

**Ellen Andvig, Elin Jahre, Jonn Syse og Frode Maan**

**Forskningsprosjektet**  
**Miljøterapi ”Når rammene løses opp”**

Miljøterapeutiske samtaler

**HØGSKOLEN I VESTFOLD**

**NOTAT NR. 2/2010**

**Psykiatrien i Vestfold HF**



**Notat nr 2/2010 Høgskolen i Vestfold**  
**© Høgskolen i Vestfold/ Forfatterne**  
**ISSN: 0808-131X**

<b>Tittel:</b> Miljøterapi ”Når rammene løses opp”. Miljøterapeutiske samtaler			
<b>Forfattere:</b> Ellen Andvig, Elin Jahre, Jonn Syse og Frode Maan			
<b>Nummer:</b> 2	<b>Utgivelsesår:</b> 2010	<b>Sider:</b> 46	<b>ISSN:</b> 0808-131X
<b>Oppdragsgivere:</b> Psykiatrien i Vestfold og Høgskolen i Vestfold			
<b>Emneord:</b> Psykisk helsearbeid, miljøterapeutisk samtale, miljøterapi, kommunikasjon, sykepleieplan, pasientens plan, helsefremmende perspektiv, partnerskapsforskning, handlingsorientert forskningssamarbeid			
<b>Sammendrag:</b> Miljøterapiprojektet forstås som partnerskapsforskning mellom Psykiatrien i Vestfold (PiV) og Høgskolen i Vestfold. Det innebærer at begge parter deltar med ressurser inn i prosjektet. Høgskolen i Vestfold deltar med to forskere og professor Jan Kåre Hummelvoll som veileder. PiV deltar med ressurser ved at enhetsleder Marianne Brekke bruker 20% av sin stilling til å være prosjektkoordinator og drive fagutvikling i prosjektet. Personalet ved posten kan delta i undervisnings- og forskningsopplegget som deltakere og som medforskere. Deltakelsen skal ikke gå ut over postens drift.			
<p>           Dette notatet beskriver arbeidet i prosjektets andre fase og resultatet av den forskningen og kunnskapsutviklingen som har foregått i perioden november 09 til juni 10. Notatet beskriver postens arbeid med å videreutvikle og klargjøre innholdet i den miljøterapeutiske samtalen basert på en helsefremmende og humanistisk tilnærming. Arbeidet i dette prosjektet skjer i form av et handlingsorientert forskningssamarbeid hvor personalet blir trukket aktivt med i refleksjon og fordypning av egen praksis, samt utvikling og evaluering av denne. Dette er av betydning for å skape et engasjement som gjør at bevissthet og interesse vedlikeholdes hos personalet og for at personalet skal kunne videreføre og videreutvikle praksis også etter at prosjektet er avsluttet.         </p> <p>           Notatet er basert på data fra fire fokusgruppeintervju med de ansatte, referater fra postens dialogbaserte undervisning og forskernes notater fra undervisningen og fra uformelle samtaler med de ansatte. Notatet er en foreløpig status med presisering av tema/spørsmål som det skal arbeides med videre.         </p> <p>           Avslutningsvis i notatet gis noen anbefalinger for videre utvikling av postens miljøterapeutiske tilbud.         </p>			

## **FORORD**

Miljøterapi er et bærende element i pasientbehandlingen og et område rehabiliteringsenheten ved Søndre Vestfold DPS (SVDPS) bruker store ressurser på. Å sette fokus på egen praksis gjennom systematisk refleksjon og fordypning kan bidra til kompetanseutvikling hos personalet og også skape ny forskningsbasert kunnskap om hva som er virksom miljøterapi til mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold, har i samarbeid med SVDPS tatt initiativet til Forskningsprosjektet Miljøterapi "Når rammene løses opp". Rehabiliteringsdøgnet ved SVDPS er valgt til å være med i prosjektet. Prosjektet gjennomføres i perioden februar 2009 til februar 2011. For øvrig vises til prosjektbeskrivelse.

Dette er underveisnotat nummer to. Vi opplever fortsatt et stort engasjement i personalgruppa ved rehabiliteringsenheten for prosjektet. Ikke minst ble dette uttrykt på samlingen vi hadde med hele personalgruppen før sommer. Vi vil takke alle for gode diskusjoner, felles refleksjoner og ikke minst stor vilje til å utfordre og endre egen praksis og på denne måten bidra til utvikling av postens arbeid. Takk også til støtte fra Psykiatrien i Vestfold og Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold.

Larvik, oktober 2010

På vegne av forfatterne

Ellen Andvig og Jonn Syse

FORORD .....	3
1. INNLEDNING .....	5
1.1 Prosjektets organisering .....	6
1.2 Miljøterapi .....	6
1.3 Den miljøterapeutiske samtalen.....	8
2. BESKRIVELSE AV REHABILITERING DØGN 2.....	10
2.1 Rehabilitering Døgn 2.....	10
2.2 Personell, sammensetning og organisering .....	10
2.3 Pasientgruppen.....	11
3. FORSKNINGSDESIGN OG METODE.....	12
3.1 Handlingsorientert forskningssamarbeid.....	12
3.2 Forskningsspørsmål .....	12
3.3 Forskningsmetode.....	13
3.4 Analyse av data.....	14
3.5 Etske overveielser .....	15
4. RESULTATER – MILJØTERAPEUTISKE SAMTALER.....	16
4.1 Former for miljøterapeutiske samtaler .....	16
4.2 Den spontane samtalen .....	17
4.3 Den planlagte samtalen.....	18
4.4 Samtalens grunnforutsetninger .....	20
4.5 Innholdet i den miljøterapeutiske samtalen .....	26
4.6 Erfaringer med bruk av pasientens plan .....	33
5. DRØFTING AV RESULTATER.....	38
5.1 Samtalens grunnforutsetninger .....	38
5.2 Innholdet i den miljøterapeutiske samtalen .....	39
5.3 Erfaringer med bruk av pasientens plan i pasientsamtaler .....	41
5.4 Anbefalinger for videre arbeid .....	41
6. LITTERATUR.....	42

# 1. INNLEDNING

Våren 2008 tok Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag<sup>1</sup>, i samarbeid med Psykiatrien i Vestfold, Søndre Vestfold Distriktpsikiatriske Senter (heretter SVDPS) initiativet til prosjektet Miljøterapi ”Når rammene løses opp”. Rehabilitering døgn II ved SVDPS ble valgt til å være med i prosjektet fordi posten skulle inn i endringsprosesser i forhold til arbeid med nevnte målgruppe. I løpet av høsten 2008 ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse. I januar 2009 ble det underskrevet en samarbeidsavtale mellom Fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Vestfold og SVDPS om drift og ansvarsforhold vedrørende prosjektet. Prosjektet startet formelt opp i februar 2009. Prosjektet skulle i utgangspunktet ha en varighet på ett og et halvt år, til september 2010. Men etter at prosjektet kom i gang, ble prosjektrammen utvidet til to år, til februar 2011.

Hensikten med prosjektet er å bidra til å videreutvikle kompetanse hos personale og samtidig gi et godt miljøterapeutisk behandlingstilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Hovedmålet er å systematisere og videreutvikle det faglige miljøterapeutiske tilbudet til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, basert på vitenskapelig kunnskap og praksisbasert kompetanse, slik at tilbudet oppleves meningsfylt for pasienter, pårørende og ansatte.

Prosjektet har fått navnet *Miljøterapi ”Når rammene løses opp”*. Dette har sammenheng med at de distriktpsikiatriske sentra står overfor en omorganisering og en endringsprosess mot å arbeide mer lokalbasert, nærmere pasientens hjem og nærmiljø. Dette er føringer som gis i Veileder for distriktpsikiatriske sentra om hvordan det desentraliserte psykiske helsevern skal videreutvikles (Sosial- og helsedirektoratet 2006). De fleste mennesker med psykiske lidelser bor nå i hovedsak i egne boliger, og innleggelse i psykiatrisk institusjon skal være av kortere varighet enn tidligere. Derfor vil en viktig del av miljøterapien foregå i lokalmiljøet og i primærhelsetjenesten (Vatne 2006). Gjennom prosjektet Miljøterapi ”Når rammene løses opp” fokuserer vi på hvordan man arbeider miljøterapeutisk når miljøarbeidet forankres i nærmiljøet og livet rundt den enkelte pasient, samtidig som vi vil styrke postens samarbeid med kommunene.

---

<sup>1</sup> Fra 1.8.2010 har avdelingen endret navn til Fakultet for helsevitenskap. Denne siste benevnelsen brukes derfor heretter

## **1.1 Prosjektets organisering**

Enhetsleder Marianne Brekke er prosjektkoordinator i 20 % av stillingen sin. Fra oktober 2009 er 20 % av stillingen til Petter Iversen, sykepleier, knyttet til prosjektet. Førstelektor Ellen Andvig har det vitenskapelige ansvaret. I tillegg deltar høgskolelektor og sosiolog Jonn Syse som forsker i prosjektet. Forskerne får veiledning av professor Jan Kåre Hummelvoll ved Høgskolen i Hedmark.

To masterstudenter i psykisk helsearbeid, den ene ansatt i posten, den andre ansatt ved Nordre Vestfold DPS, har gjort delstudier i prosjektet. Marianne Fresjarå Abdalla (Abdalla 2010) har intervjuet pasienter om deres erfaringer med postens miljøterapeutiske opplegg og Inger Høst Krohn har intervjuet pårørende om deres opplevelser av samarbeidet med de ansatte i posten (Krohn 2010).

Prosjektgruppa består av Marianne Brekke, Petter Iversen, Jonn Syse og Ellen Andvig. Det er opprettet en referansegruppe som omfatter prosjektkoordinator, pleie- og omsorgssjef i Larvik kommune, leder for psykiatri teamet i Stokke kommune, leder for psykiatri teamet i Larvik kommune, en pårørenderepresentant, to brukerrepresentanter, en representant for den faglige ledelsen ved Høgskolen i Vestfold og en representant ved forskningsavdelingen ved PIV. Referansegruppa møtes to ganger i halvåret.

Ekstern samarbeidspartner er Sykehuset Innlandet HF, Divisjon for Psykisk helse, avdeling for psykosebehandling og rehabilitering. Her har man nylig avsluttet et handlingsorientert forskningsprosjekt om miljøterapi, ledet av prosjektleder Kari Nysveen. Prosjektledelsen har gitt oss verdifull hjelp i forberedelsesfasen av vårt prosjekt. Representanter fra prosjektet ved Sykehuset Innlandet besøkte posten i november 09 for å utveksle og drøfte erfaringer og resultater fra forskningsprosjektene.

## **1.2 Miljøterapi**

Miljøterapi er et begrep som tradisjonelt er brukt innenfor psykiatriske institusjoner. Begrepet benyttes gjerne om et terapeutisk miljø i en døgninstitusjon og innebærer å tilrettelegge et behandlingsmiljø og en kultur som fremmer pasientens muligheter for læring, mestring og personlig ansvar (Jordahl & Repål 1999). Generelt defineres miljøterapi som en form for behandling der hovedvekten legges på terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg (Vatne 2006).

Den miljøterapeutiske funksjonen innebærer å skape betingelser som støtter endringer hos pasienten. En oppfatning om miljøterapi er at mennesker og miljø skaper hverandre gjensidig fordi mennesket alltid er i samhandling med sine omgivelser (Vatne 2006). Andersen (1997) definerer miljøterapi slik:

Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjøring av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning og gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre hensiktsmessige handlingsmønstre (Andersen, 1997:12).

Andersen legger vekt på pasientens ressurser og betydningen av å anerkjenne hans / hennes muligheter for utvikling. Det innebærer å utvikle relasjoner og samhandlingsmønstre som skaper vekst. Gundersons miljøvariabler har vært mye benyttet innen miljøterapi (her fra Hummelvoll 2004). Den første er beskyttelse som blant annet innebærer å hjelpe pasienten til å oppleve trygghet og hjelpe ham å frigi følelser og lidelsesuttrykk på en akseptabel måte. Den andre er støtte som omhandler sikkerhet, støtte og kontroll. Den tredje er validering som omfatter bekreftelse av personens egenverdi og at personen lærer å mestre symptomer og livshendelser. Det fjerde er struktur som innebærer å strukturere omgivelsene slik at det muliggjør samhandling både på gruppe- og individnivå. Et strukturert og ordnet miljø hjelper pasienten til å føle seg trygg. Den siste variabelen er involvering som dreier seg om å legge til rette for pasientens deltakelse i miljøet for å fremme mellommenneskelige ferdigheter.

I studien Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser, fant Stensrud (2007) at relasjonen mellom pasient og personalet var en grunnleggende faktor i virksom miljøterapi. I denne relasjonen spilte den ansattes faglige kompetanse, mellommenneskelige kompetanse og personlige egnethet en avgjørende rolle. I virksom miljøterapi la de ansatte til rette for at pasienten kunne bruke sine erfaringer og ressurser i sin bedringsprosess.

I prosjektet Miljøterapi ”Når rammene løses opp” søker vi å utvikle miljøterapien gjennom meningsfulle relasjoner og terapeutisk dialog som bygger opp under pasientens evne til å mestre et liv i det samfunnet han skal leve i. Det innebærer blant annet å utvikle samtalen mellom pasienter og ansatte, slik at den fremmer pasientens bedringsprosess. Dette forutsetter at det un-



dersøkes hva som gjør samtalen mellom pasienten og miljøterapeutene terapeutisk og helsefremmende. En helsefremmende tilnærming har som mål å aktivere ressurser og potensialer og stimulere pasientens forståelse av sin situasjon, mestre sin livssituasjon og oppleve mening og sammenheng (Hummelvoll 2004). I dette perspektivet forstår man personen som et åpent system i aktivt samspill med omgivelsene. I det helsefremmende perspektivet er det en grunnleggende antakelse om at sykdom, kriser, konflikter og spenninger hører livet til og at stressorer hører menneskets tilværelse til. Det er måten vi møter og forholder oss til stressorene på som avgjør om de fører til helse eller uhelse (Jensen & Johansen 2001).

### ***1.3 Den miljøterapeutiske samtalen***

Å utvikle den miljøterapeutiske samtalen har vært et viktig satsingsområde i prosjektet i perioden november 09 til juni 10. Hensikten har vært å utvikle dialogen mellom pasienter og ansatte. Vi ønsket å få mer kunnskap om, og øvelse i kommunikasjon med psykotiske pasienter. Samtalen er en viktig tilnæringsmåte i miljøterapien, og er en forutsetning for at vi skal kunne forstå pasientenes opplevelse av situasjonen. Samtalen er også med på å sikre at pasientene opplever medbestemmelse og innflytelse på eget behandlingsopplegg. På denne måten styrkes pasientenes selvbilde og motivasjon, og dermed legges grunnlaget for bedringsprosessen.

I Miljøterapiprosjektet ved Sykehuset i Innlandet har man utviklet kunnskap om den miljøterapeutiske samtalen (Østby 2007, Nysveen mfl. 2009b; Nysveen mfl. 2009a). I Østbys studie (2007) om den miljøterapeutiske samtalen var det stor enighet hos informantene om at den miljøterapeutiske samtalen var et svært viktig verktøy og en bevisst anvendt tilnæringsmetode. Informantene så på selve samtalen som en type forløsende aktivitet. Det var en aktivitet som bidro til at man kunne åpne for en bedre samhandling med pasienten om ulike problemområder. Den miljøterapeutiske samtalen ble brukt målrettet, nært knyttet opp til hensikt og mål for pasientens totale behandlingssituasjon. I studien til Nysveen mfl. (2009a) samarbeidet praktikere og forskere om å videreutvikle bruken av planlagte miljøterapeutiske samtaler i en avdeling for psykosebehandling og rehabilitering. Sentrale tema i de planlagte samtalene med pasientene var det selvstendige livet, lidelsen, livserfaringer og emosjonelle tilstander. Samtalens plattform knyttet seg til holdninger som bærer samtalen, holdninger til brukermedvirkning og holdninger til rusproblemer. Utviklingen av den

planlagte miljøterapeutiske samtalen ble formet gjennom revitalisering av Hummelvolls (2004) sykepleieplan.

Flere studier viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser savner dybere kontakt med personalet under institusjonsoppholdet. De ønsker at de kunne få en større forståelse og innsikt i sine problemer gjennom samtale (Lindholm 1997, Thomas mfl. 2002, Karlsson 2004). Karlsson (2008) siterer en informant med 25 års pasienterfaring fra ulike deler av psykisk helsevern:

Jeg trenger noen å prate med som skjønner meg. Jeg har aldri hatt noe fagpersonell å snakke med. Ingen som kunne ta imot alt det jeg bærer på og har båret på fra barndommen. De bare ga meg en kopp kaffe og sa at du får gå og legge deg. Det er omtrent som å smøre salve utenpå en stor verkebyll, på toppen av den. Det er bare det at verkebyllen ikke blir borte (Karlsson 2008:161)

I studien til Nysveen mfl. (2009b) ”Brukerens stemme er viktig”, kom det fram at pasientene opplevde de miljøterapeutiske samtaler som betydningsfulle, både hverdagsamtaler og mer planlagte samtaler. Pasientene opplevde at det hjalp å snakke om problemene og at det hjalp mot vonde tanker. De opplevde at personalet var til stede for dem når de trengte det mest. Pasientene la vekt på personalets egenskaper. De ønsket å bli møtt med respekt, empati, ro og tillit.

I vårt prosjekt Miljøterapi ”Når rammene løses opp”, har personalet valgt å benytte seg av Hummelvolls sykepleieplan (2004) for å videreutvikle den miljøterapeutiske samtalen (jfr. Nysveen mfl. 2009a). Fordi miljøpersonalet er tverrfaglig sammensatt, er det ikke naturlig å bruke begrepet sykepleieplan. I stedet blir planen kalt for *pasientens plan* i vårt prosjekt. I følge Hummelvoll (2004) er planen et hjelpemiddel for å fremme samarbeidsprosessen mellom pasient og personalet og stimulere til problemløsning og mestring. Planen består av fem komponenter; problemer, ressurser, tidligere problemløsninger, ønskemål og ny problemløsning.

## **2. BESKRIVELSE AV REHABILITERING DØGN 2**

### ***2.1 Rehabilitering Døgn 2***

Rehabilitering Døgn 2 (RD 2) er en av de to rehabiliteringsdøgnpostene ved SVDPS og er lokalisert i Larvik kommune. SVDPS er ett av to distriktpsikiatriske sentra i Vestfold og betjener den søndre delen av Vestfold fylke. Det andre, NVDPS, betjener fylkets nordre del. De to DPS-ene hører inn under Psykiatrien i Vestfold (PIV) som er organisert som et eget helseforetak i Helse Sør-Øst. I tillegg til de to distriktpsikiatriske sentrene, består Psykiatrien i Vestfold av en sentral fylkesavdeling som gir tjenestetilbud på sykehusnivå til den voksne befolkningen i Vestfold. Under fylkesavdelingen ligger enheter som akuttavdeling, intermediaær avdeling, langtidsavdeling, sikkerhetsavdeling og flere spesialenheter, blant annet utredning, barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og klinikk for rusbehandling.

Ved de to distriktpsikiatriske sentrene yter man spesialisttjenester i samarbeid med fylkesavdelingen og kommunenes helse- og sosialtjenester. SVDPS gir tilbud om behandling til befolkningen i kommunene Larvik, Sandefjord, Lardal, Andebu og Stokke. Det gir et nedslagsfelt på ca 100.000 innbyggere. SVDPS omfatter ruspoliklinikk, allmennpsykiatrisk poliklinikk, gruppepoliklinikk, rehabiliteringspoliklinikk, allmennpsykiatrisk døgnavdeling og to rehabiliteringsdøgnposter. Høsten 2009 ble rehabiliteringsavsnittet ved SDPS samlet i Larvik. Dette ble gjort for å få en bedre ressursutnyttelse, økt tilgjengelighet på behandlere og for å styrke den faglige kapasiteten.

### ***2.2 Personell, sammensetning og organisering***

Posten har 21 årsverk, fordelt på psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, psykiatriske hjelpepleiere, aktivitører, sosionom og psykiater.

Personalet er ansatt i ulike stillingsstørrelser fra 50 til 100 %. De går i tur- nus dag/ kveld. Eget personal er ansatt på natt. Personalgruppa er stabil og mange har arbeidet ved posten i flere år. Alle hjelpepleierne har vært ansatt i posten i mer enn 20 år. De har videreutdanning i psykiatri, og noen har SEPREP utdanning. Mange av de psykiatriske sykepleierne har vært ansatt i flere år, men flere nye er også kommet til. Noen har SEPREP utdanning og kognitiv terapi som videreutdanning i tillegg til videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie / psykisk helsearbeid. Posten har de siste 10 årene hatt hyppige lederskifter. Nåværende enhetsleder har vært ansatt i posten i fire år.

Ved innleggelse får pasienten tildelt primær- og sekundærkontakt. Primærkontakten innehar det overordnede ansvaret for dokumentasjon og oppfølging av pasienten. Posten har også en teamkoordinator som i tillegg til å organisere daglig drift, har et faglig ansvar for kvaliteten på tjenestetilbudet. Dessuten har han en samlet oversikt over den enkelte pasient som er med på å sikre kontinuitet under opphold og behandlingsforløp.

### ***2.3 Pasientgruppen***

Postens tilbud retter seg mot personer som befinner seg innenfor psykose-spekteret, og skal gi et behandlingstilbud til pasienter som har behov for langvarig behandling. Yngre personer som nettopp har fått diagnostisert en psykisk lidelse er hovedprioritert. Pasientene har ulike og sammensatte problemer av både psykisk, fysisk og sosial art. I tillegg til psykoselidelser sees også tilleggsproblematikk som rus, personlighetsforstyrrelser, affektive lidelser, selvskading, utviklingsforstyrrelser, suicidalitet og tvang. Pasientgruppens funksjonsnivå og lidelsesuttrykk er sammensatt og komplekst. Dette krever stor grad av individuell tilpasning for den enkelte pasient. Gjennomsnittlig liggetid er ca 26 døgn, og andel pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern siste år, ligger på omtrent 40 %. I hovedsak mottar pasienten behandlingen i posten, men i noen tilfeller blir pasienten fulgt opp og får behandling i hjemmet av miljøpersonalet, selv om han/hun er innskrevet i posten.

### **3. FORSKNINGSDESIGN OG METODE**

#### ***3.1 Handlingsorientert forskningssamarbeid***

Bakgrunnen for valg av handlingsorientert forskningssamarbeid (co-operative inquiry) som forskningsstrategi, er at posten ønsker å videreutvikle og forbedre sin praksis. I handlingsorientert forskningssamarbeid blir personalet trukket aktivt med i refleksjon og fordypning av egen praksis, samt utvikling og evaluering av denne. Dette er av betydning for å skape et engasjement som gjør at bevissthet og interesse vedlikeholdes hos personalet (Hummelvoll 2006). Et slikt engasjement er nødvendig for at personalet skal kunne videreføre og videreutvikle praksis også etter at prosjektet er avsluttet. Man har erfaring for at denne formen for aksjonsforskning gir resultater med lengre varighet enn forskningsopplegg hvor deltagerne ikke influerer på forskningsprosessen (Beston mfl. 2007).

Forskningen foregår som et samarbeid mellom forskere fra høgskolen og medforskere fra posten, der avdelingsleder og andre ansatte er sentrale. Medforskerne forsker således på egen arbeidsplass. Å forske på egen arbeidsplass hvor det er stor nærhet til eget forskningsfelt, krever bevisste refleksjoner over forforståelse, syn på organisasjon og egen rolle i denne sammenheng (Coghlan & Cassey 2001). Dette kvalitetssikres gjennom de tiltak som handlingsorientert forskningssamarbeid legger opp til. Med tiltak menes blant annet en bredt sammensatt referansegruppe, undervisning og refleksjon over sentrale temaer i prosjektet, deltakelse fra forskere og veiledere fra høgskolen og evalueringer i form av seminarer underveis.

#### **Dialogbasert undervisning**

Siden prosjektets oppstart i februar 09 har posten gjennomført dialogbasert undervisning hver fjortende dag med varighet på en og en halv time. Hensikten med undervisningen er å stimulere til kritisk granskning av egen praksis i spenningsfeltet mellom den aktuelle kompetansen og de faglige utfordringer endringene representerer i posten. Nye kart blir presentert og utforsket i lys av egne erfaringer og postens verdier. Ønsket er at disse samtaler skal kaste nytt lys over praksis for å se om det finnes områder som kan kultiveres og videreutvikles. Den dialogbaserte formen tar utgangspunkt i den enkeltes faglige og personlige ståsted, og utfordrer den enkelte til å sette ord på sin praksisutøvelse i møte med kollegers undring og deres erfaringer. Vårsemesteret 2010 har den dialogbaserte undervisningen hatt særlig fokus på den miljøterapeutiske samtalen.

#### ***3.2 Forskningsspørsmål***

- *Hvordan kan samtaler mellom pasientene, pårørende og de ansatte fremme vekst og utvikling i et helsefremmende perspektiv?*

- *Hvordan kan samtaler basert på en helsefremmende tilnærming bidra til å fremme økt selvinnsikt, vekst utvikling og mestring hos pasientene?*

Hensikten er å kartlegge og beskrive hvordan de miljøterapeutiske samtaler mellom pasienter og personalet kommer til uttrykk og hva som bidrar til at pasientene opplever samtaler som terapeutiske i et helsefremmende perspektiv.

### **3.3 Forskningsmetode**

Notatet baserer seg på data hentet fra flere kilder:

- Flerstegs fokusgruppeintervju med ansatte i perioden desember 09 til juni 10.
- Forskernes feltnotater fra den dialogbaserte undervisningen
- Referater fra den dialogbaserte undervisningen skrevet av ansatte

#### Flerstegs fokusgruppeintervju

Et fokusgruppeintervju er en måte å samle og skape data på som er basert på dialog knyttet til et fokusert område som er bestemt på forhånd (Hummelvoll 2007). Det er velegnet for utforskning av menneskers erfaringer, oppfatninger, ønskemål eller vanskeligheter (Tillgren & Wallin 1999), eller når man ønsker en dypere forståelse av et fenomen, av meningsdannelse og av holdinger relatert til spesielle emner i en gruppe (Maunsbach & Delholm-Lambertsen 1997). Det som karakteriserer en flerstegs fokusgruppe er at samme gruppe undersøker et fokusert problem, tema eller fenomen gjennom flere møter. Metoden er å forstå som undersøkende samtaler der man reflekterer over deltakernes erfaringer (Hummelvoll 2007). Flere møter over om samme tema bidrar til at gruppemedlemmenes erfaringer utforskes og utfordres av andres erfaringer.

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer om den miljøterapeutiske samtalen. De tre første foregikk i perioden desember 09 til mars 2010, med ca en måned mellom hvert intervju. Det siste ble gjennomført i juni 2010 og hadde fokus på ansattes erfaringer med utprøving av ”pasientens plan”. Tre psykiatriske sykepleiere og to vernepleiere hadde prøvd ut pasientens plan som redskap i samtaler i seks uker.

For å strukturere fokusgruppesamtalene, ble det benyttet en intervjuguide med åpne tema. Den ene forskeren hadde oppgave som moderator, samtaleleder; å være den som stimulerte samtalen slik at alle fikk komme til

orde, samt underbygge samtalens granskende karakter ved å be om eksempler, utdypning og undersøke relasjon mellom fenomen og begreper (Hummelvoll 2007). Den andre forskeren observerte hvordan gruppens indre liv utviklet seg og gjorde en oppsummering som gruppen kommenterte.

### Feltnotater

Den ene eller begge forskerne har deltatt på den dialogbaserte undervisningen og har skrevet feltnotater under og/eller i etterkant av undervisningen. I datamaterialet inkluderes også referater fra den dialogbaserte undervisningen.

### Utvalg

Rekrutteringen til deltakelse i fokusgruppene foregikk ved selvseleksjon. Alle fast ansatte og ansatte med engasjement ut over ½ år ble invitert til å delta. Ved to av fokusgruppeintervjuene deltok åtte ansatte, og ved de to andre deltok henholdsvis seks og fire. Deltakerne var primært psykiatriske sykepleiere og vernepleiere. I tillegg deltok enkelte psykiatriske hjelpepleiere, aktivitør og psykiater. Aldersmessig var den yngste deltakeren i midten av tjueårene og den eldste i midten av femtiårene. Noen ansatte deltok på alle fire fokusgruppeintervjuer og ivaretok kontinuiteten. Hvert intervju varte i en og en halv time og ble tatt opp digitalt.

## **3.4 Analyse av data**

Fokusgruppeintervjuene ble nedskrevet verbatim av en innleid sekretær underlagt taushetsplikt. Intervjuopptaket ble lyttet til av de to forskerne, samtidig som intervjuutskriften ble gjennomlest flere ganger for å få et helhetsbilde av samtalens innhold. Det ble gjennomført en foreløpig analyse fram til common sense nivå (allmennteoretisk nivå) av en av medforskerne og en av forskerne. I tillegg kommenterte to medforskere og den andre forskeren ut fra sin forståelse. På bakgrunn av analysen ble tema, som trengte ytterligere utdypning, presisert for å bringe den inn i neste gruppesamtale. Tolkningen av materialet skjedde ved å undersøke hvilke hovedtema, undertema og mønstre som vokste fram: Både samstemte oppfatninger, flertalls- og mindretallsoppfatninger og synspunkter ble søkt belyst gjennom abstraksjoner og konkrete illustrasjoner i forhold til temaenes innhold (Hummelvoll 2007). Tolkningen ble skrevet ut som tekst med eksempler på utsagn. Fokusgruppedeltakerne fikk teksten utdelt med spørsmål om forståelsen også var gyldig for dem, og presiseringer ble gjort på bakgrunn av tilbakemeldingene.

Data fra referater fra undervisningen ble analysert etter kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman 2004).

I dette notatet er det gjort litteraturkommentarer til funnene. Her er det primært valgt skandinavisk litteratur som er lett tilgjengelig for postens ansatte.

### ***3.5 Etiske overveielser***

Prosjektet Miljøterapi ”Når rammene løses opp” er ønsket av posten og av PIVs ledelse. En sentral side ved prosjektet er å videreutvikle personalets kompetanse når det gjelder den miljøterapeutiske samtalen.

De ansatte har gitt informert, skriftlig samtykke til deltakelse i fokusgruppene. Deltakerne har blitt informert om at de når som helst kan trekke seg fra deltakelse uten å oppgi noen grunn og uten at det får noe innflytelse på deres ansettelsesforhold. Full konfidensialitet for alle informanter er en selvfølge. I presentasjon av materialet kan ingen enkeltmedarbeider gjenkjennes. Utskriftene er anonymisert.

Prosjektets forskningsdesign og metoder er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste og Regional Etisk Komité (REK) ved oppstart av prosjektet, prosjektnummer S-09188b. Retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association 2002) ble fulgt.



## 4. RESULTATER – MILJØTERAPEUTISKE SAMTALER

I analysen har vi løftet fram tema og utsagn som støtter opp under et helsefremmende fokus i betydningen hva som kan fremme vekst og modning hos pasienten, og hva som støtter opp under den gode miljøterapeutiske samtalen. Det er verd å merke seg at innholdet i analysen fokuserer både beskrivelser og utsagn om det som konkret gjøres i praksis, og beskrivelser og utsagn av mer normativ art om hva personalet bør gjøre og hva de ønsker å gjøre.

<b>Tema</b>	<b>Innhold</b>
Former for samtaler	<ul style="list-style-type: none"><li>- Den spontane</li><li>- Den planlagte</li></ul>
Samtalens grunnforutsetninger	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tillit</li><li>- Pasientens autonomi</li><li>- Ansvarlighet og kompetanse</li><li>- Gjensidig inntoning</li><li>- Mot</li></ul>
Samtalens innhold	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ressursorientering</li><li>- Hverdagsmestring</li><li>- Selvbevaring</li><li>- Egenomsorg</li><li>- Ta egne valg og sette seg mål</li><li>- Håp</li><li>- Opplevelser, erfaringer og følelser</li><li>- Lidelsestrykk</li></ul>
Erfaringer med bruk av ”pasientens plan” i pasientsamtaler	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fleksibel anvendelse</li><li>- Større kontroll og delaktighet for pasienten</li><li>- Økt selvinnsikt for pasienten</li><li>- Kvalitetssikring av arbeidet</li></ul>

### 4.1 Former for miljøterapeutiske samtaler

I den første fokusgruppen gir deltakerne en avklaring av sin forståelse av hva en miljøterapeutisk samtale er:

*- En miljøterapeutisk samtale er en planlagt, målbevisst samtale som et miljøpersonale har med en person.*

- *Hensikten med den miljøterapeutiske samtalen er å bevege pasienten i en ønsket retning, mot en utvikling, mot en modning.*
- *Hvis miljøterapi er at man arbeider bevisst for å fremme helse og mestring, så er den miljøterapeutiske samtalen en samtale man bruker for å fremme det samme.*

Det er enighet i gruppa om at dialogen er det viktigste verktøyet de har i miljøterapien. Miljøpersonalet benytter to former for miljøterapeutiske samtaler med pasientene, den spontane samtalen og den planlagte samtalen.

#### **4.2 Den spontane samtalen**

- *Den spontane samtalen kan oppstå hvor som helst. Den kan oppstå når man griper øyeblikket, for eksempel på en 20 minutters biltur med en pasient.*
- *Eller den kan oppstå på stua mellom flere pasienter og ansatte og bidra til å skape sosialt felleskap.*

Deltakerne legger vekt på at spontane samtaler med fordel kan foregå utenfor avdelingen. De forteller historier om betydningen av å være på andre arenaer og i uformelle situasjoner sammen med pasienten. Samvær med pasienten utenfor avdelingen oppleves som mer likeverdig. Pasienter som knapt snakker mens de er inne på avdelingen, kan bli pratsomme og fortelle om seg selv og livet sitt når de for eksempel er på hjemmebesøk sammen med en ansatt. Da kan de fokusere mer på det normale og det friske hos pasienten, og de friske sidene kommer tydeligere fram når pasienten er i sitt vante miljø utenfor avdelingen.

Spontane samtaler foregår også når pasient og ansatt gjør hverdagslige ting sammen i posten. Når pasient og pleier for eksempel samarbeider om å sette på en vaskemaskin med klær eller vaske rommet, er de sammen om praktiske gjøremål. Dette gjør at de blir fortere kjent med hverandre og ser forskjellige sider ved hverandre. *Det er ikke alltid det vi sier som har størst betydning, men hvordan vi er som person. Vi viser interesse med vår holdning.* Under samvær med pasienten der de gjør noe sammen, kan det oppstå betydningsfulle øyeblikk av kontakt. De kan oppleve fellesskap og en god stemning ved bruk av humor, le sammen, ta en røyk sammen.

Ofte kan den spontane samtalen gli over til å bli mer målrettet og strukturert. En deltaker forteller om en situasjon der pasienter og personale sitter

på stua og snakker om musikk. Hun griper situasjonen og dreier samtalen inn på hva musikken kan sette i gang av følelser og om ulike sinnssstemninger man kan få kontakt med. Dermed oppstår en situasjon der flere pasienter og ansatte deler sine følelser og opplevelser knyttet til musikk.

Hummelvoll (2004) løfter fram betydningen av den spontane samtalen og peker på nødvendigheten av å samtale om hverdagslige ting med pasientene. Spontane samtaler underbygger muligheten til å bli kjent med hverandre. Når vi arbeider i døgnbasert poster får vi anledning til å dele mye av pasientens hverdag. Denne hverdagen gir mange muligheter til samvær og dermed til spontane samtaler. Det er ofte gjennom de spontane samtalene vi lærer hverandre å kjenne, der vi kan snakke om det som opptar oss i øyeblikket. Dermed viser vi noe av oss selv, og det fører til at vi tydeliggjør hva slags personer vi er. Det er urimelig å forvente at andre mennesker skal avsløre seg til mennesker de ikke kjenner. Hummelvoll viser til Peplau som poengterer at hver profesjonell kontakt med en pasient, uansett hvor kortvarig den er, er en viktig mulighet til å gi pedagogiske impulser. Som en av deltakerne sier: *Jeg tror ikke det bestandig er de dype, alvorlige samtalene som er de viktigste, men det å snakke om det hverdagslige.*

### **4.3 Den planlagte samtalen**

- *Det er samtaler der jeg har gjort avtale på forhånd med pasienten om at vi skal snakke sammen. Disse samtalene går over en tidsperiode, er målrettede og jeg følger opp videre med nye avtaler.*
- *Jeg har som regel et mål og en plan med samtalen. Da følger jeg opp pasienten med daglige samtaler, så avklarer vi områder vi kan jobbe med og jeg dokumenterer hvordan pasienten erfarer framgang.*

Denne type miljøterapeutiske samtale kjennetegnes av å være samtaler der en har en avtale med pasienten om å snakke sammen, at man har et mål og en hensikt med samtalen og at den foregår over tid. De planlagte samtalene foregår på pasientens rom, mens en går tur, gjør ting sammen etc. Disse samtalene bør ikke foregå mens en oppholder seg på stua sammen med andre, presiserer deltakerne.

Miljøpersonalet som anvender planlagte samtaler, gjør vanligvis ikke avtaler med pasienten om konkrete tidspunkt for når samtalen skal foregå. I stedet blir de for eksempel enige med pasientene om at ”vi snakker sammen neste gang jeg kommer på vakt, det er på kveldsvakt på torsdag”. Der-

imot gjør psykiater og psykolog avtaler med pasientene om faste, tidsbestemte avtaler og klokkeslett for samtaler.

Det synes som miljøpersonalet benytter planlagte samtaler mer tilfeldig enn lege og psykolog, og det synes å være opp til den enkelte å gjøre det eller la være. Flere erfarne psykiatriske sykepleiere i posten forteller at de har mange års praksis med å benytte planlagte samtaler med pasientene. Dette praktiserer de fortsatt, men ofte i det stille og på eget initiativ, ikke som en del av et avklart og definert ansvarsområde. Når de har planlagte samtaler med pasienten, gjør de gjerne en avklaring om hva pasienten skal snakke med behandler om og hva pasienten kan snakke med dem om.

Noen av miljøpersonalet er av den oppfatning at bruk av planlagte samtaler vil kunne virke skremmende på pasientgruppen og være vanskelig å gjennomføre i postmiljøet. Dette begrunnes med at pasientene kan være lite tilgjengelige fordi de er psykotiske og at de vil oppleve det for krevende eller truende å delta i slike samtaler. Det kommer også fram ulike oppfatninger hos deltakerne om hvorvidt det er deres oppgave å ha planlagte samtaler med pasientene eller ikke. Den ene oppfatningen er at det bør være en oppgave for de høyskoleutdannede miljøterapeutene som er primærkontakter for pasientene. Å være primærkontakt innebærer at man har et individuelt oppfølgingsansvar for pasienten. Enkelte psykiatriske hjelpepleiere og aktivtører har også lang erfaring fra år tilbake med å ha planlagte samtaler med pasientene i posten, men det praktiserer de ikke i dag. Deltakerne peker på et behov for å få en avklaring og en tydeliggjøring av ansvarsforhold knyttet til primærkontaktens planlagte samtaler, og at primærkontaktens bruk av planlagte samtaler bør settes i system i posten.

Den andre oppfatningen er at planlagte samtaler primært bør være en oppgave for psykiater og psykolog. Flere av miljøpersonalet er opptatt av at de vil trenge mer opplæring og veiledning for å kunne gjennomføre planlagte samtaler. De som tar til orde for denne oppfatningen, legger vekt på å utvise stor forsiktighet i samtaler med pasientene. De er opptatt av å beskytte pasientene som de ser på som sårbare, og de er redde for å provosere fram tema som kan gjøre pasientene dårligere. De er usikre på hvor dypt de kan gå i samtaler med pasientene, på hva samtalen kan framkalle av følelser og reaksjoner hos pasientene og hvordan de eventuelt skal håndtere slike følelser.

At det benyttes ulike typer miljøterapeutiske samtaler i posten, samsvarer med Hummelvolls (2004) og Østbys (2007) beskrivelse av den spontane og den målrettede samtalen i miljøterapi. Hummelvoll (2004) poengterer at alle former for samtaler er like betydningsfulle og utgjør en helhet, men at den planlagte samtalen har et større terapeutisk potensial. Han hevder at planlagte samtaler bidrar til kontinuitet og gjør det mulig for pasienten å oppleve miljøpersonalets interesse på en måte som fremmer pasientens mot til å bli mer kjent med seg selv. Å kunne snakke om sine behov og vansker gjennom flere samtaler over en lengre periode med en kompetent lytter, gir muligheten til at pasienten forstår mer om seg selv. I studien til Nysveen mfl. (2009a), som var en del av et større aksjonsforskningsprosjekt, kom det fram at i utgangspunktet brukte miljøpersonalet i liten grad systematiske planlagte samtaler med pasientene. Personalet hadde i stedet et mer ”her og nå”-perspektiv med fokus på dagen i dag. Faren ved dette, framholder Nysveen og kolleger, er at det kan gi mangel på sammenheng i livet til pasienten og bidra til usikkerhet med hensyn til pasientens framtidshåp og retning på livet. I prosjektet prøvde primærkontaktene ut Hummelvolls sykepleieplan i planlagte samtaler med pasientene og høstet positive erfaringer.

#### **4.4 Samtalens grunnforutsetninger**

Analysen av materialet avdekket fem innholdskomponenter under temaet samtalens grunnforutsetninger: tillit, pasientens autonomi, ansvarlighet og kompetanse, gjensidig inntoning og mot.

##### **Tillit**

De ansatte ser tillit som samtalens viktigste grunnforutsetning, noe dette utsnittet fra en fokusgruppe avspeiler.

- *Viktig at pasienten opplever at han får tillit til den han snakker med og at den han snakker med vil ham vel.*
- *For meg innebærer det å ha god kjemi med pasienten. Det betyr egentlig at man har et godt tillitsforhold, at det er trygghet mellom partene.*
- *Å samtale forutsetter en veldig tillit fra pasientene, en må ha en relativt sterk allianse for at ikke pasienten skal føle seg invadert.*

Deltakerne vektlegger betydningen av at pasienten føler seg trygg og har tillit til den han snakker med. En forutsetning for at pasienten skal få tillit er å vise at man er til å stole på ved å holde avtaler og stå for det en sier.

Deltakerne ser tillit som en forutsetning for å etablere en god relasjon og en allianse til pasienten.

En ansatt bruker uttrykket ”å ville ham vel” når det er snakk om betydningen av å opparbeide en relasjon basert på tillit. Å ville noen vel handler om godhet, om omsorg, at vi er snille og at vi er tilstede når pasienten trenger det. Å ville noen vel handler med andre ord om de små ting som ofte er usynlige. En sier: *Det blir mye behandling og regler, men så blir det godhet innimellom.*

Hummelvoll (2008) framholder at samtalen er selve grunnpilaren i psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie og nødvendig for utvikling av en tillitsfull relasjon. Tillit er en forutsetning i relasjonen. Å kunne åpne seg for noen som lytter og viser forståelse, kan bidra til at man forstår seg selv bedre. Flere studier om miljøterapi vektlegger tillit og trygghet som en forutsetning for å kunne etablere en samarbeidsrelasjon med pasienten (Johnston 2001, Østby 2007). Det finnes ulike former for tillit, hevder Eide mfl. (2003), den som oppstår umiddelbart og spontant og den som utvikles og vokser fram over tid. Å vise tillit, uansett form, innebærer at man gir noe eller utleverer noe av seg selv. Det gjør vedkommende sårbar. Pasienten deler opplysninger om seg selv i tillit til at samtalepartneren tar dem i mot med forståelse.

### **Pasientens autonomi**

*- Jeg tror det er viktig at samtalen fokuserer på det som pasienten er opptatt av, det er gjerne det han har lyst til å snakke om. Det er han som har litt av ansvaret for hva vi snakker om, ikke minst når vi kommer inn på personlige ting.*

*- Ja, og vi må legge vekt på at pasienten bevarer sin integritet og grenser og opplevelse av å ha kontroll i samtalen.*

Deltakerne legger vekt på at samtalen må foregå på pasientens premisser, at han opplever at han har kontroll og at han ikke blir presset til å delta i samtaler når han ikke er motivert. Videre fokuserer de på at han må møtes med respekt og behandles som et selvstendig individ med egne meninger og tanker: *Det handler om å se den andre som den han er, sier en av de ansatte.* Dette utsagnet kan forstås som et subjekt-subjekt syn som gir uttrykk for at pasienten har sin egen indre opplevelsesverden av følelser og tanker, egne meninger og oppfatninger, og at det blir krenkende dersom vi overser hans / hennes opplevelser. Det sentrale er å møte pasienten med

varsomhet og respekt for vedkommendes opplevelser (Schibbye 2009). Personalet trekker fram betydningen av å bevare pasientens integritet. Kristoffersen (1997) definerer integritet som en opplevelse av å være hel og intakt i møte med omverdenen. Å oppleve seg hel og intakt danner grunnlaget for lysten og viljen til å leve. Begrepet integritet kan knyttes til jeg-identitet som innebærer å være hel og intakt på en slik måte at en ikke er villig til å utøve vold mot sin identitet.

### **Gjensidig inntoning**

- *Det er viktig at en er villig til å gå inn i ting sammen med pasienten, at en viser engasjement og at vi bryr oss, hører på han og går inn i ting og involverer oss.*
- *Og at pasienten opplever at han blir lyttet til og tatt på alvor.*
- *Vi må være lydhøre og oppmerksomme og lytte til det pasienten kommer med og ikke tolke så veldig.*

I denne dialogen kommer deltakerne inn på betydningen av å lytte til det pasienten kommer med. Det innebærer at pasienten får en opplevelse av å bli lyttet til, forstått og tatt på alvor. Hummelvoll (2004) viser til brukerrepresentant Gro Beston som betoner betydningen av ”å høre ut”. Dette er en holdning som personalet må søke å oppnå for at pasientene skal få tid til å fortelle hva som rører seg inni dem. Å lytte ut betyr at man går ut over seg selv og blir mer åpen for det budskap som pasientens ord gir mulighet for.

For deltakerne innebærer gjensidig inntoning å kunne lese situasjonen, kunne observere pasientens kroppsspråk og fange opp følelser. Deltakerne bruker ord som *intuisjon* og *å tune seg inn*. De framhever at å tune seg inn har med språket å gjøre og ordene man bruker i møte med pasienten og i måten man oppfører seg på. En sier det slik: *Det er å finne de riktige ordene og måten vi bruker disse ordene på, det er en stor del av essensen, språket vårt og måten vi formidler og er på, væremåten vår*. Deltakerne presiserer at det innebærer å signalisere interesse og at man har tid, at man viser at man stiller seg selv til disposisjon. For å oppnå kontakt med pasienten, må man dessuten ha evnen til å kunne stille gode spørsmål som gir gjenklang og som åpner opp og stimulerer til videre refleksjon.

Deltakerne er enige om at å gripe situasjonen for å invitere til samtale med pasienten, har med timing å gjøre. Man må passe på når man opplever at pasienten er tilgjengelig og søker kontakt. Når man kjenner pasienten, er det lettere å ta signalene hans, forstå han og komme ham i møte. Timingen

innebærer å tilby samtaler med pasienten når han er klar for det. *Vi må kunne vurdere pasientens situasjon og gjøre vurderinger i forhold til når og med hvem det er hensiktsmessig å tilby samtale og når en ikke skal tilby det.* I perioder, for eksempel rett etter innleggelse, kan pasientene være så dårlig fungerende at de er lite tilgjengelig språklig og lite motiverte for samtale. Da kan det være tilstrekkelig å snakke om hverdagslige tema som pasienten opplever som trygt, ”smalltalke” om ting en ser på tv, leser i avisa etc.

En annen side ved timingen som deltakerne trekker fram, er at den som tilbyr samtaler må ha en bevissthet knyttet til samtalens tidsaspekt. Tidsaspektet dreier seg om hvor lenge samtalen skal vare, at man er tydelig overfor pasienten på hvor lang tid man har til rådighet, at en er observant på at pasienten ikke blir for sliten, men får tilstrekkelig med pauser. Det innebærer også å vise tålmodighet når det gjelder å etablere kontakt med pasienten. Selv om noen ikke snakker i begynnelsen, så ligger det latent, mener de ansatte. Det er viktig å være klar over at det kan ta lang tid før pasienten snakker og får tillit til språket igjen. Hedelin (2006) peker på betydningen av tid og framhever at opplevelsen av å få tid eller at noen gir av sin tid er viktig i den helsefremmende prosessen, ettersom det formidler et budskap om pasientens personlig verdi og betydning. Hun beskriver hvor viktig det er at pasienten får en opplevelse av at ”tiden få virke” og at han eller hun får tid til å forstå og håndtere hverdagen på nytt. Videre legger hun vekt på at hjelperen gir seg selv tid og tålmodighet til å utvikle en relasjon til pasienten.

Gjensidig inntoning kan forstås som betydningen av å være emosjonelt tilstede eller følelsesmessig nærværende i det den andre umiddelbart opplever. Å ta den andre alvorlig er det samme som å være villig til å ta hans mening opp til ettertanke og eventuelt til diskusjon, poengterer Skjervheim (1996:75). Vatne (2008) viser til Stern som bruker begrepet ”å tone seg inn på den andres emosjonelle bølgelengde” om denne måten å forholde seg på. Det vil si en tilnærming hvor en forsøker å komme den andres opplevelser og følelser i møte. For å være i stand til å møte den andres opplevelser og følelser, kreves det at man har utviklet sin sensibilitet, hevder Nordtvedt og Grimen (2004). Å være sensibel innebærer er å være mottakelig, oppmerksom og følsom.



## **Ansvarlighet og kompetanse**

- *Et hvert møte er et viktig møte og kan skape en positiv eller negativ opplevelse hos pasienten, det krever bevissthet hos oss.*
- *Det krever erfaring, det er mye kunnskap du skal ha innabords for å kunne møte pasienter i alle mulige tenkelige situasjoner.*

De ansatte betoner det ansvaret de selv har, for at samtalen blir meningsfull og oppleves positiv av pasienten. Å ha meningsfulle samtaler med pasientene, krever kompetanse på flere områder, poengterer deltakerne. Et begrep som stadig gjentas når de beskriver sitt ansvar, er *å ha en bevissthet om*. De er opptatt av å være bevisst på hva man ønsker å oppnå med samtalen og hva slags type samtale man inviterer til. Dessuten må man være bevisst hvordan man snakker: *Man skal egentlig være veldig bevisst når man snakker, hvordan man snakker, hvordan man ser på den andre, man skal være bevisst i seg selv hele tiden.*

Det personalet her omtaler, kan forstås som at de løfter fram betydningen av å ha fortrolighetskunnskap eller etisk kunnskap som er den kunnskapen de bærer med seg i enhver situasjon. I dette ligger at når man vet noe om et annet menneske, skaper det en forpliktelse og ansvar (Kristoffersen 1997). Det handler om en situasjons- og nærhetsetikk koblet til det mellommenneskelige ansvaret. Det etiske ansvaret innebærer å svare an på den andres og situasjonens behov.

En annen side ved personalts ansvar, som flere tar til orde for, er at de selv må ta ansvar for å være tilgjengelige og være på tilbudssiden når det gjelder å tilby pasienten samtaler. På posten er det mange pasienter som selv ikke tar initiativ til samtaler med personalet. Deltakerne peker på nødvendigheten av å se på dagens praksis og lage en ordning der man bevisst oppsøker pasienter som holder seg for seg selv på rommet og tilbyr dem samvær og samtale. Dette er i tråd med sykepleieforsker Unni Lindstrøms (1997) studie av hvordan pasienter ved psykiatrisk institusjon opplever relasjonen til pleiepersonalet. Studien viste at pasientene ønsker å møte pleiere som aktivt oppsøker dem og som inviterer til kontakt på en tydelig, konkret og aktiv måte og som ikke forsvinner når de har det vanskelig og trenger dem som mest. Pasientene forslår helt konkret at pleierne oppsøker dem oftere på rommet. Disse forventningene kan imidlertid vekke etiske dilemma hos pleieren, påpeker Lindström, fordi respekten for pasientens integritet ofte innebærer at man er forsiktig med å forstyrre pasienten på rommet. Dessuten oppfattes gjerne pasientens seng som en fredet plass.

Dette dilemmaet framstår som et dilemma på posten vår også, der respekten for pasientens integritet settes høyt. At personalet tar initiativ til kontakt med pasienten, betones også av Fredriksson (2010). Han legger vekt på at psykisk lidelse ofte medfører passivitet og manglende evne til å ta initiativ hos pasienten. Derfor er det viktig at personalet kommuniserer at ”jeg er her for deg”. Samtidig må man respektere pasienter som ønsker å trekke seg tilbake, være for seg selv og ikke er motiverte for samtaler. Topor (2006) peker på at en viktig del av bedringsprosessen kan være behovet for å være passiv, trekke seg tilbake ”til vedskjulet ”i lengre perioder for å samle krefter før de er klar til å gå videre.

## **Mot**

- *For å forstå pasienten, hans valg, hans atferd, hans engstelser og sånne ting, må vi tørre å være inne i det som er ubehagelig og vanskelig å snakke om.*
- *Det er en viktig bit av samtalene at du tør å gå inn i det ukjente, inn i pasientens opplevelser.*
- *Men det er lettere å snakke om praktiske ting, det er mindre farlig.*

I denne dialogen peker deltakerne på to områder de må ha mot til å gå inn i. For det første er det å ha mot til å tørre å være i det som er ubehagelig å snakke om. Hvem det er mest vanskelig for, pasienten eller den ansatte, blir imidlertid ikke avklart. Er det vanskelig for personalet å snakke om slike tema, sier det noe om behovet for veiledning, avklaring av egne følelser og betydningen av å bli mer kjent med seg selv. Det andre området deltakerne peker på, er at det kreves mot for å gå inn i det ukjente, inn i områder en ikke har kontroll over. Når samtalen foregår på pasientens premisser og dreier seg om hans/ hennes opplevelser, vet man ikke hva som kan dukke opp. Da har man ikke kontrollen over samtalen og kan komme ut i situasjoner som kan være potensielt ”farlige”.

Betydningen av å ha mot til og å tørre å gå inn i det ukjente når man går inn i en dialog, bekreftes av en rekke forfattere. Flere filosofer, blant annet Martin Buber, peker på at møtet med den andre er et vågestykke, fordi man investerer i seg selv (Eide mfl. 2003). Man taper noe av styringen og kontrollen over det som skjer, fordi det som skjer i dialogen er basert på gjensidighet. Det blir til noe nytt, noe som ikke kan skje hvis ikke begge parter er deltakende. Man kan ikke møte den andre uten selv å være deltakende og tilstedeværende, med de omkostningene det måtte ha, hevder Buber. Et møte med den andre innebærer å stå overfor det fremmede, det som er helt

annerledes, det en ikke har begreper om. Å tørre å gå inn i pasientens opplevelser dreier seg om å stille seg åpen, nysgjerrig og utforskende uten å ha svar. Dette kan forstås som en ikke-vitende og undersøkende posisjon, som innebærer at pasientens fortelling gis forrang. Det som fortelles må lyttes til i et forsøk å forstå den andre og ikke ut fra personalets egne forståelser (Sundet 2006).

#### **4.5 Innholdet i den miljøterapeutiske samtalen**

Analysen av datamaterialet avdekket seks innholdskomponenter i temaet innholdet i samtalen: ressursorientering, hverdagsmestring, selvbevaring, håp, følelser, opplevelser og erfaringer og lidelsestrykk.

##### **Ressursorientering**

- *Det går på det med å gi bekreftelse og anerkjennelse av pasienten som person. Det kan være å påpeke deres styrker, men det kan også være å peke på at symptomene kan bety noe positivt, noe de kan sette pris på og se som en del av seg selv.*
- *Gi positive tilbakemeldinger til pasienten når han lykkes med noe, for eksempel holder avtaler, får til å betale regninger etc. Positiv tilbakemelding tror jeg gir motivasjon for å lære.*

Personalet er opptatt av å fokusere samtalene slik at pasienten oppdager sine ressurser. Samtidig kan det være en utfordring når pasientens lidelsestrykk er stort, noe det ofte er ved begynnelsen av oppholdet. Mange pasienter har opplevd mange nederlag og ser i liten grad egne ressurser. De trenger ofte hjelp til å oppdage ressursene sine på nytt. Borg (2000) framholder at en ressursorientert holdning hos personalet kan bidra til å fremme pasientens bedringsprosesser. Det innebærer å ta utgangspunkt i pasientens kompetanse, erfaringer og interesser – ikke mangler, svakheter og problemer. Gustin & Nordin (2010) peker på betydningen av å fokusere på områder i livet som pasientens lykkes med. Å snakke om pasientens styrker og interesser, kan bidra til å stimulere til glede, kreativitet og nysgjerrighet. Dette er positive krefter i et menneskes liv som har betydning for utviklingen av gode helseprosesser. Personalet er også opptatt av å anerkjenne og bekrefte pasienten som person. Schibbye (2009) legger vekt på at anerkjennelse dreier seg om å kunne endre fokus- fra å forholde meg til meg selv til å ta den andres subjektive perspektiv og igjen kunne gjenvinne mitt eget ståsted. I begrepet anerkjennelse legger hun ingrediensene å lytte, å forstå, å akseptere, å tolerere og å bekrefte.

## Hverdagsmestring

En deltaker beskriver en pasientsamtale om hverdagsmestring slik:

*- Jeg legger vekt på at pasienten kan komme med løsninger selv gjennom samtalen – det er å bidra til bevisstgjøring i hverdagen og fordeling av oppgaver. Det innebærer å hjelpe pasienten til å tenke høyt om egen hverdagssituasjon, hva kan han mestre? Det er også hjelp til å porsjonere oppgaver: hva orker han i dag, hva kan han gjøre i morgen?*

De ansatte forteller at de samtaler med pasienten om hvordan han / hun kan skape seg struktur i hverdagen for å redusere stress. De samtaler om hvordan pasienten kan prioritere oppgaver og få bedre oversikt i dagliglivet. I samtalen får pasienten hjelp til planlegging av praktiske ting som hjemmebesøk, permisjoner, telefonsamtaler. De ansatte hjelper pasienten til å sortere og finne praktiske løsninger i hverdagen, for eksempel i forhold til å holde kontakt med pårørende, gå i butikken, overnatte hjemme, hvordan forholde seg til høytider etc. De snakker om hvordan pasienten takler ulike situasjoner i hverdagen, går gjennom hva som fungerte, hva som ikke fungerte, hva han / hun kan ta lærdom av til neste gang, osv. Et tema som ofte er gjenstand for samtaler, er pasientens personlige økonomi. Å styre sin personlige økonomi et stort problem for mange, og det er viktig å forhandle seg fram til løsninger som pasienten kan leve med, poengterer de ansatte. Et annet tema som gjerne tas opp i samtale, er utfordringer pasienten står i når det gjelder sosial samhandling med medpasienter. Ofte kommer pasientene i konflikt med hverandre om dagligdagse situasjoner og trenger råd og veiledning i forhold til konfliktløsning. Samtaler knyttet til konfliktløsning kan være individuelle samtaler eller gruppesamtaler med flere pasienter, avhengig av situasjonen.

Det hverdagslige kan være viktige innganger til å snakke om hva som kan bidra til å opprettholde pasientens funksjoner og hva som er hindringer i hverdagen. Det er viktig at pasienten får grep og dybde i hverdagen og en opplevelse av at hverdagen henger sammen. Psykose handler gjerne om at hverdagen, virkeligheten og språket bryter sammen. Lorem (2006) peker på at for mange pasienter med alvorlige psykiske problemer som er innlagt i institusjon, er hverdagslivet preget av sammenbrudd. I sin doktorgradsstudie fant han at personalet forsto rehabilitering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser som en svært konkret form for behandling. De la vekt på trening og tilvenning til et liv i uavhengighet. Derfor hadde de fokus på

hverdagslivet og på hvordan lidelsens uttrykk kunne håndteres innen denne konteksten. Det helsebringende aspektet ved behandlingen ble å bistå til å gjenopprette et liv mest mulig på pasientenes premisser og mest mulig uavhengig av hjelpeapparatet. Rehabiliteringsprosessen dreide seg ikke primært seg om de store spørsmålene i livet. Snarere arbeidet man med helt dagligdagse spørsmål som ”Hvordan lage pannekaker? Hvordan vil du innrede hjemme hos deg? Hvordan er det vanlig å reagere i en begravelse?” (Lorem 2006:144). Samtalene mellom personalet og pasienter dreide seg ofte om hverdagslige ting, tilfeldigheter og situasjonsbetingede gjøremål. Men i fortsettelsen av dette kunne pleierne oppleve at det ble naturlig å dele egne erfaringer og være mer personlig. Lorem poengterer at denne muligheten ble skapt fordi det dreide seg om forhold vi alle har felles. Slikt gir noe å snakke om, og følgelig blir samtalen knyttet til noe begge parter kan forholde seg til. Han peker også på at ”hverdaglig snakk” gir personlig kontakt som har et stort potensial for en dypere sosial kontakt der også de store spørsmålene kan tematiseres. Dette er i tråd med det personalet i posten mener. En sa det slik i et fokusgruppeintervju: *Noen ganger er det nødvendig å snakke ferdig om vær og vind, for at pasienten skal bli trygg nok til å gå inn på mer ”alvorlige” ting.*

## **Selvbevaring**

Innholdskomponenten selvbevaring inneholder to undertema; egenomsorg og å ta egne valg og sette seg mål.

### Egenomsorg

- *Vi vektlegger pasientens egenomsorg, hvordan han kan lære å ta vare på seg selv og hvordan han fungerer sammen med andre.*

Personalet, særlig de psykiatriske sykepleierne, er opptatt av å samtale med pasienten om hvordan han ivaretar sin egenomsorg. For det første gjelder det å stimulere til ivaretagelse av den fysiske omsorgen for seg selv, knyttet til områder som personlig hygiene, ernæring, søvn, hvile og aktivitet. Dette kommer også godt fram i Notatet om miljøterapiens verdier og innhold (Hovland-Hegg mfl. 2009). For det andre har de ansatte fokus på pasientens sosiale liv i posten. Hvordan pasientens sosiale liv er utenfor institusjonen, som familieliv, venner og nettverk, har de liten tradisjon for å fokusere i pasientarbeidet, men dette området er nå under utvikling hos de ansatte.

### Å ta egne valg og sette seg mål

*- Det dreier seg om å hjelpe pasientene å tenke høyt om sin situasjon, se alternativer, sette ord på tanker de har om hva de kan, hvordan de kan prioritere. Da kommer det etter hvert egne refleksjoner om hva de kan gjøre. Da er de i gang med en refleksjonsprosess.*

Flere er opptatt av at pasienten må være med og ta beslutninger om det som angår deres eget liv. Når pasienten starter en slik refleksjonsprosess, skjer det gjerne en økt bevisstgjøring, en form for selvutvikling og personlig vekst. En uttrykker det slik: *Når pasienten finner løsningene selv, begynner gjerne en bevisstgjøring overfor han selv.* Deltakerne samtaler også med pasientene om å sette seg mål, for eksempel om framtidsplaner og mål som flytting, bytte av miljø, studier, sosiale sammenhenger. De presiserer at det er viktig at pasienten får hjelp til å sette seg realistiske mål, som ikke er for høye. Derfor er det viktig å samtale om hva pasienten kan klare for å bygge opp selvtilliten og mestringsevnen. Målene må være oppnåelige for pasienten, samtidig som de skal være noe å strekke seg etter. Dette kan forstås som å hjelpe pasienten til større selvforståelse. Dermed kan han få et mer realistisk syn på hvilke muligheter han har for å virkeliggjøre sine (livs)mål.

Selvbevaring kan forstås som et utvidet egenomsorgsbegrep, knyttet til eksistensielle sider av egenomsorgen som inkluderer selvaktelse og andre aspekter ved selvbegrepet. Selvbevaring innebærer å stimulere pasientens egenomsorg og selvtillit og derved troen på at han kan mestre sin livssituasjon (Hummelvoll 2010). Hummelvoll peker på at selvet utvikles gjennom bevisst refleksjon, kunnskap om seg selv, selvvurdering / selvaktelse og selvkontroll. Han framholder at selvbildet dreier seg om to forhold; Det fysiske selv som består av kroppsoppfatning og kroppsuttrykk og Det personlige selv som blant annet omfatter vår selvaktelse.

### **Håp**

- Vi samtaler om håpet, for eksempel at det er håp om bedring.*
- Vi er opptatt av å se de små skritt som viser veien framover.*

De ansatte er opptatt av å formidle håp til pasienten, selv om det kan være en lang og kronglete vei til bedring hos mange. Noen av pasientene har vært innlagt over en lang periode og andre kommer tilbake til posten gjentatte ganger. Når pasienten er overveldet av en følelse av hjelpeløshet og maktesløshet, kan det ha stor betydning at personalet bidrar til å skape håp

eller være de som bærer håpet for pasienten på tross av negative odds. Det gjør de ved å ha fokus på pasientens ressurser og holde oppe disse når pasienten ikke ser noen framgang. Hummelvoll (2004) peker på at det er et overordnet mål å hjelpe pasienten til å vokse, utvikle seg og bli klar over sine muligheter. En gnist av håp skaper motivasjon og vilje til å prøve igjen. Å være den som holder håpet oppe for dem som ikke greier det selv, har en avgjørende betydning i alt hjelpearbeid (Topor 2006). Håpet har stor betydning i alle forsøk på å skape forandringer for å gjøre livet mer levelig for seg selv og andre.

### **Følelser, opplevelser, erfaringer**

- *Jeg kan for eksempel si til pasienten at det virker som du er lei deg, og spørre om det stemmer. Det er å speile den andre og bidra til å sette ord på følelser.*
- *Ja, og kanskje gi dem ordene de ikke har.*
- *Vi er jo container for det pasienten kommer med.*
- *Det er viktig at pasienten opplever at han kan åpne seg om og bli rommet i sine religiøse og eksistensielle tanker.*

Deltakerne forteller at de inviterer pasientene til å sette ord på følelser og opplevelser. De presiserer at de er spesielt opptatt av å snakke om følelser som oppstår i hverdagssituasjoner her og nå og la pasienten få uttrykke misnøye, sinne frustrasjon. Det kan være konfliktfylte situasjoner som har oppstått i posten og som det er betydningsfullt å snakke om: *Det er viktig å snakke om situasjoner der det er konflikter, viktig at ting kommer til overflaten.* Når det for eksempel skjer utageringer i posten, har de ansatte et syn om at utagering kan være bra. Da blir det ofte en forandring, men det forutsetter at man snakker om situasjonen etterpå, både med pasienten og med andre som var til stede. De ansatte forstår utagering som en nonverbal måte å uttrykke seg på, der pasienten viser misnøye, sinne og frustrasjon.

Liv Strand (1990) bruker begrepet å være container om å ta i mot pasientens følelser og romme dem, for så å gi dem tilbake til pasienten i bearbejdet form, slik en selv har forstått det. En viktig funksjon ved å være container er å avlaste pasientens følelser, hjelpe pasienten til å utforske sine følelser og gi grunnlag for ny emosjonell læring. Hummelvoll (2004) framhever hvor viktig det er å anerkjenne pasientens rett til å ha sine følelser og til å uttrykke dem.

At personalet vektlegger å hjelpe pasientene å finne ord de mangler for å kunne verbalisere følelser, opplevelser og erfaringer, kan knyttes til betydningen av å arbeide med språket til pasienter med psykiske lidelser. Lindström (1997) viser til Lidz som framhever språkets betydning for integrering av opplevelser. Språket er det hjelpemiddelet som mennesker anvender for å internalisere sine opplevelser, til å tenke om sine opplevelser, prøve ut alternativ, gjøre seg forestillinger om framtiden og til å streve mot et framtidsmål. Psykologen Jakko Seikulla (2000) forstår psykose som et resultat av mangel på språk og at et menneskes ”indre dialog” har stilnet. Han hevder at psykose kan oppstå når man mangler ord for særlig vanskelige erfaringer. Å samtale med pasienten kan da innebære at man sammen leter etter passende ord som pasienten kan bruke for å få et språk slik at han eller hun kan snakke om sine erfaringer. Seikulla framhever at i dialogen søker man å skape betingelser for at deltakerne kan lytte, både til den andre og til seg selv. Ved å lytte til egen artikulering av en historie, muliggjøres en opplevelse av økt innsikt og sammenheng.

I utgangspunktet er det lite utbredt blant miljøpersonalet å snakke med pasientene om deres religiøse og eksistensielle opplevelser, selv om enkelte psykiatriske sykepleiere legger vekt på å samtale med pasientene om disse tema. Når pasienten tar opp eksistensielle og religiøse tema, skaper det ofte usikkerhet hos personalet om hvordan man skal forholde seg. Bruk av pasientens plan kan imidlertid bidra til å åpne for samtale om eksistensielle og religiøse tema. Dette blir nærmere omtalt under temaet erfaringer med pasientens plan.

### **Lidelsestrykk**

- *Vi bør snakke med pasienten om hvordan han opplever sine psykiske plager og hvordan han kan leve med dem.*
- *Hvordan skal pasienten komme videre i eget liv og i sin psykose hvis man ikke tar tak i de psykotiske problemstillingene og det materialet som kommer fram og de forestillingene de presenterer?*

De ansatte har ulik praksis i forhold til om de snakker med pasientene om deres lidelse eller ikke. Enkelte er opptatt av å snakke med pasienten om hans lidelse og hevder at dette er en sentral oppgave i miljøterapien. Noen gjør det til en viss grad, og forteller at de for eksempel snakker med pasienter som er deprimerte og selvmordtruet om deres lidelse. Mens andre snakker i liten grad med pasienter om slike tema. Flere ser betydningen av å snakke mer med pasienten om det som plager ham og uttrykker ønske om



å gjøre mer av det framover. Noen er usikre på om det er deres ansvar, og om ikke dette bør overlates til lege og psykolog. Det er også ulike oppfatninger om man skal snakke med pasientene om det psykotiske materialet, om det kan være til hjelp for pasienten eller om det i verste fall gjør ham dårligere.

Vatne (2006) framholder at det har stor betydning for bedringsprosessen at de ansatte gir rom for at pasienten kan snakke om psykosen og bli kjent med sitt psykotiske landskap. Arman og Rehnsfelt (2006) poengterer at mennesker som lider, ofte lengter etter å snakke om sin lidelse. Å møte et menneske som lytter og viser interesse, kan bidra til at personen får nye perspektiver på sin lidelse, noe som kan være en vei mot lindring og opplevelse av frigjøring. Forfatterne peker på at mennesker lider mest når de ikke får mulighet til å dele sin lidelse med andre. Å snakke med andre kan hjelpe pasienten til å finne mening i lidelsen. Dersom personalet møter pasienten i sin søken etter mening, vil pasienten få bekreftet sin verdighet som menneske. Opplevelsen av ikke å bli møtt eller ikke få anledning til å samtale for dem som ønsker det, kan oppleves som krenkende og som manglefull omsorgsutøvelse (Hummelvoll & Røsset 1999).

Personalet i posten undrer seg over hvor dypt de kan gå i samtalen. De snakker sjelden med pasientene om det de kaller ”*det dypeste dype*”. ”*Det dypeste dype*” forstår gruppa som vonde og traumatiske tema fra pasientens oppvekst som incest, omsorgsvikt etc. Mange opplever at de ikke har kompetanse til å håndtere slike tema. De overlater til behandler å snakke med pasienten om dette. Deltakernes usikkerhet om hvor dypt de kan gå i samtalen, bekreftes i studien til Nysveen mfl. (2009a). Forfatterne framhever at personalet la ulike meninger i begrepet samtals dybde. Med dybde mente enkelte å gå tilbake til tidligere utviklingsstadier med fokus på intrapsyke konflikter, mens andre snakket om dybde i mer eksistensiell betydning. Det at personalet velger ikke å gå inn i slike tema, kan på den ene siden forstås som respekt for pasienten ved at en ikke lar samtalen gå utover det den ansatte opplever at han / hun har kompetanse til (Nysveen mfl. 2009a). Hedelin (2006) poengterer betydningen av å være klar over ansvar og rettigheter innen rammen for eget kompetanseområde og respektere grenseoppgangen mot psykoterapeutiske samtaler. På den andre siden beskriver personalet verdien respekt i sitt verdigrunnlag som å se på nytt. Respekt vil, i denne sammenheng, innebære å hjelpe pasienten til å se seg selv på nytt med sine ressurser og muligheter. Å forholde seg til pasientens livshistorie, vil være en måte å møte vedkommende på som kan hjelpe han

eller henne til å se seg selv på nytt. Unni Lindström mener at pleiepersonalet ikke skal være så redde for å møte pasientens dype lidelse, for det er det pasientene innerst inne lengter etter:

Pasientene har ofte en ordløs lengsel etter å bli sett, forstått og bekreftet på det samme dype nivået som den utholdelige indre personlige lidelsen befinner seg på, og der den har befunnet seg i mange år. (Lindström 1997: 89, vår oversettelse).

#### **4.6 Erfaringer med bruk av pasientens plan**

Analysen avdekket følgende fire innholdskomponenter under temaet erfaringer med bruk av pasientens plan: fleksibel anvendelse, økt selvinnsikt for pasienten, større kontroll og innflytelse over egen behandling og kvalitetssikring av arbeidet.

##### **Fleksibel anvendelse**

*- Planen er et redskap en kan bruke konkret skriftlig. Men en kan også ha metoden i bakhodet for å finne pasientenes subjektive opplevelser av deres tidligere erfaringer og hva de eventuelt kanskje vil prøve igjen. Det handler om ulike måter å jobbe på, den kan brukes direkte eller indirekte, skriftlig eller muntlig.*

Deltakerne peker her på at planen kan brukes fleksibelt på ulike måter og med ulike grader av struktur. Den kan brukes systematisk ved at pasient og ansatt har planen foran seg og fyller ut hvert punkt. Dessuten kan den brukes mer uformelt som en intervjuguide, der en samtaler om enkelte av punktene uten at pasienten har planen foran seg, for eksempel mens man går tur, kjører bil etc.

De ansatte poengterer at *timing*en for introduksjon av planen er viktig. Det gjelder i forhold til når og hvordan den introduseres for pasienten og i forhold til hvordan de ansatte motiverer han/ henne til å samarbeide om planen. Personalet har erfart at pasientene har svært ulik interesse og motivasjon for å bruke planen. Noen pasienter har tatt utfordringen på strak arm og blitt med i et samarbeid om planen. Dette har gitt et godt utgangspunkt for videre samtaler og videre målrettet jobbing med temaene i planen. Andre pasienter har avvist skjemaet blankt og ikke ønsket å samarbeide om planen. Noen har blitt skremt av skjemaet. Det har gjerne vært pasienter som var mistenksomme og generelt skeptiske til skjemaer og alle former

for offentlige papirer. Andre pasienter har ikke hatt krefter eller konsentrasjonsevne til å orke å forholde seg til skjemaet. Deltakerne erkjenner at det i mange tilfelle kan være bedre å introdusere planen et stykke ut i innlegelsesforløpet når pasienten har kommet seg litt, er i en bedre fase og er mer motivert for samarbeid. Timingen avhenger av begge parter. Man må se an pasienten og seg selv og sin egen samarbeidsevne og vilje til å være fleksibel. Deltakerne erkjenner også at det er mange måter å motivere pasienten på. De advarer mot å låse seg i planens oppsett, men ser betydningen av å bruke den med fleksibilitet og skjønn.

Deltakerne har høstet flere gode erfaringer med å invitere til samtale om planen ved å levere ut skjemaet til pasienten på forhånd slik at han / hun får tid til å tenke seg om og fylle ut punktene på egen hånd. Dette danner så bakgrunn for videre samtaler om innholdet i punktene. Dersom pasienten ikke kan eller vil skrive, kan primærkontakten fylle ut skjemaet ut fra det pasienten sier.

Planen har blitt brukt ved innkomst som kartlegging for å bli bedre kjent med pasienten og for å snakke om hensikten med oppholdet. Da kan pasienten selv få anledning til å definere områder han vil jobbe med. Deltakerne erfarer at dette har gitt et godt utgangspunkt for videre samtaler, særlig med frivillig innlagte pasienter. Bruk av planen har gjort at man ble fortere kjent med pasienten, og det har gjort at man kom raskere i gang med målrettet arbeid sammen med pasienten. Enkelte av deltakerne har erfart at de områdene som kom fram i arbeidet med planen, har blitt ført videre til ansvarsgruppemøter i forkant av pasientens utskrivelse og blitt fulgt opp videre i kommunen etter utskrivelse.

Planen har også blitt brukt som en oppsummering og en evaluering av hva pasienten har fått ut av oppholdet i posten. Deltakerne har erfart at de kan gå gjennom planen sammen med pasienten og oppsummere punkt for punkt hva som har skjedd med pasienten under innleggelsen. Dette har bidratt til å skape oversikt for pasienten og større bevissthet om egen utvikling.

Vi har inntrykk av at bruk planen har stimulert til større bredde og fleksibilitet i innholdet i de miljøterapeutiske samtalene. Deltakerne har erfart at bruk av planen stimulerer til å samtale over et bredt spekter. Tema som har kommet fram ved bruk av planen, har vært alt fra praktiske tema i dagliglivet, som økonomi og bolig til samtale om det åndelige. Dessuten har pasi-

enten selv tatt opp problemer knyttet til lidelsen, for eksempel sosial angst og stemmehøring. Noen ansatte har erfart at det har vært enklere å snakke med pasienten om eksistensielle tema som meningen med livet, døden og om åndelighet og håp. En forteller at hun, etter at å ha snakket med pasienten om ”det alternative”, fikk en større forståelse for pasientens normalitet. Noe som i sin tur påvirket hvordan hun skåret pasienten som mer ”normal” ved utfylling av GAF-skjemaet<sup>2</sup>

At planen må brukes med fleksibilitet og skjønn, bekreftes av Hummelvoll (2004) og Nysveen mfl. (2009a). Hummelvoll framhever at arbeidet med planen forutsetter en autentisk dialog, det vil si en toveis kommunikasjon hvor pasienten og miljøterapeuten forhandler seg fram til hva som skal stå i planen. I stedet for å bruke fagterminologi i planen, bør en bruke pasientens ord og ord man sammen har kommet fram til i felleskap og som man har fått en felles forståelse av. Dette vil kunne redusere noe av den fremmedgjøringen og maktesløsheten som pasienten ofte opplever i møte med de profesjonelles fagspråk.

### **Økt selvinnsett for pasienten**

- *Pasienten snakket friere om seg selv, han ble mer avslappet.*
- *Pasienten fikk mer ord, selv om hun sa hun ikke hadde ord i utgangspunktet, dette skapte positivitet.*
- *Han oppdaget mer av sine ressurser og interesser.*

Deltakerne erfarer at bruk av planen gjør det lettere å snakke med pasientene om deres ressurser og interesser, og det gjør pasientene mer bevisst på hensikten med og mål for oppholdet. De forteller om et eksempel der pasientens interesser ble tatt tak i under innleggelsen og fulgt opp av primærkontakt. Det var mulig fordi pasientens interesser ble avdekket gjennom samtale om tema fra pasientens plan. En annen pasient fikk hjelp av primærkontakt til å oppdage egne ressurser ved at hun skrev opp ei liste for pasienten over positive sider hun hadde sett hos pasienten.

### **Større delaktighet i egen behandling**

- *Bruk av planen gir pasientene mer kontroll i eget behandlingsopplegg, det blir ikke styrt sånn ovenfra og ned. Kanskje du også får en*

---

<sup>2</sup> GAF – Global Assessment of Functioning. Et skjema som brukes til å angi en persons globale funksjonsnivå.  
Ref: <http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Felles/Sk%C3%A5ringsverkt%C3%B8y/2607.cms> Lest 28.9.10

*bedre samtale når pasienten er mer forberedt på det som er tema og ikke minst hva som er hensikten med samtalen.*

*- Planen handler jo om dette med verdigrunnlaget vårt, i forhold til ansvarlighet for pasientene selv. For å sette det litt på spissen, er det en fin måte å kaste ballen over til pasientene.*

Deltakerne har inntrykk av at bruk av planen har gitt økt trygghet og forutsigbarhet for pasienten under innleggelse. En trekker fram et eksempel der planen ble brukt som kartlegging ved innleggelse. Pasient og sykepleier satt sammen og fylte ut skjemaet, og sykepleieren fikk inntrykk av at samtalen, med utgangspunkt i punktene i pasientens plan, bidro til at pasienten fikk bedre oversikt over eget liv: *det gjorde godt for pasienten å få seg selv ned på et skjema.* Deltakerne forteller også om erfaringer der pasienten har blitt mer delaktig i andre områder av miljøterapien, blant annet i utarbeidelse av ukeplan, etter å ha arbeidet med innholdet i pasientens plan. Dette kan forstås som en form for økt brukermedvirkning, at pasienten blir mer involvert, delaktig og får påvirke eget behandlingsopplegg. Dette er et tema de ansatte pekte på at de ønsket å legge mer vekt på i postens miljøterapeutiske arbeid, ved starten av prosjektet (jfr. Hovland – Hegg mfl. 2009)

### **Kvalitetssikring av arbeidet**

*- Jeg har gjort meg veldig forskjellige erfaringer med bruk av planen. Det er bare små begynnelse, men jeg synes jo det gir meg en god oversikt, føler meg litt mer rolig og systematisk. Jeg regner med at det kan sikre kvaliteten på det jeg gjør.*

*- Bruk av planen har gjort at jeg får mer helhetssyn over pasientens situasjon, får tydeligere fram hele personen.*

Personalet har erfart at bruk av planen kan bidra til å gi dem større oversikt og struktur i eget arbeid. Noen har dessuten erfart at den gir større trygghet og målrettethet i eget arbeid og en tydeliggjøring og bevisstgjøring av egen praksis. De trekker også fram at bruk av planen gir økt kontinuitet i arbeidet. Primærkontakt kan gjøre avtaler med pasienten om videre arbeid med planen. De avtaler da at de skal snakke videre sammen om planen neste gang hun/han kommer på jobb. *- Lettere å ta tak i tema for videre samtale når en kan henvise til ting pasienten har skrevet i planen.*

Noen ansatte har opplevd at samtaler om innholdet i planen gjorde at pasienten åpnet seg ”*mye mer enn før*” og fortalte om eget liv, oppvekst og opplevelser med å leve med lidelsen. Noen erfarte at de kunne bli meget

berørt av pasientens historie og framholdt en bekymring for å bli følelsesmessig overveldet av det pasienten delte av seg selv. De var usikre på om de mestret ”å stå i det”, og om de klarte å ta i mot pasientens smerte og lidelse på en god måte. Flere ansatte uttrykte behov for faglig veiledning i forhold til å utvikle egen trygghet for å kunne samtale med pasienten om eksistensielle tema. Å samtale med pasienten om slike tema, dreier seg ofte om å møte pasientens lidelse, bekrefter Arvidsson (2006). Hun framholder at relasjonen til pasienten kan vekke sterke følelser i form av stress, hjelpeløshet, angst, medlidenhet osv. hos personalet. Men det kan også være en kilde til positive følelser i arbeidet, slik som glede over at pasientens helse blir bedre eller en opplevelse av at relasjonen til pasienten utvikler seg på en meningsfull måte for begge parter. Faglig veiledning kan være en god måte å få hjelp til å håndtere egne følelser, få profesjonell distanse og styrke yrkesidentiteten og selvtilliten, hevder Arvidsson (2006).

## 5. DRØFTING AV RESULTATER

### 5.1 *Samtalens grunnforutsetninger*

Gjennom fokusgruppeintervjuene og undervisningen om den miljøterapeutiske samtalen har det skjedd en bevisstgjøring av personalets holdninger og praksis. I funnene fra materialet om den miljøterapeutiske samtalen vektlegges det at samtalens grunnforutsetninger må basere seg på tillit, på pasientens autonomi, på personalets ansvarlighet og kompetanse og på gjensidig inntoning og mot. Når personalet beskriver samtalens grunnforutsetninger, avspeiles en holdning til pasienten om at han eller hun selv har kunnskap og erfaring om hva som kan hjelpe vedkommende videre i livet. De ansatte formidler her en holdning om å være lyttende og undrende i sin tilnærming, noe vi anser som en god måte å møte pasienten på i samtalene.

Det kan synes som personalet gjennom arbeidet med den miljøterapeutiske samtalen i posten, setter pasientens egen kunnskap og forståelse av sin situasjon mer i fokus. Dette er i samsvar med den humanistisk-eksistensielle tradisjonen der man er opptatt av å understreke betydningen av at pasienten blir bekreftet som person. Å bli bekreftet som person er en grunnleggende holdning i møte med personen som opplever psykisk lidelse, ikke minst når jeg-grensene oppløses (Nysveen mfl. 2009a). Dette perspektivet innebærer at pasientens egen oppfatning av situasjonen – når tilstanden tilsier det – får en forrang i behandlingen. Generelt i tradisjonell psykiatrisk behandling har fokuset i større grad dreid seg om behandling av pasientens symptomer, som har basert seg på observasjon av personens atferd og handlinger.

I beskrivelsen av samtalens grunnforutsetninger vektlegger de ansatte verdier som respekt, omsorg, tillit, pasientsamarbeid og ansvarlighet, noe som også avspeiles i notatet som beskriver miljøterapiens verdigrunnlag og innhold i posten (Hovland-Hegg mfl. 2009). Vi har tidligere vært inne på at respekt innebærer å se på nytt. Karlsson (2008) peker på de endringsmuligheter respektfulle væremåter i en hjelperelasjon kan innebære. Han er opptatt av at både pasient og hjelper får anledning til å få et nytt blikk på seg selv og på relasjonen. Det er ikke bare pasienten som kan inviteres til å se om igjen og se sin livssituasjon i et nytt lys. Også personalet kan skifte fokus og se pasienten på ny med ressurser og muligheter.

Imidlertid er det mange pasienter som opplever at de ikke blir tatt på alvor og ikke blir møtt med respekt av hjelpeapparatet. Karlsson (2008: 167) poengterer at pasienters utsagn om ikke å bli tatt på alvor, kan uttrykke en resignasjon over ikke å bli invitert til å se på sin egen situasjon eller livserfaringer på nytt. Dette bekreftes i intervjumaterialet om hvordan pasientene i posten opplever det miljøterapeutiske tilbudet (Abdalla 2010). Pasientene opplevde at de i liten grad snakket med personalet om sine livserfaringer, følelser og eksistensielle og religiøse tanker. Hummelvoll & Røsset (1999) fant i en studie av pasientarbeidet i en akuttpsykiatrisk avdeling, at personalet ga uttrykk for en humanistisk orientering i forståelsen av pasientarbeidet, mens deres kliniske praksis var dominert av en medisinsk behandlingsmodell. Dette kaller forfatterne for en terapeutisk overfladiskhet, der det ikke er samsvar mellom realiteter og idealer. Når det gjelder oppfatningen personalet i denne studien har av egen praksis, erkjenner de at den biomedisinske tilnæringsmåten i pasientarbeidet står sentralt, men at de beveger seg mot en mer humanistisk-eksistensiell forståelsesramme. En viktig forklaring på det biomedisinske fokuset er den sentrale rolle behandlingssamtalen med legen i posten har. Vi mener derfor at det bør vurderes å gjenoppta teammøtene for miljøpersonalet for å skape en større bredde i tilnærmingen til pasienten.

## ***5.2 Innholdet i den miljøterapeutiske samtalen***

Når det gjelder innholdet i den miljøterapeutiske samtalen, kommer det fram at miljøpersonalet samtaler mye med pasientene om hverdagsmestring. Dette er samtaler som fokuserer på pasientens "her og nå"-situasjon, fortrinnsvis på praktiske problemstillinger knyttet til pasientens dagligliv i posten og i hjemmesituasjonen. Dessuten er de ansatte opptatt av å fokusere på pasientens ressurser og på hvordan pasienten kan ta vare på seg selv, både fysisk og psykisk, sammenfattet under begrepet selvbevaring. Å bli mer bevisst egne ressurser og finne løsninger på hvordan mestre hverdagens krav, kan forstås som sentrale tema som tilhører en helsefremmende tilnærming. I denne tilnærmingen er det sentralt å forstå seg selv og sin livssituasjon, mestre utfordringer og finne mening med det som skjer i livet. Allerede på femtitallet påpekte psykiatrisk sykepleier Hildegard Peplau (1952) at pasientomsorgen skulle være helsefremmende og ha som mål at pasienten fikk muligheter til å forstå sine helseproblemer, utvikle sine ressurser og øke sin selvtillit. Det skulle skje ved at sykepleieren bekreftet pasienten og hjalp han eller henne å lære av tidligere erfaringer og integre de ulike erfaringene og hendelsene i livet.



I verdigrunnlaget (Hovland-Hegg m.fl 2009) vektlegger personalet at de har et helhetsperspektiv på mennesket, noe som innebærer at de vil forholde seg til menneskets fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold. Skal en ivareta helheten, innebærer det også å ta inn over seg at mennesket har en fortid, en nåtid og en framtid. Da er det ikke nok å forholde seg kun til pasientens "her og nå"-situasjon, selv om nåtiden har hovedfokus innen en humanistisk-eksistensiell forståelsesmodell. Når mennesker skal ta ulike valg i livet, er tidligere erfaringer en viktig hjelp for daglige handlinger og for planlegging framover. Hvorfor skulle ikke det være like aktuelt selv om pasienten har en alvorlig psykisk lidelse, undrer Nysveen mfl (2009a: 57).

Når det gjelder tema som pasientens eksistensielle og religiøse erfaringer og pasientens opplevelser og forståelse av egen lidelse, kommer det fram ulike praksiser og ulike holdninger til om man bør snakke med pasienten om slike tema. Noen snakker med pasienten om slike tema, mange gjør det ikke. Dette kan tyde på en usikkerhet i personalgruppa og uklarhet fra ledelsens side i forhold til ansvarliggjøring av personalet. Det er også gitt uttrykk for at når det gjelder enkelte oppgaver knyttet til oppfølging av pasienten kan det oppleves som uklart hvilken yrkesgruppe (lege psykolog miljøterapeut) som har ansvar for disse.

At man snakker lite med pasientene om "alvorlige tema", kan forstås i sammenheng med den uttalte oppfatningen om at pasienten er i en meget sårbar situasjon og trenger beskyttelse og ro. Den sterke vektleggingen av beskyttelse av pasienten bunner i en paternalistisk forståelse av etikken. Hummelvoll (2004) framholder at det er nødvendig med en dreining bort fra paternalisme som etisk grunnholdning i pasientarbeidet til fordel for pasientens autonomi som bærende prinsipp. Den psykiske smerten og lidelsesstrykket som pasienten opplever, må kunne kommuniseres for at han eller hun skal kunne se sammenhenger i eget liv og gjenopprette mening. Hvordan de ansatte forstår lidelsen og dens uttrykk er avgjørende.

Hummelvoll (2004) peker på at den menneskelige lidelsen som oftest er satt til side i behandlingssituasjonen. Hvis personalet ikke er opptatt av de reaksjonene pasienten har knyttet til sine psykiske problemer og funksjonshindringer, men i stedet fokuserer på den "medisinske sykелighet", vil pasienten miste muligheten til å bearbeide de konsekvenser den psykiske lidelsen har for dagliglivet. Helsefremmende fokus i den miljøterapeutiske samtalen bygger på at pasienten betraktes som et unikt menneske med sin

personlige historie og livssituasjon, sine spesifikke ønskemål, muligheter og hindringer.

### ***5.3 Erfaringer med bruk av pasientens plan i pasientsamtaler***

Erfaringene med bruk av pasientens plan viser at personalet beveger seg i en mer helsefremmende retning i det miljøterapeutiske arbeidet. Bruken av pasientens plan for å stimulere til pasientsamtaler, synes å ha fremmet pasientens helseprosesser. I følge personalet, har samtalen der planen har vært et hjelpemiddel, bidratt til å stimulere pasientens forståelse av sin situasjon og til opplevelse av mening og sammenheng. Det synes også som at samtalen har bidratt til å skape en forutsetning for tillit og meningsfullt samvær, at de har styrket pasientens delaktighet og innflytelse og at de ivaretar pasientens verdighet. Dette er forhold som Svedberg (2006) framhever som helsefremmende faktorer i pasientarbeidet.

En ansatt forteller at hun har erfart at bruk av planen har bidratt til at hun har fått et mer helhetlig syn på pasienten, der personen trer tydeligere fram. Det kan tyde på at bruk av planen kan bidra til en utvikling mot mer humanistisk-eksistensiell tilnærming, der pasienten sees som en person der man stimulerer til personlig vekst gjennom mestringsopplevelser som bidrar til opplevelse av å få grep om eget liv.

### ***5.4 Anbefalinger for videre arbeid***

På bakgrunn av det som framkommer i denne rapporten vil vi anbefale videre utvikling av postens miljøterapeutiske tilbud på følgende områder:

- Arbeide med å skape en kultur der personalet aktivt oppsøker pasienter som holder seg for seg selv på rommet
- Behov for å få en avklaring og en tydeliggjøring av ansvarsforhold knyttet til primærkontaktens bruk av planlagte samtaler med pasientene
- Primærkontaktens bruk av planlagte samtaler bør settes i system
- Bruk av pasientens plan som hjelpemiddel i pasientsamtaler bør settes i system
- Nyansatte bør få opplæring i bruk av pasientens plan
- Behov for tilbud om faglig veiledning og kollegastøtte til personalet

## 6. LITTERATUR

- Abdalla M.F. (2010) *Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring*. Masteroppgave. Høgskolen i Vestfold / Høgskolen i Hedmark.
- Andersen A.J. (1997). *Uten fasit: perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Arman M. & Rehnsfeldt A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande – etik i vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Arvidsson, B. (2006). Yrkesmessig handledning i omvårdnad – att främja psykiatrisjuksköterskors profesjonella utveckling. I Arvidsson B. & Skärsäter I. (red.). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Beston, G, Borge L., Eriksson B.G., Holte, J.S., Hummelvoll J.K., Ottosen, A. (red) (2007). *Handlingsorientert forskningssamarbeid. Refleksjoner fra forskningsprosjektet "Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet*. Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 1.
- Borg, M. (2000). Muligheter til et virksomt liv. I Almvik A. & Borge L. (red). *Tusenkunstnere. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bøe T. D & Thomassen A. (2003). *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Coghlan 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.
- Eide S.B., Grelland H., Kristiansen A., Sævareid H.I., Aasland D. (2003). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fredriksson L. (2010). Att vårda i samtal – kommunikativa aspekter på lidande och vårdande. Gustin, L.W. (red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24; 105-112.
- Gustin, L.W & Nordin A. (2010). Glädje, kreativitet och nyfikenhet- resurser i patientens hälsoprosesser. Gustin, L.W. (red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedelin B. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. I Arvidsson B. & Skärsäter I. (red.). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Hovland-Hegg I., Brekke, M., Syse, J., Andvig, E. (2009). *Forskningsprosjektet Miljøterapi "Når rammene løses opp."* Miljøterapiens verdgrunnlag og innhold. Høgskolen i Vestfold, Notat 1.
- Hummelvoll J.K. & Røsset O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter - fokus på akuttpsykiatrien*. Høgskolen i Hedmark: Rapport nr. 10.
- Hummelvoll J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll J.K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid: teoretisk begrunnelse og praktisk implikasjoner. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 8 (1): 17-30.

- Hummelvoll J.K. (2007) Fokusgruppeintervju: en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. I: Beston G., Borge L., Holte J.S., Hummelvoll J.K. & Ottosen A. (red.) *Handlingsorientert forskningssamarbeid. Refleksjoner fra forskningsprosjektet "Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet"*. Rapport nr. 1, Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll J.K. (2008). Samtalen, tillit og relasjon – det er det grunnleggende (Intervju). I: Karlsson B. (red.) *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2010) Møte med mennesket i psykiatrien; implikasjoner for psykiatrisk sykepleie. *Dansk Tidsskrift for Sygeplejeforskning*. In press.
- Jensen T.K. & Johnsen T.J. (2001). *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Aarhus: Philosophia, Institutt for Filosofi: Aarhus Universitet.
- Johnston, J. (2001). Communicating effectively with psychotic patients. *Nursing Times*, 97 (38), 36-37.
- Jordahl H. & Repål A. (1999). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse – pasient og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Doktorgradsstudie, Universitetet i Oslo.
- Karlsson, B. (2008). Humanisme og psykiatrisk sykepleie. I Karlsson B. (red.) *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen K. (1997). Et psykiatrisk sykepleieperspektiv relatert til styrking av pasientens integritet. Hummelvoll J.K. & Lindström U. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Krohn, I.H. (2010). "På sidelinjen". *En kvalitativ studie av pårørendes erfaringer med samarbeid*. Masteroppgave. Høgskolen i Vestfold / Høgskolen i Hedmark.
- Lindholm L. (1997). Lidande och kärlek ur ett psykiatrisktt vårdperspektiv – en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. Hummelvoll J.K. & Lindström U.Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindström U.Å. (1997). Patientens opplevelse av vårdkultur och vårdrelation – motsatsernas dialektikk. Hummelvoll J.K. & Lindström U.Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Loem, G. (2006). *Samspill i psykisk helsearbeid. Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Løgstrup K. (1975). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Maunsbach, M. & Delholm-Lambertsen, B. (1997) Det fokuserede gruppeinterview og deltakerobservation. *Nordisk medisin*, 4:126-128.
- Nordtvedt P. & Grimen H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nysveen, K., Nordby, K., Veisten K., Granerud, A. (2009a). *Den planlagte miljøterapeutiske samtalen. Delrapport i Miljøterapiprosjektet*. Elverum: Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 8.
- Nysveen, K., Brattrud T.L., Granerud A. (2009b). *Brukernes stemme er viktig*. Notat i Miljøterapiprosjektet. Elverum: Høgskolen i Hedmark. Notat nr. 15

- Peplau, H.E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam.
- Schibbye A-L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Distriktpsikiatriske sentra – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. 9/2006. IS-1388.
- Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi. Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 7.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet; psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Sundet, R. (2006). Tør vi tro på det pasienten sier? Om kunnskap og makt i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol 3, nr.6: 197-200.
- Svedberg P. (2006). Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. I Arvidsson B. & Skärsäter I. (red.). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Thomas, S.P., Shattell, M. & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, 3 (XVI), 99-107.
- Tillgren, P. & Wallin, E. (1999). Fokusgrupper – historikk, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 4, 312-321.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring for alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vatne, S. (2008). Anerkjennende tilnærming. Et grunnleggende terapeutisk prinsipp i psykiatrisk sykepleie. I Karlsson B. (red.) *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Østby, D. (2007). *Den miljøterapeutiske samtalen. En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?* Elverum: Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 8.

Søndre Vestfold Distriktpsikiatriske senter har inngått en samarbeidsavtale med Høgskolen i Vestfold, Fakultet for helsevitenskap om et forskningsprosjekt innen miljøterapi; Miljøterapi "Når rammene løses opp". Dette notatet beskriver arbeidet i prosjektets andre fase og resultatet av den forskningen og kunnskapsutviklingen som har foregått i perioden november 09 til juni 10. Notatet beskriver postens arbeid med å videreutvikle og klargjøre innholdet i den miljøterapeutiske samtalen basert på en helsefremmende tilnærming. I utarbeidelsen av dette notatet har hele personalgruppa deltatt aktivt i kunnskapsutviklingen. Notatet er basert på data fra fire fokusgruppeintervju med de ansatte, referater fra postens dialogbaserte undervisning og forskernes notater fra undervisningen og fra uformelle samtaler med de ansatte. Notatet er en foreløpig status med presisering av tema/spørsmål som det skal arbeides med videre.

Ellen Andvig er førstelektor i psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie ved Høgskolen i Vestfold, fakultet for helsevitenskap.

Elin Jahre er psykiatrisk sykepleier og ansatt ved Søndre Vestfold DPS, Rehabiliteringsdøgnetenheten.

Jonn Syse er høgskolelektor i sosiologi og forsker ved Høgskolen i Vestfold, fakultet for helsevitenskap.

Frode Maan er vernepleier og ansatt ved Søndre Vestfold DPS, Rehabiliteringsdøgnetenheten.