligheter til å arbeide målrettet med sine problemområder. Ved å integrere den planlagte miljøterapeutiske samtalen som en prosess gjennom hele behandlingsforløpet vil det også bidra til at samtaler blir terapeutiske i et helsefremmende perspektiv. Et systematisk arbeid med fokus på relasjonsutvikling og kontinuitet i behandlingen vil styrke denne prosessen. Som grunnpilarer i arbeidet vil verdier som likeverd, akseptasjon, varme og empati være sentrale. Selv om man i det framtidige miljøterapeutiske arbeidet legger mer vekt på å utvikle den planlagte miljøterapeutiske samtalen, må ikke hverdagssamtalen miste sin gode og viktige sosiale funksjon.

## Framtidsperspektivet versus her og nå

«Her og nå» perspektivet er rådende også i pasientenes opplevelser av hva som er fokus i det miljøterapeutiske arbeidet. Det er et viktig perspektiv og i funnene knytter mange av pasientene begrepet til hvordan de kan takle dagen i dag og dens utfordringer. Innen den eksistensielle tenkning vil nettopp hovedfokus ligge på hvordan personen opplever sin situasjon akkurat «her og nå». Personens helseproblem ses ut fra den aktuelle livssituasjonen som personen er i. I møte med den enkelte person vil fokus ret-

tes mot framtiden og at denne skapes gjennom nåtidens valg og handlinger (Hummelvoll, 2006). Inn i denne tenkningen blir det derfor personalet sitt ansvar å legge til rette for at personen får mulighet til å skape en sammenheng i fortid, nåtid og framtid. Spesielt viktig er dette når pasienter er innlagt over lengre tid.

Viktig er det også å holde fokuset på pasientens bedringsprosess og aktivt arbeide for å finne fram til hvordan den enkelte person kan bruke sine erfaringer og kunnskap til å overkomme egne problemer. For at personen skal oppnå vekst og utvikling vil det være helt vesentlig at personalet har en god faglig kompetanse og evner å forstå og samarbeide med pasientene ut fra et helhetsperspektiv hvor man trekker inn både de psykiske, fysiske, åndelige, sosiale og kulturelle forhold. Hva kan mangelen på og visshet om framtidsperspektivet være et uttrykk for? Er det en uklar målsetting for oppholdet når pasienten er innlagt, eller er det mangel på tilbud ute i kommunen? Livet skal leves i lokalsamfunnet og tiden på institusjon bør være kortest mulig. Det å motivere personen til egeninnsats og løfte fram framtidshåpet vil være sentrale områder å fokusere på i det framtidige arbeid. Kanskje det kan være enklere å få til hvis man i større grad utarbeider konkrete målsettinger og behandlingsplaner for hva som skal skje mens pasienten er innlagt.

## Deltagelse i eget liv

Funnene fra pasientintervjuene viser at flere pasienter sier de ikke har noen reell medbestemmelse i egen behandling. Passivitet og liten bevissthet om medvirkningsmuligheter går igjen. De blir ikke fullstendig involvert i beslutninger vedrørende egen behandling. Fra å være en passiv mottaker av tjenester til å bli en aktiv deltager i egen behandling, vil det å styrke pasientens mestringsfølelse og kompetanse på eget liv være helt essensielt i arbeidet. Det vil kreve en mobilisering av ressurser for å sette personen i stand til å takle endringer og belastninger (Storm, 2009). Å være en passiv mottaker kan handle om tilpasning og lange sykehusopphold. Av den grunn kan flere ha manglende tiltaksløst og motivasjon som igjen er med-

virkende til nedsatt mestringsevne. Lidelsen i seg selv kan også medvirke til passivitet. Disse to faktorene kan gjøre det vanskelig å vite hva som skyldes lidelsen og hva som skyldes systemet.

Å bidra til mindre passivitet og økt ansvar vil være en utfordring personalet står ovenfor. Det å arbeide for at personen skal bli klar over sitt ansvar for å bli bevist på et selvstendig liv, vil kreve at man har en personorientert behandling hvor man vektlegger blant annet pasienten sin kunnskap og erfaringer i eget liv. Det å arbeide for å skape en felles forståelse for livssituasjonen og kontinuerlig gjøre vurderinger på i hvilken grad pasienten har ansvar eller medansvar i forhold til vurderinger og bestemmelser i behandlingen. Økt brukermedvirkning vil også by på ulike dilemmaer i hverdagen. Denne problemstillingen vil være aktuell for pasienter som er innlagt til behandling under Lov om tvungen psykisk helsevern og pasienter som er dømt til behandling. Spørsmålet her vil være i hvilken grad og innenfor hvilke områder av behandlingen den enkelte har mulighet til å medvirke i.

Et langt institusjonsopphold kan medføre at det «å bli sørget for» går i begge retninger. Den ene retningen hvor personen lengter etter å kunne ta mer ansvar for sitt eget liv, mens i den andre retningen blir frykten for å bære ansvar for stort. Denne ambivalensen hos pasienten, vil det være vesentlig for personalet å arbeide med. Det å få noen flere utfordringer og noe mer ansvar for eget liv, gir økt medbestemmelse. Å stryke den enkelte sin deltagelse i eget liv må derfor vektlegges i større grad og også tilpasses den enkelte sin psykiske tilstand. Dette kan gjøres ved at man i større grad mobiliserer personen sin kompetanse, styrke og innsikt, egne erfaringer, vilje og evne til å mestre eget liv (Almvik & Borge, 2007).

Påvirkningen som pasientene opplever å ha, skjer stort sett innenfor systemets rammer. Å tilpasse seg systemet er noe som går igjen i intervjuene. Man kan si sin mening innenfor systemets begrensninger. Flere har vært innlagt gjentatte ganger og noen har hatt og har lange institusjonsopphold. Det er mange som er fornøyd med lite og som ikke stiller store krav hverken når de er innlagt eller når de er på vei ut i lokalsamfunnet. En av informantene forklarte dette på følgende måte: Slik er det i hverdagslivet ellers i samfunnet også. Psykisk syke blir «trykket» ned. Vi er en svak

gruppe. Dette utsagnet uttrykker tydelig at man ikke er inkludert i et fellesskap verken når man bor ute i lokalsamfunnet eller aller minst når man har behov for hjelp som innebærer innleggelse i sykehus. Hummelvoll (2006) knytter dette til den sosiale lidelsen som handler om at pasienter ofte har reduserte muligheter til sosial deltakelse og ofte blir møtt med stigmatiserende holdning.

## Hjemreisen

I funnene kommer det fram at flere av informantene uttrykte usikkerhet for bosituasjonen. Et spørsmål som ble stilt var: Hva skal til for at en bolig blir et hjem? Trygdeleiligheten oppleves ikke som et hjem. I den har man ikke plass til sakene sine. Den kan oppleves utrygg og boligen blir også lite personlig.

Boligen har en stor betydning i lengselen etter et mer normalt liv. Et fåtall av pasientene opplyser å ha en tilfredsstillende bolig. Å jobbe med egnet bolig fra dag en, er viktig for å bevare framtidshåpet og drømmen om en normal tilværelse utenfor institusjonen. Like viktig som å arbeide for en egnet bolig, vil arbeid med integrering i lokalmiljøet være nødvendig. For å oppnå integrering må mennesker med psykisk lidelse styrke sin sosiale kompetanse samtidig som det må arbeides aktivt med informasjon og kontaktskapende tiltak i nærmiljøet (Granerud, 1999).

Det kan være en grunnleggende utrygghet ved å flytte ut fra sykehuset. Mange er utrygge på hvordan tilbudet ute blir og hvordan det vil fungere. Pasientene søker mot det kjente, mot tryggheten i enheten, og er kanskje redde for utfordringene det skaper med ukjente personer og et ukjent miljø. Enkelte har vært innlagt over lang tid, noe som gjør det skremmende å flytte ut av sykehuset. Granerud og Severinsson (2006) sier i sin studie at mennesker med psykiske lidelse savner tilhørighet og at de lever med mye skam og ensomhet. De har en lav selvfølelse og er plaget av angst og depresjon. Det å ha noe meningsfylt å fylle dagen med blir viktig. Dette kan dreie seg om forskjellige typer aktivitet, arbeid og sosial ferdighetstrening som også kan være med på å redusere stigmatisering. I en utskrivningsfase vil nettopp det å arbeide for et meningsfylt innhold i hverdagen

ha stor betydning for den enkelte. Som en forberedelse til et liv utenfor institusjon vil det være vesentlig at personalet jobber aktivt med å styrke pasientene sine sosiale ferdigheter i best mulig grad. Ensomhet oppleves av flere. Ved å ha noe meningsfylt å fylle dagen med vil det kunne motvirke ensomhetsfølelsen.

Individuell plan synes ikke å være viktig for pasientene. Mange har individuell plan, men den er ikke revidert og brukes heller ikke aktivt. Det er uklart hva grunnen til dette kan være. Kan det være at de har rett på en individuell plan, men ikke rett på tiltakene som beskrives i den? En annen grunn kan være at planen brukes lite mens pasientene er innlagt, men vil få en større betydning når de kommer ut og tiltakene skal koordineres.

Ansvarsgruppemøter og faste samarbeidsmøter med kommunen er det et fåtall av pasientene som har. Flere har samarbeidsmøter av og til. En har kontakt med kommunen i forbindelse med forebygging av tilbakefall og synes det er fint. I det framtidige arbeidet vil det være vesentlig at personalet i langt større grad etablerer tidlig kontakt for å skape struktur på samarbeidet og en planlagt utskrivning. Flere av informantene visste heller ikke hvem som skulle følge opp ved en utskrivning. For at overgangen mellom institusjon og et liv i egen bolig skal bli så god som mulig vil det være viktig at kommunens miljøpersonale trekkes inn tidlig slik at pasientens skal bli kjent med dem. Kjennskap og relasjon til personalet som skal bistå i oppfølgingen etter utskrivning, er flere steder understreket som viktig. Mange ønsker at noen kjente fra enheten skal bistå dem etter utflytting. Utskrivninger bør foregå innenfor trygge rammer med kjente personer og kanskje bør noen fra enheten følge ut i en overlappingsperiode.

Sosionomens kompetanse er viktig i post. Det at sosionomen er tilgjengelig og at denne kompetansen finnes i det daglige miljøet, oppleves som en styrke. Tilgjengeligheten dreier seg først og fremst om spørsmål relatert til rettigheter, økonomi og kommunale tiltak og kanskje som bærere av framtidshåpet. Sosionomen har en viktig rolle i å koordinere tiltakene inne og i kommunen for å holde fokuset på at pasienten skal ut igjen.





## KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Hensikten med denne rapporten er å få fram pasientenes egne erfaringer relatert til det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Hovedfunnene i materialet viser at samtaler er viktige, enten dette dreier seg om hverdags-samtalen eller planlagte samtaler. Funnene viser også at pasientene i stor grad tilbys «ad hoc» samtaler og at planlagte miljøterapeutiske samtaler i liten grad gjennomføres systematisk ved de to enhetene som er med i miljøterapiprosjektet. I det framtidige arbeidet vil det være viktig å videreutvikle disse områdene. Framtidsperspektivet bør løftes tydeligere fram i pasientsamarbeidet, og brukermedvirkning er et annet område enhetene har behov for å videreutvikle.

- I det framtidige arbeidet vil den planlagte miljøterapeutiske samtalen være en av de viktigste bærebjelkene i det miljøterapeutiske arbeidet. Personalet bør fortsatt vektlegge hverdagssamtalene og særlig videreutvikle den planlagte miljøterapeutiske samtalen. Denne bør ha en problemløsende karakter som inneholder et framtidsperspektiv med tanke på bedring og et liv utenfor institusjon.
- Ved at man sterkere fokuserer samtalens betydning og i tillegg trekker inn pasientens egne erfaringer og vurderinger, vil personen selv i større grad bli i stand til å beherske den meningsfulle samtalen. Det igjen vil være med på å bygge og utvikle språket og gode relasjoner. Denne kompetansen vil også være en trening i å kunne representere seg selv.
- Det bør arbeides aktivt for at den enkelte pasient skal få en reell medbestemmelse i egen behandling. Videre at man fokuserer på at pasientene i mindre grad tilpasser seg systemet med passivitet og lite krav.
- Livet skal leves i lokalsamfunnet og alle skal ut igjen. Dette fokuset bør sterkere inn fra første dag.

- Aktiviteter av forskjellig slag burde være litt mer målrettet og bør i større grad foregå ute i den enkeltes nærmiljø.

## LITTERATUR

- Almvik, A. & Borge, L. (2007). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget (2. opplag).
- Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage Publications Ltd.
- Drevdahl, D.J. (2002). Home and Border: The Contradictions of Community. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 8–20.
- Eriksson, K. & Lindholm, L. (1993). Lidande och kärlek ur et psykiatrisktt vårdperspektiv – en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I Eriksson, K. (Red.), *Möten med lidanaden*. Åbo: Åbo akademi. Vårdforskning, Insitutionen för vårdvetenskap. Report nr.4.
- Granerud, A. (1999). *De nye naboene – hvordan blir psykiatriske langtidspasienter mottatt i nærmiljøet når de etablerer seg i egne boliger?* Gøteborg: Nordiska helsovårdshøgskolan. MPH:17.
- Granerud, A. & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in Community – the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 288–293.
- 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.

- Hummelvoll, J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J.K. (2006). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk (6. utg.).
- Hummelvoll, J. K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktisk implikasjoner. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 8(1), 17–30.
- Hummelvoll, J. K. (2007). Fokusgruppeintervju – en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. I: G. Beston, L. Borge, B. Eriksson, J. S. Holte, J. K. Hummelvoll & A. Ottosen. (Red.), *Handlingsorientert Forskningssamarbeid*. (Rapport 1-2007, pp. 137–159). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2004). Researchers experience of co-operative inquiry in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 180–188.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nysveen, K., Veisten, K., Granerud, A., Hummelvoll, J. K. (2008). *Miljøterapiprosjektet, Mål og verdigrunnlag I*. (No.1-2008). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Reason, P., & Heron, J. (1986). Research with people: The paradigm of co-operative experiential inquiry. *Person Centered Review*, 1, 456–475.
- Røssberg, J.I. (2005). Relasjoner mellom pasient og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsmiljø? I: Opjordsmoen S. Vaglum P. & Bloch Thorsen G-R. (Red). *Oss i mellom. Relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi. Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 7.

- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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.