

Den miljøterapeutiske samtalen

- En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?

Dag Østby



Masteroppgave i psykisk helsearbeid (MMHC)
Avdeling for helse- og idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK
i samarbeid med



Mai 2007

Sammendrag

Tittel:

Den miljøterapeutiske samtalen.

- En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?

Studiens hensikt retter seg mot miljøterapeutiske samtaler og hvordan disse kan bidra som en del av behandlingstilbudet til pasienter med en psykoselidelse. Studien har sin bakgrunn i en psykosepost ved et psykiatrisk sykehus og inngår som en del av et overordnet forskningsprosjekt relatert til miljøterapeutisk tilnærming til pasienter med en psykoselidelse. Studiens kontekst er begrenset til denne ene posten innen spesialisthelsetjenesten. Dataene har fremkommet gjennom tre fokusgruppeintervjuer (flere-steps fokusgruppe) med miljøpersonale som arbeider i denne posten. Gjennom en kvalitativ tilnærming er det foretatt en tematisk analyse. Resultatene fremhever den miljøterapeutiske samtals sentrale posisjon i samarbeidet med denne spesifikke pasientgruppen og påpeker viktige elementer som settes i sammenheng med forhold relatert til psykoseproblematikk. Resultatene sentrerer rundt den miljøterapeutiske samtals særtrekk, struktur/tilrettelegging og bidrag til bedring og økt mestring i hverdagen hos pasienter med en psykoselidelse. Spesielt fremheves den miljøterapeutiske samtals sentrale funksjon, relatert til både en spontan og en planlagt ramme i postmiljøet.

Nøkkelord: Miljøterapi, samtale, psykoselidelse

Abstract

Title:

The milieu therapeutic conversation

– An important canal in the cooperation with patients suffering from psychosis?

The aim of the study has a focus on milieu therapeutic conversations and how they can contribute as a part of the therapy offered patients suffering from psychosis. The background of the study is related to a ward in a psychiatric hospital mainly treating psychosis. The context of the study is limited to this ward only. The study is a part of a superior research project focusing on milieu therapeutic approaches to patients suffering from psychosis. Data has been produced using three focus groups (multi-stage focus groups) including personnel working in this specific ward. A thematic analysis has been done, using a qualitative approach. The results emphasize the central position of the milieu therapeutic conversation in the cooperation with this group of patients and points out important elements that are put in relation to problems related to psychosis. The results is focused on the milieu therapeutic conversation, its' peculiarities, the structure and arrangement, and the contribution to improvement and increased management in everyday life for patients suffering from psychosis. The function of the milieu therapeutic conversations is specially thrown into relief, related to both a spontaneous and an organized setting within the ward environment.

Keywords: Milieu therapy, conversation, psychosis

Forord

Psykoselidelsens mysterium har for meg gjennom mange år vært et svært interessant tema. Gjennom arbeidet med mennesker som lider av psykose har det utviklet seg et stadig større ønske om å kunne forstå og hjelpe på en best mulig måte. Det å få en bedre mulighet til forstå det psykotiske innholdet i disse menneskenes verden kan kanskje være nøkkelen til å kunne bidra som hjelper til en pasientgruppe som mange betegner som nederlagsdømt og vanskelig. Å kommunisere med ord er en egenskap som vi mennesker er alene om her i verden. Men vil det bety det samme som at vi har et fortrinn i forhold til andre levende vesener? Det å snakke sammen om ting som opptar oss og om problemene våre kan i seg selv være vanskelig. Hva skjer da når en av partene i en slik samtale i tillegg har en psykoselidelse? Jeg ønsker å benytte denne studien til å fordype meg i dette emnet, og kanskje frembringe økt kunnskap rundt det vi i psykiatrisk behandlingssammenheng beskriver som den miljøterapeutiske samtalen.

Jeg vil takke min arbeidsgiver som legger til rette for at denne studien lar seg gjennomføre. Jeg vil også benytte anledningen til å rette en stor takk til veileder Dr. Polit Kjell Kristoffersen ved Universitetet i Bergen for kommentarer, støtte og innspill gjennom en lang og arbeidsom prosess. Likeså rettes en takk til lærere og medstudenter ved Mastergradsstudiet for deres bidrag i en faglig utviklende periode.

Det rettes en spesiell takk til samarbeidspartnere i datainnsamlingsprosessen. Uten deres velvilje hadde denne studien ikke latt seg gjennomføre.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0. Innledning	7
1.1. Bakgrunn	7
1.2. Kontekstuell ramme for studien	8
1.3. Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.4. Disposisjon	10
2.0. Tidligere forskning	12
3.0. Teoretisk referanseramme	15
3.1. Psykoselidelsens innhold	15
3.2. Den miljøterapeutiske rammen	21
3.3. Samtalen	22
3.4. En meningsfull hverdag	26
4.0. Metode	32
4.1. Design	33
4.2. Egenerfaring og forforståelse	34
4.3. Datainnsamling ved hjelp av fokusgruppeintervju	36
4.3.1. Om fokusgruppeintervjuet	36
4.3.2. Utvelgelse av respondenter	37
4.3.3. Moderators rolle / assisterende moderators rolle	37
4.3.4. De gjennomførte intervjuene	38
4.4. Analyse	41
4.5. Ethiske overveielser	43
5.0. Resultatpresentasjon	45
5.1. Særtrekk ved miljøterapeutiske samtaler	46
5.1.1. Mangfold	46
5.1.2. Målretting	48
5.1.3. Dynamisk prosess	49
5.2. Strukturering og tilrettelegging av miljøterapeutiske samtaler	50
5.2.1. Pasientens situasjon	50
5.2.2. Inkludering	51
5.2.3. Fleksibilitet	52

5.3. Den miljøterapeutiske samtalens bidrag til bedring/økt mestring	54
5.3.1. Hverdagsnærhet	54
5.3.2. Hjelp til å forstå verden	55
5.3.3. Livsmening	56
5.4. Resultatsammendrag	57
6.0. Diskusjon	59
6.1. Metodekritikk	59
6.2. Diskusjon av resultater	62
6.2.1. Særtrekk	62
6.2.2. Struktur og tilrettelegging	65
6.2.3. Bidrag til bedring/økt mestring	69
6.3. Implikasjoner for praksis	73
6.4. Videre forskning	74
7.0. Konklusjon	76
8.0. Litteraturliste	78

Vedlegg

- Vedlegg 1: Informasjonsskriv ang. mastergradsoppgave
- Vedlegg 2: Godkjenning, avdelingssjef
- Vedlegg 3: Godkjenning, enhetsleder
- Vedlegg 4: Samtykkeerklæring for respondenter
- Vedlegg 5: Intervjuguide

1.0. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn

Denne mastergradsoppgaven vil være et bidrag i et overordnet forskningsprosjekt. Min arbeidsgiver, et psykiatrisk sykehus innen Helse Øst, har inngått et samarbeid med Høgskolen i Hedmark om et forskningsprosjekt med fokus på miljøterapi. Dette prosjektet, senere beskrevet som ”Miljøterapiprosjektet”, har som målsetting å systematisere og utvikle det faglige miljøterapeutiske tilbudet til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Miljøterapien skal baseres på vitenskapelig kunnskap og praksisbasert kompetanse, slik at tilbudet oppleves meningsfylt for pasienter, pårørende og ansatte i ulike poster, samt ansatte i kommunen. Miljøterapiprosjektet har totalt fem delmål og denne mastergradsoppgaven vil være rettet spesifikt mot det første av disse:

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

Miljøterapiprosjektets øvrige delmål er som følger:

- Kartlegge og beskrive hvordan brukermedvirkning blir ivaretatt i utviklingen av språk og begreper som former og gjenspeiles i miljøterapien.
- Etablere gode samarbeidsrutiner og relasjoner med kommunene for å fremme pasientens personlige og sosiale rehabilitering.
- Videreutvikle strukturer/systemer som gjør at de som arbeider i posten systematisk kan reflektere over sin praksis og se og forstå denne ut fra ulike faglige perspektiver, inkludert bruker-, pårørende- og lokalsamfunnspektivet.
- Etablere et granskende og evalueringsorientert miljø i seksjonen.
- Gi studenter fra høgskolene i regionen et fruktbart læringsmiljø.
- Bidra til at ansatte gjennomfører mastergradsstudium i psykisk helsearbeid.

Miljøterapiprosjektet er tilknyttet en avdeling ved sykehuset som har som primær arbeidsoppgave å jobbe med psykosebehandling i bred skala. Avdelingen består av mange forskjellige poster, men miljøterapiprosjektet involverer kun tre av disse. Denne mastergradsstudien retter seg kun mot den ene av disse tre postene. Avdelingen har også til hensikt å bruke miljøterapiprosjektet som basis for egne ansatte som gjennomgår høyere utdanning. I dette ligger det at større oppgaver på videreutdannings- og mastergradsnivå ønskes vinklet inn i mot psykoseproblematikk, og gjerne som utfyllende deler av miljøterapiprosjektet. På denne måten ønsker man å skape bedre grobunn for fagutvikling og forskning internt i avdelingen.

1.2. Kontekstuell ramme for studien

Studien retter seg mot spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern i Helse Øst, nærmere bestemt en post ved et psykiatrisk sykehus i østlandsområdet. Dette er en post som er en av flere innenfor en større avdeling ved sykehuset som jobber primært med psykoseproblematikk og rehabilitering av pasienter med psykoselidelser. Datainnsamlingen til studien vil i sin helhet bli gjort gjennom intervju av miljøpersonale ved denne posten. Postens overordnede målsetting er å utrede, behandle og rehabilitere mennesker med psykoseproblematikk, da særlig schizofreni. Posten tar i utgangspunktet i mot alle pasienter, uavhengig av kjønn og alder, men i praksis har man en klar overvekt av menn (ca 70 %). Hovedtyngden av pasientene er i aldersgruppen 30-45 år. Posten tar primært i mot pasienter fra to fylker, et opptaksområde bestående av i underkant av 400 000 innbyggere.

Posten har en tverrfaglig sammensatt gruppe av miljøterapeuter, men med en klar overvekt av sykepleiere/psykiatriske sykepleiere. I tillegg er hjelpeleiere, ergoterapeut, aktivitør, sosionom og assistenter representert. Det er totalt 28,5 stillingshjemler i posten, inkludert avdelingssykepleier og overlege. Antallet pasienter er 11.

Fordelingene i miljøet fordelt på vakter er:

- Dagvakt, 12 stk inkludert avdelingsledelse
- Aftenvakt, 4 stk
- Nattevakt, 2 stk

Data vil bli hentet ut fra denne posten og relatert til studiens problemstilling, som både vil være relevant innenfor det overordnede ”Miljøterapiprosjektet” nevnt innledningsvis, men som også kan utdype noen av særegenhetene ved miljøterapi. Studien vil og være et resultat av overordnede føringer lagt av sykehusets og avdelingens ledelse, og de faktiske muligheter som finnes i posten for klinisk fordypning. I tillegg til dette vil den være formet av min egen interesse for psykosefeltet og egne erfaringer fra arbeid med denne pasientgruppen. Miljøterapi vil uansett være en av de viktigste behandlingsformer som pasienter innen 2.-linjetjenesten innen psykisk helsevern mottar, og derfor er det naturlig at dette er et område som er med å prege denne mastergradsoppgaven.

Med utgangspunkt i de føringer som jeg har beskrevet, velger jeg å rette fokus inn i mot temaet ”Den miljøterapeutiske samtalen”. Et viktig mål med behandlingen skal være å sette pasientene i best mulig stand til å mestre egen lidelse i hverdagen. Jeg ønsker å kunne si noe om innholdet i disse miljøterapeutiske samtalene, og hvorledes disse gjennomføres for at man skal nå et slik mål. Det blir essensielt å prøve å finne frem til det særegne i postens arbeid på dette området, og å få tak i de arbeidsmetoder som brukes, både med bakgrunn i teoretiske modeller og erfaringsbasert kunnskap.

1.3. Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å beskrive hvordan miljøterapeutiske samtaler kan bidra som en del av den totale behandlingstilnærmingen til pasienter med en psykoselidelse.

Problemstilling:

”Hvordan gjennomfører personalet i en psykosepost miljøterapeutiske samtaler for å bidra til at pasienter med en psykoselidelse i størst mulig grad skal kunne oppleve hverdagen som meningsfull?”

Ut fra dette formuleres tre forskningsspørsmål:

1. Hva kjennetegner miljøterapeutiske samtaler med pasienter med psykoselidelse?
2. Hvordan struktureres/tilrettelegges de miljøterapeutiske samtalene for pasienter med psykoselidelse?
3. På hvilke måter bidrar den miljøterapeutiske samtalen til bedring/økt mestring hos pasienter med psykoselidelse?

1.4. Disposisjon

Kapittel 2 inneholder en redegjørelse for tidligere forskning som kan relateres til studien. Kapitlet inneholder også beskrivelse av hvordan søkene etter tidligere forskning er gjennomført. Kapittel 3 inneholder studiens teoretiske referanseramme, med hovedvekt på følgende områder: psykoselidelse, miljøterapeutisk ramme, samtalen og bedring/økt mestring relatert til pasientenes opplevelse av en meningsfull hverdag. Det fjerde kapitlet omhandler studiens metode med vekt på datainnsamlingsprosessen rundt planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervju, og en hermeneutisk fenomenologisk forankret analyse med bruk av Kvale's (2005:122-123) analyseprinsipper. Beskrivelse av forskerens egenerfaring og forforståelse samt etiske

overveielser relatert til studien finnes også her. Under kapittel 5 presenteres en tematisk modell av studiens resultater. Det presenteres tre hovedtemaer: særtrekk, struktur/tilrettelegging og bidrag til bedring/økt mestring. Disse utdypes ytterligere gjennom undertemaer. I kapitel 6 diskuteres studiens resultater opp i mot den teoretiske referanserammen og tidligere forskning. Kapitlet inneholder også en kritisk gjennomgang av anvendt metode, implikasjoner for praksis og betraktninger angående fremtidig forskning. Kapittel 7 inneholder konklusjonen av studien.

2.0. TIDLIGERE FORSKNING

Søk etter tidligere forskning rettet inn i mot den miljøterapeutiske samtalen som fenomen, har vist seg å være vanskelig å finne. Det er gjort mye forskning relatert til samtale, men da med utgangspunkt i andre profesjoner, spesielt psykologer. Den miljøterapeutiske samtalen, foretatt av personell som arbeider klinisk i et behandlingsmiljø har det vært vanskelig å finne studier på. Det må tas forbehold om at det likevel kan finnes eksisterende forskning på området. Det som har vært det utløsende for å finne forskning relatert til denne studiens problemstilling og forskningsspørsmål har vært å se på sykepleier-pasient forholdet i et kommunikasjonsperspektiv. Dette omfatter da mer enn selve samtalen, men deler av denne forskningen ses også i sammenheng med samtaler.

Søk er foretatt med utgangspunkt i Helsebiblioteket (www.shdir.no/helsebiblioteket) i følgende databaser: AMED, EMBASE, Medline, PsycINFO og CINAHL. Etter først å ha gått bredt ut i samtlige av disse databasene, resulterte det i at samtlige treff som kunne relateres til denne studien kom via CINAHL. Disse søkeordene er benyttet: schizophrenia, conversation, communication, session, milieu, therapy, treatment, therapeutic relationship, psychotic disorders, nurse-patient relations, professional-patient relations. De relevante treffene er fremkommet ved bruk av forskjellige kombinasjoner av: psychotic disorders, nurse-patient relations, professional-patient relations og schizophrenia. I tillegg er det gjort søk i SveMed+. I SveMed+ ble følgende svenske søkeord anvendt: schizofreni, psykos, samtal og miljøterapi. Dette ga ingen relevante treff for denne studien. Søkene er gjort i samarbeid med bibliotekar ved utdanningsinstitusjonen som forskeren er tilknyttet.

Dearing (2004) har gjennomført en kvalitativ studie ved hjelp av grounded theory hvor hun ser på kommunikasjons- og tilnæringsmåter som kan fremme pasientens motivasjon, vilje og evne til å nyttiggjøre seg behandling. Forståelse for pasientens tidligere og nåværende problemer samt hvordan dette virker inn på utfordringer i hverdagen fremheves. Hjelperens evne til å bidra i en sosialisering- og normaliseringsprosess i forhold til det pasienten møter av krav og utfordringer i

hverdagen fremstår som sentralt, i tillegg til å gi pasienten positive tilbakemeldinger på egen mestring. Dearing hevder at et samarbeidsforhold der hjelperen har god kjennskap til pasientens funksjonsnivå i forskjellige kontekster er grunnleggende for å bidra til ytterligere fremgang og vekst. Likeså det at hjelperen uttrykker en kontinuerlig tro og et håp om fremgang for pasienten. Dette fordrer en aktiv og god tilretteleggelse av kommunikasjonen mellom partene.

En annen kvalitativ studie som har sett nærmere på utviklingen av sykepleier-pasient forholdet, med utgangspunkt i sykepleierens perspektiv, trekker frem følgende viktige hjelpende faktorer: at sykepleieren og pasienten får kontinuitet i samarbeidet og kan bli kjent over tid, at sykepleieren kan bruke tid i møtet og samarbeidet med pasienten, at sykepleieren er god til å lytte til pasienten, samt at man oppnår et tillitsforhold til pasienten slik at pasienten selv kan delta aktivt i det terapeutisk arbeidet (Forchuk et al. 2000).

Johnston (2001) fremhever betydningen av at sykepleieren har et fokus på enkeltheten i språket i samtaler med pasienter som lider av psykoselidelser. Han begrunner dette med at denne pasientgruppen, på grunn av sitt lidelsesbilde, ofte kan ha en mer sensitiv og fintfølede måte å forstå verbale uttrykk på. Dette er noe man må ta hensyn til i samtaler for å kunne oppnå god kontakt med pasienten og skape grobunn for vekst og utvikling i det videre samarbeidet. Det å gjennom samtalen opparbeide et tillitsforhold som skal danne grunnlag for det videre terapeutiske samarbeidet anses av Johnston som et av de viktigste, men også vanskeligste oppgavene i samarbeidet med mennesker med psykoselidelser.

En svensk studie som retter fokus mot pasientens opplevelse av sykepleier-pasient forholdet trekker frem følelsen av å bli forstått som sentralt. Det at pasienten gjennom kommunikasjonsprosessen og samarbeidet med sykepleieren får en opplevelse av et samarbeidsforhold preget av varme, empati og forståelse blir ansett som viktig. Et annet moment som studien mener er av betydning er at pasienten opplever en tilgjengelighet fra sykepleierens side. I dette ligger at sykepleieren har god tid i kommunikasjonen og benytter seg av dette på en måte som skaper en trygg atmosfære (Johansson & Eklund 2003). Dette synet støttes også av Cotasworth-Puskopy (2006) som i tillegg fremhever viktigheten av at pasienten klarer å oppnå et

tillitsforhold til sykepleieren. Det blir sykepleierens ansvar å få dette til gjennom adekvat kommunikasjonstilnærming.

3.0. TEORETISK REFERANSE RAMME

Dette kapittelet har til hensikt å belyse sentrale og relevante teoretiske perspektiver, sett i lys av problemstillingen. Den miljøterapeutiske samtalen er kjernen i studien. Samtalen og den konkrete, miljøterapeutiske settingen denne forekommer i vil bli gjenstand for fordypning. Likeså lidelsesbildet til pasientgruppen, knyttet til utfordringer og vansker med å leve med en psykoselidelse. Disse to aspektene ønskes videre beskrevet i forhold til en mulig utviklingsretning som tar sikte på at pasientene skal oppleve en bedring og økt evne til mestring, en opplevelse av en mer meningsfull hverdag. Denne bevegelsen fra psykisk uhelse til psykisk helse ses på bakgrunn av Aron Antonovsky's tenkning om salutogenese.

3.1. Psykoselidelsens innhold

Psykoselidelse vil i denne studien ha sitt utgangspunkt i schizofreni, da dette er den hyppigste diagnosen i den posten studien er rettet mot. Schizofreni som lidelse blir ofte knyttet opp i mot personlige tragedier for den enkelte, og med en prognose om et liv preget av langvarig og alvorlig svikt på mange sentrale områder. Det "å leve med et sosialt handikap" er en mye brukt frase for å beskrive problematikken. I mange sammenhenger knyttes flere negative faktorer til denne lidelsen. Det at media i mange tilfeller trekker frem schizofreni i saker der mennesker med en alvorlig sinnslidelse begår kriminelle forhold, er også med på å skape et bilde for allmennheten av at denne lidelsen er noe farlig og skremmende.

Den enkelte pasients opplevelse av sin egen lidelse vil være sentralt ved schizofreni. Dette er en lidelse som går ut over det å "ikke føle seg frisk". Den griper inn i pasientens livsopplevelse på en dypere måte. I teorien fremheves tre sentrale aspekter ved lidelsen: sykdomslidelsen, den eksistensielle lidelsen og pleie- og behandlinglidelsen (Eriksson 1995). I tillegg til Eriksson's tre aspekter trekker Hummelvoll frem en fjerde, den sosiale lidelsen (Hummelvoll 2004).

Sykdomslidelsen knyttes opp i mot symptomer og plager som schizofreni fører med seg. Den eksistensielle delen av lidelsen har en basis i brutte drømmer og forhåpninger om et liv som kanskje ikke blir helt slik man hadde ønsket. Pleie- og behandlinglidelsen retter seg mot relasjonssavnet, det at pasienten opplever relasjoner som føles uverdige og en følelse av at behandlingstiltak oppleves som overinnvolvering mot egen autonomi. Eksempler på dette kan være tvangsbehandling, grensesetting og skjerming. Den sosial delen av lidelsen retter seg mot det å miste en sosial og verdsatt rolle med mulighet for deltagelse i omverdenen/samfunnet (Hummelvoll 2004).

Nær samtlige av pasientene i den posten denne studien har sitt utgangspunkt i lider av schizofreni. Det vil derfor være naturlig å relatere schizofreni som diagnose inn i et videre psykoseperspektiv for å beskrive lidelsesbildet til pasientgruppen. Sett i et videre perspektiv kan man hevde at schizofreni er en av de viktigste og alvorligste folkesykdommer vi har i dag. Schizofreni er i tillegg til å være en tung og vanskelig lidelse for de som har den, også et samfunnsproblem. Lidelsen krever et stort og kunnskapsrikt hjelpeapparat som kan bistå pasientene over lang tid, ofte mange år. Hovedvekten av pasienter som er innlagt i psykiatriske sykehus i dag har denne lidelsen. Man anslår at rundt 12 000 mennesker har denne lidelsen i Norge i dag. Sjansen for å utvikle schizofreni ligger i størrelsesorden 0,3 – 1%, litt avhengig av hvilke diagnostiske kriterier man støtter seg til. Det synes å være en viss økning av forekomsten i sentrumsnære/bynære strøk, uten at man helt vet årsaken til dette. Når det gjelder forekomsten av schizofreni ser det ut til at dette er temmelig likt over hele verden, noe som igjen kan antyde at lidelsen i seg selv er en stor utfordring, også i et globalt perspektiv. (Cullberg 2006; Kringlen 2005).

Schizofreni anses som en av psykiatriens alvorligste lidelser. Lidelsen relateres til det noe videre psykosebegrepet. Hvordan psykose og schizofreni tolkes og forstås varierer, både når det gjelder lidelsens opprinnelse, og aktuelle tilnærings- og behandlingsmetoder. For å nærme seg innholdet i schizofreni som lidelse kan man starte med å se på hva som ligger i psykosebegrepet.

I enkleste forstand kan psykose forklares som ”drøm i våken tilstand”. Et sentralt moment ved psykosen er at pasienten i stor grad går inn i en tilbaketrekning fra en felles menneskelig virksomhet. Dette å ha begrenset evne til å delta i en sosial setting, dele seg selv med andre og samtidig være en del av andres liv, er en beskrivelse som til dels kan være dekkende. Psykoseproblematikkens kjerne kan minne om en grenseløshet pasienten opplever i forhold til seg selv og andre. Det kan være vanskelig å skille mellom fantasi og virkelighet, tidsoppfattelsen kan bli uklar, den manglende evnen til realitetstesting kan føre til at allmaktsfølelser blir fremtredende og man kan se en gjennomgående problematikk rundt manglende evne til å utsette behov. Det er primærprosessen som overtar og pasientens møte med omverdenen blir preget av primærprosesstenkning og realitetsbrist (Strand 1990:7).

Primærprosesstenkningen innebærer en tilbaketrekning fra omverdenen og de sosiale fora, en mangel på logiske tankeprosesser, billedlig og usammenhengende tenkning, og lystprinsippet med krav om øyeblikkelig behovstilfredsstillelse dominerer. Dette kan sammenlignes med drømmer og det kan beskrives som en funksjonsforandring av den opprinnelige måten sjelslivet fungerer på (Eitinger, Retterstøl, & Malt 1986).

Schizofreni som lidelse dreier seg om mennesker som i en eller annen form har vansker i forhold til en generell virkelighetskontakt. Deres tolkning av omverdenen er strekt preget av egne tanker og ideer. Denne tolkningen har fått en så privat karakter at det ofte vil være vanskelig, om enn ikke umulig for andre mennesker å forstå. Lidelsen vil, på tross av store individuelle forskjeller, kunne beskrives nærmere ved hjelp av et noe mer generelt symptombylle. Det er ikke slik at samtlige beskrevne symptomer finnes hos alle pasienter med denne lidelsen, snarere tvert i mot. Det går mer i retning av at hver enkelt pasient har sitt eget symptombylle, ofte med utgangspunkt i en beskrevet symptomrekke, men hvor graden og innholdet av symptomene vil variere. Å forstå psykosen er et møysommelig arbeid som man mest sannsynlig aldri kommer helt til bunns i, noe

Cullberg (2006:271) beskriver på en god måte:

”Å forstå meningen med de psykotiske symptomene er ikke det samme som å forklare hvorfor psykosen har oppstått, eller å kunne behandle den. Men det er alfa og omega i all psykosebehandling at en tidlig bestreber seg på å forstå det pasienten kommuniserer – eller ikke kommuniserer.”

Ordet schizofreni betyr ”spaltet sinn” og har sin opprinnelse hos den sveitsiske psykiateren E. Bleuler. Man ser ofte symptomene ved schizofrenilidelse delt inn i grunnsymptomer og sekundære symptomer (førsterangssymptomer). Grunnsymptomene er autisme, assosiasjonsforstyrrelser, ambivalens og affektiv forstyrrelse. Autismen beskriver pasientens grad av innadvendthet, opptatthet av sin egen, private verden. Dette medfører isolasjon fra et vanlig sosialt liv og vanskeligheter knyttet opp i mot det å delta i fellesskapet. Assosiasjonsforstyrrelsen, også beskrevet som ”splittelsen”, gir utslag i tanker og tankerekker som blir vanskelige å oppfatte og forstå for utenforstående. Sprang fra den ene tanken til den andre er fremtredende og pasienten har eksempelvis vansker med å ”følge en rød tråd” i felles kommunikasjon og gjøremål. Pasientens fortsettelser og forsøk på sammenheng kan virke uforståelige. Ambivalens relaterer seg til vanskeligheter med å ta og gjennomføre valg. Dette kan være enkle og banale valg i hverdagen, eksempelvis hva man skal velge av pålegg til frokost eller hva slags klær man skal ta på seg. Pasienten har så store problemer knyttet til slike enkle valg at ting går i stå. Det siste grunnsymptomet er affektiv forstyrrelse. Dette gir seg uttrykk i følelsesmessige reaksjoner som er dårlig tilpasset gitte situasjoner, og som avviker fra det som vanligvis forventes. Eksempelvis kan situasjoner som naturlig ville medføre følelser av sorg eller redsel kunne føre til latterutbrudd eller annen upassende atferd (Cullberg 2006).

De sekundære symptomene ved lidelsen er ikke like spesifikke som grunnsymptomene. De forekommer også ved mange andre typer av psykiske lidelser. Likevel er det disse symptomene som på folkemunne forbindes med schizofreni og psykose. Dette inneholder tankeforstyrrelser, hallusinasjoner, forfølgelses- og påvirkningsideer, bisarre vrangforestillinger, motoriske symptomer og atferdsforstyrrelser samt tvangsfenomener (Cullberg 2006). Man ser ofte en

inndeling av symptomene ved schizofrenilidelse i positive og negative symptomer. De positive symptomene beskriver symptomer av blomstrende art, noe det er ”for mye av”. Dette er hallusinasjoner og vrangforestillinger. De negative symptomene er kjennetegnet av innadvendthet, gledesløshet, interesseløshet. Disse symptomene er preget av en ”mangel” på noe (Cullberg 2006; Kringlen 2005).

Denne studien retter fokus mot pasienter med psykoselidelse som man ved hjelp av miljøterapeutiske samtaler ønsker å hjelpe til et bedre liv. Samtalesituasjoner kan i seg selv være vanskelige for disse pasientene da slike settinger kan kreve at de skal gjennomføre ting som kanskje strider mot deres opprinnelige væremåte. Det kan være grunn til å tro at primærprosesstenkning med tilbaketrekning fra omverdenen og sosiale fora, samt negative symptomer relatert til innadvendthet, gledesløshet og interesseløshet er sentrale deler av pasientenes lidelsesbilde som gjør at det kan oppleves unaturlig for dem å motta hjelp og støtte i form av samtaler. Å møte disse pasientene gjennom miljøterapeutiske samtaler innebærer å møte dem på en arena hvor de kanskje ikke ønsker å være. Det blir viktig at miljøpersonalet håndterer denne utfordringen på en slik måte at man unngår å støte pasientene ytterligere vekk fra en felles sosial virkelighet.

Det har i de senere år blitt et stadig økt fokus på kognitive forstyrrelser ved schizofreni spesielt, og ved psykoselidelser generelt. Det antas at 60 – 85 % av de som har en psykoselidelse, også har kognitive vansker på et eller flere områder. Disse problemene, som er knyttet til kognisjon, relateres til prosesser som har med tenkning å gjøre. I enkleste form kan dette beskrives som prosesser vi anvender rundt det å motta, lagre og bruke mottatt informasjon, for å styre og kontrollere atferd. Denne type problemer vil virke inn på evnen til å leve et selvstendig liv, å jobbe/gå på skole, og det å kunne klare å fungere i sosiale settinger. I forhold til psykoselidelser viser det seg at kognitiv svikt oppstår innen spesifikke områder. Disse er oppmerksomhet, hukommelse, læring, problemløsningsevne og arbeidstempo. I tillegg sees også problemer rundt sosial kognisjon, evnene til å tolke og forstå følelser og handlinger til andre mennesker (Ueland & Øie 2006).

Den kognitive svikten ansees som en fremtredende, og grunnleggende del av symptombildet ved psykoselidelse. Mye tyder på at kognitiv svikt kan være en medfødt del av en sårbarhet som pasienten bærer med seg og må leve med gjennom hele livet, uavhengig av eventuelle psykosfrembrudd (Ueland & Øie 2006; Øie 2006). Green (1996) hevder sågar at kognitiv svikt er et så fremtredende symptom ved schizofreni, at dette faktisk er et større problem sett i sammenheng med dagliglivets funksjoner, enn hva de mer rene psykotiske symptomene er.

Hos mange med en psykoselidelse kan man anta at den kognitive svikten var til stede også forut for at pasienten fikk sitt psykosfrembrudd. Mye tyder på at denne svikten til en viss grad er vedvarende, selv om psykosesyntomene forsvinner. Setter man dette i sammenheng med at stress kan være utløsende faktor for psykose og schizofreni, hevdes det at kognitiv svikt er en sårbarhetsfaktor som kan medføre psykosfrembrudd hvis kravene til kognitiv funksjon blir for høye. Dette kan også være vesentlig ved eventuelle tilbakefall senere i livet (Øie 2006).

Muligens er det slik at svekkelse i hukommelsen er den kognitive egenskapen som er mest utsatt ved en schizofrenilidelse. Svekkede hukommelsesressurser kan også være en viktig begrensning som man må ta hensyn til i rehabiliteringsprosessen. Dette relateres da til mål om å få seg utdanning og arbeid, samt det å etablere og vedlikeholde et sosialt liv (Egeland & Landrø 2006).

Når det gjelder årsaksforholdene rundt schizofreni og psykoselidelse finnes det ikke en fullgod oversikt over dette. Det eksisterer flere forskjellige forståelses- og forklaringsmodeller, som ofte kan være på kolliderende kurs. Både biologiske, psykologiske og sosiale modeller blir brukt for å beskrive årsaksforhold ved schizofreni og psykose. Det eneste man med sikkerhet kan enes om er at schizofreni og psykoselidelse har et multifaktorielt årsaksbilde, og at de faktorer som ligger til grunn for utviklingen vil variere i de enkelte tilfeller (Cullberg 2006; Kringlen 2005).

Det er vanlig å relatere utviklingen av schizofreni og psykose opp i mot en stress-sårbarhetsmodell (Zubin & Spring 1977). Modellen beskriver sårbarhetsfaktorer som må ligge i bunn for at en psykoseutvikling skal finne sted. Disse sårbarhetsfaktorene knyttes opp i mot genetiske, biologiske, psykologiske og sosiale forhold. I tillegg må det være en viss mengde

utløsende faktorer til stede for at psykosen skal kunne oppstå. Disse kalles stressfaktorer. De beskriver elementer som har sammenheng med livshendelser og selvstendighetsprosesser i overgang fra ungdom til voksen. Forandringer rundt relasjonelle forhold er ofte sentralt.

3.2. Den miljøterapeutiske rammen

Denne studien retter seg mot mennesker med en psykoselidelse som er innlagt i en bestemt psykosepost. Posten har et tilrettelagt behandlingsmiljø for denne aktuelle pasientgruppen og har på grunn av dette vektlagt flere faktorer i miljøet som anses som sentrale (Brathetland & m.fl. 2004; Bøe, Tveit, Haaland, & Knudsen 2003; Gunderson 1978). Samtalene som denne studien tar for seg gjennomføres innen denne tilrettelagte miljøterapeutiske rammen.

Miljøterapi forstås som en behandlingsform som betegner en planlagt bruk av det som skjer i samspillet mellom pasienter og personalet døgnet rundt (Brathetland & m.fl. 2004). Tilretteleggelse av miljøterapi for mennesker med psykose skiller seg fra miljøterapi for ikke-psykotiske. Som grunnlag for miljøterapeutiske aktiviteter anvender posten Gundersons fem grunnleggende miljøterapeutiske prinsipper: beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (Gunderson 1978). Disse fem prinsippene beskriver en utvikling av stadig mer komplekse miljøterapeutiske tiltak og handlinger som igjen relateres til pasientens psykiske tilstand. Når pasienten har perioder med stort symptomtrykk er tiltakene preget av beskyttelse, støtte og struktur mens i bedre perioder vil man kunne dra nytte av tiltak med større andel av engasjerende og gyldiggjørende prosesser (Brathetland & m.fl. 2004; Bøe et al. 2003; Gunderson 1978).

Med basis i en slik tenkning ønsker man å implementere en kontinuerlig dynamikk i tilretteleggelsen av miljøet rundt pasientene i posten. Man vil oppnå høy grad av struktur og forutsigbarhet i postmiljøet, med den begrunnelse at dette er essensielle faktorer for å skape trygge omgivelser for pasientene. All øvrig tilnærming og behandling, inkludert de miljøterapeutiske samtalene, finner sted innenfor en slik tilrettelagt ramme.

3.3. Samtalen

Denne studien retter seg mot samtalen og dens egenskaper og muligheter i en miljøterapeutisk setting i forhold til pasienter med en psykoselidelse. Samtalen vil være et av flere elementer i kommunikasjonsprosessen. Kommunikasjon kommer fra latin og betyr ”å ha felles”. Denne basen rundt fellesskap er et godt utgangspunkt også når man skal utdype samtalen. Samtalen som studien fokuserer på, foregår mellom mennesker med svært forskjellig utgangspunkt. Samtalen består heller ikke bare av ordene, det verbale som sies, men i vel så stor grad av non-verbale uttrykk. Dette innebærer at både pasient og hjelper stilles ovenfor den utfordringen det er å gjensidig skulle tilpasse seg situasjonen og hverandre, for å skape en best mulig atmosfære og grobunn for nettopp den *gode* samtalen.

Det finnes forskjellige teoretiske vinklinger på samtalebegrepet. Denne studien vil basere seg på Hummelvoll (2004) og Vatne (2006). Dette valget har sammenheng med studiens kontekst, en post for pasienter med psykoselidelser, hvor overvekten av miljøpersonalet har sykepleiefaglig bakgrunn. Hummelvoll og Vatne er sentrale innen sykepleiefaget og deres tenkning er til en viss grad innarbeidet i posten. Det er også ønskelig at disse teoretiske betraktningene rundt miljøterapeutiske samtaler integreres ytterligere i postens miljø.

Hummelvoll (2004) nevner flere grunnleggende faktorer som kan være av avgjørende betydning for å få til gode samtaler. Det å finne frem til en felles mening og forståelse av budskap og språk trekkes frem. Likeså en innlevende forståelse med basis i at de som samtaler tilstreber å være seg selv, på en ekte og nær måte. Empatibegrepet er nært knyttet til dette fordi det dreier seg om evnen til å se seg selv og sin egen væremåte gjennom den andres øyne. Hjelperen bør forsøke å være seg dette bevisst. I tillegg må det vektlegges å etablere et klima som er preget av trygghet; trygghet til at de som samtaler tør å vise seg frem som personer. Hummelvoll kaller dette selv-avsløring. Dette dreier seg om at atmosfæren mellom pasient og hjelper er preget av en gjensidig tillit og akseptasjon, og at man med dette som base kan oppnå det essensielle, nemlig ”å ha felles”.

Dette støttes av Vatne (2006) i ”Korrigerer og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi”. Hun fremhever:

”Pasienters styrke og likeverdighet i relasjonen mellom hjelper og pasient er sentrale forhold i pasienters bedringsprosesser. Spesielt er det viktig å bygge opp pasienters selvfølelse og egen myndighet” (Vatne 2006:119).

Et annet moment i dette er gjensidighet i behandlingsrelasjonen. Dette vil være vesentlig i selve samtalen. Det som ligger til grunn er en forutsetning av at pasient og hjelper møter hverandre med utgangspunkt i en subjekt-subjekt-relasjon. Dette har basis i gjensidig tillit og akseptasjon og bør inneholde forventninger om at gode samtaler henger sammen med menneskers relasjon til hverandre. Dette innebærer at hjelperen kontinuerlig må ta hensyn til forutsetningene en legger for pasienten og være klar over at man som hjelper i stor grad påvirker pasienten med egne bidrag, også i samtaler. Det at man gjennom samtaler deler opplevelser med pasienten og at dette har til hensikt å skape grobunn for at pasienten kan forandre seg, innebærer at man som hjelper også må være villig til forandring. Dette er en konsekvens av en subjekt-subjekt-relasjon. Mennesket kan ikke forstås uavhengig av de relasjonene som finnes. Deltakelse i og deling av for eksempel samtalsituasjoner forutsetter refleksjon rundt både egne og den andres opplevelser og standpunkter, og subjekt-subjekt-relasjonen innebærer at man i stor grad søker mot å forstå den andres opplevelser fremfor å definere problemer (Vatne 2006).

Samtaler med pasienter med en psykoselidelse kan innebære særskilte utfordringer knyttet til denne pasientgruppens lidelsesbilde. Ofte vil lidelsen føre til at pasientene er plaget med at de er fastlåste i sin oppfattelse knyttet til egen situasjon, og at dette igjen medfører at deres samhandlinger med andre blir preget av denne fastlåstheten. Dette gir seg og uttrykk i samtalsituasjoner, hvor pasienten kan oppleves lite fleksibel. Dette er noe hjelperen må være klar over og kunne håndtere (Vatne 2006). Med dette som utgangspunkt, vil denne studien forsøke å se Vatnes tilnærming, gjensidig anerkjennelse, som en slags basis for miljøterapeutiske samtaler.

Gjensidig anerkjennelse beskriver et sammenhengende sett av væremåter som også kan anvendes i gjennomføring av miljøterapeutiske samtaler. Disse væremåtene inkluderer bekreftelse, lytting, forståelse, aksept og toleranse. Subjekt-subjekt-relasjon ligger til grunn en slik forståelse og gjensidighet i pasient-hjelper-forholdet ansees som en vesentlig faktor. Denne gjensidigheten reflekteres gjennom en forståelse av likeverd mellom pasient og hjelper. Her er respekt sentralt, særlig en respekt for den andres måte å oppleve ting på, selv om dette fraviker fra en selv. En annen viktig basis er samhandling. Man kan anta at samhandling er sentralt i samtalsituasjoner og at dette også er med på understreke likeverdsaspektet, noe Vatne (2006) fremhever som en basis for gjensidig anerkjennelse.

Man kan utdype dette og se på gjensidig anerkjennelse i samtalsituasjoner, og hvilke konsekvenser en slik tilnærming kan føre med seg. Bekreftelse settes i sammenheng med å gi gyldighet til pasientens opplevelse. Sett i en samtalsetting kan denne bekreftelsen rettes mot at hjelperen er dette bevisst rundt det pasienten bidrar med av kommunikasjon. Det betyr å gi pasienten rom til å oppleve en subjekt-subjekt-relasjon på bakgrunn av bidrag i samtalen og hvordan hjelperen responderer på dette. Å lytte dreier seg om å være aktivt til stede, gi oppmerksomhet, og ved dette vise en anerkjennende og bekreftende holdning. Det er vesentlig at lyttingen blir en aktiv prosess. For å få dette til må hjelperen få tak i det som ligger bak ordene, altså pasientens egen opplevelse av situasjonen/relasjonen, som i dette tilfellet ønskes relatert til samtalen. Hjelperen må bidra til å dele det han har oppfattet sammen med pasienten. Tilnærmingen setter da pasienten i fokus og gir mulighet for å få reflektert opplevelsen hjelperen har av han. Kanskje kan pasienten da kjenne den igjen som sin egen. I følge Vatne krever aktiv lytting tre ting, nemlig tilgjengelighet og mottagelighet for pasientens egen opplevelse, fokus på selve opplevelsen og at man er villig til å la seg bevege av den (Vatne 2006:141). Forståelse som væremåte dreier seg om hjelperens evne til å sette seg inn i pasientens opplevelsesverden, å kunne få en nærhet til hvordan pasienten opplever følelsene knyttet til denne. En slik evne vil stille empatiske krav til hjelperen. Når det gjelder akseptasjon og toleranse knyttes dette til at hjelperen prøver å innta en nøytral holdning til pasientens opplevelser, altså ikke være dømmende eller bedømmende på noen måte.

I denne studien legges blant annet disse prinsippene til grunn for miljøterapeutiske samtaler. Vatne beskriver dette som et anerkjennende terapeutisk perspektiv (Vatne 2006). Dette utdypes gjennom at gjensidig samhandling med basis i akseptasjon, forståelse og empati kan være med på å skape en anerkjennende ramme, en slags basis for samarbeidet, i denne studien tenkt inn i mot samtalen.

Angående innholdet i og gjennomføringen av miljøterapeutiske samtaler med mennesker med en psykoselidelse, vil man kunne forvente at det finnes elementer som bør vektlegges i større grad enn andre. Terapeutiske tilnærminger ved bruk av samtaler med alvorlig psykisk lidende mennesker er viet god plass i litteraturen, særlig innen mer tradisjonelle behandlingsrettede fag som psykiatri og psykologi. Det som er viet betydelig mindre plass er de spesifikke samtalene som gjennomføres av miljøpersonalet i sykehusposter. Det er et tankekors at det er beskrevet betydelig mindre rundt de samtalene som gjennomføres av de personalgruppene som kanskje gjennomfører flest samtaler med pasientgruppen. Men med dette som et faktisk og uforanderlig utgangspunkt er det likevel måter å belyse denne samtaleformen på. Disse miljøterapeutiske samtalene er ofte relatert mot å løse praktiske, følelsesmessige forhold rundt nære, hverdagslige ting, og skiller seg nok en del fra mer standardiserte ”behandlingssamtaler”. Man snakker nok ikke i så stor grad om teknikker knyttet til miljøterapeutiske samtaler, fordi dette kan medføre at samtalen får et mekanisk og lite ”ekte” preg. Tekniske forhold ved samtalen kan i slike tilfeller bidra til en økt distanse mellom hjelper og pasient (Hummelvoll 2004).

Hummelvoll trekker frem elementer som er i tråd med det som tidligere er beskrevet med utgangspunkt i Vatne (2006). Dette dreier seg om fokus på åpenhet og en aksepterende holdning i møtet med pasienten. Det å lytte aktivt går også igjen som en viktig faktor hos begge, og det henvises til en aktiv form for lytting som krever en åpenhet og tilstedeværelse fra hjelperens side.

Hummelvoll (2004) gir forslag til prinsipper for samtaler med alvorlig psykisk lidende mennesker, ikke som en fasit eller oppskrift for hvordan dette skal gjøres, men mer som et mulig hjelpemiddel i samtalsituasjonen. Prinsippene sikter mot å gi hjelperen en økt innsikt i pasientens situasjon og å bidra til økt selvinnsett hos pasienten.

Å starte med å gi brede åpninger i samtalen kan bidra til at det blir enklere for pasienten å ha noe å snakke om. Dette gir mulighet for å ta opp også mindre vanskelige tema, noe som kan være nødvendig for å i det hele tatt få samtalen i gang. At pasienten får oppmuntring til å fortsette å snakke om hva han enn måtte komme med kan også bidra til fremdrift i samtalen. Spørsmål som kan besvares med ja eller nei kan med fordel unngås, da dette fort kan virke mer som en brems på fremdriften. Likeså bør hjelperen unngå å legge ordene i munnen på pasienten, men heller forsøke å få frem pasientens egen beskrivelse av opplevelsen. Hjelperen bør jevnlig sette ord på egne observasjoner og antakelser i det pasienten kommer med. Dette for å gi refleksjonsgrunnlag og tilbakemelding til pasienten om at de deler en felles opplevelse av det som blir sagt. Det kan være av betydning at ikke bare fornuft og praktiske aspekter berøres, men at også følelsesmessige forhold rundt de aktuelle tema beskrives og settes ord på. Dette kan bidra til økt refleksjon. Hjelperen bør bidra til at pasienten kan gi bedre beskrivelser av det underforståtte i det som sies. Dette gjøres for å konkretisere hva som faktisk menes, noe som kan bringe pasient og hjelper nærmere hverandre i forhold til felles forståelse og en mulig løsning på aktuelle problemer. At samtalen holder seg til et tema av gangen kan medføre at man får et økt og bedre fokus på det man snakker om, og at samtalen blir strukturert på en god måte. Å hjelpe pasienten med å trekke sammenligninger i forhold til egne, tidligere erfaringer rundt problemløsning og situasjoner kan også være positivt. Som avslutning bør samtalen oppsummeres på en slik måte at både pasient og hjelper sitter igjen med en fellesoppfattelse av innholdet i samtalen og hva som har kommet ut av den (Hummelvoll 2004:391).

3.4. En meningsfull hverdag

Et sentralt fokus i studien er pasientens opplevelse av en meningsfull hverdag. Det er nettopp denne opplevelsen samtalen har til hensikt å føre mot, og det er av stor betydning at dette relateres til pasientens egen oppfattelse. Det kan være grunn til å anta at opplevelsen av meningsfullhet ofte, bevisst eller ubevisst, knyttes opp i mot hjelperen og støtteapparatet rundt pasienten, ikke pasienten selv. Som helpere har vi ofte mange gode ønsker og intensjoner for pasientene vi jobber med. Kanskje kan dette føre til at det faktisk er våre mål og oppfatninger

som styrer samarbeidet, og ikke de ønsker og mål som pasienten har. Denne forskyvningen i fokus kan føre til at man overser hva slags problemer denne pasientgruppen sliter med, for eksempel det å fungere i sosiale relasjoner.

For å belyse opplevelsen av meningsfullhet i hverdagen, vil Aron Antonovsky's teori om salutogenese (Antonovsky 1985, 2000) bli benyttet i denne studien. Hans teori vil være relevant både når det snakkes om opplevelse av en meningsfull hverdag, og i sammenhenger som er relatert til mestring og bedringsperspektivet.

I stedet for å tenke i et tradisjonelt sykdomsperspektiv med fokus på hvordan man kan identifisere, diagnostisere og behandle forskjellige lidelsers ulike symptomer og plager, velger Antonovsky en annen inngangsvinkel. Han flytter fokuset vekk fra den medisinske og biologiske måten å tenke sykdom og lidelse på og beskriver et utgangspunkt hvor man innehar en generell innstilling om at hvert enkelt menneske har et forutsigbart ytre og indre miljø. Hvordan man håndterer utfordringer og problemer i livet er i stor grad opp til en selv, og hvordan man velger å møte problemene er av stor betydning for hvordan det går. Det er stor sannsynlighet for at utfallet av møter med forskjellige livsutfordringer vil gå så godt som man kan forvente. Antonovsky kaller dette en salutogenetisk orientering. Denne skiller seg sterkt fra en patogenetisk orientering hvor man forsøker å forklare hva som gjør at mennesker blir syke. En salutogenetisk orientering retter fokus mot hva det er som gjør mennesker friske og hvilke faktorer som bidrar i denne prosessen (Antonovsky 1985:182-197, 2000:11-15). Dette er et sentralt tema i denne studien.

Pasienter med en psykoselidelse beskrives ofte med utgangspunkt i alvorlige og kompliserte psykiatriske diagnoser, hvor prognose og muligheter for bedring og tilfriskning kan være svært negativt preget. Ofte kan man få et inntrykk av at dette er en gruppe av pasienter som ikke levnes særlig gode fremtidsutsikter, med tanke på livskvalitet og dagligdags funksjon. Konteksten i denne studien har også trekk ved seg som gjør at et slikt syn kan være til stede. Dette dreier seg om kultur og tradisjon i postmiljøet, men også av at den aktuelle posten i stor grad har pasienter med stor grad av psykoseproblematikk. Inn i dette problemområdet ønskes Antonovsky brukt for å vise at man likevel kan oppnå positive resultater med disse pasientene. Ikke for å frembringe

uante muligheter og vekke til live urealistiske mål hos pasienten, men for å flytte fokuset vekk fra sykdom og over til faktorer som kan gi en mer positiv opplevelse i hverdagen. Dette kan være et positivt bidrag inn i de miljøterapeutiske samtalene.

Ut i fra en salutogenetisk orientering vil det være mulig å i stor grad forutsi den enkelte pasients evne for tilfriskning. Det at man stilles ovenfor stressfaktorer som kan være sykdomsutviklende medfører en tilstand av spenning og gjør at man må håndtere disse stressfaktorene på en eller annen måte. Det som kan bli avgjørende for utfallet er hvordan pasienten håndterer disse i hverdagen. Utfallet kan gå i retning av sykdom, være nøytralt, eller helsefremmende.

Stressfaktorene beskriver krav som man ikke har et umiddelbart eller automatisk adaptivt svar på (Antonovsky 2000:46). Dette kan samsvare godt med hvordan pasienter med en psykoselidelse oppfatter sin hverdag. De kan oppleve mengder av krav og utfordringer som de ikke ser for seg hvordan de skal imøtekomme. Antonovsky utdyper dette ytterligere ved å trekke inn entropi-begrepet i forhold til stressfaktorene. Entropi beskriver den økende uorden og kaos som er relatert til at livsopplevelsen til pasientene kan kjennetegnes av en manglende evne til å ta avgjørelser rundt egen situasjon, grunnet inkonsistens, under- eller overbelastning. Disse stressfaktorene kan deles i tre grupper: kroniske stressfaktorer knyttet til den generelle livssituasjonen, vesentlige livsbegivenheter, og akutte dagligdagse irritasjonsmomenter (Antonovsky 2000:47).

Antonovsky har utviklet begrepet ”opplevelse av sammenheng” (OAS). OAS fokuserer på den enkeltes evne til å håndtere de utallige stressfaktorene vi utsettes for på en best mulig måte. Det essensielle er å klare å sette stressfaktorene inn i en meningsfylt sammenheng, og der i gjennom skaffe seg erfaringer som kan bidra til at man utvikler en opplevelse av sammenheng. Fokus flyttes på denne måten vekk fra det å tenke sykdom og over til å tenke i en helsefremmende retning. Man kan anta at dette kan være av stor betydning for mennesker med en psykoselidelse, for på denne måten å i stadig større grad fokusere på hvordan man skal takle livet i hverdagen optimalt. Kanskje er dette en bedre inngangsport for å hjelpe disse menneskene, enn en patogenetisk orientering. Dette kan også beskrives som en bevegelse fra en sykdomspol og over mot en helsepol, hvor arbeidet i størst mulig grad fokuseres inn i mot helse, ikke mot sykdom. En

salutogenetisk orientering tar ikke sikte på å gi garantier for at problemer løses fullt og helt, men heller at man skal søke etter økt kunnskap og forståelse som kan være en forutsetning for å nærme seg helsepolen. Det er ikke dermed sagt at man for denne pasientgruppen ønsker å bagatellisere den lidelsen de sliter med, men heller at man velger å se på elementer som kan virke positivt inn på at de skal få en meningsfull opplevelse av hverdagen (Antonovsky 1985:123-159, 2000:33-42).

Opplevelsen av hvor man befinner seg på veien mot helsepolen relaterer Antonovsky til OAS, opplevelsen av sammenheng. Denne studien ønsker å se dette begrepet i forhold til mennesker med en psykoselidelse og deres opplevelse og håndtering av hverdagen. Som nevnt vil OAS være sentralt i forhold til hvordan man møter stressfaktorer og hvordan resultatet av dette gir seg utslag i helse eller uhelse. OAS defineres på følgende måte:

”Oplevelsen av sammenheng er en global innstilling, der uttrykker den udstrækning, i hvilken man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.”

(Antonovsky 2000:37)

For å sette OAS i sammenheng med mennesker med en psykoselidelse, og deres utfordringer rundt en meningsfull opplevelse av hverdagen, er det naturlig å trekke frem kjernepunktene i OAS: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 2000:34-36). Disse er med på nærmere å beskrive innholdet i OAS-begrepet og detaljer rundt det som anses som sentralt i denne studien og for den aktuelle pasientgruppen. Begripelighet dreier seg om hvordan man oppfatter de stressfaktorer og stimuli man utsettes for og hvordan man kognitivt sett forstår og håndterer disse. Det handler om en evne til å skaffe seg en oversikt over den stressituasjon man står i. En styrke her vil være å oppfatte stressfaktorer og stimuli som sammenhengende, strukturert og tydelig, mens det er vanskeligere hvis man får en opplevelse av kaos, tilfeldigheter og uforklarlighet. En sterk opplevelse rundt begripelighet fører forhåpentligvis til at man evner å

møte stress med en oppfatning av at ting kan bli forutsigbare på tross av dette, og at man kan sette ting inn i en sammenheng som blir forståelig. Håndterbarheten knyttes til ens egne ressurser og en opplevelse av at disse er tilstrekkelige for å håndtere krav man stilles ovenfor. Ressurser er da her tenkt i et vidt perspektiv. Meningsfullhet omhandler følelsesmessige aspekter ved livet; i hvilken utstrekning man er i stand til å innse at i hvert fall enkelte krav og problemer i livet er verdt å engasjere seg i, og at dette kan være noe man også gleder seg over og ikke bare ser på som byrder man helst ville vært uten. Antonovsky knytter også motivasjon til meningsfullhet. Og nettopp motivasjon kan være en viktig faktor i arbeidet med mennesker med en psykoselidelse. Det at pasienten har en viss mengde motivasjon og egeninteresse av å stå i og gjennomføre et behandlingsopplegg kan være avgjørende for om det er mulig å hjelpe han til en bedre hverdag. Ut i fra dette kan det være rimelig å anta at meningsfullhet kan være det viktigste kjernepunktet i OAS.

Antonovskys teori retter fokuset spesifikt mot et helsefremmende perspektiv, hvor bedring og mestring kan relateres til bevegelse i et kontinuum mellom en sykdomspol og en helsepol. Dette kan ses som en del av en helsefremmende prosess hvor et sentralt perspektiv vil være hvordan man kan leve med en kronisk sykdom på best mulig måte. For pasientgruppen som denne studien er relatert til kan et slik perspektiv være svært relevant.

Kristoffersen (2006: kapittel 5) relaterer denne helsefremmende prosessen til begrepet ”å komme seg”. Å komme seg beskriver en subjektiv prosess som alltid vil ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse, og derfor kan være vanskelig å bedømme for andre. Et sentralt aspekt er pasientens følelse av å ha en god helse, på tross av en alvorlig psykisk lidelse.

Denne helsefremmende prosessen kan deles inn i fire faser. I den første fasen preges pasienten av angst, forvirring og usikkerhet relatert til det å få en alvorlig lidelse. Sorg over at livet ikke ble som man hadde tenkt kommer inn her. Andre fase innehar også et sorgaspekt knyttet til tap av livsutfoldelse. Dette omhandler det å savne sosialt liv med tilhørende aktiviteter, manglende bevegelsesfrihet og en opplevelse av forventninger og håp som blir brutt. Bedringsperspektivet kommer tydeligere til syne i tredje fase ved at fokus kommer over på hvordan man kan mestre

dagliglivet på nye måter og hvordan man kan finne nye veier i livet. I dette ligger en forandring mot det å se det positive innholdet i tilværelsen. Siste fase beskriver forhold relatert til at pasienten lærer seg å leve med lidelsen og se sine muligheter på tross av de begrensningene som finnes. Forandringene kan ses i sammenheng med at pasienten finner måter å kontrollere lidelsen og hvordan han best kan leve med den (Kristoffersen 2006:105-114).

4.0. METODE

Dette kapitlet vil gi en beskrivelse og innføring i de metodiske valg som ligger til grunn for studien. Det vil i hovedsak være fire tema som vil bli omhandlet: designbeskrivelse datainnsamling ved hjelp av fokusgruppeintervju, analyseprosessen og etiske overveielser. Forskjellige valg som er gjort på bakgrunn av studiens begrensninger og rammer vil også nevnes. Egenerfaring og forforståelse vil også bli omtalt for å vise forhold relatert til forskeren som kan ha innvirkning på studien.

I tillegg er det nødvendig å begrense og begrepsavklare noen forhold vedrørende studien. Studien retter seg spesifikt mot den miljøterapeutiske samtalen som fenomen. Dette kan ses som en del av et større bilde relatert til en kommunikasjonsprosess. Begrepet kommunikasjon vil ikke bli ytterligere utredet og beskrevet i denne sammenhengen, men fokus vil hele veien være inn i mot selve samtalen.

Når det gjelder pasientgruppen er det gjort en begrensning opp i mot mennesker med en psykoselidelse. Pasientbegrepet vil bli anvendt med bakgrunn i at studien har sin kontekstuelle ramme innenfor et psykiatrisk sykehus og at dette er et begrep som er innarbeidet der. Både miljøterapiprosjektet og posten studien er rettet mot har et fokus på pasienter som har en psykoselidelse og et samtidig rusproblem. Denne studien vil kun omhandle problematikk relatert til psykoselidelse. Sett i et diagnostisk perspektiv vil dette i stor grad relateres til schizofreni (Statens Helsetilsyn 2000:82-92), men begrepet psykoselidelse vil bli brukt da studien ikke retter seg mot pasienter med en spesiell diagnose, men mot en gruppe pasienter som har fellestrekk ved sitt lidelsesbilde. I studiens teorikapittel er det likevel tatt utgangspunkt i diagnosen schizofreni under beskrivelse av psykoselidelsens innhold. Begrunnelsen for kun å fokusere på pasienter med psykoselidelse ligger i en antakelse av at miljøterapeutiske samtaler kan ha særegenheter relatert til denne pasientgruppen.

Hos respondentene i studien finner man en overvekt av personale med sykepleiefaglig bakgrunn. Studien har ikke en spesifikk vinkling mot denne yrkesgruppen, heller et fokus på tverrfaglighet. På bakgrunn av dette vil begrepene miljøpersonale og hjelper benyttes.

Begrepene bedring og mestring vil ses i relasjon til Antonovskys teori (Antonovsky 1985, 2000). Andre perspektiver på disse to begrepene vil ikke bli anvendt.

Tidsperspektivet som mastergradsoppgaven er skrevet innenfor har vært en begrensende faktor da tiden til rådighet kun har vært ca fire måneder fra oppstart til innlevering. Dette har medført kompromiss gjennom alle faser av forskningsarbeidet.

4.1. Design

Problemstilling og forskningsspørsmål har vært styrende for valg av design og metode. Det har blitt gjennomført en kvalitativ studie med et deskriptivt eksplorativt design. En kvalitativ tilnærming har blitt valgt med utgangspunkt i å komme frem til dybdekunnskap og en mest mulig helhetlig forståelse av få respondenter (Thornquist 2003:202). Et fokus inn i mot respondentenes erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger tilsier også at valget bør falle på kvalitativ metode (Malterud 2003:32). Et deskriptivt eksplorativt design velges med bakgrunn i et ønske om å utforske den miljøterapeutiske samtalen som fenomen samt å kombinere dette med en mest mulig klargjørende beskrivelse og forståelse (Olsson & Sörensen 2003:33,70).

Analysen har blitt gjennomført med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Denne tilnærmingen er valgt for å kombinere hermeneutikkens forståelses- og fortolkningsmuligheter med fenomenologiens fokus mot subjektets opplevelse av verden, i denne studien knyttet til respondentenes egne opplevelser, erfaringer og synspunkter rundt miljøterapeutiske samtaler (Thornquist 2003).

4.2. Egenerfaring og forforståelse

Min egeninteresse og forforståelse er relatert til at jeg gjennom en årrekke har jobbet aktivt i det kliniske felt med mennesker med psykoselidelse. Min opplevelse er at selve samtalene med disse menneskene er en særdeles viktig del av den behandling og tilnærming vi som miljøpersonale står for. Et viktig spørsmål blir da hva som er det spesielle ved disse samtalene, og hva som gjør dem til et effektivt og nyttig hjelpemiddel i den kliniske hverdagen.

Med min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier med ti års yrkeserfaring innen psykosefeltet, vil jeg ikke gå forutsetningsløs inn i en slik studie. Denne bakgrunnen, eller forforståelsen, vil med stor sannsynlighet kunne være med å farge studien. Særlig når det gjelder analysen av eget innsamlet datamateriale vil det være nettopp denne forforståelsen som det er viktig å parentessette for å kunne nærme meg materialet mest mulig forutsetningsløst. Det er viktig å erkjenne og sette ord på denne forforståelse da den kan, og nok til en viss grad vil ha innflytelse på hele forskningsprosessen. Forforståelsen kan også beskrives som forståelseshorison som innebefatter forskerens samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger (Thornquist 2003). Disse oppfatninger, erfaringer og forventninger ønsker jeg å presisere nærmere for å gi leseren et bedre forståelsesgrunnlag for studien.

Det at jeg i de senere år har jobbet som fagutviklingssykepleier i den posten jeg nå velger å fokusere på, er også med på å farge mitt syn på miljøterapeutiske samtaler. Som fagutviklingssykepleier har jeg vært en aktiv deltaker i arbeidet med å tilrettelegge det faglige innholdet i posten, deriblant faktorer som er knyttet til gjennomføring av samtaler. Dette dreier seg om alt fra faglig ståsted, behandlingsfilosofi/grunnsyn, strukturer og modeller for miljøterapi og miljøterapeutiske samtaler. Dette medfører at jeg har en viss formening om hva jeg kan finne innenfor den valgte kontekstuelle rammen for studien.

Fellesnevneren for mitt kliniske arbeid er at det har vært relatert til yngre mennesker, i hovedsak under 30 år, med psykoselidelse. Prognostisk sett har de fleste av pasientene jeg har jobbet med det til felles, at de selv etter endt behandling på spesialisthelsetjeneste-nivå, fortsatt har hatt stort

behov for hjelp og oppfølging. Ut av dette er det viktig å merke seg at andelen av de som har nådd et godt funksjonsnivå nærmest har vært fraværende, og at dette har vært med å farge både meg og det terapeutiske miljø jeg har arbeidet innenfor. Andelen av mennesker med psykoselidelse som oppnår en god bedring er langt høyere enn det jeg har opplevd (Johannessen 2006; Torgalsbøen 2006). Kanskje har dette ført til mer pessimisme enn hva det egentlig har vært grunnlag for.

Jeg vil nevne noen elementer rundt miljøterapeutiske samtaler som jeg har en antagelse om at kan bli fremtredende i datainnsamlingen til oppgaven. Når det gjelder den miljøterapeutiske samtalen generelt sett, vil jeg tro at denne forekommer i minst to forskjellige varianter, nemlig den strukturerte og planlagte, og den mer spontane samtalen som finner sted som en del av andre former for aktiviteter i miljøet. Disse to formene kan sikkert ha mange fellestrekk, men også forskjeller. Kanskje finnes det også ytterligere varianter av miljøterapeutiske samtaler. Når det gjelder strukturen i gjennomføringen av samtalene er det grunn til å tro at dette kan være preget av en tilnærming med basis i kognitiv terapi, da dette har vært et fokusområde i de postene jeg har jobbet i de senere år. Det har vært prioritert eksterne kurs og intern oppfølging med tanke på å kvalifisere miljøpersonalet til å kunne benytte en slik struktur og tilnærming i samtaler med pasientene. Enkelt forklart dreier kognitiv terapi seg om at fokus for samtaler ofte er på løsning av problemer knyttet til praktiske forhold i hverdagen, og i et her-og-nå perspektiv (Berge & Repål 2004). Man prøver gjennom samarbeid med pasienten å komme frem til en kort og god beskrivelse av problemet, diskutere seg frem til aktuelle måter å løse dette på, prøve tiltak ut i praksis, for så å gå i gjennom og evaluere resultatet.

4.3. Datainnsamling ved hjelp av fokusgruppeintervju

4.3.1. Om fokusgruppeintervjuet

Fokusgruppeintervjuet beskrives av Tillgren & Wallin som velegnet til utforskning av menneskers erfaringer, oppfatninger, ønskemål og vanskeligheter. Fokusgruppeintervjuet beskrives videre som et intervju som retter seg mot mennesker i en gruppe som er rekruttert med en særskilt hensikt, og et intervju som gjennomføres etter en klart definert form, bestående av planlegging, gjennomføring og etterarbeid (Hummelvoll 2003; Tillgren & Wallin 1999). Hensikten med fokusgruppeintervjuet er å søke variasjon og bredde av synspunkter rundt et spesifikt tema og at enigheter og uenigheter som er relatert til temaet blir løftet frem og gransket. Målet er ikke en samstemt oppfatning, men forskningens endelige resultat bør ivareta bredde, variasjoner og nyanser som på en mest mulig helhetlig måte fremstiller det undersøkte tema (Hummelvoll 2007).

I denne studien er det benyttet flerstegs fokusgruppe, hvor samme gruppe undersøker et spesifikt tema eller problem gjennom flere møter. Dette beskrives i metodelitteratur som ”multistage focus groups” (Morgan 1997). På denne måten ønskes det å skape et fora mer preget av ro, enn om all informasjon skulle presses frem gjennom enkeltstående intervju. Målet er at det valgte tema skal belyses med flest mulige nyanser og perspektiver og utdypes med erfaringer fra praksis. Ved å benytte flere møter rundt samme tema ønskes det også at gruppe medlemmenes erfaringer utfordres og utforskes av andres erfaringer. Den opprinnelige gruppesammensetningen kan eventuelt også endres, noe som gjør metoden mindre sårbar ved frafall av respondenter. At nye medlemmer kommer inn kan også virke positivt ved at man får inn alternative synspunkter eller perspektiver (Hummelvoll 2007).

Fokusgruppeintervjuet ledes av forskeren, kalt moderator under intervjuene. Moderators rolle er å ha ansvaret for ledelsen og gjennomføringen av intervjuet, og i dette støtte diskusjonen i gruppen på en slik måte at alle deltakernes synspunkter kommer frem. Det er også vanlig å i tillegg benytte seg av en assisterende moderator (Tillgren & Wallin 1999).

4.3.2. Utvelgelse av respondenter

Respondentene til studien er valgt ut gjennom et strategisk utvalg. Det har vært av stor betydning å finne frem til respondenter som både kan og vil uttale seg om problemstillingen, noe som anses som særdeles viktige kriterier (Lorensen 2006; Malterud 2003). I utvelgelsen har det blitt vektlagt et ønske om bred erfaring og gode kunnskaper rundt det å gjennomføre miljøterapeutiske samtaler. I tillegg er det forsøkt å finne et utvalg som kan representere det tverrfaglige miljøet posten består av. Det var ønskelig at respondentene skulle ha formell utdanning bestående av minimum tre-årig høyskole fra helse- og sosialsektoren. Den totale mengden av miljøterapeuter i posten som fylte disse kriteriene var relativt liten. Postens avdelingssykepleier og assisterende avdelingssykepleier valgte ut aktuelle kandidater. Deretter tok forskeren kontakt med den enkelte angående deltakelse i studien. Resultatet ble at samtlige av de prioriterte respondentene takket ja til å delta. Respondentene har bestått av fire faste personer som har deltatt på flerstegs fokusgrupper. Disse fikk tilrettelagt arbeidstiden sin for deltakelse i studien. I tillegg har det deltatt tre forskjellige hver gang, med basis i utvalg gjort med bakgrunn i oppsatt turnus. Totalt sett har det deltatt syv personer på hver fokusgruppe. Disse har i hovedsak vært psykiatriske sykepleiere, men det tverrfaglige aspektet har blitt ivaretatt. På grunn av etiske hensyn til anonymiteten til de øvrige deltakerne henvises det til innledningskapitlet og beskrivelsen av den kontekstuelle rammen for studien når det gjelder profesjonstilhørigheten til de øvrige fokusgruppedeltakerne.

4.3.3. Moderators rolle / assisterende moderators rolle

Forsker har hatt rollen som moderator under samtlige tre fokusgruppeintervjuer. Det har blitt vektlagt å skape en trygg og vennlig atmosfære gjennom intervjuene for best mulig å stimulere deltakerne til å dele sine synspunkter. Det å skape et fora hvor deltakerne sammen kunne undre seg og fritt diskutere tema med hverandre har vært viktig. Moderator har vært styrende i forhold til tema underveis, men har samtidig prøvd å tilrettelegge slik at gruppens deltakere selv har hatt mulighet til å bestemme kursen innen de rammer som studien har hatt.

I tillegg har det deltatt en assisterende moderator. Vedkommende kjenner moderator godt fra mange års faglig samarbeid og ble valgt mye på bakgrunn av dette. Assisterende moderator har hatt en mer tilbakeholden rolle under intervjuene, med fokus inn i mot observasjon av non-verbal kommunikasjon og skriving av notater. I tillegg har vedkommende hatt et ansvar for å observere moderators rolle og funksjon, og å komme med tilbakemeldinger og mulige forbedringsområder i forhold til dette.

4.3.4. De gjennomførte fokusgruppeintervjuene

Det har blitt gjennomført tre trinn med flerstegs fokusgruppeintervjuer, to fokusgruppeintervjuer med utgangspunkt i intervjuguide (Vedlegg 5) og en planlagt struktur rundt gjennomføring, og et intervju for å presentere en foreløpig skisse rundt funn. Det siste intervjuet hadde et fokus på validering gjennom at deltakerne skulle gi en tilbakemelding på de funn som ble presentert. Det gikk en uke fra første til andre fokusgruppe, mens det var 11 dager mellom andre og tredje fokusgruppe. Hvert av de tre fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på ca en time og tre kvarter.

I forkant av og under gjennomføringen av hele datainnsamlingsprosessen ble strukturen og innholdet i hvert av de tre fokusgruppeintervjuene planlagt. Dette ble i hovedsak gjennomført av forsker, men det ble også foretatt en gjennomgang med assisterende moderator. Når det gjelder innholdet i selve intervjuguiden har dette hatt et utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål, men temaene er og gjennomgått og diskutert med assisterende moderator. Både assisterende moderator og moderator har lang klinisk erfaring i å arbeide med pasienter med psykoselidelser. Denne praksiskunnskapen har blitt utnyttet i hele planleggingsforløpet og gjennom utvelgelse av temaene i intervjuguiden. Intervjuguiden har underveis i studien blitt betegnet som en modifiserbar intervjuguide. Dette er gjort for å opprettholde muligheten til eventuelle forandringer underveis. Slike forandringer har likevel ikke blitt ansett som nødvendige.

De to første fokusgruppeintervjuene ble tatt opp med digital opptaker. I tillegg tok både moderator og assisterende moderator notater underveis. Under det siste intervjuet, validering og presentasjon av resultater, ble det kun tatt notater. Hvert fokusgruppeintervju ble avsluttet med at moderator og assisterende moderator foretok en oppsummering sammen med respondentene. Rett i etterkant av hver av de tre fokusgruppeintervjuene, gjennomførte moderator og assisterende moderator en egen oppsummering og evaluering av det som hadde blitt gjennomført, uten deltakerne til stede. I tillegg til å gjennomgå innhold og viktige momenter som fremkom under intervjuet, ble også moderators rolle og opptreden gjenstand for tilbakemelding og refleksjon. Under planleggingen av intervjuene ble denne type tilbakemelding fra assisterende moderator fremhevet som en viktig oppgave.

Første fokusgruppe ble bevisst styrt ved hjelp av intervjuguiden for å skape et grunnlag av data som gjennom bearbeiding og analyse kunne gi svar på forskningsspørsmålene. Det ble innledet med en kortfattet repetisjon av informasjon om studien, samt at etiske perspektiver rundt det å samtale i en slik gruppe ble diskutert. Dette gikk på respekt for hverandre som gruppemedlemmer, respekt for pasienter samt understreking av en selvpålagt taushetsplikt om det som måtte komme frem under intervjuene. Intervjuet ble styrt slik at det tidsmessig ble brukt tilnærmet like lang tid på hver av studiens tre forskningsspørsmål, knyttet opp i mot den miljøterapeutiske samtals egenart, struktur og dens betydning i det totale behandlingstilbudet, jfr. intervjuguide. I avslutningen av dette første intervjuet ble en av respondentene utfordret til å tenke gjennom en god miljøterapeutisk samtale vedkommende hadde gjennomført, og å planlegge en kort vignettpresentasjon ved neste fokusgruppeintervju. Vedkommende fikk en mal for denne vignetten basert på fire hovedområder. Vignetten skulle innledes med en beskrivelse av sammenhengen og konteksten rundt samtalen. Den skulle gi en oppsummering av samtals innhold. Videre skulle det påpekes konsekvenser, hva i samtalen fungerte bra og mindre bra. Avslutningsvis skulle det være et moralsk poeng, en beskrivelse av hva man kunne trekke ut som lærdom av historien.

I tiden mellom første og andre fokusgruppeintervju ble det foretatt en grov analyse for å starte med identifiseringen av viktige tema i datamaterialet. Det ble og foretatt en gjennomgang av

hvordan data dekket problemstilling/forskningsspørsmål og avdekket enkelte hull i datamaterialet som spesifikt måtte jobbes videre med i andre fokusgruppeintervju.

Andre fokusgruppe ble innledet med at moderator ga en tilbakemelding på foreløpig analyse, med utgangspunkt i data fra første intervju. Respondentene fikk mulighet til å gi tilbakemelding på disse foreløpige resultatene. Deretter ble vignetten presentert og det ble gått videre på innholdet i denne med utgangspunkt i intervjuguiden. Dette ble gjort for å få frem en ytterligere fylde i datamaterialet ved å benytte en litt annen inngangsport til temaet enn det som ble gjort i første fokusgruppeintervju. Siste delen av det andre intervjuet ble brukt til å utdype områder i det daværende datamaterialet som den foreløpige analysen hadde vist var ufullstendige. Oppsummering og etterarbeid ble gjennomført på samme måte som under først fokusgruppe.

Det tredje fokusgruppeintervjuet hadde en noe annerledes struktur enn de to første. Fokuset her var rettet inn i mot validering av funn, da etter at begge de to første fokusgruppeintervjuene hadde vært gjenstand for en mer detaljert analyse, slik at hovedtema og viktige trekk i empirien var klare. Innledningsvis ble en foreløpig modell over funnene presentert. Denne dannet utgangspunktet for modellen som er beskrevet under resultatpresentasjonen i kapittel 5. Daværende resultater av analysen ble gjennomgått og diskutert og det ble gitt tilbakemeldinger fra respondentene. Disse tilbakemeldingene ga grunnlag for det videre analysearbeidet og det ble gitt innspill som førte til justeringer og ytterligere presiseringer av resultatene. Dette siste fokusgruppeintervjuet ble avsluttet med en oppsummering og gjennomgang av samtlige tre intervju og respondentene fikk anledning til å komme med sine betraktninger og opplevelser på det å delta i en slik gruppe. Det generelle inntrykket var at deltakelsen jevnt over hadde vært preget av en viss skepsis i starten, men at denne hadde blitt borte underveis. Deltakerne ga tilbakemelding på at det å delta i fokusgrupper hadde gitt en etterlengtet mulighet til å delta i diskusjon og meningsutveksling rundt det de anså som viktige faglige tema. Det ble bemerket et savn av faglig veiledning og fora for slike typer diskusjoner som fokusgruppen hadde gitt mulighet for.

Måten deler av denne studien har blitt gjennomført på kan ses i sammenheng med et aksjonsforskningsperspektiv, uten at det bevisst har blitt tilrettelagt for dette. Aksjonsforskning beskrives som ”et samlebegrep for en samfunnsengasjert virksomhet hvor praktisk handling inngår. Målet med forskningen er å hjelpe mennesker til å utforske sin egen situasjon for å kunne forstå den bedre og derigjennom forandre den” (Hummelvoll 2003:21). Aksjonsforskningen har med andre ord et mål om å forandre praksis. Elementer av dette kan også ses i denne studien, for eksempel med bakgrunn i at det er benyttet flerstegs fokusgruppeintervju. Dette kan åpne for en refleksjons- og forandringsmulighet for respondentene, både under studiens gang og i etterkant. Forskningsprosessen har i dette tilfellet blitt gjennomført i samarbeid med de som opplever problemet. I et mer utpreget aksjonsforskningsperspektiv kunne dette blitt utnyttet i større grad ved å knytte bruken av vitenskapelige metoder enda nærmere forandringsprosesser i det kliniske miljøet som studien har blitt gjennomført i (Hummelvoll 2003:21-31).

4.4. Analyse

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, er analyseprosessen i studien gjennomført med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Dette innebærer et vekselvis tilnærming til data ved å se på deler kontra helhet, forforståelse kontra forståelse, nærhet kontra distanse og likhet kontra ulikheter (Thornquist 2003). Selve analysen har fulgt de 6 trinnene til Kvale, intervjupersonenes beskrivelse av egen livsverden, intervjupersonenes egen oppdagelse av nye forhold i løpet av intervjuet, intervjuerens fortetninger og fortolkninger under intervjuet, det transkriberte intervjuet tolkes av intervjueren (inneholder strukturering og klargjøring av materialet for videre analyse og den egentlige analysen), gjen-intervjuing og handling. (Kvale 2005:122-123). Det har blitt foretatt en tematisk analyse hvor meningsfortetting er valgt som hovedmetode for selve meningsanalysen. Dette vil si at uttalelsene som er kommet frem under fokusgruppeintervjuene har blitt forkortet til enklere, og i denne studien, temabaserte formuleringer, som gir en kortere og mer presis beskrivelse av innholdet i intervjutekstene (Kvale 2005:126-129).

Selve analysen har dreid seg om en oppdeling og oppløsning av intervjuetekstenes enkelte deler for deretter ved hjelp av en kritisk refleksjon å identifisere tema og mønstre i datamaterialet. Rådatamaterialet i denne studien består av lydopptak og notater (fra moderator og assisterende moderator). De to første fokusgruppeintervjuene ble tatt opp, mens det fra det siste kun foreligger notater. Etter at første fokusgruppeintervju var gjennomført ble lydopptaket hørt i gjennom for å repetere og gi forskeren en bedre oversikt over det totale innholdet. Intervjuet ble deretter transkribert ordrett og gjennomlest i sin helhet. Deretter ble dette klargjort for videre analyse ved at unødig tekst, gjentakelser, verbale ordvalg og vendinger ble fjernet. Materialet fra første fokusgruppeintervju ble da krympet fra 43 til 15 sider. Det klargjorte materialet ble på ny gjennomlest før arbeidet med å identifisere hovedtemaer og naturlige meningsenheter startet. Det ble fremstilt en foreløpig og grov analyse av dette første fokusgruppeintervjuet, sortert i tre deler for å dekke hvert av forskningsspørsmålene. Dette ble så lagt frem for respondentene i starten av andre fokusgruppeintervju for å få tilbakemeldinger på innholdet. Disse tilbakemeldingene ble notert og tatt med i det videre analysearbeidet.

Lydopptaket fra andre fokusgruppeintervju ble behandlet på samme måte som det første. Dette endte opp i 16 sider materiale, klargjort for analyse. Starten av analysen ble gjort på identisk måte med første intervju, og endte opp i nye hovedtemaer og naturlige meningsenheter, men disse var i stor grad utfyllende og ikke identiske med de fra første intervjurunde. Det ble arbeidet videre med disse to settene av foreløpig analyse. Disse ble samlet i et utkast til en modell for å gi en kortfattet oversikt over resultatene. Denne modellen ble tatt tilbake til det totale datamaterialet (materiale klargjort for analyse) og testet opp i mot empirien. Det ble foretatt noen justeringer og forbedringer for å fremheve sammenhengen mellom modell og empiri. Resultatet ble modellen som er presentert under kapitlet om resultatpresentasjon på side 45.

Tredje fokusgruppeintervju var noe annerledes enn de to første da dette omhandlet presentasjon av resultater, i form av modell med hovedtemaer og undertemaer. Tilbakemelding og validering fra gruppedeltakerne hadde prioritet. Tilbakemeldingene fra dette siste intervjuet ble gjennomgått før selve resultatpresentasjonen ble skrevet. Valideringsprosessen har forholdt seg til Kvale's (2005:165) syv valideringsstadier, tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering,

analysering, validering og rapportering.. Det er likevel ett område som må fremheves i forhold til dette, intersubjektiv validering gjennom intervjusituasjonen. Dette ble gjort ved å spørre for eksempel ”Har jeg forstått deg rett...” når noe var uklart. Intervjueren ”sender meningen tilbake” for å få en validering på et egenforståelsesnivå (Kvale 2005:122).

Dette siste fokusgruppeintervjuet kan relateres til en falsifiseringsprosess, med mål om å få en bekreftelse på de resultater studien har gitt. Dette innebærer også å nærme seg data med en holdning preget av aktiv refleksivitet, for å avsløre mulige konfrontasjoner med blant annet egen forforståelse. Et slik fokus på falsifikasjon og refleksivitet omhandler i denne studien ikke å prøve å motbevise de resultater som foreligger, men heller å åpne for at resultatene kan tolkes på flere forskjellige måter, samtidig som det er av betydning at egne resultater fremstår som sterke alternativer fra analysen generelt (Malterud 2003:26-27). Her ligger det også et element av aksjonsforskning, relatert til at respondentene får en mulighet til å bekrefte eller avkrefte resultatene og dermed blir mer aktive deltakere i forskningsprosessen (Hummelvoll 2003).

4.5. Ethiske overveielser

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i januar 2007. Positivt svar derfra er mottatt i brev form, datert 16. februar 2007 (Vedlegg 6). Forsker hadde telefonkontakt med Ida Nyquist ved REK Øst (Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Øst-Norge) 22. januar 2007 og fikk da muntlig bekreftelse på at studien ikke trengte godkjenning derfra.

Ethiske overveielser i denne studien vil i første rekke omhandle forhold som har med respondenter og data å gjøre. I forhold til respondentene er anonymitet, frivillighet og informert samtykke faktorer som har blitt ivaretatt. Pasienter er ikke direkte involvert i studien, men informasjon som kan spores tilbake til pasienter kan likevel ligge i opptak og avskrift fra fokusgruppeintervjuene. Dette har blitt behandlet konfidensielt. Datamaterialet har blitt oppbevart innelåst, beskyttet mot

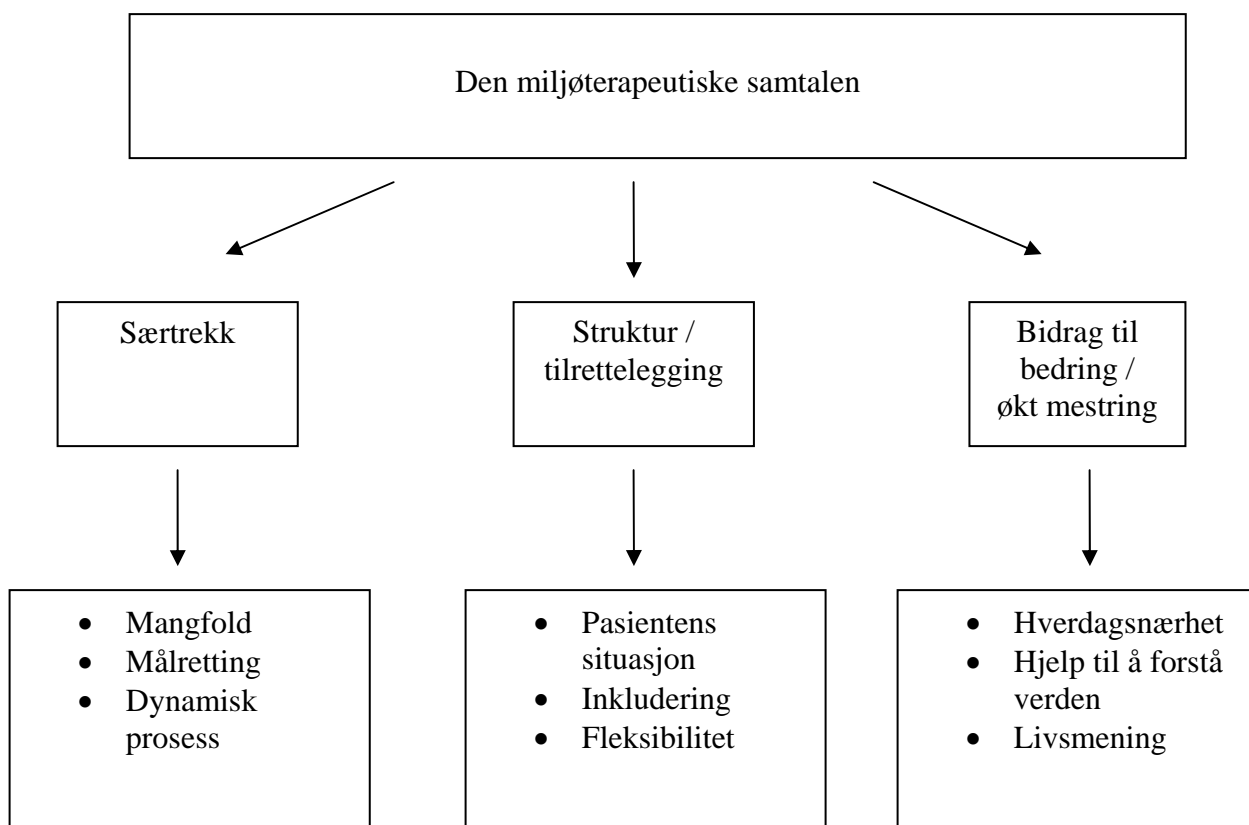
innsyn fra uvedkommende. Lydopptak/lydfiler vil bli slettet senest 30. juni 2007, noe som også er i tråd med godkjenning fra NSD.

Et annet viktig etisk aspekt i studien omhandler forskning på egen arbeidsplass. Forsker har i flere år samarbeidet tett med den aktuelle posten i forhold til fagutviklingsarbeid, noe som også kommer til å fortsette etter at mastergradsarbeidet er ferdigstilt. Dette medfører at forsker har mye kunnskaper i forhold til posten generelt, også til faktorer som kan relateres direkte til studiens problemstilling. Det at forsker kjenner samtlige av respondentene, har deltatt i arbeidet med å bygge opp postens faglige innhold og forankring, og også har kjennskap til pasienter som indirekte har blitt omtalt, er alle faktorer som må håndteres med forsiktighet og omtanke. Utfordringen her ligger på egen forforståelse, og det å ha denne type kunnskaper og oversikt over forskningsfeltet. Det er av stor betydning å klare å parentessette dette under studiens gang (Coghland & Cassey 2001).

5.0. RESULTATPRESENTASJON

Resultatene fra analysen av fokusgruppeintervjuene presenteres innledningsvis i form av en modell for å gi et oversiktsbilde over de sentrale delene av funnene. Deretter vil denne modellen beskrives ved hjelp av ytterligere detaljer fra empirien for å kunne gi et mer helhetlig og samlet inntrykk. Funnene blir presentert med basis i tre hovedtemaer som har en direkte tilknytning til de tre forskningsspørsmålene i studien. Hvert av disse hovedtemaene har igjen tre undertemaer. Denne strukturen vil være gjennomgående også i den påfølgende drøftingsdelen.

Følgende modell kom frem som resultat av analysen:



5.1. Særtrekk ved miljøterapeutiske samtaler

Miljøterapeutiske samtaler har særtrekk som skiller dem fra andre typer samtaler. Analysen av data i denne studien kan tyde på at de miljøterapeutiske samtalerne også kan ha egne særtrekk som spesifikt har sammenheng med den pasientgruppen som her er i fokus, pasienter med psykoselidelser. Særtrekkene vil bli presentert ut i fra tre tema: mangfold, målretting og dynamisk prosess.

5.1.1. Mangfold

- Den miljøterapeutiske samtalen som kjerneaktivitet
- Strukturerte og planlagte samtaler
- Spontane samtaler, ofte under miljøaktivitet

Den miljøterapeutiske samtalen innehar en grunnleggende posisjon i arbeidet med pasienter med psykoselidelser. Den inneholder noe av kjernen i samarbeidet mellom pasient og hjelper. En av respondentene beskriver samtalen som følger:

”Vi er vel i en så verbal tradisjon at samtalen er helt avgjørende. Jeg bare prøver å tenke meg, hvis vi ikke hadde samtalen, hva var det da vi hadde sammen? Jeg klarer ikke å se for meg samvær, samhandling, behandling, uten at det er verbalt”.

Utsagnet understøttes av samtlige respondenter på forskjellige måter gjennom fokusgruppeintervjuene. Man kan ut fra dette antyde at den miljøterapeutiske samtalen har en svært sentral betydning og rolle i samarbeidet med mennesker med en psykoselidelse. Respondentene beskriver samtalen som en ”kjerneaktivitet” i alle ledd av den behandlingsmessige tilnærmingen til pasientene. Samtalen benyttes i forskjellige situasjoner og med varierende funksjon, men miljøterapeutiske samtaler inneholder bevisst valgte strukturer og komponenter.

Det er tydelig at de miljøterapeutiske samtaler med denne pasientgruppen forekommer i to forskjellige varianter, en strukturert og planlagt form for samtale og en spontan form, ofte knyttet til samvær og samhandling i miljøet. I tillegg kan det være grunn til å trekke inn en tredje samtaleform. Respondentene beskriver samtaler som er preget av det uformelle samværet i miljøet, men hvor samtaler i denne settingen likevel benyttes på en svært målbevisst måte av miljøpersonalet; gjerne i retning av det som skjer i planlagte samtaler, men i en mer ufarlig setting, knyttet opp i mot miljøaktiviteter.

Dette mangfoldet av samtaler, som likevel er klart begrenset, har særtrekk relatert til hvordan personalet "bruker seg selv" som verktøy. En klar fellesnevner er at miljøpersonalet jobber i team, også under samtaler. Dette gjenspeiles ved at planlagte samtaler gjennomføres som trekantsamtaler (alltid to miljøterapeuter til stede) og at det også i de spontane samtaler prioriteres å være flere miljøterapeuter til stede, om enn med forskjellige roller. Det vanlige er at det alltid er en person som leder samtaler, mens øvrig personale har en mer støttende rolle. Dette dreier seg om støtte både til pasienten og støtte til kollegaer. Begge former for støtte anvendes med tanke på å skape trygghet i selve samtalsituasjonen.

Aktiv bruk av flere miljøterapeuter i samtalsettinger begrunnes med to forhold. For det første ligger det en kvalitetssikring i det. Man har på en måte flere "vitner" til det som har skjedd og det som har blitt sagt. Dette gjøres ikke primært for å sikre egen rolle og handling, men for å skape en økt trygghet for pasienten og en kontinuitet i arbeidet. Trygghet kan anses som en viktig faktor for den miljøterapeutiske samtalen. Dette belyses nærmere under punktet om strukturering og tilrettelegging. Den andre årsaken til at man velger å være flere miljøterapeuter i samtalsettinger er at man kan utnytte hverandres kunnskaper og egenskaper under samtalsgang, for å få en mer naturlig flyt over det hele. På den måten skapes en dynamikk som anses som et gode for samtalen.

5.1.2. Målretting

- Samtalen har en hensikt/et mål
- Fokus på pasientens individualitet
- Samtalen som et sentralt verktøy i samhandlingen

”Alt er jo målrettet egentlig, men du går ofte rund grøten for å få innpass. En miljøterapeutisk samtale er så mye mer enn den strukturerte biten som vi kanskje først tenker på. Det er mye mer, noe mellommenneskelig. Det er viktig å kunne klare å stille seg der hvor pasienten er, å møte han der han er.”

De miljøterapeutiske samtaler, uavhengig av hvilken type samtale det dreier seg om, har alltid en underliggende hensikt eller målsetting. Respondentene beskriver at dette ”ligger i bakhodet i alle samtaler”. Tilbakemeldingen er klar på at det ikke finnes miljøterapeutiske samtaler som bare er preget av tilfeldigheter. Graden av fokus på hensikt og mål varierer, men dette fokuset er alltid til stede. Det viser seg at hensikten og målet alltid er vinklet opp i mot et bedringsperspektiv for pasienten.

Individualitet og pasientfokus trekkes frem. Samtalens målrettede fokus beskrives å være styrt av den enkelte pasients problemer, ressurser og mulige forutsetninger. Denne vektleggingen av individualitet kommer da til syne i samtaleprosessen. Respondentene understreker denne individualiteten samtidig som de mener dette er en del av ”den naturlige hverdagen” de samhandler med pasientene i. Fokuset på individualitet anses å være en del av behandlingskulturen, sett i fra et miljøterapeutisk ståsted. Hensikt og mål følger derfor ikke gitte retningslinjer, men utvikles i samarbeid og samhandling med den enkelte pasient.

Det virker å være stor enighet blant respondentene om at den miljøterapeutiske samtalen er et svært viktig verktøy, og en bevisst anvendt tilnæringsmetode. Selve samtalen trekkes frem som en type forløsende aktivitet, eller den aktiviteten som gjør at man kan åpne for en bedre samhandling med pasienten rundt de til enhver tid gjeldende problemområder. Dette trekkes også

inn i en målrettet sammenheng ved at samtalens funksjon knyttes nært opp til hensikt og mål relatert til pasientens totale behandlingssituasjon.

5.1.3. Dynamisk prosess

- Bli kjent og etablere god kontakt med pasienten.
- Samtalen forandrer seg, har en "levende struktur", blir mer terapeutisk underveis
- Inneha en undrende grunnholdning, få også pasienten til å undre seg. Et genuint ønske om å finne ut av ting sammen med pasienten.

I følge respondentene er gode miljøterapeutiske samtaler preget av særtrekk som kan ses i form av spesifikke utviklingstrekk. Samtalen beskrives som en prosess som pågår over tid. Det er ikke slik at man ser hver enkelt samtale som enkeltstående episoder, men samtalen i seg selv er en prosess som varer. Dette betyr ikke at den enkelte samtale ikke anses som viktig og betydningsfull, men den er en del av en pågående prosess i et samarbeid med pasienten. Samtalen preges i starten av en "bli-kjent" fase som etter hvert beveger seg i en mer terapeutisk retning. Dette følger ikke et rigid mønster, men er mer en dynamisk prosess som etter hvert medfører at man oppnår en nærmere kontakt, og at samtalen der i gjennom kan benyttes til å arbeide med mer komplekse utfordringer.

"En undrende grunnholdning" beskrives av en av respondentene som en viktig del av denne prosessen. Det at man sammen med pasienten vektlegger viktigheten av å undres over hvorfor ting er som de er, i stedet for å innta en mer steil og fastlåst posisjon, trekkes frem som en måte å "løse" opp samtalen. Man kan oppnå en raskere og nærmere kontakt på denne måten.

5.2. Strukturering og tilrettelegging av miljøterapeutiske samtaler

Miljøpersonalets opplevelse av pasientens lidelsesbilde er sentralt når det gjelder strukturering og tilrettelegging av miljøterapeutiske samtaler. Det foretas en observasjon og kartlegging relatert til dette som benyttes aktivt i forhold til hvordan samtaler planlegges og gjennomføres. Pasientens situasjon, inkludering og fleksibilitet er tre nøkkelområder i dette arbeidet.

5.2.1. Pasientens situasjon

- Pasientens situasjon blir utgangspunktet for strukturen
- Pasientens lidelsesbilde styrer og bidrar til strukturen

Når respondentene skal beskrive struktur og tilrettelegging av de miljøterapeutiske samtalene, tar de ikke utgangspunkt i en lært eller innøvd handlingsmåte. Det som poengteres er viktigheten av å kartlegge og få en oversikt over pasientens situasjon og ståsted, da de mener den videre struktur og tilrettelegging av samtaler er avhengig av dette. Det fremkommer av intervjuene at det er et sterkt fokus på å danne seg et bilde av pasientens forskjellige symptomer, og ut i fra dette bestemme seg for hvilke deler av lidelsestrykket man først bør tilrettelegge for. Dette omhandler positive og negative symptomer ved psykoselidelsen, og forhold vedrørende pasientens kognitive kapasitet. Særlig de negative symptomene som sosial tilbaketrekning, interesseløshet og manglende viljesliv trekkes frem da dette er forhold som gir ekstra utfordringer når man skal møte pasienten gjennom samtale. Nedsatt evne til oppmerksomhet og konsentrasjonsproblemer trekkes frem som de viktigste og vanligste kognitive problemer som pasientene sliter med.

”Så er det vel noe generelt for den pasientgruppa vi er opptatt av. De er på en måte vant til å være litt i ytterkanten av det sosiale livet. Det er liksom ikke de som er mest aktive. De trekker seg kanskje mer tilbake og føler seg kanskje litt utenfor det sosiale fellesskap. Og da er det veldig viktig med aktiviteter, og at vi blir mer inkluderende så de kan åpne seg på ting de ellers ikke ville sagt”

Denne tidlige kartleggingen av pasientens situasjon er det som danner grunnlaget for hvordan de miljøterapeutiske samtaler struktureres og tilrettelegges videre utover i behandlingsforløpet i posten.

5.2.2. Inkludering

- Likeverd, men i forskjellige roller (pasient – hjelper)
- Gi pasienten trygghet – med ønske om å skape nærhet/tillit/en positiv opplevelse
- Medvandring

Det virker å være en enighet blant respondentene om at en likeverdig inkludering av pasientene i det terapeutiske forholdet danner et viktig grunnlag for struktur og tilrettelegging.

Denne likeverdstanden bygger like mye på en presisering av rolleinnholdet til pasient og hjelper. Det dreier seg ikke om en likestilling av disse rollene, men at begge er klar over hverandres ståsted og funksjon, og at man på denne måten setter likeverd i sentrum. Likeverd relateres da ikke til rollene pasient og hjelper, men til det å være medmennesker og skulle møtes gjennom samtalen. Det fremheves at det er en prosess som miljøterapeutene tar ansvar for å drive. For å presisere viktigheten av inkludering sier en av respondentene følgende:

”Det er viktig at vi er trygge og tør å være litt personlige, si litt hva vi mener og hva vi gjør. Prøve å ikke ekskludere pasienten, men heller prøve forsiktig å ta de med. Man kan ikke forvente at de er med på ting for det ligger jo ofte ikke naturlig for dem.”

Med dette som utgangspunkt jobber miljøterapeutene bevisst med å inkludere pasienten i et sosialt fellesskap som er ment å danne et grunnlag for videre miljøterapeutiske samtaler. Det er snakk om å danne en base preget av trygghet for pasienten. At pasienten føler seg trygg beskrives som et helt sentralt element. Tilrettelegging er mye fokusert opp i mot trygghet, og om å skape en nærhet, tillit og positiv opplevelse for pasienten. En av respondentene knytter dette arbeidet opp i mot begrepet medvandring. I dette ligger at man tar en liten omvei via forskjellige typer

miljøaktiviteter, for på denne måten å kunne nærme seg en likeverdig inkludering på en for pasienten mindre pågående og truende måte. Man kan si dette er en slags avledningsmanøver med den hensikt å skape trygghet for pasienten.

Dette eksemplifiseres på følgende måte:

”Det er litt interessant det du sier om samtalen rundt bålet. Fokus er da ikke samtalen, men noe annet, også er samtalen noe som løper ved siden av.”

Den aktiviteten som anvendes mest til dette er å gå tur, men alle typer miljøaktiviteter kan være hensiktsmessig. Det beskrives at man ved en slik tilretteleggelse skaper en type distrahering hos pasienten og at man da enklere kan komme til sakens kjerne, en likeverdig inkludering.

5.2.3. Flexibilitet

- Bli kjent, bygge tillit, vise at vi har tid, miljøpersonalet må styre prosessen.
- Utnytte spontanitet.
- Hver pasient – sitt eget prosjekt.

Det er vanskelig ut i fra dataene å gi en kort, enkel og presis beskrivelse av strukturen til miljøterapeutiske samtaler. Det danner seg likevel et bilde på at denne strukturen faktisk finnes og at man kan gjenkjenne klare elementer i den. Selv om det beskrives at miljøterapeutiske samtaler forekommer i flere varianter (planlagte og spontane), er det likevel klare fellestrekk ved disse i forhold til hva struktur og tilrettelegging angår. Respondentene knytter strukturen til tre faser som kan benevnes som forberedelse, gjennomføring og oppfølging. Dette er da tenkt opp i mot den enkelte samtalesituasjonen. Det er gjennomgående at respondentene beskriver miljøterapeutiske samtaler som en mer sammenhengende prosess, og ikke i så stor grad som enkeltstående samtaler. Sett i et slikt perspektiv vil samtalen bære preg av en tillits- og trygghetsbygging i starten, uten spesielt fokus på hva man ønsker å oppnå senere. Hver pasient trekkes frem som et enkeltindivid og beskrives som ”sitt eget prosjekt” i en samtalesammenheng.

Etter hvert som tryggheten og tilliten etableres går man mer strukturert inn og arbeider med pasientens aktuelle problemområder og utfordringer i hverdagen. Samtalen bærer da ofte preg av en enkel, men tilrettelagt problemløsningsmetode hvor man i samarbeid med pasienten prøver å beskrive og definere problemet på best mulig måte, samt trekke frem pasientens tidligere problemløsning som da ofte ikke har fungert tilfredsstillende. Så ser man sammen på nye måter å løse problemet på, før man velger et av disse nye løsningsforslagene og prøver dette ut i praktiske settinger. Kommende samtaler vil da kunne inneholde enkle evalueringer og oppsummeringer for hvordan dette har fungert, og eventuelt justeringer for å oppnå ytterligere forbedringer.

Det er viktig å merke seg at miljøpersonale bevisst bruker observasjoner de gjør av pasientene i miljøet inn i samtale. Dette kan være atferd og handlingsmønstre som av miljøpersonalet oppleves som uhensiktsmessige, og som man i fellesskap med pasienten prøver å gjøre noe med. Det beskrives at pasientgruppen ofte har dårlig evne til å se og forstå hvordan egen atferd og handlingsmønstre virker på omgivelsene, og at dette er noe man prøver å hjelpe pasientene med gjennom miljøterapeutiske samtaler.

Selv om man kan kjenne igjen en struktur som beskrevet ovenfor, vektlegger respondentene at det er av stor betydning å kunne utnytte en spontanitet for å gjennomføre samtaler på en best mulig måte. Denne spontaniteten henger ofte sammen med at man plutselig en dag kan få ”hull på byllen” hos en pasient og at man da med ett står oppe i en samtalsituasjon som kan utnyttes til noe positivt. Det som skjer er at pasienten åpner opp og slipper hjelperen til. Et eksempel på en slik ”byll som sprekker” kan være at man under en miljøaktivitet opplever at pasienten med ett åpner for en samtalemulighet miljøpersonalet inntil da ikke har klart skape.

En av respondentene beskriver en slik opplevelse under en gåtur:

”Fordi at pasienten blir forsvarsløs....Det er glatt ikke sant, så han må passe på hvor han går. Plutselig griper han (pasienten) tak i noe, et ord eller en setning, og så får man en samtale. Og egentlig er jo pasienten litt forsvarsløs fordi han er opptatt av omgivelsene”.

Dette viser den bevisste bruken av miljøaktiviteter som setting for å skape gode samtalesituasjoner. Denne fremgangsmåten fremheves i forhold til alle former for miljøterapeutiske samtaler, og begrunnes med at miljøterapeutene opplever at en viss form for distrahering kan virke positivt inn ved at samtalesituasjonene ikke blir så formelle.

5.3. Den miljøterapeutiske samtalsens bidrag til bedring/økt mestring

Samtalen ses i denne studien som en del av det totale behandlingstilbudet som pasienten mottar. Empirien antyder at det kan være en sammenheng mellom de miljøterapeutiske samtalene og en mulig endring i pasientens livssituasjon. Dette relateres til tre hovedområder: hverdagsnærhet, hjelp til å forstå verden og livsmening.

5.3.1. Hverdagsnærhet

- Langsiktige mål relatert til det å klare seg selv i egen bolig og til opplevelse av livskvalitet
- Et grunnleggende ønske om bedring
- Et fremtidsrettet fokus

Analysen av dataene viser at det i forhold til bedrings- og mestringsperspektivet til de miljøterapeutiske samtalene ligger et fokus på hverdagens forskjellige gjøremål og en ”her-og-nå-opplevelse” av velvære. Generelt sett kan man si at det ligger en hensikt og et mål i bunn, men i den praktiske gjennomføringen av samtalene beskriver respondentene at arbeidet mot et fremtidig resultat er sentralt. Dette kan da igjen relateres til bedring og økt mestring. Det at resultatet tenkes inn mot en fremtidig opplevelse av mestring virker å være vesentlig. Respondentene beskriver at de miljøterapeutiske samtalene relateres mer opp i mot pasientens fremtidige gode opplevelser enn mot det å finne forklaringer på hva som ikke har fungert for pasienten tidligere i livet. Det ligger et grunnleggende ønske til stede om at pasienten skal få en forandring på en hverdag som i

dag ikke oppleves som tilfredsstillende. Respondentene beskriver at denne holdningen er en del av kulturen i posten og ved sykehuset, i forhold til det daglige samarbeidet med pasientene.

Det nevnes av flere respondenter at bedrings- og mestringsperspektivet ofte kobles sammen med pasientens fremtidige bosituasjon og at dette kan danne en slags base for ytterligere bedring og mestring. Som en respondent sier:

”Målet skal være at folk skal greie seg når de bor ute. Så da må det jo bli å hjelpe dem til å greie seg best mulig hjemme tenker jeg. Til et liv som de synes er alright, selv om det ikke er likt med mitt. Og det blir jo mye det slike samtaler dreier seg om, å hjelpe eller prøve å hjelpe pasienten til å forstå hva det er som er bra for han”.

5.3.2. Hjelp til å forstå verden

- Økt kunnskap om løsning av praktiske og dagligdagse utfordringer
- Økt kunnskap om egen lidelse

Respondentene ser bedring og mestring hos denne pasientgruppen spesielt opp i mot to komponenter. Det ene er samtaler hvor tema berører pasientens dagligdagse utfordringer rundt praktiske problemer i hverdagen. Det andre er tema rundt pasientens lidelse. Hele veien er det snakk om å bidra til en økt kunnskap hos pasienten i forhold til disse temaene. En av respondentene beskriver at det viktigste bidraget man kan gi gjennom miljøterapeutiske samtaler er *”å gi pasienten hjelp til å forstå verden”*. Dette dreier seg om å bidra til å gi pasienten en bedre forståelse og kunnskap rundt sin egen lidelse og det lidelsestrykket som følger en alvorlig psykoselidelse. Det trekkes frem at økt selvinnsikt hos pasienten er et mål i dette arbeidet, å klare å få pasienten til å forstå sin totale livssituasjon på best mulige måte. Dette gjelder også i forhold til å gi pasienten en mulighet til å forstå andres reaksjoner på deres atferd. Det beskrives at mange pasienter trenger hjelp til å sortere alle de inntrykkene de utsettes for i hverdagen og *”hjelp til å forstå hvorfor ting ble som de ble”*.

Bedrings- og mestringsopplevelsen hos pasientene relateres som nevnt av respondentene til to tema, økt kunnskap rundt løsning av praktiske og dagligdagse utfordringer og økt kunnskap om egen lidelse. Når det gjelder de praktiske dagligdagse problemene benyttes disse bevisst for å forsøke å gi pasienten mestringsopplevelser, selv om dette skulle dreie seg om små og for utenforstående ”ubetydelige ting”. Dette er i stor grad knyttet til forhold vedrørende det å klare seg selv i egen bolig. Respondentene opplever dette som relativt enkle temaer å håndtere, og enkle i forhold til at pasientene får gode opplevelser på det å mestre innenfor slike rammer. Når det derimot er snakk om miljøterapeutiske samtaler for å hjelpe pasientene med å håndtere og forstå egen lidelse, beskriver respondentene dette som en mye mer komplisert arena. Respondentene setter ord på en følelse av å komme til kort, ikke ha nok å gi. Dette henger sammen med at lidelsestrykket beskrives som såpass vidt og stort at det ofte kan være vanskelig å hjelpe pasienten å sortere på samme måte som man kan gjøre rundt mer praktisk rettet problematikk. Likevel oppleves det som et tegn på fremgang og at et tillitsforhold er etablert når man kommer til det stadiet at slike tema kan bearbeides i miljøterapeutiske samtaler.

5.3.3. Livsmening

- Et verdifokus mot håp, tro, respekt og likeverd
- Pasientens mål kontra hjelperens mål
- Pasientens opplevelse av livskvalitet kontra hjelperens opplevelse av livskvalitet

I tillegg til å gi bedring og økt mestring rundt det å forstå verden, viser respondentene til at de miljøterapeutiske samtaler kan gi en bedring og økt mestring relatert til livsmening for pasientene. Det fremheves her et verdifokus med håp, tro, respekt og likeverd som sentrale elementer. Dette omhandler et håp og en tro om at pasientens totale situasjon kan oppleves positivt, men at dette, gjennom miljøterapeutiske samtaler, må ha en basis i en holdning preget av respekt og likeverd. Disse fire elementene er i følge respondentenes utsagn like viktige, sett både fra pasientenes og fra miljøterapeutenes perspektiv.

Analysen viser at livsmening henger nært sammen med oppfattelsen av mål for samtalen og for behandlingen generelt. Pasient og miljøterapeut kan ha forskjellige oppfatninger av veien frem til målet og av selve målet. Respondentene beskriver ikke dette som et konfliktfylt område, men bemerker at det ofte kan være vanskelig å akseptere de mål og retninger som pasienten ønsker å følge, fordi disse ofte kan være relativt langt fra hva respondentene selv tenker og ønsker. En av dem sier følgende om dette:

”Og aksepterer vi på en måte at de ønsker å ha en så begrenset hverdag da på en måte, som enkelte faktisk vil ha. De ønsker ikke sosial omgang og de ønsker ikke.....Det er en hel masse ting som vi ser på som nødvendig for å ha en viss livskvalitet, men enkelte ønsker det faktisk ikke. Og respekterer vi det?”

Dette utsagnet trekker inn begrepet livskvalitet og fremhever at pasient og miljøterapeut ofte kan ha svært forskjellige oppfatninger av hva som kan ligge i dette. Respondentene er klare på at det er pasientens oppfattelse som skal og bør være styrende, men sier samtidig at dette kan være et dilemma å forholde seg til i det daglige samarbeidet. I og med at forskjellige oppfatninger på slike områder kan virke inn på den miljøterapeutiske samtalen, dens innhold og resultat, blir dette trukket frem som sentralt i forhold til samtalens egenskaper og muligheter vedrørende det å bidra til bedring og økt mestring hos pasienten.

5.4. Resultatsammendrag

Av spesielt sentrale funn i denne studien bør nevnes den miljøterapeutiske samtals posisjon og funksjon i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse. Det er tydelig at denne type samtaler er en basis for samhandlingen med pasientene. I dette ligger det at de miljøterapeutiske samtaler anvendes på en individuelt tilrettelagt måte med hensikt å skape et tillitsforhold til pasienten. Samtalene bærer preg av å være en del av en sammenhengende prosess som har til hensikt å virke positivt inn i forhold til pasientens psykoselidelse. Denne prosessen preges av en

undrende tilnærming fra miljøpersonalet som man ønsker at pasienten også skal ta del i for bedre å kunne reflektere over egen livssituasjon. Den miljøterapeutiske samtalen tar sikte på å inkludere pasientene i et sosialt fellesskap som igjen kan bidra til en trygghet for pasienten. I dette ligger det en stor utfordring for miljøpersonalet fordi pasientene på grunn av sitt lidelsesbilde ofte oppleves å leve i ytterkanten av det sosiale fellesskap og ofte trives i den rollen. Miljøterapeutiske samtaler bryter inn i dette mønsteret, noe som kan oppleves truende for pasientene. Dette krever en enkel og tilrettelagt samtaleform, men samtidig er det viktig at det er rom for spontanitet som påvirkes av pasientens varierende psykiske tilstand.

Med en slik anvendelse kan de miljøterapeutiske samtaler være med å bidra til en økt mestring rundt hverdagens forskjellige gjøremål og til en økt opplevelse av velvære, med mindre plager fra psykoselidelsen. Dette innebærer hjelp til å se sammenhenger rundt hvorfor livet ble som det ble, til økt kunnskap om egen lidelse, og hvordan denne best mulig kan håndteres i hverdagen. Et viktig poeng i dette arbeidet er at det er pasientenes egne opplevelser som må ha forrang rundt evaluering av mål og ved vurdering av oppnådd livskvalitet.

6.0. DISKUSJON

Dette kapitlet inneholder metodekritikk, diskusjon av resultater, implikasjoner for praksis og videre forskning. Under metodekritikken gjennomgås de metodiske valg studien bygger på og hvilke implikasjoner dette har gitt underveis. Diskusjon av resultater følger tredelingen i studiens resultatpresentasjon og forskningsspørsmål. Under implikasjoner for praksis og videre forskning påpekes mulige følger på disse områdene, relatert til studiens resultater og det kliniske felt som studien er gjennomført i.

6.1. Metodekritikk

En kritisk gjennomgang av anvendt metode vil her ta for seg ulike deler av forskningsprosessen og kommentere forhold som er relevante for denne studien. Studien har fulgt prosessens vanlige trinn på strukturert måte, både som et ledd i en utdanningsprosess for forskeren, men og for å kunne strukturere forskningsarbeidet på en optimal måte innenfor de tidsbegrensninger som har foreligget. Forskningsprosessen har fulgt disse trinnene: problemkartlegging, gjennomgang av litteratur, problemformulering/formål, metodisk tilnærming, innsamling av data, bearbeiding av data, tolkning og analyse av data, rapportering/skrivearbeid (Olsson & Sörensen 2003).

Datainnsamlingen ved hjelp av flerstegs fokusgruppe har ut i fra studiens design, hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, vært et relevant valg. Et nært samarbeid med den aktuelle personen, kombinert med egen erfaringsbakgrunn, har medført at fokusgruppen kunne anvendes på en oversiktlig og rettet måte. Selve gjennomføringen av fokusgruppene gikk som planlagt, med unntak av at en av de faste informantene måtte melde sykdomsforfall ved ett tilfelle. Vedkommende ble da erstattet av et annet miljøpersonale. Hele gjennomføringen av studien må ses i sammenheng med forskerens utdanningsprosess. Her har manglende erfaring kunnet virke inn i prosessen. Fokusgrupper ble anvendt av forskeren for første gang i denne studien. Sett i ettertid ville det vært ønskelig å kunne hatt et samarbeid med personer som hadde erfaring i bruk

av metoden. Da kunne man gått inn i rollen som moderator med et noe annet utgangspunkt. En naturlig måte å gjøre dette på kunne være at man hadde deltatt som assisterende moderator sammen med en erfaren moderator, for på denne måten å gjennomgå en praktisk læreprosess før man selv hadde det totale ansvaret.

Dette leder inn i mot spørsmål rundt studiens validitet. I ordbøker blir validitet relatert til sannhet og riktighet. Sett i sammenheng med denne studien kan dette presiseres ytterligere til å omfatte i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, ”i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om” (Pervin 1984). I denne studien ble det gjennomført et fokusgruppeintervju (det tredje) med spesielt siktemål mot validering. En tidlig utgave av resultatpresentasjonen ble lagt frem for respondentene for at de skulle gi tilbakemelding ut i fra et valideringsperspektiv. Det vil da si at respondentene selv bidrar inn i en ”egen” valideringsprosess. Denne valideringen vil være rettet inn i mot bekreftelser og avkreftelser fra respondentene relatert til studiens resultater, noe som ikke nødvendigvis gir en optimal løsning. Det kan stilles spørsmål ved om dette er en fremgangsmåte som er god nok, eller om man burde fått disse tilbakemeldingene fra andre enn respondentene selv. Utover dette har forskeren forsøkt å ha et fokus på validering under hele forskningsprosessen, som en kvalitetskontroll under alle prosessens trinn.

Valideringsprosessen har i denne studien tatt utgangspunkt i Kvale (2005:165) og hans validering i syv stadier: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, validering og rapportering. Studiens teoretiske forutakelser kan til en viss grad ses i sammenheng med forskerens forforståelse, da teorivalg kan ha blitt påvirket av det miljøet forskeren har arbeidet i samt de teoretiske referansene posten i studien har anvendt. Det vil likevel ligge en styrke i dette da teorigrunnet har utspring i et klinisk miljø som har lang erfaring i å arbeide med pasienter med en psykoselidelse. Undersøkelsesoppleggets kvalitet påvirker studiens validitet. Her vil forskerens erfaringsgrunnlag i lignende arbeid virke inn. Da forskeren er i en utdannings situasjon kan dette virke noe mangelfullt, men dette er det forsøkt kompensert for gjennom oppfølging fra utdanningsinstitusjonen samt gjennom veiledning underveis i studien. Gjennom intervjuing og transkribering er validiteten forsøkt ivaretatt gjennom et nært samarbeid med assisterende

moderator i fokusgruppeintervjuene. I tillegg har respondentene bidratt i selve intervjusituasjonen med en aktiv oppfølging og utdyping av hverandres argumentasjon. Dette medfører en ”på stedet-kontroll” som er med å presisere data. Forsker har også bidratt på denne måten. Gjennom analysing og validering har Kvaales prinsipper blitt fulgt så nøyaktig som mulig. Dette har blitt gjort med bakgrunn i forskerens manglende erfaringsgrunnlag samt at det har bidratt til en god struktur og oversikt i dette arbeidet. Rapporteringsprosessen er gjennomført med fokus på nøyaktighet og detaljer for å gi mest mulig valide beskrivelser. I studien sett under ett har valideringsprosessen vært høyt prioritert. Dette har også bakgrunn i forskerens utdanningssituasjon, noe som kan ha medført valideringsmessige svakheter. Dette har likevel blitt forsøkt ivaretatt gjennom en kontinuerlig bevissthet rundt validering, og en systematisk oppfølging rundt dette.

Reliabiliteten i studien er primært knyttet til intervju, transkripsjon og analyse, hvor forskeren ved hjelp av nøyaktighet i prosessen har vektlagt dette. Særlig gjelder dette i forhold til intervjuguide og ved formulering av spørsmål under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Dette har vært relatert til sammenhengen mellom reliabilitet og validitet, at høy reliabilitet er en nødvendig forutsetning for at dataene skal ha høy validitet (Hellevik 2000).

Det er grunn til å anta at metoden som er anvendt i studien kunne vært vesentlig utdypet og forbedret ved å knytte arbeidet enda tettere sammen med det kliniske miljøet i posten. En måte å gjøre dette på kan være å anvende seg av prinsipper fra aksjonsforskning. En slik tilnærming har til hensikt å være endringsorientert i forhold til gjeldende praksis og med ambisjoner om å skape en forandring mot ytterligere positive verdier. I tillegg kommer fokus på å gi systemet muligheter til en økt utviklingskapasitet (Hummelvoll 2003, 2007). Med utgangspunkt i den kontekstuelle rammen for studien kunne dette bidratt til en mer praksisnær tilnærming, og et aksjonsforskningsperspektiv kunne bidratt mer aktivt til en utvikling av de miljøterapeutiske samtalene i posten. Noe av det første man kunne tenke seg er å trekke inn en større andel av postens miljøpersonale, gjennom blant annet dialogundervisning, for å skape grobunn for forandring og handling i det kliniske arbeidet. Dette kunne tilrettelagt for en mer samarbeidsledet

måte å drive forskningen på, og posten kunne føle seg mer involvert i prosjektet. Dette kunne igjen bidratt til at forskningsprosjekt og forskningens resultater fikk bedre implementeringsmuligheter i det kliniske miljøet, og på den måten kunne komme pasientene mer til gode. Dette kunne og i større grad åpnet for evalueringer av igangsatte handlinger og tiltak.

6.2. Diskusjon av resultater

Studiens hensikt er relatert til miljøterapeutiske samtaler med pasienter som har en psykoselidelse. Den miljøterapeutiske samtalen vil her bli gjenstand for diskusjon med utgangspunkt i de resultater som studiens empiri har gitt. Diskusjonen vil deles inn i tre deler, relatert til hvert enkelt forskningsspørsmål og de tema som er fremkommet gjennom analysen. De tre tema som studiens analyse gir er: særtrekk, struktur/tilrettelegging og bidrag til bedring/økt mestring. Alle tre temaene ses i sammenheng med den miljøterapeutisk samtalen. Hvert av disse tre hovedtemaene har igjen tre undertema som vil utdypes nærmere gjennom diskusjonens gang. Resultatene i studien diskuteres opp mot tidligere forskning og teori som er presentert under kapittel 2 og 3. Studien har basis i en miljøterapeutisk setting og miljøterapi er et komplekst fagområde som ikke lar seg fange opp av noen få og enkle teorier. Derfor vil flere teorier og tidligere forskning bli trukket inn og diskutert mot forskjellige deler av studiens empiri. De vil bli trukket inn på de resultatområdene hvor de anses å ha størst relevans.

6.2.1. Særtrekk

Undertema: mangfold, målretting og dynamisk prosess.

Det kan være grunn til å anta at miljøterapeutiske samtaler generelt sett har særtrekk som skiller dem fra vanlige, dagligdagse samtaler. Denne studien begrenser seg i tillegg inn i mot pasienter med en psykoselidelse, noe som igjen er med på å fremheve spesifikke forhold som kan være genuint for miljøterapeutiske samtaler med nettopp denne pasientgruppen. Analysen fra studien

viser at selve samtalen kan anses som en kjerneaktivitet i samarbeidet med pasientene, da samtalen virker å være det viktigste ”verktøyet” miljøpersonalet har i sin tilnærming til dem. Respondentene i studien viser til at de miljøterapeutiske samtaler forekommer i to forskjellige varianter, nemlig den planlagte og den spontane. Denne todelingen av typer samtaler finner man også igjen hos Hummelvoll (2004). Her relateres de planlagte samtaler til situasjoner der hjelperen har et individuelt oppfølgingsansvar for pasienten, i form av ”individual-kontakt” eller ”primærpsykepleier” (Hummelvoll 2004:365). Dette støttes også av denne studiens resultater. En forskjell er likevel at det fra respondentenes side understrekes at man bevisst prøver å være to miljøpersonale til stede i denne type samtaler. Dette begrunnes med at miljøterapeutene da kan støtte og spille på hverandre under samtalen, og i tillegg være en ekstra støtte for pasienten. Sett ut i fra den aktuelle pasientgruppens symptombilde kan det her være grunn til å trekke denne begrunnelsen noe i tvil da man ofte kan se at pasienter med psykoselidelser har vanskelig for å fungere i relasjoner og dermed å være i en samtalsituasjon. Dette har da bakgrunn i negative symptomer som innadvendthet og manglende vilje og interesse for å delta i sosiale kontekster (Cullberg 2006; Kringlen 2005), noe som kanskje kan være blant de viktigste hindre for at man skal kunne utnytte miljøterapeutiske samtaler i behandling og tilnærming til denne pasientgruppen. Her er det grunn til å anta at det ligger store utfordringer rundt det å få samtalen til å bli det sentrale verktøyet man ønsker det skal være.

De spontane miljøterapeutiske samtaler beskrives av respondentene i studien til å være vel så viktige som de planlagte. Det viser seg at det under disse samtaler er lettere å tilnærme seg pasienten og at man da kan oppleve at pasientene ”slipper noe av forsvaret sitt”, noe som gjør at de blir lettere tilgjengelige i samtalsituasjonen. Hummelvoll (2004) knytter spontane samtaler til øyeblikksopplevelse i forskjellige typer av miljøterapeutisk aktivitet. Dette kan være under arbeidsoppgaver, ved kaffebordet, under fysisk aktivitet og lignende. Respondentene i studien fremhever viktigheten av slike spontane samtaler i sterkere grad enn det litteraturen gjør. Kanskje kan dette ha sammenheng med at denne studien er foretatt i en post hvor pasientene i relativt stor grad er plaget av sin psykoselidelse. Ofte kan det da være de spontane miljøterapeutiske samtaler man får utnyttet best, fordi man er avhengig av pasientens tilgjengelighet for å gjennomføre en god samtale. Denne tilgjengeligheten kan være vanskelig å forutse og man må

derfor benytte seg av muligheten når den er der. Dette kan gi bruk av spontane samtaler et fortrinn hos pasienter med psykoselidelse. Planlagte samtaler kan kanskje virke mer skremmende på denne pasientgruppen og være vanskeligere å få gjennomført i et postmiljø. Muligens er dette en årsak til at studiens resultater trekker frem en tredje form for miljøterapeutiske samtaler. Disse samtalerne virker å være en kombinasjon av strukturerte og spontane, hvor man forsøker å utnytte den planlagte samtalsstruktur og ramme inn i en enklere setting for pasienten, nærmere bestemt en miljøaktivitet.

Trygghet og tillit trekkes frem som sentrale momenter i andre studier (Forchuk et al. 2000; Johnston 2001). Disse to faktorene kan sees i sammenheng med den generelle miljøterapeutiske tilnærmingen som finner sted i posten, hvor man bruker Gundersons (1978) fem miljøterapeutiske prinsipper som basis. Miljøpersonalet anser at det å kunne skape trygghet og tillit har avgjørende betydning for samarbeidet med denne pasientgruppen. I og med at pasientgruppen i posten ofte har stor grad av psykoselidelse medfører dette at beskyttelse, støtte og struktur er de tre miljøterapeutiske prinsippene (Gunderson 1978) som anvendes i størst grad. Dette påvirker også de miljøterapeutiske samtalerne, som ofte bærer preg av å ha en støttende funksjon for pasienten. I dette ligger også fokuset på at samtalerne er målrettet, inn i mot pasientenes individuelle problemområder. En slik sammenheng mellom støttende funksjon og fokus på pasientens mål virker å være til stede i både planlagte og spontane miljøterapeutiske samtaler. Dette kan virke spesielt tilrettelagt for pasientgruppen på den måten at miljøpersonalet justerer samtaletilnærmingen ut i fra pasientens aktuelle ressurser, problemområder og tilstedeværende symptombilde på psykoselidelsen. Den dynamiske prosessen som de miljøterapeutiske samtalerne da settes inn i tilkjenner en levende struktur hvor man kan identifisere forskjellige faser relatert til samtalsgang. Dette følger i stor grad faseinndelingen man finner i Hummelvolls (2004) beskrivelse av samarbeidsprosessen mellom sykepleier og pasient: orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen.

I denne studien er den miljøterapeutiske settingen et postmiljø ved et psykiatrisk sykehus. Det kan det være grunn til å tro at dette er med å farge de miljøterapeutiske samtalerne. Kulturen og miljøet i denne posten er påvirket av faglige faktorer som har til hensikt å tilrettelegge på best

mulig måte for den aktuelle pasientgruppen, og som nevnt er postmiljøet preget av miljøterapeutiske prinsipper som beskyttelse, støtte og struktur (Brathetland & m.fl. 2004; Bøe et al. 2003; Gunderson 1978). De miljøterapeutiske samtaler kan være påvirket av disse prinsippene i og med at prinsippene er en så integrert del av posten. Ut i fra dette kan det se ut som særtrekkene ved de miljøterapeutiske samtalene som fokuserer på målrettethet og dynamikk kan bli noe motstridende. Det målrettede aspektet ved samtalene vil i seg selv være med å innsnevre omfanget i samtalen, på grunn av at man ønsker å begrense samtals bredde og dybde. Dette har sin begrunnelse i at miljøpersonalet tilrettelegger for pasientens kognitive kapasitet, og at denne kan være redusert innenfor områder som oppmerksomhet, hukommelse, læring, problemløsningsevne og arbeidstempo (Egeland & Landrø 2006; Ueland & Øie 2006; Øie 2006). En slik innsnevring vil kunne begrense omfanget av dynamikk i de miljøterapeutiske samtalene hvis mål for samtalen og evt. pasientens behandlingsopplegg får for sterk prioritet.

Resultatene i studien viser at det kan være betydningsfullt at miljøpersonalet har en undrende tilnærming i miljøterapeutiske samtaler. Relatert til at samtalene anses som en dynamisk prosess med et målrettet fokus, vil dette kunne fremheve det dynamiske aspektet. Når respondentene snakker om at det å undre seg sammen med pasienten er en viktig del av samspillet i samtalen, kan dette være en måte å få frem at det på tross av et sterkt ønske om å arbeide målrettet også implisitt ligger en forståelse av at samtaletilnærmingen må ha en viss mengde dynamikk og fleksibilitet i seg, for å fungere i samarbeid med pasienter med psykoselidelse.

6.2.2. Struktur og tilrettelegging

Undertema: pasientens situasjon, inkludering og fleksibilitet.

Resultatene i studien viser at det foreligger bevisste valg rundt den strukturering og tilrettelegging som miljøpersonalet gjør rundt miljøterapeutiske samtaler. Pasientens type og mengde av lidelsestrykk er sentralt her. Særlig fremheves utfordringene rundt pasientenes negative symptomer som sosial tilbaketrekning, interesseløshet og manglende viljesliv. En mulig årsak til

at denne delen av pasientens lidelsesbilde trekkes frem kan være at det som beskrives som negative symptomer (Cullberg 2006; Kringlen 2005) er den delen av lidelsesbildet som har størst innvirkning på det å fungere i en samtalsituasjon. Årsakene til dette kan være mange, men det kan være naturlig å se dette i sammenheng med at disse symptomene i seg selv beskriver forhold som medvirker til at det å delta i samtalsituasjoner generelt sett vil gjøre at pasientene må forholde seg nært til eget lidelsestrykk. Samtalsituasjoner i seg selv krever at deltakerne kan forholde seg til en relasjon med andre og det krever å kunne være aktivt til stede og bidra i et sosialt fellesskap. Dette er funksjonsområder som kan påvirkes hos pasienter med stor grad av negative symptomer. Det ligger i psykoselidelsens natur at det å delta og nyttiggjøre seg av miljøterapeutiske samtaler innebærer problemer for pasientene som på grunn av sitt lidelsestrykk ønsker seg vekk fra denne type situasjoner. Dette kan ses i sammenheng med lidelsesbildet, nærmere bestemt at pasientene går inn i en tilbaketrekning fra en felles menneskelig virksomhet (Strand 1990) med høy grad av primærprosesstenkning (Eitinger et al. 1986). I dette ligger det store utfordringer for miljøpersonalet relatert til det å strukturere og tilrettelegge de miljøterapeutiske samtalene på en slik måte at de ikke virker frastøtende på pasientene på bakgrunn av det lidelsesbildet de sliter med.

Studiens resultater viser at nedsatt kognitiv kapasitet påvirker pasientenes evne til deltakelse i miljøterapeutiske samtaler, da særlig i forhold til nedsatt evne til oppmerksomhet og til konsentrasjonsproblemer. Det har blitt et stadig økt fokus på kognitiv svikt hos pasienter med psykoseproblematikk. Det hevdes og at kognitiv svikt kan være et av de mest sentrale symptomene ved psykoselidelsen. I første rekke vil det være relatert til oppmerksomhet, hukommelse, læring, problemløsningsevne og arbeidstempo (Egeland & Landrø 2006; Green 1996; Ueland & Øie 2006). Her kan man se en klar sammenheng med studiens resultater, men det kan virke som om dette er et område hvor det er behov for en økt kompetanse hos miljøpersonalet, både når det gjelder kartlegging av kognitivt funksjonsnivå og hvordan man skal forholde seg til kognitiv svikt i det daglige kliniske arbeidet.

Ut i fra resultatene ser det ut til at negative symptomer og kognitiv svikt er i en særstilling når man skal presisere hvilke symptomer ved psykoselidelsen som har størst innvirkning på

strukturering og tilrettelegging av de miljøterapeutiske samtaler. Dette kan ha sammenheng med at pasientene ved denne aktuelle posten ofte er sterkt preget av psykoselidelsen, og at denne spesifikke gruppen av pasienter kan ha flest symptomer innen disse områdene.

Inkludering av pasientene i behandlingen fremheves i denne sammenhengen av respondentene. Dette relaterer seg til å kunne gi pasientene trygghet og tillit og til vektlegging av likeverd i relasjonen. Det handler om likeverd i forhold til det andre mennesket, ikke til rollene som hjelper og pasient, da disse knytter seg like mye til å inneha forskjellige funksjoner. Teori på området trekker også frem lignende aspekter som sentrale. Det Hummelvoll (2004) beskriver som selvavsløring dreier seg nettopp om det å skape et miljø som er preget av gjensidig tillit og akseptasjon. Vatne (2006) beskriver likeverdighet i relasjonen som sentralt for pasientene. Trekker man dette inn i forståelsen av viktige forhold rundt miljøterapeutiske samtaler, kan det se ut som om en likeverdig inkludering av pasienten kan være et avgjørende utgangspunkt for tilretteleggelse og struktur. Inkluderingen beskriver aspekter rundt hvordan hjelper og pasient forholder seg til hverandre i disse samtalsituasjonene. Studiens resultater viser at inkludering også er nært knyttet til etablering av tillit og trygghet. I dette ligger og et perspektiv av anerkjennelse av pasienten. Vatne (2006) trekker frem gjensidig anerkjennelse som et viktig grunnleggende prinsipp i forholdet mellom hjelper og pasient. Bekreftelse, lytting, forståelse, aksept og toleranse kan her ses i sammenheng med inkluderingen studien beskriver. Miljøterapeutene anvender dette i sin grunnleggende tenkning rundt struktur i miljøterapeutiske samtaler. Denne tilretteleggingen fra miljøpersonalets side kan nok oppleves som lite bevisst, men det virker å være et samsvar mellom deres handlemåte og Vatnes perspektiv. Det kan se ut som at miljøpersonalet mer eller mindre bevisst kommer frem til enkle, men likevel faste strukturer i dette arbeidet. Denne enkelheten gjenspeiles også i blant annet språkbruk, intensivitet og lengde på samtalsituasjonene. Særlig det å bevisst bruke et enkelt språk og forholde seg til ett og ett tema ser ut til å være en viktig del av det strukturelle. Dette er også noe man finner igjen hos Johnston (2001), som i tillegg relaterer dette til en grunnleggende prosess rundt tillitsbygging.

Når det gjelder den mer konkrete delen av struktur og tilrettelegging av miljøterapeutisk samtaler viser denne studien at enkle prinsipper også blir fulgt her. Samtalestrukturen kjennetegnes av forberedelses-, gjennomførings og oppfølgingsfase. Dette gjelder både planlagte og spontane samtaler, men tydeliggjøres mest i de planlagte. Forberedelsesfasen bygger på kartlegging rundt pasientens situasjon og problemområder som er relatert til psykoselidelsen. Denne kartleggingen finner sted både gjennom samtale, men og som en del av den observasjonen av pasienten personalet foretar i postmiljøet. Oppfølgingsfasen er ofte preget av oppsummering og videre planlegging inn i avtalte tiltak eller nye miljøterapeutiske samtaler.

Miljøpersonalet prioriterer i første rekke gjennomføringsfasen når det handler om å innarbeide struktur. Her kan det se ut som det er en regel om at enkle prinsipper rundt kognitiv terapi ved psykoselidelser er gjeldende (Berge & Repål 2004), men også et innslag av en noe mer fri retning på strukturen. Hummelvoll (2004) beskriver en slik form for struktur med utgangspunkt i å gi brede åpninger for tema i samtalen, gi pasienten oppmuntring og tilbakemeldinger underveis for å skape et grunnlag for refleksjon over en felles opplevelse. Resultatene i denne studien kan tyde på at strukturen i de miljøterapeutiske samtaler er preget av begge disse to retningene, både en tett og en løs struktur, og at miljøpersonalet utnytter begge disse retningene for å oppnå et optimalt resultat. Det kan virke som om dette har sin bakgrunn i psykoseproblematikken til pasientene og at en slik veksling mellom løs og fast struktur er nødvendig for å ha et visst spekter å benytte seg av i samtalsituasjonen. Dette gir miljøpersonalet en større fleksibilitet i forhold til det å tilpasse seg pasientens psykiske lidelse, noe som igjen kan virke strukturerende ved at det kan oppleves mindre styrende og påtvingende fra pasientenes side. Kanskje kan det oppleves positivt av pasienten at miljøterapeutiske samtaler blir gjennomført også når de er inne i dårligere perioder psykisk sett, selv om samtaler da får en litt annen struktur.

I tillegg til en slik enkel struktur viser analysen at fleksibilitet er sentralt som en del av dette. På tross av struktur og tilrettelegging er det av stor betydning at man innenfor slike rammer kan arbeide med en viss mengde fleksibilitet. Utnyttelsen av spontanitet relatert til forskjellige typer miljøaktiviteter gir samtalen en ytterligere strukturell dybde som ofte kan gi det resultat at samtaleprosessen kan gjennomføres på en enklere måte. Det kan se ut som om et slik innslag av

fleksibilitet er med på å trygge denne aktuelle pasientgruppen på den måten at selve samtalsituasjonen til en viss grad blir ufarliggjort. Dette skjer på bakgrunn av at den miljøterapeutiske samtalen finner sted i en setting som distraherer pasienten. Dette gir miljøpersonalet en bedre mulighet til å oppnå en nærmere kontakt med pasienten. Likevel vil fleksibiliteten inneha enkle strukturer og rammer som kan bidra i positiv retning. Kanskje kan det være slik at hvis man er for sterkt opptatt av strukturerte og tilrettelagte rammer for de miljøterapeutiske samtalerne så kan dette virke hindrende i selve kontakten. Tar man utgangspunkt i et anerkjennende terapeutisk perspektiv (Vatne 2006) hvor akseptasjon, forståelse og empati er bærende faktorer, kan det i dette ligge sentrale faktorer i forhold til struktur. Det kan være at disse faktorene er av vel så stor betydning for pasienter med en psykoselidelse som selve oppskriften på hvordan samtalerne gjennomføres. Dette er med på å understreke betydning av at hjelper og pasient møtes i et subjekt-subjekt-forhold (Vatne 2006) og at relasjonen er av vesentlig betydning for hva man kan oppnå i samtalsituasjonen. Studiens resultater er også i tråd med et slikt syn. Dette viser seg gjennom en presisering rundt det å bli godt kjent med pasienten og det å skape et tillitsforhold. Dette vil kreve at pasient og hjelper forholder seg til hverandre som medmennesker og ikke med basis i rollene og funksjonene de innehar. At pasienten får en opplevelse av å bli forstått innen en empatisk ramme er ytterligere faktorer som kan ha relevans i et slikt perspektiv (Coatsworth-Puskopy et al. 2006; Johansson & Eklund 2003).

6.2.3. Bidrag til bedring/økt mestring

Undertema: hverdagsnærhet, hjelp til å forstå verden, livsmening.

De miljøterapeutiske samtalerne som gjennomføres med pasienter med en psykoselidelse må ses som en del av et større behandlingsopplegg. I denne studien er dette befestet gjennom den kontekstuelle rammen, en post ved et psykiatrisk sykehus. Samtalens bidrag vil nå bli satt i sammenheng med bedring og økt mestring hos pasienten, sett i lys av den posisjonen de miljøterapeutiske samtalerne har i denne gitte konteksten. Hva som legges i begrepene bedring og økt mestring vil også være avhengig av om man ser dette fra pasientens eller hjelperens ståsted.

Resultatene i denne studien har sitt utgangspunkt i miljøpersonalets betraktninger og vil på grunn av dette ikke være så presise sett fra pasientenes ståsted. På grunn av erfaringsbakgrunnen til respondentene er det likevel grunn til å tro at det kan trekkes paralleller fra studiens resultater over til pasientenes opplevelse av bedring og økt mestring. I denne sammenhengen kan det være på sin plass å reflektere over hvilke mål og verdier det er som styrer behandlingen. Resultatene i studien viser at det er en utfordring for miljøpersonalet å sette egne mål og verdier til side i samarbeidet med pasientene. Særlig når det gjelder opplevelsen av en meningsfull hverdag, må det være avgjørende at det er den som har selve opplevelsen som best kan beskrive denne. Med utgangspunkt i denne studien vil dette naturlig nok være pasienten. Dette perspektivet kan være vanskelig å holde når man som personale jobber i et miljø som i stor grad preges av intern kultur og fastlagte rutiner og prosedyrer. Dette berører hjelperens evne til å bidra i en sosialisering- og normaliseringsprosess (Dearing 2004) ved å klare å gi positive tilbakemeldinger til pasienten, selv på grunnlag av små skritt i retning av bedring og økt mestring.

Resultatene i studien relaterer mestring og bedring til en hverdagsnærhet. Miljøpersonalet har klare antakelser om at bedring og økt mestring hos pasienter med en psykoselidelse er relatert til oppnåelse av mål rundt hverdagens forskjellige aktiviteter. Dette handler da i stor grad om ADL-funksjoner relatert til det å klare seg i egen bolig. For pasientene kan dette handle om hvordan egen livskvalitet oppleves i hverdagen, på tross av en eksisterende psykoselidelse. Det er grunn til å tro at en slik opplevelse også kan ha sammenheng med hvordan både pasienter og miljøpersonale ser på psykoselidelsen. I psykiatriske behandlingsmiljøer generelt har det nok vært hovedvekt av medisinske og biologiske forståelsesmodeller hvor man har arbeidet mot identifisering, diagnostisering og behandling av spesifikke symptomer og plager. I den posten hvor denne studien har blitt gjennomført er dette også tilfelle. Miljøpersonalet har allikevel hatt fokus på tilfriskningsprosesser hos pasientene, hvor man da har arbeidet for å finne frem til helsebringende forhold i pasientens totale livssituasjon. Dette trekker i retning av Antonovskys inngangsvinkel om en salutogenetisk orientering (Antonovsky 1985, 2000), og det på tross av at hans teorier ikke har vært en del av postens faglige referanser. Et slik samsvar med en salutogenetisk orientering kan virke tilfeldig, men det kan og være at miljøpersonalet til daglig samhandler med pasientene i hverdagslige situasjoner og ut i fra dette har et behov for å fokusere

inn i mot de muligheter pasienten faktisk har for bedring, kontra det å holde fokus inn i mot et varierende symptombylle og hvordan dette virker inn på funksjonsnivået. En slik salutogenetisk orientering knytter pasientens håndtering av stressfaktorer til fremtidig helse. Utfallet kan gå i både en sykdomsfremmede og en helsefremmede retning og pasientens deltakelse er avgjørende for hvordan dette går. Det kan virke som om personalet gjennom miljøterapeutiske samtaler bevisst prøver å påvirke på en slik måte at pasienten kan bli i stand til å håndtere stressfaktorer på en hensiktsmessig måte, slik at det tilstedeværende lidelsestrykket i minst mulig grad skal hindre for utfoldelse i hverdagen. Ved en slik tilnærming kan man flytte fokus vekk fra en tradisjonell biologisk tenkning rundt psykoselidelser og over på en måte som ser mer i retning av hvordan det hele kan settes inn i en mer meningsfylt sammenheng.

En slik fremgangsmåte kan og ha sine ulemper. En salutogenetisk orientering fokuserer særskilt inn i mot pasientens ressurser og hvordan disse på best mulig måte kan utnytted i positiv retning. Sett ut i fra miljøterapeutiske samtaler, der målet er relatert til bedring og økt mestring hos pasienten, kan det være fare for at man i for stor grad fjerner seg fra det faktum at pasienter med en psykoselidelse har en rekke problemområder som de har et reelt behov for hjelp og støtte i forhold til. Det kan derfor være en fare for at viktige problemområder ikke blir ivaretatt på en god nok måte fordi man i for stor grad forholder seg til faktorer som mer retter seg mot et bedrings- og mestringsaspekt. Det vil hele veien være en avveining rundt bevegelsen mellom en sykdomspol og en helsepol (Antonovsky 2000:15), og det at man står i fare for å glemme problemer relatert til pasientenes lidelsesbylle kan virke negativt inn.

Med fokus på en bedring og mestring i hverdagsnære settinger, kan det og være betydningsfullt at det gjennom miljøterapeutiske samtaler rettes et fokus mot lidelsens forskjellige aspekter, sykdomslidelsen, den eksistensielle lidelsen, pleie- og behandlinglidelsen og den sosiale lidelsen (Eriksson 1995; Hummelvoll 2004). På tross av at miljøpersonalet viser en orientering både mot ressurser og problemområder i samtalene, kan det være en fare for at man ikke kommer nær nok inn på lidelsens innhold. Resultatene fra studien antyder at man kan ha en del forbedringer å gjøre innenfor disse feltene, og da særlig relatert til pleie- og behandlinglidelsen og den sosiale lidelsen.

De øvrige bidragene studien viser at de miljøterapeutiske samtaler gir, retter seg mot ”hjelp til å forstå verden” og ”livsmening”. Hjelp til å forstå verden relaterer seg til å gi pasientene økt kunnskap om egen lidelse og kunnskap om det å løse praktiske, dagligdagse problemer. Miljøterapeutiske samtaler rundt disse temaene inneholder mye bruk av undervisning og det å gi informasjon. Her vil det være sykdomslidelsen som er i fokus. I forhold til livsmening er temaene i de miljøterapeutiske samtaler relatert til oppnåelse av livskvalitet og av verdier som håp, tro, respekt og likeverd. Her kan det se ut som om det er den eksistensielle lidelsen som har prioritet. Det kan være muligheter for at bidraget fra de miljøterapeutiske samtaler kunne bistått pasientene over et videre spekter av problemområder hvis pleie- og behandlingstilstanden og den sosiale lidelsen hadde blitt prioritert høyere. Denne prioriteringen rundt forskjellige aspekter ved psykoselidelsen er ikke noe som miljøpersonalet bevisst foretar, men det kan se ut som om strukturen og tilretteleggingen av de terapeutiske samtaler har en innvirkning på hvilke deler av lidelsesaspektet som berøres. Likeså gjelder dette i forholdet mellom en salutogenetisk orientering og en mulig nedprioritering av problemer til fordel for et ressurs- og mestringsfokus.

Bedring og økt mestring hos pasienter med en psykoselidelse er i stor grad relatert til pasientenes egen opplevelse av forandring. Den salutogenetiske orienteringen til Antonovsky (1985; 2000) ser dette som en utvikling av en opplevelse av sammenheng, som innebærer en bevegelse med retning fra en sykdomspol og mot en helsepol. Dette kan ses som en helsefremmende prosess som i større grad er opptatt av pasientens opplevelse av sin egen situasjon enn av å identifisere et tilstedeværende symptom-bilde. En slik tilnærming kan være fruktbar i et livsmeningsperspektiv, særskilt i forhold til å respektere at pasienter med en psykoselidelse kan ha et godt liv, selv om de ofte må leve med et hemmende lidelsesbilde. I denne prosessen kan miljøterapeutiske samtaler bidra til bedring og økt mestring. Kristoffersens (2006:105-114) fire faser i den helsefremmende prosessen kan her ha en veiledende funksjon ved at den viser en trinnvis utvikling fra et lavt til et høyere funksjonsnivå for pasienten, kombinert med en akseptasjon av tilstedeværelse av et lidelsesbilde. På tross av psykoselidelsen kan pasienten oppnå en livsutfoldelse med et positivt innhold.

6.3. Implikasjoner for praksis

Anvendelse av miljøterapeutiske samtaler krever bevissthet og kunnskap fra miljøpersonalets side. Når disse samtalerne i tillegg skal gjennomføres med pasienter som har en psykoselidelse antyder denne studien en viss retning på en slik tilretteleggelse. Det kan tyde på at de miljøterapeutiske samtalerne med denne pasientgruppen fungerer bedre i en spontan enn i en planlagt form. Dette stiller ytterligere krav til mer generelle miljøterapeutiske faktorer relatert til miljøaktiviteter og tilretteleggelse av selve postmiljøet. Det å integrere miljøterapeutiske samtaler på en mer strukturert måte i uformelle miljøterapeutiske settinger kan være en vei å gå for å optimalisere tilnærmingen til denne pasientgruppen. Dette går på å knytte miljøaktiviteter og miljøterapeutiske samtaler tettere sammen som en del av et mer samlet og helhetlig tilbud til pasientgruppen.

Hvis man konkluderer med at de miljøterapeutiske samtalerne har en sentral plass i det totale behandlingstilbudet til denne pasientgruppen, kan det ligge et forbedringspotensial i å trekke samtalerne mer bevisst frem i lyset, og anvende de på en mer strukturert og planlagt måte, også i mer spontant pregede miljøterapeutiske fora. Dette krever nok en forandringsprosess opp i mot den enkelte miljøterapeut, men og inn mot de mer satte prosedyrer og rutiner som kan eksistere i slike postmiljøer. Disse rutinene kan virke hemmende for bruken av miljøterapeutiske samtaler, særlig med tanke på at man ikke får utnyttet den spontaniteten som kan være avgjørende for å oppnå et godt resultat.

Studien trekker frem at kombinasjonen miljøterapeutiske samtaler og pasienter med psykoselidelse inneholder faktorer som man bør ta spesielt hensyn til. Utnyttelse av spontanitet er allerede nevnt. I tillegg kommer strukturelle rammer relatert til at pasientene skal få oppleve meningsfullhet i hverdagen. Det kan tyde på at det ligger forbedringsmuligheter relatert til en noe fastere struktur på fremgangsmåte og innhold i samtalerne, men gjennomført på en slik måte at en spontan og mulig undrende tilnærming likevel kan være til stede. Respondentene i studien beskriver en tilnærming med elementer av kognitiv terapi, uten at detaljer rundt dette kommer tydelig frem. Her kan det være avdekket et behov for en ytterligere opplæring av miljøpersonalet

rundt det å anvende komplekse prinsipper på en enkel måte, ovenfor en spesifikk pasientgruppe med særegne behov.

Det å arbeide med mennesker med en psykoselidelse innebærer en stor belastning for miljøpersonalet. Dette ses i sammenheng med å over lang tid stå i et samarbeidsforhold med pasienter med et komplekst og vanskelig lidelsesbilde. Gjennom miljøterapeutiske samtaler med denne pasientgruppen arbeider miljøpersonalet med tema som kan være vanskelige å bidra i forhold til. Dette medfører et behov for diskusjon og tilbakemelding på egen rolle som terapeut. Under oppsummeringen av fokusgruppeintervjuene i denne studien kom dette tydelig frem. Miljøpersonalet beskrev et veiledningsbehov spesielt rettet mot denne problematikken. Det kan her ligge et generelt behov for veiledning hos personale som arbeider med denne pasientgruppen, men det kom frem at et slikt behov var ytterligere påkrevet ved utstrakt bruk av miljøterapeutiske samtaler.

6.4. Videre forskning

Denne studien har vært sentrert rundt miljøpersonalets syn og oppfatninger av den miljøterapeutiske samtalen. Dette kan gi et godt bilde av hvordan samtalen gjennomføres, men vil ha sitt utgangspunkt i en andrehåndskjennskap til virkning, opplevelse og betydning. Det ville være av stor interesse å fremskaffe førstehåndskjennskap fra pasienter som er mottagere av denne formen for behandlingstilbud. Det kan være at man da kan finne andre faktorer og aspekter som er essensielle. Ved direkte å benytte seg av pasienter som respondenter kunne man fått et bedre innblikk i dette. Grunnet større krav til godkjenning fra blant annet Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) har denne studien utelukket dette perspektivet.

Pasienter med psykoseproblematikk omhandler et betydelig større spekter enn det som omhandles i denne studien. Her finnes en dybde og bredde av utfordringer som det ville vært av interesse å ha kunnskap om i forhold til benyttelse av miljøterapeutiske samtaler. Dette kan også relateres til konteksten studien er gjennomført i. En stor andel av de pasientene som mottar hjelp

fra forskjellige psykiatriske helsetilbud har en psykose lidelse. Man kan anta at bruk av miljøterapeutiske samtaler gjennomføres på forskjellige metoder, avhengig av graden av tilstedeværende lidelsesbilde, og om konteksten er i et psykiatrisk sykehus, ved et distriktpspsykiatrisk senter, eller innen kommunal psykiatritjeneste. Her vil man kanskje finne forskjeller som kan være betydningsfulle for å oppnå et optimalt resultat.

En annet relevant problemområde som følger av denne studien er relatert til eventuelle forskjeller ved miljøterapeutiske samtaler med psykotiske pasienter kontra ikke-psykotiske pasienter. Her kunne man trolig avdekket flere sentrale forskjeller hos de to pasientgruppene. Dette kunne bidratt til økt kunnskap om hvordan miljøterapeutiske samtaler kan anvendes mer spesifikt hos disse to forskjellige gruppene.

7.0. KONKLUSJON

Studiens forskningsspørsmål har fokusert på den miljøterapeutiske samtals muligheter i forhold til det å være en viktig kanal inn i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse. Denne studien konkluderer med at den miljøterapeutiske samtalen kan inneha en slik sentral rolle, men dette krever at miljøpersonalet kan anvende disse samtaler på en særegen måte slik at de best mulig kan komme denne pasientgruppen til gode. Pasienter med en psykoselidelse bærer ofte med seg et komplisert lidelsesbilde, noe som man må ta spesielt hensyn til i miljøterapeutiske samtaler.

Av spesielt sentrale funn i denne studien bør nevnes den miljøterapeutiske samtals posisjon og funksjon i samarbeidet pasienter med en psykoselidelse. Studien viser at denne type samtaler er en basis for samhandlingen med pasientene. I dette ligger at de miljøterapeutiske samtaler anvendes på en individuelt tilrettelagt måte med hensikt å skape et tillitsforhold til pasienten som kommer til nytte i det totale behandlingssamarbeidet. Samtaler bærer preg av å være en del av en sammenhengende prosess som har til hensikt å virke positivt inn i forhold til pasientens psykoselidelse. Denne prosessen preges av en undrende tilnærming fra miljøpersonalets som man ønsker at pasienten også skal ta del i for bedre å kunne reflektere over egen livssituasjon. Den miljøterapeutiske samtalen tar sikte på å inkludere pasientene i et sosialt fellesskap som igjen kan bidra til økt trygghet og positive opplevelser i hverdagen. I dette ligger det en stor utfordring for miljøpersonalet fordi pasientene på grunn av sitt lidelsesbilde kan oppleves å leve i ytterkanten av det sosiale fellesskap og ofte trives i den rollen. Miljøterapeutiske samtaler bryter inn i dette mønsteret, noe som kan oppleves truende for pasientene. Dette krever en enkel og tilrettelagt samtaleform, men samtidig er det viktig at det er rom for spontanitet som påvirkes av pasientens varierende psykiske tilstand.

Med en slik anvendelse kan de miljøterapeutiske samtaler være med å bidra til en økt mestring rundt hverdagens forskjellige gjøremål og til en økt opplevelse av velvære, med mindre plager fra psykoselidelsen. Dette innebærer hjelp til å se sammenhenger rundt hvorfor livet ble som det

ble, og til økt kunnskap om egen lidelse og hvordan denne best mulig kan håndteres i hverdagen. Et viktig poeng i dette arbeidet er at det er pasientenes egne opplevelser som må ha forrang rundt evaluering av mål og ved vurdering av oppnådd livskvalitet.

8.0. LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (1985). *Health, stress and coping* (5 utg.). London: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium : at tåle stress og forbli rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen : kognitiv terapi i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brathetland, O., & m.fl. (2004). *Miljøterapi : en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon* (4. utg. utg.). Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Bøe, T., Tveit, H., Haaland, T., & Knudsen, H. (2003). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling : forståelse, forankring, forandring* (4.utg. utg.). Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond.
- Coatsworth-Puskopy, R., Forchuc, C., & Ward-Griffin, C. (2006). *Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(13), 347-355.
- Coghland, D., & Cassey, M. (2001). *Action research from the inside: issues and challenges in doing research in your own hospital*. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 674-682.
- Cullberg, J. (2006). *Dynamisk psykiatri* (4. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Dearing, K. S. (2004). *Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 155-163.
- Egeland, J., & Landrø, N. I. (2006). *Hukommelsesforstyrrelser ved schizofreni*. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (2. utg. utg.). Stavanger: Hertervig forl.
- Eitinger, L., Retterstøl, N., & Malt, U. F. (1986). *Psykosier og organisk betingede sinnslidelser* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Oslo: Tano AS.
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M. L., Bamber-Azzopardi, W., Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (2000). *The developing nurse-client relationship: nurses' perspectives*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6(1), 3-10.

- Green, M. F. (1996). *What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?* American Journal of Psychiatry(153), 321-330.
- Gunderson, J. G. (1978). *Defining the therapeutic processes in psychiatric millieus.* Psyhiatry, 41, 327-335.
- Hellevik, O. (2000). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis : handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien.* Oslo: Universitetsforl.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2007). *Fokusgruppeintervju - en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid.* Rapportserie fra Høgskolen i Hedmark(2).
- Johannessen, J. O. (2006). *Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse.* I B. R. Rund (red.), *Schizofreni.* Stavanger: Hertervig Forlag.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). *Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care.* Nordic College of Caring Sciences(17), 339-346.
- Johnston, J. (2001). *Communicating effectively with psychotic patients.* Nursing Times, 97(38), 36-37.
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri* (8. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger : helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom.* Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Kvale, S. (2005). *Det kvalitative forskningsintervju* (7 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorensen, M. (red.). (2006). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag.* (2. opplag utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring.* (2. utgave utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2 utg.). London: Sage Publications.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pervin, L. A. (1984). *Personality.* New York: Wiley.

- Statens Helsetilsyn (2000). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet : psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tillgren, P., & Wallin, E. (1999). *Fokusgrupper - historik, struktur och tillampning*. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 76(4), 312-321.
- Torgalsbøen, A. K. (2006). *Schizofreni og full restitusjon*. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni*. Stavanger: Heretrvig forlag.
- Ueland, T., & Øie, M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykosser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). *Vulnerability: A new view of schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.
- Øie, M. (2006). *Kognitiv funksjon hos ungdom med schizofreni*. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (2. utg.). Stavanger: Hertervig forl.

Fagutviklingssykepleier N.N
Sykehuset Innlandet Reinsvoll
Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering

Til involverte samarbeidspartnere

Reinsvoll, januar 2007

Den miljøterapeutiske samtalen. – En viktig kanal i arbeidet med mennesker med en schizofrenilidelse?

Utgangspunktet for denne informasjonen er undertegnede's mastergradsstudium i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, 2006/2007. Jeg skal i denne forbindelse skrive en mastergradsoppgave i tidsrommet januar – juni 2007. Førsteamanuensis / Dr.polit. Kjell Kristoffersen ved Høgskolen i Vestfold vil være min veileder under arbeidet med studien. Han kan treffes på følgende e-post adresse: Kjell.Kristoffersen@isf.uib.no.

Studien vil ha sitt utgangspunkt i post 3C ved Sykehuset Innlandet, Divisjon psykisk helsevern, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering. Hensikten med undersøkelsen er å rette søkelyset mot miljøterapeutiske samtaler og se på hvordan disse kan bidra som en del av behandlingstilnærmingen til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det planlegges en deskriptiv eksplorativ studie med bruk av kvalitativ metode. Studien vil bygge på et aksjonsforskningsperspektiv.

For innhenting av data til studien planlegger jeg å benytte meg av 3 fokusgruppeintervjuer med miljøpersonale ved post 3C. Intervjuene planlegges gjennomført i løpet av februar/mars. De tre intervjuene vil være av ca en og en halv times varighet og det vil være en til to ukers mellomrom mellom dem. Jeg ønsker 6-7 informanter fra posten i disse fokusgruppene. Jeg vil selv lede intervjuene. I tillegg vil jeg ha med meg Psykiatrisk sykepleier Randi K. Dyste som assistent. Jeg ønsker å ta opp intervjuene i sin helhet for deretter å skrive disse ordrett av for videre bearbeiding og analyse.

Alt datamateriale som fremkommer fra disse intervjuene vil bli konfidensielt behandlet. Data vil bli lagret i form av lydfiler/datafiler samt i skriftlig form. Personlige opplysninger vil ikke på noe tidspunkt bli lagret, utover det som eksisterer i form av stemmer på lydopptak, og som navn på skjema ift. informert samtykke om deltakelse i

studien. Data vil bli slettet etter at masteroppgaven er gjennomført. Alle data vil i prosjektperioden bli oppbevart etter gjeldende regler, innelåst. Endelig dato for anonymisering og innlevering av mastergradsoppgave vil være 31. mai 2007. Den ferdige mastergradsoppgaven kan bli gjenstand for presentasjon, både muntlig og skriftlig, men alle data fra informanter vil da foreligge i anonymisert form.

Forespørsel til informanter om deltakelse i studien vil komme fra Enhetsleder ved post 3C. De som sier ja, blir kontaktet av undertegnede i løpet av februar måned. Deltakelse i fokusgruppeintervjuene vil skje innenfor avtalt arbeidstid og man vil få fritak for andre arbeidsoppgaver i den tiden intervjuene varer.

Denne studien er klarert med Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Øst-Norge (REK Øst) og den er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det tas forbehold om godkjenning fra NSD og studien vil ikke iverksettes før denne er på plass.

N.N.

**Godkjennelse for gjennomføring av mastergradsoppgave ved
Sykehuset Innlandet, Divisjon psykisk helsevern,
Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, post 3C**

Jeg har mottatt og lest informasjonsskriv ang. studien ”Den miljøterapeutiske samtalen – En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?”, samtykkeerklæring for informanter og er informert om dette arbeidet av N.N..

Det godkjennes herved at denne studien gjennomføres ved Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, post 3C.

Ved spørsmål ang studien kan undertegnede kontaktes på
e-post: N.N@sykehuset-innlandet.no eller på mobil: xxx xx xxx.

Denne erklæringen foreligger i to eksemplarer, avdelingssjef og undertegnede beholder ett hver.

Dato: _____

Avdelingssjef

N.N.

**Godkjennelse for gjennomføring av mastergradsoppgave ved
Sykehuset Innlandet, Divisjon psykisk helsevern,
Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, post 3C**

Jeg har mottatt og lest informasjonsskriv ang. studien ”Den miljøterapeutiske samtalen – En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?”, samtykkeerklæring for informanter og er informert om dette arbeidet av N.N. Jeg har også fått bekreftelse på at studien er godkjent av Avdelingsjef.

Det godkjennes herved at denne studien gjennomføres ved Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, post 3C.

Ved spørsmål ang studien kan undertegnede kontaktes på
e-post: N.N@sykehuset-innlandet.no eller på mobil: xxx xx xxx.

Denne erklæringen foreligger i to eksemplarer, enhetsleder og undertegnede beholder ett hver.

Dato: _____

Enhetsleder post 3C

N.N.

Samtykkeerklæring for respondenter

Jeg har mottatt og lest informasjonsskriv ang. studien ”Den miljøterapeutiske samtalen – En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?”, er informert om hensikten, og hva mitt bidrag skal innebære. All deltakelse i studien er frivillig og et samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at man må oppgi grunn. Undertegnede er underlagt taushetsplikt og informantenes deltakelse i studien vil ikke på noe tidspunkt få konsekvenser for forhold til arbeidsgiver/Sykehuset Innlandet HF.

Ved spørsmål ang studien kan undertegnede kontaktes på
e-post: N.N@sykehuset-innlandet.no eller på mobil: xxx xx xxx.

Konfidensialitet og anonymitet vil være sikret i masteroppgaven og i eventuelle senere skriftlige og muntlige presentasjoner.

Jeg er villig til å delta i studien.

Denne erklæringen foreligger i to eksemplarer, informant og undertegnede beholder ett hver.

Dato: _____

Underskrift informant

N.N.

Modifiserbar intervjuguide

1: Den miljøterapeutiske samtals egenart

A:

Hva forbinder du med begrepet ”den miljøterapeutiske samtalen”?

(Dette spørsmålet stilles som en introduksjon der alle informantene svarer etter tur. De øvrige spørsmålene stilles til gruppen som helhet)

B:

Hva kjennetegner en god miljøterapeutisk samtale?

C:

Kan dere gi beskrivelser av mangfoldet av miljøterapeutiske samtaler (Forskjellige typer? Planlagte/spontane?)

Stikkord:

- *Begrep*
- *Kjennetegn*
- *Mangfold*

2: Den miljøterapeutiske samtals struktur

A:

Hvordan gjennomføres samtalene i hverdagen?

(Planlegging, gjennomføring, etterarbeid)

B:

Hvilke tema inneholder samtalene?

C:

Hvordan styres valg av tema/innhold i samtalene?

D:

Beskriv pasientenes styrker og svakheter i samtalsituasjonen

(Hva må man ta hensyn til? Hva kan man spille på?)

Stikkord:

- *Gjennomføring*
- *Tema*
- *Tilrettelegging for pasientgruppen*

3: Den miljøterapeutiske samtals betydning

A:

Hva slags sammenheng er det mellom miljøterapeutiske samtaler og det totale behandlingstilbudet pasienten får?

(Er samtalerne sentrale/styrende?, Hva slags rolle har samtalen i den totale behandlingen?)

B:

Hvilke sentrale elementer i miljøterapeutiske samtaler kan bidra positivt for pasienten?

(Gi en nærmere beskrivelse av disse elementene - på hvilken måte bidrar disse elementene?)

C:

Hva kan bidra i negativt?

(Beskrivelse som spørsmål 3B)

Stikkord:

- *Samtalens plass i behandlingen*
- *Sentrale elementer i samtalen*
- *Negative forhold*