

Marit Helland

”Ett hode høyere og litt sterkere”

-En kvalitativ studie om pasienters opplevelse av miljøterapi i psykisk helsevern

Masteroppgave i sosialt arbeid

Trondheim, oktober 2012

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

Hverdagsengler

Jeg ser dem hver dag.
Vet de det selv?
Engler som hjelper, ikke som redder verden.
Men redder det som betyr så mye og koster så lite,

En omtanke om en annen...
om bare noen sekunder...

så er summen av hver omtanke

fra hver eneste engel kolossal.
Engler som isteden for vinger og harpe,

bruker omsorg og omtanke.

Takk Gud for alle rundt meg!

Stein-Ove Bratthammer

FORORD

Jeg ble ferdig utdannet sosionom våren 2010, og ønsket etter dette mer kunnskap. Jeg søkte derfor master i sosialt arbeid ved NTNU. Menneskers psykiske helse er noe jeg alltid har interessert meg for, og denne interessen har økt i takt med arbeidserfaring innen psykisk helsevern. Det ble derfor naturlig å skrive masteroppgave innenfor dette feltet. Gjennom erfaring og praksis som miljøterapeut har jeg blitt nysgjerrig på hvordan det miljøterapeutiske tilbudet oppleves fra brukernes perspektiv. Til tider har jeg selv tenkt at mitt bidrag ikke alltid har vært nyttig for pasientene og derfor undret på om pasientene har opplevd det på samme måte.

Arbeidet med prosjektet har vært en lang, lærerik og spennende prosess. Flere personer har bidratt, og uten deres hjelp og støtte ville den ikke vært mulig å gjennomføre. Først og fremst vil jeg takke informantene som har tatt seg tid til å dele sine erfaringer med meg. Dere har lært meg mye om miljøterapi gjennom deres opplevelser og erfaringer som pasienter. Det er takket være deres bidrag at denne oppgaven har blitt til. En stor takk rettes til førsteamanuensis Riina Kiik, som har gitt meg veiledning, råd og hjelp underveis i arbeidet med masteroppgaven.

Jeg vil også takke mine medstudenter som har bidratt som diskusjonspartnere, inspiratorer og støttespillere i prosessen. Timene på lesesalen har vært mange, og hadde ikke vært det samme uten dere. En stor takk rettes til Thea og Lena for gjennomlesing, tips og korrektur av oppgaven. Takk også til Stein-Ove Bratthammer for tillatelse til å bruke diktet i oppgaven, og til dere som har stilt opp som modeller til bildet på forsiden.

Marit Helland

Trondheim, oktober 2012

SAMMENDRAG

Denne studien fokuserer på pasienters opplevelse av miljøterapi innenfor psykisk helsevern. Hensikten er å få en forståelse av hva pasientene mener bidrar til en god miljøterapeutisk behandling.

Studien har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Den bygger på kvalitative forskningsintervju med syv pasienter fra to ulike psykiatriske avdelinger. I dataanalysen ble systematisk tekstkondensering av Malterud (2011) benyttet.

Resultatene viser at relasjonen mellom pasient og personal er grunnleggende i miljøterapi, hvor personalets faglige kompetanse og personlige egnethet er av stor betydning. En relasjon basert på trygghet og tillit, og at pasientene blir møtt med likeverdighet, respekt og anerkjennelse er avgjørende for deres utbytte av behandlingen

Aktiviteter på institusjonen ble først og fremst sett på som tidsfordriv, men fungerte i tillegg som en distraksjon fra sykdom og lidelse. Det å møte andre mennesker i samme situasjon var viktig for informantene, da de ikke lenger opplevde å være alene og fikk en følelse av samhold og tilhørighet til andre.

Studiens funn viser at miljøterapi er sentralt for pasientene og deres bedring. Det er derfor viktig at et tilbud om døgnbasert institusjonsbehandling opprettholdes for pasienter med psykiske lidelser. Viktigheten av mellommenneskelige relasjoner mellom pasienter og personal blir fremhevet, noe som tyder på at relasjonens betydning ikke må undervurderes og at det relasjonelle arbeidet må vektlegges og utvikles i praksis.

Nøkkelord: miljøterapi, pasient, psykiatrisk behandling, pasienterfaring, psykiatrisk institusjon, relasjon

SUMMARY

This study focuses on patients' experience of milieu therapy in mental health care. The purpose is to gain an understanding of what factors the patients believe contribute to a good milieu therapeutic treatment.

This study has a hermeneutic phenomenological approach. It is based on qualitative interviews with seven patients in two different psychiatric wards. The data material was analyzed by using systematic text condensation by Malterud (2011).

The results show that the relationship between patient and staff is fundamental in milieu therapy, where the qualifications and personal skills of the professional are of great importance. A relation founded on confidence and trust, and that the patients are met with attitudes of equality, respect and recognition is decisive for the treatment outcome.

Activities at the institution were primarily looked upon as pastime, but also functioned as a distraction from disease and suffering. Being able to meet other people in the same situation was important for the informants, as they no longer felt alone and got a sense of belonging and connection to others.

The study finds that milieu therapy is important for the patients and their recovery, it is therefore central that treatment in psychiatric wards is maintained as an offer to patient suffering from mental illness. The importance of interpersonal relationship between patients and staff are emphasized, which indicate that significance of relationships cannot be underestimated, and that it is essential that the relational work is emphasized and developed in practice.

Keywords: milieu therapy, patient, psychiatric treatment, patient experience, psychiatric ward, relation

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN	1
1.1.1 Forskningsbehov	2
1.2 AVGRENSNING	2
1.3 PROBLEMSTILLING	3
1.4 BEGREPSAVKLARING	3
1.4.1 Bruker og brukerperspektiv	3
1.4.2 Miljøterapeut	4
1.5 STUDIENS RELEVANS FOR SOSIALT ARBEID	5
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING	5
2.0 TEORETISK RAMME	7
2.1 KUNNSKAPSOVERSIKT	7
2.1.1 Tidligere forskning	7
2.1.1.1 Forskning på miljøterapi i Norge	7
2.1.1.2 Internasjonal forskning på miljøterapi	9
2.2 PSYKISK LIDELSE	11
2.2.1 Tankemodell i forståelse av psykiske lidelser	12
2.3 MILJØTERAPIENS MODERNE HISTORIE	13
2.3.1 Terapeutiske samfunn	14
2.3.2 Individualisering og desentralisering	15
2.4 MILJØTERAPI I DAG	16
2.4.1 Grunnlaget for miljøterapi	16
2.4.2 Definisjon av miljøterapi	17
2.4.3 Fra beskyttelse til gyldiggjøring	20
2.4.4 Kritikk av miljøterapi	21
2.5 SENTRALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSEVERN	22
2.5.1 Nyere helsereformer	22
2.5.2 Lover og regelverk	23
2.6 INDIVID OG FELLESSKAP	24
3.0 METODE	25
3.1 KVALITATIV METODE	25
3.2 VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING	26
3.2.1 Fenomenologi	26
3.2.2 Hermeneutikk	27

3.2.3 Hermeneutisk-fenomenologi	27
3.3 UTVALG OG REKRUTTERING	28
3.4 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU	29
3.4.1 Intervjuguide	30
3.4.2 Gjennomføring	31
3.5 DATAANALYSE	33
3.5.1 Transkribering – fra tale til skriftlig tekst	33
3.5.2 Analysering og tolkning	34
3.5.3 Systematisk tekstkondensering	35
3.6 FORFORSTÅELSE	37
3.7 VALIDITET OG RELIABILITET	38
3.7.1 Validitet	38
3.7.2 Reliabilitet	39
3.8 ETISKE REFLEKSJONER	41
3.8.1 Informert samtykke	41
3.8.2 Konfidensialitet	42
3.8.3 Ikke-skade	42
3.8.4 Frivillighet	43
3.9 METODISK REFLEKSJON	43
4.0 SENTRALE FUNN	45
4.1 AKTIVITET	46
4.1.1 Tidsfordriv	46
4.1.2 Distraksjon	48
4.1.3 Medbestemmelse i hverdagen	49
4.1.4 Oppsummering av aktivitet	51
4.2 PERSONAL	51
4.2.1 Tilgjengelighet	51
4.2.2 Samtalepartner	53
4.2.3 Oppfølging	54
4.2.4 Kvaliteter ved fagpersoner	56
4.2.5 Oppsummering av personal	57
4.3 RELASJON	58
4.3.1 Tid, tillit og trygghet	60
4.3.2 Oppsummering av relasjon	61
4.4 FELLESSKAP	61
4.4.1 Oppsummering av fellesskap	63

5.0 DISKUSJON	65
5.1 AKTIVITETER.....	65
5.1.1 Mestring.....	66
5.1.2 Medvirkning.....	66
5.2 PERSONAL	68
5.2.1 Tilgjengelighet og trygghet.....	68
5.2.2 Hverdaglig innholdsløs prat	69
5.2.3 Holdninger og handlinger	70
5.2.4 Personalets kvaliteter	71
5.2.4.1 Humor	71
5.2.4.2 Se og høre	73
5.2.4.3 Støtte og utfordre.....	73
5.3 RELASJON	74
5.3.1 Relasjonspyramiden.....	77
5.4 FELLESSKAP	78
5.4.1 Døgninstitusjon kontra oppsøkende team.....	79
5.5 MILJØTERAPI	80
6.0 AVSLUTNING	83
6.1 OPPSUMMERING	83
6.2 KONKLUSJON	83
6.3 BETYDNING FOR PRAKSIS.....	84
6.4 ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING	85
LITTERATURLISTE	87

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning NSD

1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet vil jeg først introdusere bakgrunnen for studien og forskningsbehov på feltet. Videre gir jeg en kort redegjørelse for studiens hensikt samt presenterer problemstillingen. Avslutningsvis avklares av noen begreper, før jeg til slutt sier noe om studiens relevans for sosialt arbeid og gir en oversikt over oppgavens struktur.

1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN

Psykiske lidelser er en betegnelse som omfatter alt fra lettere angst og depresjon til omfattende og alvorlige psykoselidelser som schizofreni. Psykiske lidelser er svært utbredt og utgjør i dag en stor helse- og samfunnsutfordring i Norge (Major mfl., 2011). Innenfor psykisk helsevern er miljøterapi en sentral metode som benyttes i behandling av psykiske lidelser (Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007). Behandlingsformen blir primært knyttet til institusjoner, og har stått sterkt innenfor voksenpsykiatrien (Vatne, 2006). Miljøterapi bygger på en antakelse om at omgivelsene og det psykososiale miljøet i seg selv har en viktig behandlende effekt, hvor målet er å styrke individets mestring av hverdagens oppgaver og utfordringer (Hybholt, 2009).

Flere store samfunnsreformer har de senere årene hatt som mål at mennesker med psykiske lidelser i sterkere grad skal inkluderes i lokalsamfunnet. Disse reformene har hatt stor innvirkning på utforming av behandlingstilbudet. Opptappingsplanen (St. prp. nr. 63 (1997-98)) har vært et styringsdokument for omorganisering av psykisk helsevern i retning av et mer desentralisert og lokalbasert tilbud. Institusjoner bygges ned, mens lokale tilbud som distriktpsykiatriske sentre (DPS)¹ og kommunale tjenester bygges opp (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Den mer tradisjonelle behandlingen med innleggelse på døgninstitusjoner og individuell samtaleterapi har de senere årene gradvis blitt erstattet og supplert av dagbehandling og oppsøkende og ambulerende team² som gir hjemmebasert psykisk helsehjelp og oppfølging (Haugsgjerd, Jensen, Karlson og Løkke, 2009; Oppsøkende

¹ DPS er en del av spesialisthelsetjenesten og skal koordinere samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Distriktpsykiatriske sentre skal tilby poliklinisk-, ambulant- og dag- og døgnbehandling (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009; St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

² De fleste ambulerende team er organisatorisk tilknyttet ulike døgninstitusjoner, som sykehusavdelinger, DPS og lignende (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

tjenester, u.å; Psykisk helsearbeid som fag og praksisfelt, u.å, Rød, 2012). Som følge av denne utviklingen vil de fleste som får hjelp på institusjoner bo her i kortere tid, og livet deres befinner seg hovedsakelig utenfor institusjonen, ikke innenfor, som var vanligere før (Vatne, 2006). Det er kanskje derfor spesielt viktig å undersøke hva pasientene selv mener er viktig i den miljøterapeutiske behandlingen, ettersom den korte behandlingstiden stiller sterkere krav til effektivitet og god hjelp fra behandlingsapparatet. Samtidig som det også stilles spørsmål ved nytten av miljøterapi, når liggetid og antall sengeplasser i institusjoner reduseres (Rød, 2012; Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

1.1.1 Forskningsbehov

Det hevdes at forskningen på feltet er av eldre dato, og at det har vært lite forskning på området (Thomas, Shattell & Martin, 2002). Forskningen har i flere tilfeller fokusert på fagpersoners erfaringer, og i mindre grad fokusert på brukernes egen kunnskap og erfaring. Skorpen, Anderssen, Øye og Bjelland (2008) har gjennomgått norsk forskning om innlagte pasienter i psykisk helsevern, og fant svært lite forskning som tar med brukerperspektivet. Disse forskerne etterlyser mer brukerorientert forskning på feltet da denne per i dag er mangelfull.

Målet er at denne studien skal bidra til å synliggjøre brukernes erfaringer, samt bidra til å utvikle forståelse og kunnskap på dette området. I masterstudien ønsker jeg å undersøke hvordan pasienter innenfor psykisk helsevern opplever det miljøterapeutiske arbeidet, gjennom å sette søkelys på deres egne perspektiver. En studie der brukernes meninger og synspunkt blir undersøkt kan bidra til økt forståelse og innsikt i det miljøterapeutiske arbeidet, slik at det kan utvikles og forbedres på brukernes premisser. Brukernes erfaringskunnskap kan bidra til kompetanseheving blant miljøterapeuter og en kvalitetsutvikling av praksis og tjenestetilbud. På den måten vil det være mulig å styrke det miljøterapeutiske behandlingstilbudet.

1.2 AVGRENSNING

Miljøterapeutisk arbeid kan rettes mot flere ulike grupper og det praktiseres på flere områder, blant annet innenfor psykisk helsevern, barnevernsinstitusjoner og skolesektoren (Hutchinson, 2009). Jeg har i denne studien valgt å se nærmere på miljøterapi rettet mot voksne pasienter

innenfor psykisk helsevern. Dette fordi det er her størstedelen av miljøterapien utøves og det vil derfor være viktig å få tak i denne gruppens synspunkt. Denne avgrensningen er også valgt med henblikk på pasienterfaring. Det er sannsynlig at pasienter i denne gruppen har en del erfaring fra miljøterapi og kan formidle denne kunnskapen videre. I oppgaven ønsker jeg å få frem brukernes stemme, men kommer ikke til å fokusere på brukerperspektivet ut over dette.

1.3 PROBLEMSTILLING

Jeg har selv jobbet med miljøterapi innenfor psykisk helsevern, noe som har vekket min interesse for feltet og som har ført til et ønske om å få tak i pasientenes eget perspektiv og syn på denne behandlingsformen. Problemstillingen skal bidra til å belyse pasientenes opplevelser og vurderinger knyttet til miljøterapi.

Problemstillingen er:

” Hvilke erfaringer har pasienter innenfor psykisk helsevern med miljøterapeutiske tiltak? ”

For å avgrense og konkretisere den vide problemstillingen har jeg valgt å arbeide med to forskningsspørsmål.

- 1. Hva anser pasientene som viktig i miljøterapi?*
- 2. Hva opplever pasientene fremmer samarbeid?*

1.4 BEGREPSAVKLARING

I dette punktet vil jeg gi en avklaring på hvordan jeg har valgt å bruke ulike begrep i denne oppgaven. Dette er begreper jeg anser som sentrale ut i fra studien og dens problemstilling. På grunn av begrepene *psykisk lidelse* og *miljøterapi* sin sentrale rolle vil jeg komme nærmere inn på dem i oppgavens teoridel. Begrepene jeg velger å definere i denne delen er *bruker*, *brukerperspektiv* og *miljøterapeut*.

1.4.1 Bruker og brukerperspektiv

Brukerbegrepet står sterk i sosialt arbeid. Bruker er en betegnelse som benyttes om brukerne av et tiltak eller en tjeneste. Å ha et brukerperspektiv handler om å ha brukerne i fokus. Det

handler om brukerens deltakelse og innflytelse, og innebærer en holdning og praksis hvor brukeren har rett og mulighet til å delta i sammenhenger som angår hans eller hennes liv (Borg og Topor, 2009).

Innenfor psykisk helsevern omtales brukerne av disse tjenestene som pasienter. I motsetning til pasientrollen som gjerne er forstått som en passiv mottaker av behandling, er en bruker i større grad forstått som en mer aktiv og deltakende part (Sverdrup, Myrvold og Kristoffersen, 2007). Brukerbegrepet impliserer i større grad at brukeren har autonomi og indikerer at det er snakk om subjekter, og ikke objekter. Jeg velger likevel å benytte begrepet pasient i denne framstillingen da det er denne betegnelsen som er rådene innenfor fagfeltet psykisk helsevern. Jeg anser allikevel pasientene som brukere da en pasient også er bruker av en tjeneste, og en bruker også kan være en pasient. Dermed er begrepene synonyme i denne sammenheng, men innenfor oppgavekonteksten omtales de som pasienter.

1.4.2 Miljøterapeut

Personalet som jobber innenfor miljøterapi refereres til som miljøterapeuter. Miljøterapeuter tilhører ikke en egen profesjon, men er en fellesbetegnelse på personal med en treårig høyere helse- og sosialfaglig utdanning. Sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, barnevernspedagoger og sosionomer er eksempler på yrkesgrupper som er kvalifisert for tittelen miljøterapeut (Linde og Nordlund, 2006; Vatne, 2006). Begrepet miljøterapeut referer til personal som jobber på en miljøterapeutisk avdeling, og omfatter personer med ulike grunnutdannelse. Ulik utdanningsbakgrunn kan medføre at fokuset for arbeidet varierer noe, ulike profesjonsgrupper kan vektlegge ulike sider ved pasientens liv og vil på den måten kunne utfylle hverandre (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). En miljøterapeut skal i behandlingen bistå i pasienters dagligliv på døgnenheten. Dette dreier seg om alt fra hjelp til måltider, romvask, aktiviteter, sosialt samvær, personlig stell til søvn og hvile (Vatne, 2006). Miljøterapeuters oppgaver omhandler med andre ord hele pasientens hverdagsliv mens vedkommende bor på institusjonen. Deres oppgave er å hjelpe pasientene i gang med en utviklingsprosess, slik at de blir i bedre stand til å leve deres liv. I oppgaven brukes begrepene miljøterapeut og personal om hverandre for å gi en språklig variasjon.

1.5 STUDIENS RELEVANS FOR SOSIALT ARBEID

Denne masteroppgaven er skrevet med utgangspunkt i sosialt arbeid. Ifølge Røysum (2006) kan sosialt arbeid betegnes som endringsarbeid eller problemløsningsarbeid. Sosialt arbeids virkeområde er i skjæringspunktet mellom individ og samfunn, hvor målet er å forebygge, avhjelpe eller redusere sosiale problemer, både på individ og samfunnsnivå (Hutchinson og Oltedal, 2003). Helhetsperspektivet står sterk i sosialt arbeid (Killén, 2012). Det handler om å se mennesket i sammenheng med sine omgivelser. Å se hele mennesket er svært viktig siden psykiske lidelser ofte skyldes et samspill mellom indre og ytre faktorer (Opjordsmoen, Vaglum og Thorsen, 2008). I tillegg vil det å bli rammet av en psykisk lidelse ofte ha innvirkning på hele individets tilværelse, og kan innebære store endringer, både i forhold til bo- og arbeidssituasjon, økonomi, relasjoner og selvbylde. Psykiatrien har kanskje i større grad vært opptatt av diagnoser og å kurere sykdom, enn å rette oppmerksomhet mot relasjonelle- og sosiale problemer som ofte følger med en psykisk lidelse (Borge, 2000; Opjordsmoen, Vaglum og Thorsen, 2008). Leger og sykepleiere har i sine fagtradisjoner større fokus på medisin og sykdom. De vil ofte se en skade i forhold til hele kroppen og dens fungering (Kokkinn, 2009). Et fokus på symptomer og sykdom vil medføre mindre vekt på de terapeutiske effektene relasjoner kan innebære.

Sosialarbeidere jobber med mennesker som har ulike utfordringer i livet og flere jobber som miljøterapeuter innenfor psykisk helsevern. Sosialarbeidere har kunnskap om hvordan sykdom påvirker mennesket som rammes, de pårørende og omgivelsene rundt, samt sykdoms innvirkning på individets totale livssituasjon. Sosialt arbeids bidrag til miljøterapien kan være viktigheten av å se hele mennesket og å ha en helhetlig tilnærming til problemet, samt ha fokus rettet mot det som foregår mellom individet og omgivelsene (Levin, 2004).

Miljøterapeuter med sosialfaglig bakgrunn kan dermed være med på å utvide fokus og gi et viktig bidrag til pasientens bedring, samtidig som det vil være viktig med en studie som undersøker pasientenes erfaringer knyttet til dette behandlingstilbudet.

1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING

Innledningsvis er en kort introduksjon til studiens tema blitt presentert. I neste kapittel vil jeg si noe om det teoretiske rammeverket, hvor tidligere forskning og teori blir gjennomgått.

Kapittel 3 handler om den metodiske tilnærmingen, og begrunnelser for valgene som er tatt.

Videre vil jeg i kapittel 4 presentere studiens funn. Disse diskuteres opp mot teori og

problemstilling i kapittel 5. I oppgavens siste kapittel kommer en oppsummering av hovedfunnene i studien, hvor jeg også ser på betydning for praksis og gir anbefalinger til videre forskning på feltet.

2.0 TEORETISK RAMME

I dette kapittelet presenterer jeg den teoretiske referanserammen for oppgaven. Jeg vil først gi en presentasjon av tidligere forskning på området, deretter går jeg nærmere inn på psykiske lidelser og gir en kort gjennomgang av miljøterapiens moderne historie. Videre ser jeg på dagens miljøterapi, før jeg til slutt sier noe om sentrale føringer for psykisk helsevern.

2.1 KUNNSKAPSOVERSIKT

Forskning krever at en gjør seg kjent med fagkunnskapen som eksisterer på det aktuelle området man ønsker å studere (Malterud, 2011). Litteratursøk og gjennomgang av fag- og forskningslitteratur viser at det finnes mye kunnskap på feltet og at det har vært flere studier knyttet til miljøterapi. Mange av studiene som er gjennomført fokuserer på personalet og dets rolle i miljøterapi, i stedet for pasientenes opplevelse av det. Jeg vil videre presentere studier som er relevante i forhold til miljøterapi, både nasjonale og internasjonale. I de ulike studiene som trekkes frem har både pasienter og personalet rollen som informanter.

Jeg har benyttet bibliotekstjenesten ved NTNU for å finne aktuell litteratur og forskning på området. Litteratursøk er foretatt ved ulike databaser som: ISI Web of Science, Pub Med, PsycNET, Norart, Idunn og Bibsys. Søkeordene som har blitt benyttet er miljøterapi, psykiatri, mental helse, pasient, institusjon, terapeutisk miljø, psykiatrisk sykehus og relasjon. Disse søkeordene er brukt både på norsk og engelsk, og i flere ulike kombinasjoner for å få et mer spesifisert og avgrenset søk. Jeg har i tillegg gjennomgått referanselister fra relevante studier, forskningsartikler og fagbøker hvor jeg har funnet kilder. Valget av litteratur er gjort på grunnlag av det jeg oppfatter som relevant for å belyse min problemstilling. Noe av litteraturen er av eldre dato, men er etter min mening fortsatt like aktuell da den henvises til i nyere litteratur.

2.1.1 Tidligere forskning

2.1.1.1 *Forskning på miljøterapi i Norge*

I 2003 utførte Solfrid Vatne doktorgradsarbeidet *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akutt psykiatrisk behandlingspost*. Studien fokuserte på grensesetting hvor hun gjennom observasjon og intervju med sykepleiere (miljøterapeuter) fant to ulike perspektiver på grensesetting mellom pasient og personal, et korrigerende og et

anerkjennende perspektiv. Det anerkjennende perspektivet handler om samarbeid og dialog og om å bekrefte pasienten som individ. I dette perspektivet er også brukermedvirkning sentralt. Det å bekrefte eller anerkjenne pasienten er vesentlig for å kunne opprettholde en god og likeverdig relasjon, men Vatne (2003) fant at det anerkjennende perspektivet var svakt utviklet hos sykepleierne hun studerte. Det korrigerende perspektivet dreier seg om å oppnå kontroll av pasientenes atferd, og er i liten grad knyttet til samarbeid og likeverdighet. Det handler om korrigerende av uønsket og avvikende atferd gjennom grensesetting og kontroll. Et korrigerende perspektiv syntes ikke å medføre utvikling eller bedring av pasientens lidelse (Vatne, 2003; Vatne, 2006).

Bjørn Stensrud (2007) har i sin masteroppgave undersøkt miljøterapeuters syn på hva som er virksomme elementer i forbindelse med behandling av pasienter med psykoselidelser. Resultatene viste at relasjonen mellom pasient og personal er sentral for å utøve god miljøterapi. I denne relasjonen spilte miljøterapeutens faglige og mellommenneskelige kompetanse, samt personlig egnethet en avgjørende rolle. Miljøterapiens sitt bidrag i behandlingen er å medvirke til å gi pasienten kunnskap og erfaring som er nødvendig for å mestre hverdagens krav og utfordringer.

For Borge og Fagermoen (2008) var det ikke miljøterapeutene, men pasientenes egne erfaringer knyttet til bedringsprosessen som stod i forskningsfokus. De fant at pasientenes opplevelse av helhet og egenverd i tid og rom var avgjørende for bedringsprosesser. Helheten dreier seg om kombinasjon av fagkyndig personal, trygg atmosfære og fint bomiljø som til sammen bidro til en opplevelse av å være verdifull og normal. Samvær med andre pasienter og personal ble oppfattet som terapeutisk og av betydning for deres bedring, og de mente det var like viktig å delta i miljøet som på individuelle behandlingstimer. Tidsperspektivet ble også vektlagt, der det å være innlagt over tid var avgjørende for den terapeutiske prosessen. Pasientene opplevde atmosfæren og samhandlingen med personalet på dagtid som mer likeverdig, mens kveldsvaktene i større grad var preget av passivitet og ulikhet mellom dem.

Mens Stensrud (2007) og Borge og Fagermoen (2008) belyser de positive aspektene ved miljøterapi sett fra både miljøterapeuter og pasienters perspektiv, retter Øye og Skorpen (2009) er mer kritisk blikk på nytteverdien av denne terapiformen når pasientene skal tilbake til livet utenfor institusjonen. Doktorgradsavhandlingen deres er basert på et ni måneders

etnografisk feltarbeid, på to ulike psykiatriske avdelinger hvor både personalet og pasienter er informanter. I studien analyseres de miljøterapeutiske praksisene slik de viser seg i dagliglivet på institusjonen. Øye og Skorpen (2009) viser til flere spenningsfelt og motsetninger mellom dagliglivstilretteleggingen og de rammer som omgir pasienter og personal. De peker på at dagliglivet på den psykiatriske institusjonen er noe annet enn dagliglivet utenfor, noe som dermed medfører at den sosiale læringen i dette miljøet ikke nødvendigvis kan relateres til eller anvendes utenfor institusjonen. Aktivitetene og samhandlingsformene som foregikk var tilpasset pasientenes sykdom og symptomer, noe det ikke er mulig å gjøre i verden utenfor. Et annet motsetningsforhold var knyttet til miljøterapiens demokratiske grunnlag og institusjonens medisinske behandlingsregime. Brukermedvirkningen og den miljøterapeutiske behandlingen fikk en underordnet posisjon i forhold til den medikamentelle behandlingen. De viser også til at avdelingenes miljøterapi framstod som usystematisk og uklar, og at den kun hadde en støttefunksjon i forhold til den medisinske behandlingen. Det konkluderes med at andre måter å tilrettelegge pasienters tilværelse på må utforskes slik at de er mer i tråd med pasientenes erfaringer og perspektiver, og samsvarer bedre med personalets fagkompetanse og humanistiske idealer (Øye og Skorpen, 2009).

Også Marianne Fresjarå Abdallas (2010) masterstudie ”*Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring. Pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et distriktpsykiatrisk senter*” viser at miljøterapien må tilrettelegges etter pasientenes erfaringsverden ved å peke på hvordan miljøterapien erfares på forskjellig måte avhengig av pasientenes psykiske tilstand. Deres behov vil variere alt etter hvor de befinner seg i sykdomsforløpet, og ulike elementer i miljøterapien må derfor vektlegges. Miljøterapien oppleves positiv ved sterk grad av indre uro, mens den ved økt grad av kontroll oppleves som passiviserende. Informantene i denne undersøkelsen opplever flere mangler ved tilbudet som gis, blant annet at de i liten grad snakker med personalet om sine livserfaringer og følelser.

2.1.1.2 Internasjonal forskning på miljøterapi

Det finnes flere internasjonale studier om miljøterapi hvor pasientenes erfaringer er i fokus. Lindström (1997) har i sin studie undersøkt pasientenes opplevelse av institusjonskulturen, samt deres opplevelse av behandlingsrelasjonen. Undersøkelsen viste at det var store variasjoner fra pasient til pasient, men hovedtemaene handlet om at behandlingskulturen gir frihet, men at den samtidig kan oppleves som et vakuum hvor ting står stille. Pasientene

opplevde høye krav og manglende støtte som en krenkelse, i tillegg til nedsettende holdninger fra personalet. De fleste hadde en følelse av ensomhet og denne ble forsterket dersom de opplevde å ikke bli forstått. Pasientene uttrykte et savn etter å få forståelse og bekreftelse, og ønsket også at personalet skulle ta mer initiativ til kontakt og tilbringe mer tid sammen med dem.

Thomas, Shatell & Martin (2002) fremhever i artikkelen *What's Therapeutic About the Therapeutic Milieu* at pasientene i deres studie opplevde institusjonen som et sted hvor de kunne søke tilflukt fra egen skadelige atferd. Pasientene opplevde samhandlingen med ansatte som overfladisk og uttrykte at de savnet en bedre og dypere relasjon til personalet. Deres behov for medisiner, trygghet og struktur ble ivarettatt, men de opplevde mangler i forhold til å få økt innsikt i sin atferd og sykdomsforståelse. Funnene tydet også på at pasientene ikke ble godt nok forberedt på hjemreise og til å møte verden utenfor etter utskrivelse.

Relasjonen mellom pasient og personal fremstår som svært sentral i flere studier. Hansson, Björkman og Berglund (1993) fant i sin studie at pasienter la vekt på personalets empatiske ferdigheter, interesse og forståelse. De vektla også betydningen av at personalet respekterte pasientene, brukte tid sammen med dem og skapte et trygt miljø. I en kvantitativ undersøkelse utført av Längle m.fl. (2003) fant de at pasientene rangerte relasjonen mellom pasienter og ansatte som det viktigste ved behandlingen, i tillegg til å bli respektert. Også i Johansson og Eklunds (2003) studie viste funnene at kvaliteten på relasjonen var det mest sentrale ved behandlingen. Viktigheten av at personalet brukte nok tid, samt at de opplevde å bli forstått og akseptert var sentralt. I undersøkelsen fremkom det også at pasientene ønsket en tettere relasjon til personalet. I en annen svensk studie vektla pasientene betydningen av et kvalifisert personal som lyttet, forstod og respekterte dem, i tillegg til at de selv kunne ha innflytelse på behandlingen (Schröder, Ahlström og Larsson, 2006).

Mens andre studier har sett nærmere på pasienters syn på behandlingen, fokuserte Borg og Topor (2007) på bedringsprosesser. Studien baserte seg på intervjuer med 15 personer med erfaring som psykiatriske pasienter, der målet var å finne ut hva som bidrar til bedring ut fra pasientenes synspunkt. Hovedfunnet dreide seg om at relasjonen mellom pasient og personal var vesentlig for bedringsprosessen. Informantene viste til viktigheten av å bli sett og hørt og å bli behandlet med likeverdighet. At personalet tok initiativ til kontakt, uten å være pålagt det

på grunn av rutiner eller pasientens upassende oppførsel, ble opplevd som viktig. Studien viste at det spontane og uplanlagte ofte var betydningsfullt for pasientenes bedringsprosess. Det konkluderes med at bedring er en sammensatt prosess. Viktigheten av at hjelpen er tilgjengelig og tilpasset, og i tillegg blir gitt i samarbeid med pasienten understrekes.

Tidligere forskning viser at det er få norske kvalitative studier som trekker frem brukernes stemme. Det fremkommer av studiene at relasjonen er sentral i behandlingen og flere pasienter savner en tettere relasjon til personalet. Pasientene ønsker å bli forstått og bli behandlet med likeverdighet og respekt. Det at personalet viser interesse, lytter og tilbringer tid sammen med dem fremstår som betydningsfullt.

2.2 PSYKISK LIDELSE

Det finnes ulike grader av psykiske lidelser, alt fra lette og forbigående til mer vedvarende og inngripende (Mykletun, Knudsen, Mathiesen, 2009). Den kan ramme plutselig eller utvikles gradvis over tid (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009).

Felles for alle psykiske plager og lidelser er at de påvirker våre tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Psykiske symptomer er en naturlig del av livet. Det er først når symptomene blir alvorlige, vi definerer dem som en psykisk lidelse eller sykdom (Reissig, 2010, s. 64).

Ulike pasientgrupper har forskjellige behandlingsbehov. Samtidig vil også mennesker som har samme lidelse ha behov for ulik behandling. Enkelte vil ha omfattende behov for hjelp gjennom store deler av livet, mens andre trenger hjelp i en kort periode (Snoek og Engedal, 2008).

I samfunnet ligger det et klart ideal om at man skal klare seg selv og løse eller mestre egne problemer. Det å bli pasient og motta hjelp kan dermed få innvirkning på personens selvbylde (Hummelvoll, 2004). Det å ha en psykisk lidelse oppleves ofte som stigmatiserende³ og kan innebære at en får en merkelapp som psykisk syk. Omgivelsene kan se på sykdommen som en del av personen, slik at den blir sett på som noe vedkommende *er*, ikke som noe

³ Stigmatisering er en negativ klassifisering av mennesker som ofte medfører diskriminering eller ekskludering fra sosiale sammenhenger på ulike måter. Stigmatisering kan derfor påvirke den avvikendes selvoppfattelse på en negativ måte og gi en opplevelse av mindreverdighet (Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa, 2001; Goffman, 2000/1975).

vedkommende *har*. Dette kan videre gi en opplevelse av mindreverdighet og ha en negativ påvirkning på selvbildet (Norvoll, 2002; Vatne, 2006).

Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte vansker og mange har redusert mestringsevne, dårlig selvbilde og problemer med relasjoner til andre (Beston, 2009). Å ha en psykisk lidelse vil derfor ofte påvirke hele individets livssituasjon. Mennesker som har en psykisk lidelse kan ha opplevd tap i stor grad, dette kan blant annet omfatte tap av arbeidsevne, selvrespekt, selvtillit, tap av venner og familie og tap av kontroll (Thorgaard, 2006).

Psykiske lidelser er svært utbredt, og er en sykdomsgruppe som er i sterk vekst (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). I Norge har vi ikke noen systematisk registrering av psykiske lidelser, men befolkningsundersøkelser viser at omtrent en tredjedel av befolkningen vil oppfylle kriteriene for minst én psykisk lidelse i løpet av et år. I løpet av livet vil omtrent halvparten av befolkningen rammes en eller flere ganger. Det er viktig å være klar over at en del av disse tilstandene er kortvarige og en reaksjon på livshendelser som kan mestres ved hjelp av egne ressurser og sosial støtte (Mæland, 2010; Sosial- og helsedepartementet, 1999). Depresjon, alkoholmisbruk og ulike former for angst er de vanligste gruppene av psykiske lidelser blant voksne i Norge. Angst og depressive lidelser forekommer dobbelt så ofte blant kvinner som blant menn, mens det motsatte er tilfellet for rusrelaterte lidelser (Mykletun, Knudsen, Mathiesen, 2009).

Psykiske lidelser har ikke én enkelt årsaksforklaring. ”Psykiske lidelser og plager utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer” (Major m.fl., 2011, s. 18). Årsaksbakgrunnen til psykiske lidelser er med andre ord sammensatt, hvor det ofte er balansen mellom påkjenninger, personlige ressurser og sosial støtte som avgjør om problemet utvikler seg til å bli en mer varig lidelse eller ikke (Mæland, 2010).

2.2.1 Tankemodell i forståelse av psykiske lidelser

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) trekker frem *sårbarhet-stress-modellen* som grunnleggende i forståelsen av psykiske lidelser. Den handler om at psykiske lidelser oppstår i en kombinasjon av medfødt og ervervet sårbarhet på den ene siden og en utløsende hendelse på den andre siden. Stressende livshendelser eller belastninger som overgår personens

mestringsnivå kan true den psykiske likevekten og føre til at den bryter sammen, og videre lede til at vedkommende ikke lenger klarer å fungere som før. Ved store påkjenninger og belastninger kan dermed den eksisterende sårbarheten resultere i utvikling av psykiske lidelser. En person med lav sårbarhet vil kreve høy grad av påkjenning for å utvikle en lidelse, mens i motsatt tilfelle vil en person med høy grad av sårbarhet kunne utvikle en lidelse ved lavt eller moderat stressnivå.

Sykdommen er med andre ord ofte et resultat av arv og miljø. Det er en kombinasjon av en arvelig komponent og ytre påvirkning som utløser sykdommen. Genene kan disponere for psykisk sykdom, mens ytre forhold ofte utløser sykdommen. For enkelte lidelser spiller de genetiske faktorene størst rolle, mens det for de aller fleste er miljøet som har størst betydning. Miljømessige forhold som belastninger og store påkjenninger kan være utløsende eller vedlikeholdene faktorer til psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2010; Mæland, 2010).

Psykiske lidelser henger sammen med og forandres i takt med samfunnet, familiestrukturen, arbeidslivet, miljøet og den kulturen vi er en del av. Eksempelvis kan endringer i samfunnet få innvirkning på arbeidsliv og kan utgjøre en risiko for stress og psykisk belastning som videre kan føre til utvikling av en psykisk lidelse (St.meld. nr. 25 (1996-97); Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Siden det er flere faktorer som virker inn på utvikling av psykiske lidelser, er det sentralt at også behandlingen bygger på flere elementer. ”Løsningen er å benytte flere innfallsvinkler samtidig. Derfor legger moderne psykiatrisk behandling vekt på å kombinere både medisiner, psykoterapi og sosiale tiltak” (St.meld. nr. 25 (1996-97), s. 9).

2.3 MILJØTERAPIENS MODERNE HISTORIE

Gjennom et tilbakeblikk på miljøterapiens historie vil man bedre kunne forstå hvordan miljøterapi blir praktisert i dag. Jeg vil derfor gi en kort gjennomgang av miljøterapiens moderne historie.

2.3.1 Terapeutiske samfunn

Miljøterapi ble utviklet etter andre verdenskrig da det ble en økende interesse for miljøets betydning for psykisk helse. Terapeutiske samfunn er en retning innenfor miljøterapien som vokste frem i England (Kringlen, 2001). Det var psykoanalytikeren Tom Main som introduserte ideologien som handlet om at de mellommenneskelige forholdene kunne utnyttes på en terapeutisk måte. Det er kanskje først og fremst psykiateren Maxwell Jones som knyttes til begrepet terapeutisk samfunn, ettersom det var han som gjorde det terapeutiske samfunn for alvor kjent på 1950- og 60-tallet (Karterud, Jørstad og Vaglun, 1984; Hummelvoll, 2004). Maxwell Jones sine tanker var radikalt annerledes enn de rådende på den tiden, og handlet om å utnytte de institusjonsmessige ressursene og mulighetene som fantes i de psykiatriske sykehusene (Hummelvoll, 2004). Det skulle skapes et miljø som lignet på samfunnet rundt, men uten storsamfunnets uheldige sider, slik at pasienten kunne lære å håndtere eller mestre sine utfordringer i samhandling med andre på institusjonen (Hummelvoll, 2004; Kringlen, 2001).

Det terapeutiske samfunn lanserte et nytt syn på behandling, og var en reaksjon på den tradisjonelle hierarkiske oppbyggingen av psykiatrien (Hummelvoll, 2004; Kringlen, 2001). De dominerende hierarkiene skulle bygges ned, og skiller mellom pasienter og personalet skulle dempes (Karterud, Jørstad og Vaglun, 1984).

Ifølge Kringlen (2001) bygget det terapeutiske samfunn på prinsipper om frivillighet, demokrati, likeverd, respekt, tillit og samarbeid. Pasientene skulle som hovedregel være frivillig innlagt og skulle selv søke hjelp. Ingen skulle legges inn mot sin vilje, og det ble heller ikke brukt tvang mot pasientene. De demokratiske prosessene stod sterkt, og var et sentralt mål i behandlingen. Avgjørelser og beslutninger skulle fattes etter diskusjoner mellom pasienter og personal. I motsetning til den tradisjonelle behandlingen hvor fagfolk var lite delaktig, ble det mer fokus på sterkere samhandling mellom pasient og personal og en forsøkte nå å trekke behandlingspersonalet mer aktivt med i terapien. Pasientene var selv ansvarlige for egne handlinger og for å skape endringer i atferd skulle pasienter og personal påpeke for andre pasienter hvordan deres atferd ble oppfattet. På den måten kunne vedkommende finne nye og bedre måter å opptre på (Hummelvoll, 2004; Kringlen, 2001). Det terapeutiske samfunn fikk sitt gjennomslag i Norge på slutten av 1960- og i begynnelsen av 1970-tallet (Karlson, 1997). Det var kun et fåtall av institusjonene som ble fullstendige

terapeutiske samfunn, men mange endret seg i en mer miljøterapeutisk retning (Kringlen, 2001). Mot slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet ble det terapeutiske samfunn utsatt for kritikk (Karlson, 1997).

Kritikken dreide seg blant annet om at *alle* hevdet de drev med miljøterapi (Karlsson, 1997). Flere mente at de terapeutiske samfunnene ikke gav pasientene en optimal behandling, og på grunn av den manglende oppgave- og ansvarsfordelingen ville det også være sløsing av tid og ekspertise. Det terapeutiske samfunn ble også motarbeidet ut i fra profesjons- og maktinteresser, blant annet av psykologer og psykiatere. Likestillingen av personal og pasienter medførte også en likestilling mellom profesjonsgrupper, og de fikk dermed ikke den maktposisjonen de hadde hatt tidligere (Karterud, Jørstad og Vaglun, 1984).

Styring- og organisasjonsendringer vanskeliggjorde også arbeid etter prinsippene fra det terapeutiske samfunn. På slutten av 1970-årene ble det psykiske helsefeltet inndelt i sektorer, hvor enkelte avdelinger hadde hele ansvaret for psykiatriske tjenester i et gitt område. Dette medførte videre at pasientgruppen ble mer mangfoldig, og førte til vansker med å være organisert som terapeutiske samfunn. Behovet for avdelinger med mer tilpasset og spesialisert behandling ble vektlagt (Karterud, Jørstad og Vaglun, 1984; Vatne, 2006). Til sammen medførte dette at individualisert behandling gradvis ble mer framtreddende (Karlsson, 1997). Det kollektive var ikke lenger i sentrum og fokuset ble i større grad rettet mot en –til- en- behandling på kontorer. Individualterapi ble den primære behandlingsformen, mens miljøterapi ble et supplement (Karlsson, 1997; Vatne, 2006).

2.3.2 Individualisering og desentralisering

Den sterke interessen for det terapeutiske samfunn i 1950- og 1960-årene ble fra slutten 1970-tallet erstattet med en mer individrettet miljøterapi (Øye og Skorpen, 2009). Dette må ses i sammenheng med nedbyggingen av de store psykiatriske institusjonene som skjedde på 1980-tallet. Mennesker med psykiske lidelser skulle i sterkere grad integreres i samfunnet og behandles i sitt nærmiljø (Vatne, 2006). Når de psykiatriske institusjonenes samfunnsoppgave endres, innebærer dette også endringer i innhold. Dette førte til at de individualterapeutiske metodene ble mer gjeldene og det kollektive kom i bakgrunnen (Øye og Skorpen, 2009). I Norge kan den økende individualiseringen også ses i sammenheng med krav om

brukermedvirkning og individuell tilpasning (St.meld. nr. 25 (1996-1997); St. prop. nr. 63 (1997-98); Psykisk helsevernloven §4-1).

Miljøterapien har gått gjennom store endringer og er noe annet i dag enn ved sin opprinnelse. Larsen (2004) sier at ”Miljøterapeutisk arbeid utøves innenfor en samfunnsmessig historisk, politisk og økonomisk kontekst” (s. 139). Dette viser at den rådende tenkningen i samfunnet vil ha innvirkning på behandlingstilbud, og videre ha innflytelse på det miljøterapeutiske arbeidet. Det terapeutiske samfunn har som organisatorisk prinsipp, menneskesyn og behandlingsstrategi hatt stor innflytelse på miljøterapi og har lagt grunnlaget for den moderne miljøterapien (Karterud, Jørstad og Vaglum, 1984; Karlsson, 1997). En kan se på dagens miljøterapi som en modifisering av det terapeutiske samfunn der behandlingen er tilpasset pasientgruppen og en gitt tidsramme (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

2.4 MILJØTERAPI I DAG

Miljøterapi er en behandlingsform som primært blir knyttet til døgnbehandlingsinstitusjoner innen psykisk helsevern og utgjør en av flere viktige behandlingsformer på en psykiatrisk avdeling (Henriksen m.fl. 2011; Vatne, 2006). Miljøterapi består av ordene miljø og terapi. Miljødelen av begrepet dreier seg om organisering og tilrettelegging, mens terapi handler om forandring og utvikling. Miljøterapi handler med andre ord om å tilrettelegge miljøet slik at forandring og utvikling er mulig (Larsen, 2004).

Miljøterapi har en underliggende antakelse av at miljøet er behandlende i seg selv. Miljøet består både av de fysiske omgivelsene og av mellommenneskelige forhold (Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007). Det dreier seg derfor om det fysiske miljøet som institusjonens beliggenhet, utforming og fysiske omgivelser, i tillegg til sammensetning av pasientgruppen og personalets holdninger og ressurser. Omgivelsene vil påvirke individet, samtidig som også individet påvirker omgivelsene. Mennesker og miljø vil derfor påvirke hverandre gjensidig, da de hele tiden vil være i samhandling med hverandre (Henriksen m.fl. 2011; Vatne, 2006).

2.4.1 Grunnlaget for miljøterapi

I miljøterapien tar en utgangspunkt i at psykiske lidelser har nær tilknytning til sosiale forhold og mellommenneskelige relasjoner. Forhold i det psykososiale miljøet har innvirkning på den

psykiske helsen, og kan både være med på å skape, opprettholde og redusere psykiske lidelser (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). I alle relasjoner vi inngår i er det mulighet for vekst og utvikling (Kristoffersen og Eriksen, 1997). Samspill og relasjoner til andre kan være med på å gi pasienten sosiale erfaringer og ferdigheter som vil være viktig for bedringsprosesser, og for å takle utfordringer i hverdagen. Grunntanken bak miljøterapi er at det i samhandling med andre mennesker finnes muligheter til endring og utvikling som kan bidra til økt selvfølelse og sosial mestring hos pasienten (Hummelvoll, 2004).

Miljøterapien er en viktig del av pasientbehandlingen og skal gjennom daglig samarbeid og praktisk samhandling bidra til å fremme økt mestring av oppgaver og utfordringer i dagliglivet. Miljøterapien utgjør også en tidsmessig stor del av behandlingen de mottar i institusjonen, da den foregår kontinuerlig gjennom hele døgnet. Det handler om å benytte de situasjonene som oppstår i miljøet for å skape muligheter for utvikling og forandring. Miljøterapi fremstår ikke som en enkelt behandlingsmetode, men i større grad en kompleks organisering av et miljø med den hensikt å virke terapeutisk (Gunderson 1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007). I praksis vil miljøterapi variere i innhold og omfang, påvirket av pasientene og deres lidelser, personalets kompetanse, de fysiske rammene, samt det terapeutiske grunnlaget som praktiseres (Dam, 2003). Flesteparten av pasientene inngår også i medikamentell behandling som kan være et viktig ledd i pasientens bedring. Legemidler kan bidra til at pasientene mestrer dagliglivet på en bedre måte. De vil aldri kunne erstatte psykososiale tiltak, men kan være et hjelpemiddel slik at pasienten kan nyttiggjøre seg slike tilbud (Snoek og Engedal, 2008).

2.4.2 Definisjon av miljøterapi

Miljøterapi kan defineres som:

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personal innenfor fysiske, bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid (Henriksen m.fl. s. 10).

Denne definisjonen vektlegger betydningen av et gjensidig samspill mellom pasienter og personal, i tillegg til fysiske omgivelser. Det tydeliggjøres at både det som skjer i og utenfor institusjonen er sentralt. Det finnes mange definisjoner av miljøterapi i faglitteraturen, Andersen (1997) sier:

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

Denne definisjonen fokuserer mer på kvaliteten på innholdet i miljøterapien, og peker på at interaksjonen mellom pasient og miljøterapeut kan brukes aktivt for å skape bedring. Den viser også til at miljøterapien forsøker å utnytte de spontane situasjonene som oppstår på en terapeutisk måte. Vatne (2006) presiserer i sin definisjon hvilke områder miljøterapien ønsker å styrke hos pasienten gjennom samhandling og aktiviteter.

Miljøterapi er en aktivitetsorientert behandlingsform rettet mot å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Dette innebærer også å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring (s. 27).

Ut fra de ulike definisjonene er det tydelig at miljøterapi kan forstås på forskjellige måter. Felles for dem er at de tar utgangspunkt i daglige aktiviteter, hvor miljøterapien gjennom samhandling og tilrettelegging av miljøet skal bidra til å fremme utvikling og forandringsprosesser, der målet er å oppnå lindring av symptomer og en bedre psykososial fungering.

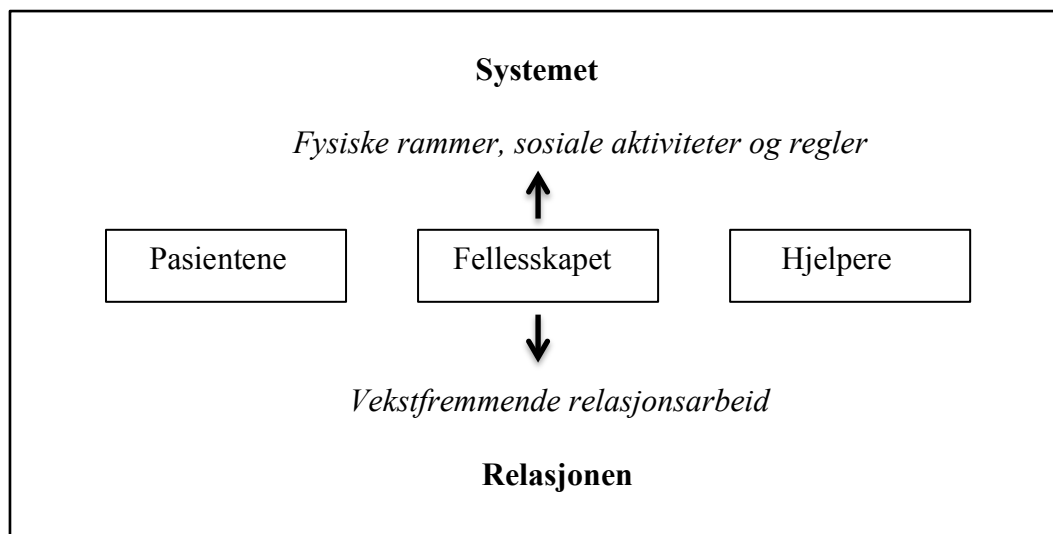
Snoek og Engedal (2008) beskriver miljøterapiens brede spekter på en god måte:

Miljøterapien har mange uttrykk. Det kan være å sette grenser, å gi en opplevelse av mestring, å konfrontere, å bidra til en struktur og rytme på dagen, eller å lære å uttrykke egne behov mer direkte, alt etter hva som er viktig for den enkelte. Kort sagt dreier miljøterapi seg om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere sin

hverdag på en måte som gjør ham eller henne bedre i stand til å mestre sin livssituasjon (s. 53).

Slik jeg forstår miljøterapi dreier det seg om en planlagt tilrettelegging av miljøet for å fremme utvikling, vekst og modning. Det er en behandlingsform som foregår kontinuerlig gjennom hele døgnet, hvor det handler om å utnytte de situasjoner som oppstår for å skape muligheter for pasientens utvikling og mestring av hverdagen.

Figur 1: Modell for miljøterapi (Vatne 2006, s. 31)



Figur 1 viser sammenhenger mellom ulike elementer i miljøterapi. Kjernen er fellesskapet som handler om samspillet mellom pasienter og personal. Dette samspillet påvirkes av systemet, av institusjonens fysiske og sosiale rammer, og av de relasjonelle tilnæringsmåtene som benyttes. Med utgangspunkt i egen forskning viser Vatne (2006) til at et terapeutisk miljø utvikles i spenningsfeltet mellom et stabilt og forutsigbart miljø og relasjonelle tilnæringsformer. Dette begrunner hun med at betingelsene for stabilitet og vekst er forskjellige. Å arbeide med relasjonen krever at systemet har en viss grad av struktur og trygghet, samtidig som det må stimulere til kreativitet og utprøving. Et miljø preget av for stramme regler vil kunne være til hinder for vekstfremmende relasjonsarbeid, samtidig som et miljø med få regler og lav grad av struktur vil kunne medføre at behandlingsmiljøet preges av utrygghet og på den måten kunne hemme pasientenes vekstmuligheter. I miljøterapi må det derfor balanseres mellom å legge vekt på et stabilt system og fokus på det terapeutiske relasjonsarbeidet.

2.4.3 Fra beskyttelse til gyldiggjøring

I artikkelen ”Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus” fra 1978 trekker John G. Gunderson frem fem vesentlige terapeutiske prosesser som finnes i flere ulike miljøer. Den første er *beskyttelse* som handler om å sikre grunnleggende fysiske behov, som mat, klær og personlig hygiene, samt hindre skadelig atferd. Beskyttelse innebærer å hjelpe pasienten til å oppleve trygghet. *Støtte* har til hensikt å få pasienten til å føle velvære og sikkerhet, og samtidig øke pasientens selvfølelse og selvtillit. Dette kan gjøres ved handlinger som å sørge for oppmerksomhet og å være tilgjengelig, eller verbalt og direkte i form av veiledning, ros og oppmuntring. *Struktur* i behandlingen bidrar til å skape orden og forutsigbarhet. Dette kan fremmes gjennom en fast døgnrytme, regulering av søvn, måltider, primærkontakter, dagsplan og ukeplan. *Engasjement* er en prosess som fører til aktiv deltakelse i miljøet. Det skal motvirke passivitet og styrke sosiale ferdigheter og mestring. Eksempler på tiltak som kan føre til engasjement er gruppetrening, åpne dører, deltakelse i aktiviteter i og utenfor institusjonen og fellesaktiviteter (Gunderson 1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007; Hybholdt, 2009). Den siste prosessen er *gyldiggjøring* og dreier seg om anerkjennelse og bekreftelse av pasientens individualitet. Dette kan blant annet skapes gjennom individuell behandling, samtaler på tomannshånd hvor også pasientens grenser utfordres, samt gjennom anerkjennelse og respekt for den enkelte (Gunderson, 1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007).

Gundersons terapeutiske prosesser har vært mye brukt innen miljøterapi, og har hatt stor innflytelse på miljøterapien i Norge (Henriksen m.fl. 2011; Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007). Disse prosessene eller variablene bygger hierarkisk på hverandre og stiller økende krav til deltakelse og initiativ fra pasienten. De ulike miljøvariablene balanseres opp mot pasientens psykiske helsetilstand og funksjonsnivå, og avgjør hvilken tilnærming som velges. Variablene kan ses på som pasientens endrede behov i løpet av sykdomsforløpet, hvor pasienten ved innleggelsestidspunkt ofte vil ha et lavt funksjonsnivå til et høyere nivå ved utskrivning. I perioder hvor pasienter opplever stort symptomtrykk er tiltakene preget av beskyttelse, støtte og struktur, mens engasjerende og gyldiggjørende prosesser vektlegges i større grad når pasienten har kommet lenger ut i bedringsprosessen (Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007; Henriksen, m.fl., 2011; Gunderson, 1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe,

2007). Det er verdt å merke seg at en aktivitet kan innebære at flere miljøprosesser skjer samtidig.

Det er viktig å være bevisst på hvor mye fokus de enkelte prosessene får. Et for stort fokus på beskyttelse kan føre til økt isolasjon, og motvirke initiativ, engasjement og håp. Fokuseres det for mye på støtte kan det føre til at pasienten opplever avhengighet til andre og utilstrekkelighet, mens en for stor vektlegging på struktur kan medføre at pasienten ikke er forberedt på utskrivelse til den mer ustrukturerte verden utenfor institusjonen, samtidig som det kan hemme engasjement og deltakelse. Dersom engasjement vektlegges i for stor grad kan det føre til en opplevelse av invadering og resultere i negative holdninger (Gunderson, 1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007).

De ulike prosessene bør vektlegges forskjellig i forhold til ulike pasientgrupper, både i forhold til type lidelse, fase i sykdomsforløpet og pasientens personlighet og interesser (Gunderson, 1983; Thorgaard og Haga, 2007). Gunderson (1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007) poengterer at ingen terapeutisk virksomhet er ideell for alle pasienter. Ett miljø kan være terapeutisk for en pasient, mens et annet ikke er det. Det vil derfor være sentralt med individuell tilrettelegging for at den enkelte skal få mest mulig ut av den miljøterapeutiske behandlingen.

2.4.4 Kritikk av miljøterapi

Miljøterapi har blitt kritisert for å være uklart og upresist. Delaney (1997) stiller seg kritisk til miljøterapi, blant annet på bakgrunn av at det teoretiske grunnlaget er uavklart. Det er manglende teori som sier noe om hvordan miljøterapien virker og det finnes ikke en entydig og allment akseptert definisjon av begrepet. Hun mener at miljøterapi kan ses på som et slags terapeutisk smutthull der alt som gjøres kan begrunnes som miljøterapeutisk. Videre argumenterer hun for at forskning kan være vanskelig siden det ikke eksisterer en entydig forståelse av begrepet, i tillegg til et manglende teorigrunnlag. Delaney (1997) mener at sykepleiere bør gå bort fra begrepet miljøterapi og i stedet forklare hva de gjør for å bistå pasientene og deres rolle i denne sammenheng.

Dam (2003) setter i artikkelen *”Psykiatrisk miljøterapi – en metode til analyse af miljøterapi i psykiatrisk praksis”* et kritisk blikk på miljøterapi. Gunderson sine miljøterapeutiske

prinsipper blir gjennomgått, hvor hun viser til at hver prosess kan fremme utvikling, men belyser samtidig dens ulemper. Det tydeliggjøres at en aktivitet ikke er ideell for alle pasienter. En stram struktur kan virke hemmende og undertrykkende på pasientens initiativ og engasjement, og kan samtidig være inngripende overfor pasientens individualitet. Dette vil dermed være motstridende til prinsippet om gyldiggjøring og på den måten kan miljøet bidra til å skape nye symptomer og hindre pasienten i hans bedringsprosess. Hun argumenterer for viktigheten av kvalitetsvurderinger av behandlingen som gis, der det bør tas utgangspunkt i en beskrivelse og analyse av det eksisterende miljøterapeutiske tilbudet.

2.5 SENTRALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSEVERN

Endringer i føringer fra sentrale myndigheter vil kunne få innvirkning på utforming av det psykiske helsearbeidet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). De senere årene har psykisk helsevern blitt regulert av flere reformer og rammer med nye føringer og krav til behandling og organisering.

2.5.1 Nyere helsereformer

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* satte et kritisk blikk på norsk psykiatri, den tydeliggjorde utfordringer på feltet og vektet punkter som måtte endres. Blant annet å styrke behandlingstilbud, forbedre tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene, videre var det viktig med bedre ressursutnyttelse og høyere krav til samordning mellom ulike instanser og tjenester. Målet med meldingen var å tilby tjenester som var tilpasset brukernes behov, tjenestene skulle være mer tilgjengelige og kvaliteten skulle bedres. Det ble også rettet fokus på brukermedvirkning hvor pasienten skulle trekkes aktivt med i planlegging.

Denne meldingen ble etterfulgt av Stortingsproposisjon 63 (1997-98) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Her blir det slått fast at behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser skulle styrkes i perioden, og at tjenestene primært skulle gis i pasientens hjemkommune. Det fokuseres også på forebygging av psykiske lidelser, og som i Stortingsmeldingen er brukernes innflytelse og medvirkning sentralt. Målet med opptrappingsplanen var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der

brukerperspektivet skulle stå i fokus. Etter en evaluering ble planperioden utvidet med 2 år, fram til 2008 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a).

Som følge av myndighetens krav har det psykiske helsevesenet blitt omorganisert og institusjoner og psykiatriske sykehus har blitt nedbygget. Deinstitutionaliseringen må ses som et resultat av et samspill mellom økonomi, ideologiske endringer og faglige endringer (Ekeland, 2011). Deinstitutionalisering og nedbygging førte til færre institusjoner og sterkt redusert antall sengeplasser. I stedet for isolasjon og ekskludering av pasienter med psykiske lidelser ønsket man ved hjelp av desentraliseringen økt sosial integrasjon (Norvoll, 2002). Fokuset ble endret fra individrettet behandling i institusjon til at mennesker skulle få hjelp i sitt nærmiljø. Det skjedde et skifte fra utstøting og segregering til deltakelse og inkludering. Mennesker med psykiske lidelser skulle nå hovedsakelig behandles og integreres i sitt nærmiljø (St.prop. nr. 63 (1997-1998)). Institusjonsopphold må ses på som en del av en prosess med ulike tilbud som strekkes over tid. Institusjonen er en midlertidig instans, hvor en etter utskrivelse vil få videre oppfølging som for eksempel tilpasset arbeid, bolig, støttekontakt, aktivitetstilbud og lignende (St. meld. nr. 25. (1996-97)). På tross av at pasientene oppholder seg på institusjonen i kortere tid, kan dette oppholdet være av stor betydning for personens vekst og utvikling. Det overordnede målet med Opptrappingsplanen var å gi mennesker med psykiske lidelser muligheten til å leve et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Hjelpetilbudet ble i større grad fokusert på pasientrettigheter, brukervedvirkning og autonomi (Henriksen m.fl. 2011).

2.5.2 Lover og regelverk

Snoek og Engedal (2008) påpeker hvordan vi som følge av utviklingen av velferdssamfunnet har fått en holdningsendring som gjør at vi i dag, i langt større grad enn før, legger vekt på individets autonomi. Sterkere fokus på individets selvbestemmelse viser seg gjennom økt fokus på brukernes medvirkning i tjenestetilbudene.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som handler om at brukerne skal få innflytelse. På individnivå handler brukermedvirkning om at brukeren av et tjenestetilbud skal få innvirkning i forhold til dette (Sosial- og helsedirektoratet 2006b). Lovverket skaper retningslinjer og gir brukerne rettigheter. Det økte fokuset på brukermedvirkning i sentrale dokumenter var en bakgrunn for innføring av individuell plan som en lovbestemt rettighet. Mennesker med

psykiske lidelser kan ha behov for flere tjenester fra ulike instanser og tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer (Sosial- og helsedepartementet, 2001).

I lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, psykisk helsevernloven, er individuell plan en rettighet pasientene har. Institusjonene er pålagt å utarbeide individuelle planer for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester (Psykisk helsevernloven § 4-1, Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, Helse- og omsorgstjenesteloven §7-1, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, Lov om sosiale tjenester i NAV §28). Hensikten er at pasienten ikke lenger skal være en kasteball i systemet, men få et helhetlig og individuelt tilpasset behandlingsopplegg. Den individuelle planen skal inneholde en oversikt over tjenestetilbudene pasienten har behov for, samt klargjøre ansvarsforholdene. Pasienten skal selv være med i planleggingen og det legges stor vekt på brukermedvirkning gjennom hele prosessen (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Individuell plan skal være et arbeidsredskap for å samordne tjenester og et virkemiddel for å gi den enkelte et helhetlig tilbud, samtidig som det er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning.

2.6 INDIVID OG FELLESSKAP

Desentralisering har ført til at flere får behandling i sitt nærmiljø. De fleste som får hjelp på institusjoner bor der i kortere tid, og livet deres befinner seg hovedsakelig utenfor institusjonen, ikke innenfor som var vanligere før. Slike endringer vil også medføre endringer i miljøterapien, og behandlingen må derfor tilpasses dette. Øye og Skorpen (2010) viser at den miljøterapeutiske behandlingen har blitt mer rettet mot enkeltindividet. Tiltakene som iverksettes er i stor grad knyttet til enkeltpersoner, ikke mot kollektivet og miljøet som opprinnelig var tanken med de terapeutiske samfunn. Fellesaktivitetene får mindre oppmerksomhet, og de fleste kollektive fenomener er knyttet til den faste organiseringen av hverdagen, hovedsakelig til faste rutiner som måltider og enkelte felles aktiviteter.

Den mer individrettede miljøterapien medfører at man mister mye av kraften og effekten som fellesskapet eller kollektivet kan gi, og Øye og Skorpen (2010) mener at det sterke individfokus kan medføre at fellesskapsopplevelsen forsvinner. De konkluderer med at det er viktig at dagliglivet organiseres og tilrettelegges på en måte som ivaretar enkeltindividet, men samtidig også utnytter mulighetene som ligger i det sosiale fellesskapet.

3.0 METODE

Metode betyr opprinnelig ”veien til målet” (Kvale og Brinkman, 2009). Jeg vil i denne delen vise den veien og skrittene jeg har tatt for å få kunnskap om pasienters erfaringer med miljøterapi. I første del av kapittelet presenteres de metodologiske valgene jeg har tatt, dette inkluderer valg av forskningsmetode og datainnsamling. Videre ser jeg på rekruttering av informanter, utforming av intervjuguide og gjennomføring av undersøkelsen. Deretter beskrives analyse- og tolkningsprosessen, hvor jeg også drøfter forhold som har hatt innvirkning på resultatene. Avslutningsvis gjøres en etisk og metodisk refleksjon.

3.1 KVALITATIV METODE

Ved å bruke kvalitative forskningsmetoder har man mulighet til å gå i dybden for å forstå hvordan den enkelte opplever sin tilværelse. Kvalitative metoder er virksomme når man ønsker å vite mer om ”...menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger” (Malterud, 2011, s. 27). Da hensikten med min studie var å få tak i pasienters erfaringer og opplevelser med miljøterapi, i tillegg til den personlige variasjonen var det mest hensiktsmessig å bruke en kvalitativ tilnærming.

Målet med kvalitative metoder er å utforske meningsinnhold i fenomener slik det oppleves av de involverte. Kvalitative metoder har til hensikt å gå i dybden, mens kvantitative metoder vektlegger å gå i bredden (Thagaard, 2009). De kvantitative metodene forholder seg hovedsakelig til mange enheter og til det som kan måles og systematiseres gjennom statistiske metoder (Thornquist, 2003; NEM, 2005). Målet er å få kunnskap om fordeling og omfang gjennom analyser av talldata hvor resultatene gis i form av tabeller og diagrammer. Hensikten med kvalitativ forskning er derimot å få en helhetlig forståelse av få objekter. Kvalitative metoder er godt egnet for å finne ut mer om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Thornquist, 2003; Malterud, 2011). Datamaterialet i kvalitative tilnærminger består hovedsakelig av tekst og resultatene gis i form av kategorisering av meningsinnhold og sitater (Carlsen m.fl., 2009; Thornquist, 2003; Malterud, 2011). Gjennom kvalitative metoder har en mulighet til å få en dypere forståelse av fenomener og opplevelser. ”En søker altså å bidra til økt forståelse for særtrekk, mønstre og sammenhenger som gjør seg gjeldene på det aktuelle forskningsfelt” (Thornquist, 2003, s. 205).

3.2 VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi, og menneskelig fortolkning, som er den hermeneutiske tilnærmingen (Malterud, 2011). For å få tak i pasienters erfaringer og perspektiv har jeg derfor valgt å benytte meg av hermeneutisk-fenomenologi som vitenskapsteoretisk utgangspunkt i min analyse.

3.2.1 Fenomenologi

Fenomenologien ble introdusert av Edmund Husserl rundt år 1900, og har senere videreutviklet seg i flere retninger (Kvale og Brinkman, 2009; Thomassen, 2006).

Fenomenologien tar utgangspunkt i individets opplevelse og ønsker å oppnå en forståelse av den dypere meningen av denne erfaringen (Thagaard, 2009). En søker å få tak i den subjektive opplevelsen, hvordan verden erfares og oppleves ut i fra de studertes perspektiv (Thagaard, 2009; Thomassen 2006). Målet med undersøkelsen er å finne fram til den underliggende meningen, eller kjernen av denne opplevelsen for å få en bedre forståelse av fenomenet (Postholm, 2010; Thagaard, 2009).

Som metodisk tilnærming krever fenomenologien at forskeren må legge bort sin forforståelse. Forskeren må se bort fra alle teorier, antakelser og forutsetninger han måtte ha, og forsøke å ha et så åpent og fordomsfritt sinn som mulig når et fenomen studeres. På den måten vil det være mulig å få undersøkt selve fenomenet, og å nå frem til det særegne ved det (Thomassen, 2006). Forskerens forutinntatte meninger og teorier skal ikke være styrende for analysen, det er de intervjuedes stemme som skal frem. Tanken er at man gjennom å sette forforståelsen i parentes skal nå fram til en sann oppfatning av virkeligheten slik den fremtrer for mennesket (ibid.). Det essensielle er med andre ord å skape en forståelse av det individuelle og subjektive perspektivet.

For å få innsikt i pasienters opplevelse av miljøterapi har jeg forsøkt å fange den individuelle opplevelsen, samtidig som jeg også har forsøkt å få tak i den generelle opplevelsen ved å se på sammenhenger og fellestrekk.

3.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk kommer fra det greske ordet *hermeneuein* som betyr å tolke eller fortolke (Thomassen, 2006). Å fortolke er et forsøk på å klargjøre eller gi mening til det som studeres, som på overflaten kan framstå som uklart eller uforståelig. Gjennom fortolkningen forsøker forskeren å finne fram til en underliggende mening, eller gi klarhet i noe som fremstår som uklart (Gilje og Grimen, 1993).

Hermeneutikken handler med andre ord om fortolkning og forståelse av mening. Mennesker fortolker hele tiden inntrykk ved å tillegge handlinger og fenomener mening. En grunntanke i hermeneutikken er at vi ikke kan møte verden forutsetningsløst, vi vil alltid forstå noe på bakgrunn av visse forutsetninger (Gilje og Grimen, 1993). Det finnes ingen ”objektiv viten” som kan vurderes uavhengig av situasjonen vi befinner oss i. Vår forståelse er farget av forestillinger, tanker og handlemåter fra fortiden. Disse er en del av konteksten vi lever innenfor, men blir endret og tilpasset dagens situasjon (Thomassen, 2006).

Et hovedpunkt i hermeneutikken er den *hermeneutiske sirkel*, eller den *hermeneutiske spiral*, som kort sagt handler om at vi må forstå helheten ut i fra delene og delene ut i fra helheten. Når vi forstår en del vil det ha innvirkning på forståelsen av helheten. Den nye forståelsen kan videre føre til at de ulike delene ses på en ny måte som kan føre til en ny forståelse, og dermed påvirke helhetsforståelsen (Thornquist, 2003). Forståelsen utvikles med andre ord gjennom en bevegelse frem og tilbake mellom del og helhet i materialet vi forsøker å forstå, slik at vi på den måten kan få en dypere meningsforståelse. I analyse og tolkning vekslet jeg hele tiden mellom de ulike delene og helhet. Da delene gav meg ny forståelse, så jeg helheten på en ny måte, som videre ga en ny forståelse av delene. Dette førte til ny innsikt og en dypere forståelse.

Et grunnprinsipp i hermeneutikken er at fenomener bare kan forstås ut i fra den sammenhengen de er en del av (Gilje og Grimen, 1993). Dette var noe jeg hele tiden forsøkte å være bevisst på i min studie.

3.2.3 Hermeneutisk-fenomenologi

Mens fenomenologi handler om å beskrive menneskers opplevelser og erfaringer, dreier hermeneutikk seg om fortolkning av mening (Kvale og Brinkman, 2009). Jeg har valgt å

bruke en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming slik at jeg kan kombinere hermeneutikkens fortolkningsmuligheter med fenomenologiens fokus på enkeltmenneskets opplevelse og erfaring, i dette tilfellet knyttet til miljøterapi (Thagaard, 2009; Thomassen 2006). Jeg bruker den fenomenologiske beskrivelsen som utgangspunkt for den hermeneutiske tolkningen.

3.3 UTVALG OG REKRUTTERING

Det var nødvendig at informantene i min studie hadde erfaring fra miljøterapi for å kunne dele av sin kunnskap, slik at jeg i neste omgang kunne besvare studiens forskningsspørsmål.

Inklusjonskriteriene var at informantene hadde totalt minst ett års erfaring med miljøterapi fra psykiatriske institusjoner gjennom alle innleggelses og reinnleggelses. Jeg hadde ikke krav om bestemte diagnoser og lidelser da dette ikke var relevant for studiens problemstilling. Siden fokuset var på voksne pasienter, hadde jeg som krav at informantene måtte være mellom 23 og 67 år. Det var også nødvendig at informantene hadde samtykkekompetanse og innsikt i egen sykdom for å kunne besvare spørsmålene. Å velge informanter ut fra visse kriterier eller egenskaper kalles strategisk utvalg. Dette innebærer at informanter blir valgt på bakgrunn av egenskaper eller kvaliteter som er relevante i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2009).

Ettersom informantene i min studie ville være pasienter innenfor psykisk helsevern, var det hensiktsmessig å kontakte DPS og andre psykiatriske institusjoner for å komme i kontakt med potensielle informanter. Jeg kontaktet enhetsledere og FoU- ansvarlige⁴ per telefon hvor jeg informerte om min masterstudie og spurte om de kunne være hjelpelige med rekruttering av informanter. Jeg var i kontakt med flere institusjoner som valgte å takke nei til deltakelse, enten på grunn av allerede pågående prosjekter, manglende aktuelle informanter, eller fordi godkjenning av studien ikke var i orden. På flere av institusjonene tok det lang tid før jeg fikk endelig avklaring, noe som medførte venting på deres beslutninger. Det viste seg derfor at rekrutteringen var mer tidkrevende og vanskeligere enn jeg hadde antatt på forhånd. Jeg fikk til slutt positiv tilbakemelding fra to institusjoner. Alle informantene ble valgt ut av avdelingsleder på bakgrunn av inklusjonskriteriene, og kun de som oppfylte kriteriene ble informert om studien. En av informantene i studien var ikke innlagt, men var dagpasient 3- 4 dager i uken. Vedkommende oppfylte derfor ikke utvalgs-kriteriene, men jeg vurderte det slik

⁴ Forskning- utviklingsansvarlig

at selv om informanten på nåværende tidspunkt ikke var innlagt hadde han erfaring fra de miljøterapeutiske tiltakene han deltok i på dagtid. På den måten hadde han like godt grunnlag for å svare på spørsmålene jeg ønsket å få besvart som de informantene som var innlagt.

Framgangsmåten til rekrutteringen var litt forskjellig i de to tilfellene. På det ene stedet ble den konkrete muntlige presentasjonen av studien utført av ansatte. De potensielle deltakerne i målgruppen fikk i tillegg også skriftlig informasjon om forskningsprosjektet, via informasjonsskrivet (se vedlegg 1), hvor de skriftlig måtte bekrefte om de ønsket å delta. Da samtykke hadde blitt gitt tok jeg senere kontakt for å avtale intervju. På den andre institusjonen hadde ledelsen funnet fire aktuelle kandidater, hvor to hadde blitt forespurt om de ønsket å delta, mens to av kandidatene ikke hadde det. I disse tilfellene var det jeg som informerte om studien og foretok den konkrete forespørselen om deltakelse.

Alle informantene leverte et skriftlig, informert samtykke etter å ha lest informasjonsskrivet. Informasjonen inneholdt blant annet opplysninger om studiens hensikt, fordeler og ulemper ved deltakelse, hvor også deltakernes mulighet til å trekke seg ble understreket. Utvalget i studien bestod av fire menn og tre kvinner, i aldersgruppen 23-37 år.

3.4 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU

Et intervju gjør det mulig å gå i dybden av det en ønsker å undersøke. ”Formålet med et intervju er å fremskaffe fyldig og beskrivende informasjon om hvordan andre mennesker opplever ulike sider ved sin livssituasjon” (Dalen, 2011, s. 13). Intervju er en metode som er godt egnet for å få tak i informantens erfaringer, tanker og følelser, samt synspunkt og perspektiv på temaer som tas opp i intervjuet (Dalen, 2011; Kvale og Brinkman, 2009; Thagaard, 2009). Dette samsvarer med målet for min undersøkelse, og det var derfor hensiktsmessig å bruke intervju som datainnsamlingsmetode. I denne studien har datamaterialet blitt innhentet gjennom syv individuelle semistrukturerte intervjuer der pasientenes erfaringer var i fokus. At intervjuet er semistrukturert, eller halvstrukturert, innebærer at det verken er en fri samtale eller har en fastlagt struktur i form av et spørreskjema (Kvale og Brinkman, 2009). Intervjuguiden betraktes derfor som foreløpig og modifiserbar ved gjennomføringen av intervjuene. En slik struktur gjør det mulig å endre rekkefølge av spørsmål i henhold til informantens svar, samt stille relevante oppfølgingsspørsmål til det som blir formidlet.

Gjennom å intervju pasienter fikk jeg innblikk i deres liv, forståelse, opplevelse og erfaring med miljøterapi. Dette hjalp meg til å forstå miljøterapi ut i fra deres perspektiv, men mine erfaringer og bakgrunn vil også kunne påvirke hvordan jeg forstår informantenes opplevelser. Min kjennskap til det som studeres vil kunne gi god innsikt i informantenes situasjon, og kan i tillegg være viktig for forståelse og tolkning av denne. Samtidig kan min kunnskap om miljøterapi gjøre meg mindre oppmerksom på det som ikke stemmer med mine erfaringer. Bakgrunnen, eller forforståelsen min vil sannsynligvis være med på å farge studien. Fortolkninger jeg gjør kan være styrt av min forforståelse, og tolkninger kan utvikles i forhold til mine erfaringer.

I en intervjusituasjon er maktforskjellene tydelige. Det er forskeren som definerer samtalen ved å introdusere temaer og spørsmål, mens informanten svarer (Kvale og Brinkman, 2009). Det er hovedsakelig informanten som må dele av seg selv og sine erfaringer, noe som kan ha virket inn på intervjusituasjonen. Samtidig kan min tilstedeværelse og væremåte ha påvirket informantene og svarene de gav. Samspillet mellom forsker og informant vil derfor være av betydning for hvilken informasjon som formidles (Thagaard, 2009).

3.4.1 Intervjuguide

Etter at hensikt og metode for undersøkelsen ble valgt, startet prosessen med å utforme en intervjuguide. En intervjuguide kan ses på som et slags manuskript for intervjuet, som kan følges mer eller mindre stramt (Kvale og Brinkman, 2009). Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av studiens problemstilling, med henblikk på å besvare denne. Jeg startet med å finne overordnede temaer jeg ønsket å få mer kunnskap om, og formulerte spørsmål ut i fra disse. Jeg forsøkte å formulere mest mulig åpne spørsmål slik at informanten kunne snakke mest mulig fritt, samtidig som det kunne gi meg rik og nyansert informasjon.

I neste omgang ble rekkefølge på spørsmålene vurdert. Rekkefølge av spørsmål og temaer i intervjuguiden kan ha stor innvirkning på hvordan intervjuet forløper. Da det kvalitative forskningsintervjuet ofte omfatter personlige temaer kan det være hensiktsmessig å begynne med mer nøytrale temaer, før en gradvis går over til temaer av mer personlig og følelsesmessig karakter og avslutter med mindre emosjonelle tema (Thagaard, 2009). Dette var noe jeg tok hensyn til når intervjuguiden ble utformet. Tanken var at de innledende

spørsmålene skulle bidra til at informanten følte seg komfortabel i situasjonen. Etter hvert ble spørsmålene rettet mot de mest sentrale temaene, for så å avslutte med et spørsmål hvor informanten skulle beskrive en behandlingsmessig drømmesituasjon, se vedlegg 2.

Spørsmålene og rekkefølgen ble også gjennomgått sammen med veileder, som førte til noen endringer. Jeg bad også noen av kontaktpersonene på de aktuelle institusjonene om å gi tilbakemelding på intervjuguiden, før intervjuene ble gjennomført, noe som medførte mindre justeringer.

Intervjuguiden ble brukt som en ledetråd gjennom intervjuene, hvor strukturen også muliggjorde variasjon. Den ble ikke fulgt til punkt og prikke da spørsmålene endret seg og ble tilpasset møtet med hver enkelt informant. Målet var å få kunnskap om deres opplevelser og få tak i deres synspunkt, og spørsmålene måtte følgelig tilpasses den enkelte intervjusituasjon. Temaene for hvert intervju var de samme, men fokus og rekkefølge på spørsmålene kunne variere noe fra intervju til intervju.

3.4.2 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i perioden februar og mars 2012. Alle intervjuene fant sted på et samtalerom og lignende på institusjonen hvor pasienten var innlagt. Dette fordi det var mest praktisk, men også fordi dette var kjente omgivelser for informantene. Hvert intervju ble gjennomført med utgangspunkt i intervjuguiden, og hadde en varighet på alt i fra 30 minutter til to timer.

Rommene hvor intervjuene fant sted var innredet med stoler eller sofagrupper. Jeg forsøkte å skape en tillitsfull atmosfære ved å småprate litt før vi begynte, og tilbydde også en liten matbit. Jeg opplevde at informantene slappet av og virket komfortable i intervjusituasjonen. De virket ikke nervøse eller utilpass, og jeg opplevde at det var enkelt å få i gang intervjuet.

For å skape en mest mulig avslappet stemning startet jeg hvert intervju med fortelle om meg selv, om studien og om taushetsplikt og anonymisering, videre fulgte en gjennomgang av informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet. En gjennomgang av dette var en måte å forsikre meg om at informantene forstod hva deltakelsen ville innebære og at det var en felles forståelse angående dette, samt for å sikre at de fortsatt ønsket å delta. Det ble også formidlet

at dersom det var noen spørsmål de ikke ønsket å svare på, så var det bare å si fra. Det ble informert om hvordan deres anonymitet skulle sikres og hensikten med forskningen. Jeg opplyste også om at det kunne hende jeg noterte noe underveis i intervjuet. Dette ble eventuelt gjort for å ikke glemme noe jeg ville følge opp på et senere tidspunkt. Etter at informasjonen var gitt fikk informantene anledning til å stille eventuelle spørsmål. Ingen av informantene hadde spørsmål før intervjuene startet.

I undersøkelsen ble intervjuene tatt opp på en digital diktafon. Dette ble informert om i informasjonsskriv, samtykkeskjema og før intervjuene startet. For meg virket det ikke som informantene ble forstyrret av opptaksutstyret.

I intervjuet ble det tatt utgangspunkt i spørsmålene fra intervjuguiden, men den ble ikke fulgt slavisk. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål til det informantene fortalte underveis for å få en bedre forståelse av informantenes perspektiv, samt for kontrollere om jeg hadde forstått dem riktig. Jeg merket at jeg ved de første intervjuene var mer bundet til intervjuguiden, men kunne etter hvert frigjøre meg mer. I tråd med en hermeneutisk forståelse vil erfaringer fra et intervju kunne påvirke det neste. De bygger på hverandre og kan på den måten være med på å danne grunnlag for en mest mulig helhetlig forståelse. Intervjuet fungerer som en hermeneutisk prosess på den måten at jeg som intervjuer tolker informantenes utsagn fortløpende. Min forståelse sjekkes ut med informanten og jeg kommer med oppfølgingsspørsmål til det som blir fortalt. Det skjer med andre ord en tolkning allerede mens intervjuet foregår. Som Malterud (2011) sier farges beskrivelser alltid av tolkninger og tolkninger bygger på beskrivelser. På samme måte som forskeren gjør tolkninger underveis har informantene gjort fortolkninger på bakgrunn av de erfaringer og opplevelser som de velger å beskrive.

Samspill mellom intervjuer og informant spiller en stor rolle i kvalitative studier (Malterud, 2011). Individuelle intervjuer kan skape trygghet og fortrolighet, noe som kan være viktig for at informanten skal dele av seg selv og fortelle åpent om sine erfaringer (Thagaard, 2009). Gjennom intervjuet forsøkte jeg å skape en tillitsfull og trygg atmosfære ved å formidle interesse og være oppmerksom. Dette gjorde jeg gjennom å gi blikkontakt, nikk, korte kommentarer, uttrykke støtte og å stille oppfølgende spørsmål til det som ble sagt. Det at intervjuene ble utført på deres arena, kan også ha bidratt til å øke deres trygghet i intervjusituasjonen. Jeg oppfattet samspillet mellom meg og mine informanter som positivt.

Dette inntrykket fikk jeg ved å tolke deres kroppsspråk, samtidig som deres svar på spørsmålene indikerte at de ikke hadde vanskeligheter med å dele sine erfaringer med meg. Intervjuene hadde i de fleste tilfellene preg av et mer uformelt samtaleintervju, men enkelte av samtalen var i større grad preget av en intervjukarakter enn andre. Dette da noen ikke snakket så mye fritt, men i større grad svarte på det som ble etterspurt. Informantene fikk på slutten av intervjuet mulighet til å tilføye informasjon dersom det var noe viktig som ikke hadde blitt tatt opp eller som de opplevde ikke hadde fått tilstrekkelig fram gjennom de foregående spørsmålene.

Etter at intervjuet var ferdig og opptakeren avslått, hadde vi en debriefing om pasientens opplevelse av å bli intervjuet og refleksjoner rundt dette. Informantene gav uttrykk for at det hadde vært greit og at de hadde fått sagt mye. Noen fortalte at de synes det var litt ukomfortabelt med diktafonen i starten, men at de etter hvert ikke tenkte mer over den.

Ved debriefingen ble også informantene bedt om å henvende seg til sin kontaktperson ved behov. Dette for å sikre ivaretagelse av deres behov, og for at de kunne snakke med noen som kjente dem hvis det var noe som kom opp i løpet av intervjusituasjonen de trengte å prate med noen andre om. Informantene fikk også tilbud om å lese det transkriberte intervjuet i etterkant dersom de ønsket, noe samtlige informanter avslo.

Et av intervjuene ble avbrutt da informanten fikk telefon fra familien om at de hadde kommet på besøk. Intervjuet måtte derfor avsluttes da det gjenstod to spørsmål. Jeg har likevel valgt å ta med dette intervjuet i datamaterialet mitt da vedkommende hadde mye informasjon å komme med, i tillegg til at jeg allerede hadde fått litt opplysninger som omhandlet temaene i de spørsmålene som gjenstod.

3.5 DATAANALYSE

3.5.1 Transkribering – fra tale til skriftlig tekst

Transkribering er en tidkrevende prosess som innebærer å gjøre tale om til skriftlig tekst (Malterud, 2011). Jeg transkriberte selv intervjuene. Dette ble gjort kort tid etter at intervjuene ble gjennomført for å ha intervjusituasjonen ferskt i minne. Ifølge Malterud (2011) er det en fordel at forskeren gjør transkripsjonene selv. Grunnen til dette er at vedkommende muligens vil kunne huske elementer fra intervjuet som kan være nyttig for tekstens mening, i tillegg til

at en får en grundig gjennomgang og kjennskap til datamaterialet. Til sammen utgjorde det transkriberte materialet 156 sider med tekst.

Jeg valgte å transkribere intervjuene på bokmål for å sikre informantenes anonymitet. Eventuelle dialekter ble skrevet om og jeg forsøkte å skrive så ordrett som mulig da det var informantens stemme som skulle frem. Det var også viktig å skrive intervjuene mest mulig ordrett for å bevare det opprinnelige innholdet. Emosjonelle aspekter som latter ble markert, da det sier noe om stemningen og samspill mellom meg og informantene (Malterud, 2011). Små ord som ”eh” og ”hm” ble ikke markert, da de ble ansett som uviktige for å besvare studiens forskningsspørsmål. Pauser på mer enn 5 sekunder ble gjengitt i teksten.

Ved transkriberingen viste det seg at det var enkelte ord som var vanskelig å oppfatte og som jeg ikke klarte å fange opp, selv etter mange gjennomganger. Lydkvaliteten på opptakene var generelt god, men stemmevolum og dialekt gjorde det noen ganger vanskelig å få tak hva som ble sagt. På tross av at jeg ikke hørte hva som ble sagt var det likevel mulig å forstå hovedinnholdet i budskapet som informanten formidlet.

3.5.2 Analysering og tolkning

Analysen handler om å få en forståelse av dataene (Thagaard, 2009). Det handler om å systematisere og å finne mønster for å gjøre materialet tilgjengelig for tolkning. Målet med analysen er å få tak i deltakernes synspunkt og få kunnskap om informantenes erfaringer. På bakgrunn av deres beskrivelser skal en komme fram til kjernen eller essensen i det opplevde fenomenet, som i dette tilfellet er miljøterapi (Postholm, 2010).

Analyseprosessen innebærer at helheten blir inndelt og omorganisert i mindre deler for å analyseres. Postholm (2010) understreker at målet ikke er å få økt forståelse av de ulike delene, men at en bedre forståelse av delene kan lede til en dypere og bedre forståelse av helheten. De ulike delene analyseres med andre ord for å oppnå en bedre helhetlig forståelse, noe som kan ses i sammenheng med den hermeneutiske spiral, hvor en i analysen veksler mellom å se på deler og helhet i datamaterialet.

3.5.3 Systematisk tekstkondensering

I analysen av datamaterialet benyttet jeg metoden systematisk tekstkondensering som utføres i en firetrinns prosess. Det første trinnet handler om å få et bilde av helheten, i det neste skal en finne meningssamlinger, eller såkalte meningsbærende enheter, videre skal det vesentlige innholdet i enhetene trekkes ut og til slutt skal betydningen av disse sammenfattes i hovedkategorier (Malterud, 2011). Metoden gir en strukturert beskrivelse av framgangsmåten, noe jeg opplevde som viktig siden jeg ikke har noe særlig erfaring med kvalitativ analyse fra tidligere. Nedenfor presenteres de ulike trinnene og min framgangsmåte i analysen. Det er viktig å påpeke at trinnene gikk noe over i hverandre og tidvis overlappet hverandre.

Den første målsettingen er å få en oversikt over materialet. Jeg leste derfor gjennom hvert intervju flere ganger for å få en mest mulig helhetlig forståelse før jeg gikk i gang med selve analysen. Her var fokuset rettet mot å få et bilde av helheten, noe som gjorde at detaljer ikke ble viet noe særlig oppmerksomhet i denne omgang. Mot slutten begynte jeg å oppsummere mine inntrykk og laget en liste over foreløpige temaer som trådte frem i datamaterialet (Malterud, 2011).

I analysens andre del skulle meningsbærende enheter identifiseres. Dette innebærer å gå systematisk gjennom de transkriberte intervjuene og skille ut tekst som er relevant for å belyse problemstillingen. Det er tekst som omhandler temaene fra første fase som tas ut, og som dermed danner grunnlaget for meningsenhetene. Systematiseringen og merkingen av de meningsbærende enhetene kalles koding. Denne prosessen handlet om å markere og å klassifisere de meningsbærende enhetene i teksten, som var i samsvar med de foreløpige temaene fra forrige trinn. Hver tekstbit som omhandlet det samme fikk en kode.

I den tredje fasen handler det om å trekke ut mening fra de meningsbærende enhetene. For å få bedre oversikt tok jeg teksten som var knyttet til problemstillingen og organiserte den i et eget dokument. Jeg gikk gjennom intervjutekstene flere ganger og tok ut det som var relevant for problemstillingen. Jeg grupperte sitater og tekstdeler som hadde samme meningsinnhold under én kategori. Videre sorterte jeg noen inn i underkategorier. Denne fremgangsmåten innebærer en form for dekontekstualisering hvor teksten tas ut av sin opprinnelige sammenheng og ses sammen med andre beskrivelser som omhandler det samme (Malterud, 2011). Denne prosessen følger prinsippet fra den hermeneutiske spiral, hvor en tar ut deler av

teksten og setter den inn i en ny sammenheng. Underveis ble kategoriene endret og justert. Noen overlappet hverandre og ble derfor slått sammen, mens andre ble delt. I starten var for eksempel relasjon først en underkategori til personal, men ble etter hvert omgjort til en egen hovedkategori. Trygghet som var en egen hovedkategori ble endret til å bli en underkategori til relasjon. Støtte og utfordre var en av underkategoriene til personal, men ble gjort om til underkategorien oppfølging. Jeg endte til slutt opp med fire kategorier, hvor tre av dem hadde tilhørende underkategorier. Kategoriene er:

- Aktivitet
 - tidsfordriv
 - distraksjon
 - medbestemmelse i hverdagen

- Personal
 - tilgjengelighet
 - samtalepartner
 - oppfølging
 - kvaliteter ved fagpersoner

- Relasjon
 - tid, tillit og trygghet

- Fellesskap

Det siste trinnet i systematisk tekstkondensering handler om å sammenfatte betydningen av de ulike delene. Her skal en rekontekstualisere bitene mot helheten i datamaterialet, og vurdere om det dekontekstualiserte materialet fortsatt stemmer overens med sammenhengene det ble hentet fra. Dette innebar å vurdere meningsinnholdet i temaene opp i mot problemstilling og datamateriale. I denne fasen jobbet jeg også med å finne illustrerende sitater (Malterud, 2011). Dette trinnet i analysen danner grunnlaget for presentasjonen av studiens funn, som jeg kommer nærmere inn på i kapittel 4. Her blir materialet satt sammen til en tekst som sammenfatter det informantene fortalte i intervjuene.

3.6 FORFORSTÅELSE

Fenomenologien stiller krav om at man skal være forutsetningsløs i møte med dataene. Dette er egentlig uopnåelig og en vil alltid ha visse forutsetninger. Det har vært viktig å være klar over min egen innflytelse og å tydeliggjøre denne, slik at jeg kunne formidle informantenes erfaringer mest mulig objektivt. Gjennom å være bevisst egen forforståelse kan en også være mer åpen i møtet med datamaterialet (Malterud, 2011).

Forforståelsen kan påvirke oss bevisst og ubevisst (Gilje og Grimen, 1993). Den er blant annet med på å styre valg, handlinger og tolkninger som gjøres i løpet av forskningsprosessen (Hummelvoll, Andvig og Lyberg, 2010). Min forforståelse er preget av mange forhold. Jeg har blitt påvirket av kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom teori og utdannelsesbakgrunn, i tillegg til kunnskap jeg har fått gjennom arbeidserfaring og praksis. Jeg er utdannet sosionom og har min faglige bakgrunn fra sosialt arbeid. Jeg har jobbet med miljøterapi innenfor psykisk helsevern og har ofte undret på hva pasientene tenker om denne behandlingsformen. Anser de miljøterapi som en del av behandlingen, eller ser de bare på tilbudene som tidsfordriv og sosiale aktiviteter? Hva mener pasientene fungerer, eller opplever de miljøterapi som virkningsfullt i det hele tatt? Selv mener jeg miljøterapi er en viktig del av behandlingen som gis til pasienter som har psykiske lidelser. Det er en behandlingsform som fokuserer på relasjoner, samhandling med andre og deltakelse i et fellesskap. I miljøet er det mulighet til å øve på sosiale ferdigheter, få mestringsopplevelser og økt selvtillit. Alt dette er viktige elementer for den psykiske helsen som ingen medikamenter kan gjøre noe med. Samtidig som forforståelsen min har preget mitt valg av tema, har den også påvirket fokuset jeg ønsket å ha, og dermed spørsmålene som ble utformet i intervjuguiden. Dette hadde videre påvirkning på datamaterialet jeg fikk og måten det ble tolket og analysert på (Postholm, 2010).

Fordelene med min erfaring fra praksisfeltet var at jeg hadde innsikt i hvordan informantenes hverdag kunne fortone seg og en god forståelse for deres opplevelser. Dette gjorde at jeg fikk en umiddelbar forståelse av det som ble formidlet, og på bakgrunn av dette kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål til det som ble fortalt. Dette kunne også bidra til å skape tillit og en gjensidig forståelse i møtet med informanten, noe som videre kunne være viktig for etablering av en relasjon.

Samtidig kan kunnskapen min på området også være en utfordring ved analysearbeidet, da en skal forsøke å distansere seg fra egne erfaringer. En potensiell fare er at erfaringen min kan være med på å farge forståelsen og føre til at jeg overser alternative måter å se og tolke informantenes utsagn på. Kjennskap til feltet kan dermed være både en fordel og en ulempe (Thagaard, 2009). For å redusere de negative sidene forsøkte jeg hele tiden å være oppmerksom og bevisst på min forforståelse slik at jeg kunne lese mitt materiale med et mest mulig åpent sinn. Målet var at materialet fra informantene skulle presenteres så objektivt som mulig, og gjennom å bruke sitater fra informantene har deres stemme blitt synliggjort.

Mine erfaringer har blitt en del av meg og måten jeg tenker på, og disse erfaringene kan dermed aldri legges helt bort. De har bidratt til ønsket om å gjøre denne studien og samtidig satt sitt preg på den. Dersom andre forskere med en annen erfaringsbakgrunn hadde tatt utgangspunkt i mitt datamateriale er det mulig at de hadde gjort andre funn. Det kan også tenkes at forskere med en annen faglig bakgrunn hadde valg et annet vitenskapsteoretisk utgangspunkt og en annen metodisk tilnærming til temaet.

3.7 VALIDITET OG RELIABILITET

Validitet handler om en metode undersøker det den er ment å undersøke, mens reliabilitet dreier seg om dette er gjort på en nøyaktig og pålitelig måte (Kvale og Brinkman, 2009).

3.7.1 Validitet

Validitet knyttes til tolkning av data, og gyldigheten til tolkningene som gjøres (Thagaard, 2009). Når en skal se på validiteten i forskningsresultater skiller det ofte mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om i hvilken grad de metodene og verktøyene som er brukt er egnet til å gi gyldige svar på fenomenet som undersøkes (Malterud, 2011). Dette omhandler for eksempel om spørsmålene stilles noenlunde likt til informantene slik at de har omtrent den samme oppfattelsen av hva som etterspørres. Relevans i forhold til metodevalg er sentralt for vurdering av validitet. Ut i fra begrunnelser som tidligere er gitt i dette kapitlet ble kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervjuer ansett som hensiktsmessig for å besvare studiens forskningsspørsmål. Da tiden til å gjennomføre studien på er begrenset, muliggjorde intervju en mer avgrenset og konsentrert datainnsamling. Andre metoder som

deltakende observasjon i tillegg til intervju ble vurdert, men valgt bort på grunn av tidsmangel.

Ekstern validitet dreier seg om funnenes overførbarhet, om de kan gjøres gjeldene utover den konteksten de har blitt innhentet i (Malterud, 2011). I en kvalitativ studie vil resultatene være preget av informantene som deltar. Det er enkeltbrukernes erfaringer og opplevelser som undersøkes, noe som innebærer at deres synspunkter ikke kan generaliseres til å gjelde alle. Deres ståsted peker likevel på viktige sider ved miljøterapi som kan være gjeldene for flere. I denne studien har det ikke vært et mål å generalisere kunnskapen om pasientenes opplevelse av miljøterapi. Her er det enkelthistorier som er i fokus, og målet har vært å få tak i den enkeltes erfaringer med denne behandlingsformen. Deres opplevelser og erfaringer har likevel en viktig informasjonsverdi og trekkene som går igjen i deres historier vil kunne være gjeldene for flere pasienter som har erfaring fra miljøterapi. Jeg antar at funnene vil ha størst likhet med miljøterapi som anvendes i psykiatriske institusjoner, men kan nok i noen tilfeller også være overførbare til andre fagområder hvor miljøterapi utøves overfor mennesker i en sårbar situasjon.

3.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatene pålitelighet og troverdighet å gjøre (Kvale og Brinkman, 2009). I kvalitative intervjuer er det nærhet mellom forsker og informant, og både forsker og informant vil dermed ha innvirkning på forskningsprosessen (Thagaard, 2009).

I forhold til selve intervjusituasjonen kan svarene eller informasjonen jeg får fra informanten være preget av konteksten, vedkommendes oppfatning av meg og den relasjonen som utvikles i løpet av intervjusamtalen (Thagaard, 2009). I intervjusituasjonen opplevde jeg at jeg fikk en god tone med alle informantene, men noen av intervjuene var i større grad preget av åpenhet fra informantenes side ved at de i større grad delte av seg selv og sine opplevelser. Relasjonen vil derfor kunne være av betydning for utvikling av data, og hvilken informasjon de ønsker å dele. Jeg vil også påvirke intervjusituasjonen ved hva jeg ønsker å undersøke og det kan tenkes at spørsmålene jeg stilte påvirket svarene deres i en bestemt retning og dermed ble ledende. Min forforståelse vil derfor kunne ha innvirkning på informasjonen jeg får, tolkningene som gjøres og dermed også på forskningsresultatene. Jeg har tidligere i oppgaven

klargjort min tilknytning til miljøterapi og forforståelse, noe som er relevant med tanke på reliabilitet.

Forhold ved informanten kan også være av betydning for studiens reliabilitet. Dette kan for eksempel være knyttet til deres hukommelse. Informantene kan ha vansker med å huske tilbake på eksempler fra miljøterapien som har vært av betydning for deres situasjon. Siden miljøterapi er en mindre synlig behandlingsmetode sammenlignet med medikamenter og behandlingstimer med lege og psykolog, vil det kunne være utfordringer i forhold til å merke dens virkninger og dermed uttrykke disse. Det er også en fare for at informantene svarer ut fra det de tror forskeren vil høre, og for å forsøke å unngå dette stilte jeg oppfølgings spørsmål til det som ble sagt. I denne intervjusituasjonen var det også slik at ingen av informantene stod i et avhengighetsforhold til meg på noen måte og det ville derfor være lite tjenlig for dem å svare ut fra deres antagelser om hva jeg ønsket å høre. En annen faktor som kan være av betydning for forskningens pålitelighet er at informantene svarer på deres erfaringer med miljøterapi i henhold til deres forventninger. Det kan være store variasjoner i de enkeltes forventninger og dermed utgangspunktet for hva de vurderer ut i fra.

Reliabiliteten kan også være knyttet til transkripsjon og analyse. Ifølge Malterud (2011) innebærer det alltid en omforming av tale til tekst en fordreining av situasjonen og vil aldri kunne gi et nøyaktig bilde av den virkelige intervjusituasjonen. Dette kan derfor være med på å utfordre reliabiliteten. Intervjuene ble transkribert på bokmål og setningene beholdt stort sett sin opprinnelige form. De ble transkribert ordrett for å sikre så nøyaktige gjengivelser av informantenes formuleringer som mulig. Det kan likevel være en mulighet for at jeg kan ha misforstått, enten ved at deler av materialet ikke ble oppfattet slik det opprinnelig var ment ut fra informantenes perspektiv, eller at uttrykkene kan ha fått en annet meningsinnhold enn det som egentlig var ment. Jeg mener likevel at jeg så langt det har vært mulig, har forstått dem riktig. Dette fordi jeg i løpet av intervjuene oppsummerte deler av informasjonen og forespurte dem om min forståelse av deres mening var riktig. I analysen leste jeg også gjennom datamaterialet flere ganger på ulike tidspunkter for å se om jeg kom fram til de samme vurderingene. Intervju, transkribering og analyse er i tillegg utført av samme person, noe som kan være viktig med tanke på å forsøke å unngå feiltolkninger.

Høy reliabilitet er en forutsetning for at dataene skal ha høy validitet (Kvale og Brinkman, 2009). Jeg har i dette metodekapittelet forsøkt å gi en grundig redegjørelse for

framgangsmåter ved datainnsamling, analyse og tolkning for å forsøke å styrke reliabiliteten, og dermed også validiteten.

3.8 ETISKE REFLEKSJONER

I all forskning må det tas flere etiske vurderinger (Postholm, 2010). Forskningsetiske retningslinjer skal sikre deltakernes personvern og beskytte mot skade av å delta i forskning. De tydeliggjør deltakernes rettigheter og forskerens ansvar (Thagaard, 2009).

Forskningsetiske prinsipper som blant annet presenteres i Helsinkideklarasjonen skal fungere retningsgivende for de forskningsetiske valg som tas (Hummelvoll, Andvig og Lyberg, 2010). Forskning som involverer mennesker må bare utføres dersom fordelene ved deltakelse er større enn ulempene (WMA, 2008). Dette var kanskje spesielt viktig siden utvalget i studien bestod av mennesker med psykiske lidelser, en gruppe som ofte blir regnet som sårbar, og som kan ha manglende eller redusert samtykkekompetanse (NEM, 2005).

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), se vedlegg 3. Den ble også vurdert av Regional etisk komité, men det ble vedtatt at den falt utenfor deres mandat. I tillegg til den formelle godkjenningen gav enhetsledere og eventuelle FoU- ansvarlige på de ulike institusjonene sin støtte til gjennomføring av studien.

Etiske refleksjoner har vært gjennomgående i hele studien. De forskningsetiske prinsippene skissert i Helsinkideklarasjonen og de forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi var hele tiden veiledende for mine valg underveis i forskningsprosessen (WMA, 2008; NESH, 2006). De etiske sidene har kontinuerlig blitt vurdert, både før prosjektet startet, underveis ved intervju og bearbeiding av data, og avslutningsvis ved publisering av studien. Jeg synes det har vært spesielt viktig å reflektere rundt prinsippene som handler om informert samtykke, ikke-skade, anonymitet og frivillighet.

3.8.1 Informert samtykke

Et av de viktigste etiske prinsippene i forskning handler om at deltakeren skal gi et fritt og informert samtykke. Dette kravet er en hovedregel for all forskning som involverer mennesker (NESH, 2006). Fagfolk på institusjonen vurderte samtykkekompetansen til

aktuelle kandidater før de fikk kjennskap til studien og fikk en konkret forespørsel om forskningsdeltakelse. Dette ble gjort for å sikre at informantene hadde forståelse av hva en eventuell deltakelse i forskningen ville innebære, og at de på bakgrunn av informasjon om studien kunne ta en selvstendig avgjørelse om de ønsket å delta eller ikke.

Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien, og ble informert om både fordeler og ulemper, før de gav skriftlig samtykke til deltakelse. De ble i tillegg gjort kjent med at det var frivillig å delta og at de når som helst kunne velge å trekke seg fra undersøkelsen, uten å oppgi noen grunn for det. Før intervjuene startet gikk jeg gjennom informasjonsskrivet med informantene for å sikre at de var klar over hva deltakelsen ville innebære.

3.8.2 Konfidensialitet

Et annet viktig prinsipp er kravet om konfidensialitet som handler om at informasjon som gis skal behandles konfidensielt (NESH, 2006). Dette prinsippet har vært gjeldene i alle faser av studien. Deltakerne ble informert om at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt. Transkriberingen av intervjuene ble gjort på bokmål med hensyn til informantenes anonymitet. I presentasjonen har informantene fått fiktive navn, og stedsnavn og navn på institusjon og andre personidentifiserende opplysninger har blitt omskrevet eller utelatt. Ved bruk av sitater i presentasjonen har jeg til en viss grad valgt å gjøre mindre endringer i teksten. Dette har i hovedsak handlet om å endre på dialekt og andre uttrykksmåter som kan være gjenkjennende. Datainnsamlingen er gjort i to forskjellige byer, noe som også vil være med på å styrke informantenes anonymitet.

For å sikre informantenes anonymitet har all informasjon fra informantene blitt oppbevart utilgjengelig for andre. Alt skriftlig materiale har blitt oppbevart på en datamaskin beskyttet med brukernavn og passord, mens intervjuopptak, minnepenn og utskrifter av intervjuene har blitt oppbevart i et låsbart skap gjennom studien, og skal slettes ved prosjektslutt.

3.8.3 Ikke-skade

Prinsippet om ikke-skade handler om at deltakere ikke skal ta skade av å delta i forskningen (NESH, 2006). Som nevnt ble informantene i forkant av intervjuet informert om fordeler og

ulemper ved å delta. For å sikre at prinsippet om ikke-skade ble overholdt ble det også informert om at dersom de anså noen spørsmål som vanskelige eller ikke ønsket å svare, kunne de bare formidle dette. Informantene ble også oppfordret til å oppsøke sin kontaktperson i etterkant dersom det hadde kommet opp noe i løpet av intervjuet som de ønsket å prate med noen andre om.

3.8.4 Frivillighet

I informasjonsskriv og samtykkeskjema kom det klart og tydelig fram at det var frivillig å delta i studien, og at informantene når som helst kunne velge å trekke seg, uten at dette ville få noen konsekvenser for deres behandling. Før intervjuet startet ble det igjen understreket at deltakelsen var frivillig, samt deres mulighet til å trekke sitt samtykke.

3.9 METODISK REFLEKSJON

Når man i etterkant av en studie reflekterer og ser tilbake på hva som er gjort, tenker en ofte på hva som kunne vært gjort annerledes. Jeg ser at det i forkant av intervjuene kunne vært hensiktsmessig å foretatt et pilotintervju eller prøveintervju. På denne måten kunne jeg undersøkt om det burde gjøres endringer i intervjuguiden før jeg intervjuet informantene. Et forsøksintervju ville også vært en øvelse på den virkelige intervjusituasjonen og kunne gjort meg mer forberedt og trygg i rollen som intervjuer.

I denne studien valgte kontaktpersonene ut aktuelle informanter på bakgrunn av inklusjonskriteriene. Deres vurdering og avgjørelse av hvem som var egnet til å delta, har påvirket utvalget i stor grad. Deres valg kan ha blitt gjort på bakgrunn av hvem som hadde gode erfaringer med miljøterapi, de som var gode til å snakke for seg, eller de som var tilgjengelige på det aktuelle tidspunktet. Dersom jeg hadde brukt andre kontaktpersoner eller rekruttert selv hadde jeg antakeligvis endt opp med andre informanter, noe som kunne medført at studien hadde fått andre funn. Selv om informantene i min studie var positive til miljøterapi har det også kommet fram negative sider og dårlige erfaringer knyttet til miljøterapi. Deres positivitet overfor miljøterapi kan også ha sammenheng med at de var frivillig innlagt på institusjonen, og dermed var motivert for behandling. Dersom jeg hadde intervjuet pasienter som var innlagt på tvang, kan det tenkes at de hadde vært mer negativ overfor behandlingen, da de i utgangspunktet ikke ønsket den selv.

I denne oppgaven har noen informanter blitt sitert mer enn andre. Dette kommer av at enkelte hadde bedre språklige formuleringer og uttrykte seg tydeligere. I tillegg hadde noen av intervjuene lengre varighet enn andre og inneholdt mer informasjon og opplysninger. Alle informantene er representert i studien og alle intervju er behandlet på samme måte i analyseprosessen. Ifølge Malterud (2011) kan det være en svakhet at det kun er én person som analyserer datamaterialet, noe som derfor kan være en svakhet i denne studien. Det kan likevel være en fordel at det er samme person som har utført intervju, transkribering og analyse slik at feiltolkninger kan forhindres, og på den måten kvalitetssikre materialet (Malterud, 2011). Dette gir samtidig forskeren en god oversikt over datamaterialet og skaper dermed flere fordeler i forbindelse med tolkning.

Regionale etiske komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har ansvar for godkjenning av medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter. Dette omhandler forskning i forhold til helse og sykdom (NSD, 2012). Etersom min studie er i gråsonen om den hører inn under helseforskning eller ikke, var det vanskelig å vurdere om det skulle søkes til REK eller NSD. Sammen med veileder ble det besluttet å sende søknaden til REK. Etter en lang søknadsprosess på over seks uker fikk jeg tilbakemelding at prosjektet ikke var framleggelsespliktig i henhold til helseforskningsloven. Noe som medførte en ny søkeprosess til NSD, personvernombudet for forskning. Dette medførte at det tok tid før prosjektet ble godkjent, og til jeg kunne begynne med datainnsamling. Da kontaktpersoner i denne perioden ikke ønsket å ta stilling til om de kunne hjelpe meg med å komme i kontakt med informanter før prosjektet var godkjent, medførte dette ytterligere forsinkelser i prosessen.

4.0 SENTRALE FUNN

I dette kapitlet vil jeg presentere sentrale funn som belyser studiens problemstilling. Store deler av funnene jeg har gjort presenteres gjennom informantenes sitater, dette for å synliggjøre deres stemme, men samtidig også slik at leseren kan danne seg egne inntrykk og dermed gjøre egne vurderinger underveis. Å få frem informantenes egne synspunkt er i tillegg i tråd med det fenomenologiske perspektivet (Thagaard, 2009). Sitatene er i størst mulig grad gjengitt ordrett, men i enkelte tilfeller har det blitt foretatt en forsiktig språklig redigering for å gjøre de lettere tilgjengelig for leseren. Dette uten at meningsinnholdet er endret. I teksten presenteres informantenes uttalelser med fiktive navn. Funnene jeg har gjort vil videre bli drøftet i oppgavens diskusjonsdel, kapittel 5.

Før funnene blir presentert vil jeg repetere problemstillingen og forskningsspørsmålene slik det blir lettere å følge resultatene.

Problemstillingen min er:

”Hvilke erfaringer har pasienter innenfor psykiske helsevern med miljøterapeutiske tiltak?”

Forskningsspørsmålene er:

- 1. Hva anser pasientene som viktig i miljøterapi?*
- 2. Hva opplever pasientene fremmer samarbeid?*

Da jeg intervjuet informantene om deres erfaringer knyttet til miljøterapi gav noen av dem uttrykk for at det kunne være vanskelig å peke på hvilken innvirkning miljøterapien hadde da den er mer enn bare de konkrete samtalene og aktivitetene. Turid sa: *”Det er vanskelig å merke egentlig hvordan det påvirker en da”*. Mye av miljøterapien er ikke synlig eller tydelig for pasientene og det kan derfor være vanskelig å se effekten.

... det kan jo kanskje være litt fare at en kanskje undervurderer det litt da, for hadde de ikke vært her så vet en ikke [...]. Hvis det ikke hadde vært der så kunne en kanskje savnet det. Glemmer på en måte at det har en god funksjon (Knut).

Miljøterapien synes for flere å være en naturlig del av hverdagen uten at de tenker så mye over det.

Informantene opplevde at miljøterapien hadde hjulpet dem. Gro sa: ”*Det er jo et sted å være når jeg har det vanskelig. Får mat servert og alt sånt noe. Kaffe når jeg trenger det. Ja, og noen andre folk og sjeler*”. En av informantene gav uttrykk for at det viktigste var behandlingen som skjedde gjennom psykolog og lege, da det var behandlingstidene han fikk størst utbytte av. ”... *jeg er mer opptatt av det som liksom skjer gjennom psykolog og lege jeg da, og den biten der da egentlig...*” (Knut). Men han påpekte likevel at det som skjedde i miljøet var viktig. Det var her en fikk den daglige oppfølgingen. ”...*det er dem som er mye mer til stede i hverdagen, enn behandlerne da. Så sånn sett er det ganske viktig...*” (Knut).

Jeg har valgt å organisere kapitlet etter hovedtema, og undertema som kom fram i analysen av datamaterialet. Den overordnede inndelingen av temaene er følgende: *Aktivitet, Personal, Relasjon* og *Fellesskap*. Innenfor hver hovedkategori beskrives underkategorier i tilknytning til det aktuelle temaet. Analysen viser at hovedkategorien aktivitet kan deles inn i underkategoriene tidsfordriv, distraksjon og medbestemmelse i hverdagen. Kategorien personal har underpunktene tilgjengelighet, samtalepartner, oppfølging og kvaliteter ved fagpersoner, mens tid, tillit og trygghet er underpunktene til kategorien relasjon.

4.1 AKTIVITET

Aktiviteter i miljøterapi har et vidt spekter, og favner alt fra kulturelle opplevelser og fysiske aktiviteter sammen med andre, til mer en-til-en aktiviteter som spaserturer og kortspill. Alt etter hva pasienten har behov for å øve på eller mestre, samtidig som de også skal motvirke passivitet.

4.1.1 Tidsfordriv

Alle informantene gav uttrykk for at det var viktig å ha noe å gjøre i løpet av tiden de var innlagt, og at de fikk være med på noe. Tom sa:

Det er viktig for å holde moralen oppe at du har muligheter til å finne på noe. At du ikke bare blir sittende og dille, holdt jeg på å si. Det er viktig å ha noe å gjøre.

Dette sitatet viser at informanten opplever at det er viktig å ha noe å holde på med og at han gjennom å delta på ulike aktivitetstilbud ikke blir sittende passiv på avdelingen. Aktivitetene blir av flere sett på som et slags tidsfordriv, og uten noe å gjøre ville dagene bli veldig lange og preget av kjedsomhet. ”*Jeg blir så rastløs av å bare være her, det er kjekt når det er noen avbrudd, for ellers så blir det monotont hele tiden, bare være på rommet å ha det kjedelig*” (Gro). Vedkommende viser til at gjennom å kunne delta på aktiviteter hadde en noe å gjøre og noe å fylle dagene med. På den måten var det mulig å redusere kjedsomhet, samt gi en forandring i hverdagen. Enkelte mente at det til tider var litt for lite organisert aktivitetstilbud og savnet et mer fast opplegg. Dette var spesielt knyttet til helgene. Gro sa: ”*Jeg synes godt det kunne vært mer tilrettelagt, slike ting som en kunne blitt med på. Det hadde vært kjekt*”. En informant uttalte også at det var viktig for hans bedring at han fikk tid til å slappe av, men mente likevel at det til tider kanskje var litt for lite tilbud.

Det er jo dødtid holdt jeg på å si, da det ikke er noen ting. Det er jo, for min del så er det jo sånn som det skal være for at jeg skal komme meg til hektene igjen, men det er av og til jeg synes det er litt vel lite (Tom).

En annen påpekte det samme, men mente at den enkelte også måtte ta litt ansvar for aktivisering.

Jo, jeg har ikke noe å klage på, jeg trives veldig godt her. Bare det at det kan bli litt lange dager av og til. Men det er spørsmål hva du gjør det til selv da [...] jeg må jo ta initiativet selv også å spørre litt, selyfølgelig. Det er ikke akkurat lett for dem å vite om jeg vil gå tur eller ikke (Sindre).

Flere mente at det var viktig med aktivitetstilbud hver dag, og at varierte tilbud var positivt. På den måten kunne det være noe som passet for alle.

Så, men det er jo ganske varierte tilbud og sånt. Det er jo tilbud hver eneste dag, enten så er det noe kreativt eller så er det noe trening eller noe tur eller... (Anne).

Enkelte påpekte at et aktivitetstilbud var spesielt viktig siden andre aktiviteter eller fritidstilbud som de ellers ville deltatt på ikke var mulig i en behandlingssituasjon. Knut sa:

”... funksjoner som fotballtrening og sånne ting er jo tatt bort, og da er det viktig at det finnes et aktivitetstilbud”. Når pasientene er innlagt vil deres faste rutiner og aktiviteter i hverdagen ikke kunne opprettholdes på samme måte som før. Gjennom å ha et tilbud på institusjonen har pasientene mulighet til å delta på ulike aktiviteter som en slags erstatning for andre fritidsaktiviteter.

En av informantene påpekte at det var lettere å benytte seg av aktivitetstilbudet, dersom aktivitetene var tilrettelagt. Gjennom tilrettelagte aktiviteter fikk pasientene mulighet til å delta på kulturtilbud som ellers kanskje var utfordrende og krevende. Siden aktivitetene var tilpasset og foregikk i trygge former var terskelen for å delta lavere enn dersom en måtte ha tatt initiativet selv. En annen informant fortalte at det var et aktivitetsrom på institusjonen som de kunne benytte seg av: ”Det er sånn en må sette i gang med seg selv. Det er ikke alltid en er i form til det” (Gro). Videre forteller hun at hun skulle ønske at personalet tok mer initiativ og spurte om de skulle gå dit. Informanten viser med dette at det på grunn av sykdommen tidvis kan være vanskelig å starte opp aktiviteter på egenhånd, men at det kan være lettere å utfordre seg selv dersom man får spørsmål eller litt press fra personalet.

4.1.2 Distraksjon

Aktivitetene som foregikk på institusjonen ble av enkelte sett på som noe mer enn bare tidsfordriv. Flere påpekte at det var en hjelp til å få tankene over på noe annet.

De gir jo hverdagen en mening holdt jeg på å si. Slipper å sitte ute i miljøet å sture og tenke og.... de tar liksom tankene litt bort fra, fra det som svever oppe i topplokket holdt jeg på å si. Så en får litt andre ting å henge fingrene i, så det, det hjelper jo” (Tom).

... skal jo ikke undervurdere de aktivitetene heller da for det er jo klart en slags måte å, å få tankene mine litt inn på andre ting det også da (Knut).

Sitatene viser at gjennom å ha noe å gjøre kan fokuset rettes mot den aktuelle aktiviteten og medfører at problemer og tanker om sykdommen kommer i bakgrunnen. Aktivitetene var med på å gi pasientene et nytt fokus og nye inntrykk. Informantene uttrykker at negative tanker og følelser ble skjøvet til side når de ble opptatt av noe annet. Gjennom tilrettelagte aktiviteter

ble de ikke lenger sittende å gruble, men fikk tankene over på noe annet enn deres problemområder. Dette var en hjelp for informantene. Slik jeg forstår det kan dette oppleves som en slags pause og en avledning fra det som er vanskelig og det blir en måte å koble av på. Gjennom å ha fokuset rettet mot noe annet kan vonde tanker bli erstattet med gode opplevelser og bidra til et avbrudd fra sykdom og lidelse.

Anne reflekterte over aktivitetenes funksjon for den psykiske helsen.

... for at det ligger masse sånn sosial trening i det. Det ligger angsttrening, det er eksponering og... det er veldig mange ting enn bare den aktiviteten på, en måte.

Informanten viser til at aktivitetene har en positiv effekt for den psykiske helsen utover det å ha noe å fordrive tiden med. Ut fra det informanten forteller kan deltakelse i aktiviteter være en øvelse på ulike sosiale situasjoner og kan bidra til opplevelse av mestring. Samtidig ble det også påpekt at det var viktig å ikke bli presset til å delta på aktiviteter dersom en ikke ønsket eller dersom det var for utfordrende og vanskelig. Da ville ikke aktiviteten ha en gunstig effekt, men ville i stedet kunne medføre engstelse og uro. Så selv om aktivitetene kan fungere som en distraksjon er det individuelle forskjeller på hvilke aktiviteter som bidrar til dette og gir positive opplevelser. Det er derfor viktig at aktivitetene tilpasses slik at den enkelte skal kunne få et personlig utbytte.

4.1.3 Medbestemmelse i hverdagen

Det å ha mulighet til å være med på aktiviteter, og å selv kunne ta den avgjørende beslutningen om deltakelse, var noe flere av informantene syntes var viktig. Det å kunne velge om de ønsket å delta eller ikke gav dem en opplevelse av medbestemmelse og medvirkning. Følgende sitater viser dette: ”Jeg tror det er bra å ha muligheten til å være med på en del aktiviteter” (Turid).

...men i hvert fall så synes jeg det er greit å ha tilbudet om ting, men at jeg ikke må gjøre det hvis jeg virkelig ikke vil eller hvis det ikke passer eller hvis det blir for utfordrende, at jeg ikke blir presset eller pushet så mye på det (Anne).

Noen påpekte også viktigheten av å kunne fortsette med sine interesser. Selv om de var under behandling var det viktig å holde på med aktiviteter de hadde drevet med før de kom til avdelingen. Turid sa: *Hvis en er vant til å kunne gå på trening eller vant til å kunne gå tur, så er det litt fint å kunne ha muligheten til å gjøre det her også*". Ettersom pasientene er innlagt i en institusjon og ikke kan gjøre de samme tingene som utenfor er det kanskje spesielt betydningsfullt å få mulighet til å opprettholde egne interesser. På den måten vil deres individualitet og særegenhet bli ivaretatt. *"Så det er jo egentlig det, de tingene som interesserer meg er jo de tingene som jeg har likt å holde på med når jeg er i en behandlingsprosess også"* (Anne). Deres interesser kunne ivaretas ved fritidssysler som strikking, lytte til musikk, skrive dikt og lignende, men også gjennom å delta på forskjellige fellesaktiviteter. De fleste av informantene fortalte at dersom de hadde ønsker om spesielle aktiviteter så var det mulig å spørre personalet om de kunne gjennomføres.

Og så vet jeg det at det er jo bare å spørre, det er jo bare å komme med et forslag. Enten så blir det nedstemt eller så lufter dem de for de andre pasientene...
(Anne).

På den måten kunne de være med å påvirke og bestemme over tilbudet som ble gitt. De opplevde personalet som villige og at de gjorde mye for å etterkomme pasientenes ønsker.

...og det at de tilbyr seg og at de sier at vi må komme med forslag til hva vi kan gjøre, forslag til aktiviteter og de strekker seg ganske langt sånn da og etterkommer ønsker og sånt da (Knut).

Andre fortalte at de kunne komme med ønsker dersom de ville, men hadde ikke benyttet seg av muligheten. Gjennom å kunne være med å påvirke aktivitetene hadde de også mulighet til å få gjennomslag for sine interesser. Gro uttalte: *"...det er viktig å få satt litt personlig preg på tiden her"*. Informantene syntes det var bra å kunne bestemme litt selv.

...vil jeg på butikken så gjør jeg det, vil jeg ned på kjøpesenteret så gjør jeg det, uten at det er noen som sier noe på det. Det er jo greit, at jeg kan liksom styre det selv (Tom).

Gjennom å kunne styre noe av dagen ble deres selvbestemmelse og frihet ivaretatt og de ble ikke krenket eller påtvunget noe de ikke ønsket. De kunne selv ha innflytelse over dagens innhold og ha en viss grad av kontroll og styring. En del av informantene i studien hadde brukerstyrt plass⁵, noe som innebærer at de kan be om innleggelse ved behov. De behøver ikke å gjøre dette gjennom lege eller andre instanser og det er tydelig at det var en trygghet å vite at de bare kunne komme dersom det var en ledig plass.

*Jeg har sånn brukerstyrt plass, sånn at jeg kan skrive meg inn når jeg trenger det.
Det er veldig greit, for da kan jeg komme når jeg føler for det (Gro).*

”Så her kan jeg ringe og spørre om de har en ledig seng, og så får jeg komme” (Anders). Informantene opplevde det som en trygghet å vite at dersom de var dårlige og trengte en innleggelse så var det bare en telefonsamtale unna. Gjennom å ha et slikt tilbud tar de selv styring og ansvar for sin sykdom, og dette styrker samtidig deres selvbestemmelse og kontroll.

4.1.4 Oppsummering av aktivitet

Alle informantene uttrykte at det var viktig å ha noe å gjøre, og å ha et aktivitetstilbud som de kunne velge å benytte seg av. Etersom aktivitetene er tilpasset og tilrettelagt opplever noen at det er lettere å delta. Flere så på aktivitetene som en hjelp til å få tankene bort fra sykdommen, det var en hjelp til å bli distraheret og få et avbrekk i hverdagen. Muligheten til å fortsatt kunne drive med egne interesser ble vektlagt av flere, og gjennom å ha anledning til å være med å bestemme kunne også deres interesser ivaretas.

4.2 PERSONAL

4.2.1 Tilgjengelighet

Personalet er til stede i pasientenes hverdag på institusjonen.

”I så måte så er det liksom like god terapi det da, at det alltid er noen folk rundt omkring da, at du ikke liksom må bestille en time og vente en ukes tid” (Knut).

⁵ Også kalt krisesenger

Informanten viser med dette at det er trygt å vite at det alltid er personal tilgjengelig. Dersom pasienter hadde behov for å snakke med noen eller trengte hjelp så var de ikke langt unna. En behandler var ikke til stede i det daglige på samme måte som miljøterapeutene, og det krevdes ofte at de hadde en avtale for å få møte vedkommende, noe som kunne gjøre det vanskelig å få en samtale når en umiddelbart trengte det. Knut fortalte videre:

”... problemer som trenger ganske mye oppfølging da, det hjelper ikke hvis noen forteller deg det en gang i uken, eller annenhver uke at hvis du da gjør det og det og det”.

Det var miljøterapeutene som var tett innpå pasientene i det daglige og derfor hadde mulighet til å gi tett oppfølging ved behov.

Informantene trakk frem at personalet oppholdt seg mye i fellesrom og var på tilbudssiden når det gjaldt aktiviteter som kortspill og spaserturer. Deres tilstedeværelse og tilgjengelighet ble sett på som viktig. Informantene formidlet at det gav trygghet å vite at det alltid var noen i nærheten. ”Ja, det at de er der for deg liksom og hjelper deg og spør om det... liksom passer på deg litt, når jeg er under behandling og sånt” (Sindre). De visste at dersom de hadde behov for å prate med noen så var det bare å spørre personalet. ”...trenger jeg noen å snakke med så spør jeg om de har litt tid til å prate med meg” (Tom). En annen sa: ”Det har veldig mye å si, at en har noen å gå til, snakke med...” (Sindre). Personalet var der for dem dersom de trengte det, og de hadde noen å henvende seg til. ”...det er ikke så ofte jeg bruker dem, men det har hendt av og til og da har jeg opplevd dem som behjelpelige...når jeg trenger dem, så det er jo positivt (Tom). De trengte ikke nødvendigvis å benytte seg av dem, men bare det å vite at en hadde muligheten hvis en ønsket eller at det var noen der hvis de trengte det, var trygghetsskapende. Anne sa:

...og bare det å vite at jeg kan spørre om å få prate med noen hvis jeg har sånn ekstremt behov for det. Bare det er en beroligelse i seg selv, for jeg trenger ikke benytte meg av det, og som regel så gjør jeg jo ikke det...

Dette viser tydelig at personalets tilstedeværelse og tilgjengelighet er viktig for informantene. Det gir dem en trygghet og en opplevelse av å bli ivaretatt. Følgende sitat viser at den daglig oppfølgingen fra personalet blir verdsatt:

Da vil jeg si at det er vel egentlig viktigere for meg det enn selve de behandlingssamtalene. For den behandleren din da, du ser han bare når han er her for å snakke med meg. Jeg ser ikke han noe ellers. Så jeg vet hva han heter liksom og hvordan han ser ut, men det der med den daglige oppfølgingen det er det jeg synes er det viktigste (Anne).

Da miljøterapeutene er til stede i pasientenes hverdag innebærer dette også muligheter til bli bedre kjent med dem, Anne sa: ”... men miljøpersonalet er jo her hele tiden og det går an å bli kjent over tid”. Gjennom den daglige kontakten vil pasientene lære å kjenne miljøterapeutene på et dypere plan enn de har mulighet til med behandleren, og i tillegg vil personalet kunne få god kjennskap til pasienten og hans/hennes problemer. Denne nærheten vil videre kunne bidra til at pasientene får tillit og trygghet til personalet. Samme informant fremhever også: ”...jeg klarer jo ikke å åpne meg så mye til mennesker som jeg ikke føler at jeg på en måte kjenner da”. Dette viser at det er viktig med en grunnleggende tillit i bunn for at det skal komme noe ut av arbeidet. Slik jeg forstår informantene bidrar personalets tilgjengelighet og tilstedeværelse i det daglige til at de blir godt kjent, noe som videre medfører at de blir trygge på dem. Dersom pasientene er trygge på personalet vil det være enklere å fortelle om sine plager, noe som vil kunne føre dem et skritt videre i behandlingsprosessen.

4.2.2 Samtalepartner

Enkelte påpekte også at personalet var en hjelp for å få bli distrauert fra destruktive og vonde tanker. Dette ble sett på som verdifullt. ”Det er lettere når du har andre å snakke med at du skyver det litt bak, bak i bakhodet. Ikke tenker på det hele tiden. Det er bra” (Tom). En annen informant sa ”... at du kan bruke dem på et vis da, til å prate om andre ting og sånt da for å prøve å få hodet på andre ting” (Knut). Dette viser at miljøterapeutene på denne måten hadde en viktig funksjon i å forsøke å endre pasientenes tankemønster. Gjennom deres tilstedeværelse i det daglige kunne de bidra til å hjelpe pasientene med å få dem på andre tanker. Dette var noe behandlerne deres ikke kunne gjøre da de ikke var til stede når de hadde behov for slike avledninger.

Enkelte oppsøkte miljøterapeutene og bad om hjelp til å få tankene over på noe annet, og kunne gjøre dette flere ganger daglig ved behov. Mens andre i tillegg til å direkte be om hjelp til å endre tankemønsteret også oppsøkte dem bevisst for å bli distraheret, uten at nødvendigvis personalet var klar over hva de bidro til. Det ble påpekt at det noen ganger også var viktig å få luftet tankene sine og snakke om dem, i stedet for å skyve dem bort.

Noen fremhevet også viktigheten av å kunne snakke om dagligdagse ting, og ikke det som nødvendigvis plaget vedkommende.

At en får prate litt, men også som sagt at de ikke har tiden bare til å prate om det medisinske og problemene mine da, men har tid til å snakke om andre ting da
(Knut).

I samtaler med behandlerne og med de miljøterapeutene som var hovedkontakter var det hovedsakelig problemområdet deres som var i fokus. Da de i tillegg til dette også selv satt med tanker rundt sykdom og lidelse var det ofte godt å snakke om noe annet. Problemene var det nok fokus på ellers og gjennom hverdagslige samtaler kunne fokuset rettes mot noe annet. Dette kunne få tankene over på andre ting og være med på å gi dem et avbrekk.

4.2.3 Oppfølging

De fleste opplevde å få god oppfølging og hjelp fra personalet. En sa: ”...har fått veldig bra oppfølging da” (Knut). Turid sa: ”...har jo vært en del oppfølging i forhold til samtaler også...det er jo bra”.

Oppmuntring og vennlige ord var noe flere av pasientene satte pris på. Det at noen hadde tro på dem og var sikre på at de kunne mestre noe, var betydningsfullt.

Bare det at det er noen som kommer med sånn vennlige ord og sånt, som oppmuntrer og som viser at jeg kan mestre ting og sånt, det er noe som jeg synes er veldig verdifullt da... (Anne).

Informanten viser at det er viktig at personalet støtter og formidler tro på pasientene. Denne mestringstroen kan videre overføres til pasienten. Støtte og motivering fra personalet kan

dermed bidra til å fremme pasientenes ressurser og medføre at pasientens selvtillit og tro på seg selv øker.

I tillegg til å få støtte og oppmuntring ble de også utfordret på områder som var krevende. Turid sa: *”Jeg har i hvert fall blitt en del utfordret på noen ting som jeg synes har vært utfordrende”*. Samtidig ble det også påpekt at noen av utfordringene bare var gjeldene mens de var på institusjonen. En av informantene fortalte at det for eksempel kunne være litt vanskelig å opprettholde kontakt med venner mens hun var innlagt. Dette hadde ikke vært et problem tidligere, men i en behandlingsfase kunne dette være annerledes og utfordrende, og hun hadde opplevd å fått støtte og hjelp fra personalet på dette området.

Informantene påpekte viktigheten av at personalet gav dem et lite press. Gro uttalte: *”Ja, en trenger det”*.

Men samtidig så er jeg litt sånn treg inni meg og, så klart at sånn et visst press er det kanskje nødt til at de gir meg. Det er jo sånn en balansegang der. Så det viser seg at jeg sånn innimellom må bli litt presset og sånt da (Knut).

Dette viser at informantene anser det som nødvendig å noen ganger bli presset på områder som er utfordrende for dem. Et lite ”push” er kanskje det som skal til for å ta det neste skrittet som fører til framgang og utvikling.

Det ble påpekt at det var viktig at presset ikke var påtvunget og tvangspreget, men at det ble gjort på en mer forsiktig og mild måte.

...men samtidig det med å oppmuntre og det å kanskje presse litt på en vennlig måte [...]. Jeg vil ikke at noe skal være påtvunget meg, men samtidig så hører jeg på når noen kommer med gode råd og jeg vet de vil det godt. Hvis noen hadde kommet med veldig tungtveiende argument for at jeg måtte være med noe jeg egentlig ikke hadde lyst til, så hadde jeg jo vurdert det... (Anne).

Videre sa hun:

Det der med oppmuntring og det med å ta ting med en vennlig tone i stedet for å være mer streng og ekkel, og nedlatende tone. Det har alt å si det, for meg i hvert fall.

Informanten viser med dette at miljøterapeutene har en viktig funksjon i forhold til å støtte og utfordre. Det er viktig å støtte pasientene, men samtidig også utfordre dem, og en god balanse mellom støtte og krav er derfor sentralt. Hun peker også på viktigheten av å bli behandlet på en likeverdig måte av personalet og at dette er av stor betydning for henne. Hun påpeker at det ikke er hensiktsmessig å påtvinge pasientene noe, og at likeverdighet og samarbeid er veien å gå.

4.2.4 Kvaliteter ved fagpersoner

Personalets faglige kvalifikasjoner og kompetanse ble framhevet som sentralt. Knut sa: ”...så det er jo veldig viktig at det er dyktige folk altså”. En annen av informantene opplevde at personalets fagkyndighet gav henne en form for trygghet.

Kvaliteter som informantene beskrev som viktige ved personalet var evne til å vise respekt, forståelse, interesse, være åpen og ærlig og at de var hyggelige og imøtekommende. En annen egenskap som pasientene fremhevet som svært vesentlig var evnen til å lytte. ”...at en har noen som en kan gå til og som lytter til deg” (Sindre). En annen sa: ”...og da klart var det veldig viktig at også miljøpersonalet hadde tid til å snakke med meg og høre på meg da” (Knut). Denne informanten påpekte også: ”... men uansett hva du gjør så er det viktig at du blir tatt på alvor og blir respektert faktisk da”. Personalets evne til å støtte og motivere trekkes også fram som betydningsfulle egenskaper, samt en balansering mellom å støtte og utfordre. Dette har blitt utdypet tidligere i kapitlet og jeg går derfor ikke nærmere inn på dette.

Humor er noe som blir nevnt av flere informanter. Dette blir ansett som betydningsfullt og som en viktig miljøskapende faktor. Informantene mente det var fint å kunne ha noe å le av, og at alt ikke bare var sykdom og alvor. Sindre sa: ”...de er veldig flinke å snakke med oss og spøke litt sammen og litt sånn, vi har det veldig koselig sammen”. Humor kan være med på å skape en god stemning og kan i tillegg være en viktig kontaktskapende faktor.

En informant trakk også frem personalets evne til å være personlig og uformell.

Jeg liker å forholde meg til mennesker som er seg selv og som gjerne sånn bruker seg selv som eksempel «ja, en gang så følte jeg sånn og sånn på grunn av det og det» (Anne).

Dette viser at personalets væremåte er av betydning for samhandlingen. Noen beskriver også atferd som kan føre til vanskeligheter. Dette var spesielt knyttet til en autoritær og ovenfra-og-ned holdning som kan ha en negativ virkning på relasjon og samarbeid.

Kan heller være bestemt og sånne ting, men ikke noe sånn ovenfra-og-ned til folk. Det tåler jeg ikke. Hvis miljøterapien går ut på å være bedrevitere, da skal jeg sannelig vise dem hvem som vet best. Da blir jeg litt sånn trassig, og det hjelper jo ikke sånne ting (Anne).

En informant trakk fram betydningen av å bli lyttet til og bli tatt på alvor av personalet.

...det er klart det at noen er du litt mer lei, på et vis da, og det kan være sånn, med tanke på sånn tilbakemeldinger de har gitt og sånt da. Det går litt på det at, ikke at du må gjøre det og det, men at du ikke har blitt hørt skikkelig da...

Videre sa han at: "Da blir du litt lei dem, og du får en slags... det hender at du utvikler en slags arroganse mot dem da altså" (Knut).

Dersom pasientene blir møtt med dårlige holdninger fra personalet kan det føre til negative motreaksjoner. Dette vil skape hindringer for et godt samarbeid og kan ha negativ innvirkning på både relasjon og miljø.

4.2.5 Oppsummering av personal

Informantene påpekte at personalet hadde en viktig funksjon i hverdagen. De opplevde at det var trygt å vite at de hadde muligheten til å ta kontakt med personalet dersom de hadde behov. Det at de hadde noen å gå til og noen å snakke med dersom de trengte det var i tillegg en

trygghet i seg selv. Siden personalet hele tiden var til stede og tilgjengelig ble de også godt kjent med dem, noe som videre kunne føre til økt opplevelse av trygghet og tillit. Egenskaper ved personalet som det å lytte til pasientene og å ta dem på alvor ble fremhevet. I tillegg til å motivere og støtte, men samtidig også presse og utfordre. Noen påpekte også at personalet hadde en viktig funksjon gjennom å bidra til å avlede pasientens tanker, slik at de kunne fokusere på noe annet enn problemene for en stund.

4.3 RELASJON

Alle informantene mente at relasjonen til personalet var viktig, både i forhold til behandling og trivsel. Flesteparten opplevde å ha en god relasjon til de som jobbet på avdelingen hvor de var innlagt, men mente at en dårlig relasjon kunne ha medført vanskeligheter og at de ikke fikk noen framgang i behandlingen. Sindre sa: *”... for at det skal fungere liksom, så må du jo ha en god tone med den som er behandler”*.

Flere understreket at de likte å forholde seg til mennesker som var seg selv. Anders sa: *”Bare de er seg selv, sånn de er”*. Noen formidlet at det var vanskelig å åpne seg til mennesker som de ikke kjente, og dette ville dermed ha innvirkning på utbyttet av behandlingen.

...så for meg i hvert fall så er det der med psykologer og behandlere og sånn, de blir gjerne litt for distansert av og til og da føler jeg at jeg ikke klarer å gi så mye av meg selv for jeg får så lite tilbake, hvis du skjønner (Anne).

Med dette viser informanten at det å dele av seg selv og å være interessert og engasjert blir verdsatt. Samme informant fremhever viktigheten av å bli kjent med personalet.

Så det er noe det der med å bli kjent med mennesket. Så, i hvert fall for meg så fungerer det best å kunne bli kjent med noen for å få til gode samtaler også. Det er litt sånn som jeg tenker i hvert fall.

Balansegangen mellom venn og hjelper er viktig, og informanten eksemplifiserte dette med at det var viktig at hjelperen delte av seg selv. Det var likevel viktig at vedkommende ikke delte for mye, men samtidig ikke for lite slik at relasjonen ble distansert og overfladisk. Blir forholdet for distansert kan pasienter ha vansker med å åpne seg og dele av seg selv. Dette

viser at måten personalet opptrer på har betydning for hvordan samhandling og relasjonen utvikler seg.

Når det handler om relasjon er kjemi mellom miljøterapeut og pasient sentralt. Anne sa:

Det går jo litt på det en kaller sånn kjemi da, gjør det jo. Så det er viktig for meg det, det er det. Trenger ikke nødvendigvis være bestevenn, ... og det å kunne ha et godt samarbeid og sånn også, det hjelper mye bedre hvis jeg liker det mennesket, for å si det sånn.

Noen mennesker føler en seg mer vel sammen med enn andre, og dette vil kunne skape et bedre samarbeid.

... selvfølgelig så er det jo kanskje enkelte som ikke tiltaler meg så mye som kanskje andre gjør igjen. Det er jo ikke nødvendigvis at det er noe galt med dem da, men det er nå sånn (Anne).

Dersom det er en god tone mellom fagperson og pasient vil det være lettere å skape en god relasjon. Noen mennesker kommer en lettere overens med, og slik vil det også være i en behandlingssituasjon. Sindre og Gro trekker frem personkjemien som spesielt viktig:

*Det har veldig mye å si at en har god kjemi med de som jobber her (Sindre).
Det har alt å si det. Det har det. Ellers ville det ikke blitt mye behandling heller (Gro).*

Dette viser at kontakten mellom personal og pasient er sentral. Relasjonen til personalet var også av betydning for pasientens trivsel, og flere mente at dersom de ikke hadde hatt et godt forhold til personalet ville det ikke vært greit å være på institusjonen. Gro sa: ”Da hadde det ikke vært noe kjekt å vært her. Da hadde jeg ikke orket å vært her, da hadde jeg holdt meg hjemme”. Sitatet viser tydelig hvor viktig kontakten med personalet er for informanten, dersom hun ikke hadde hatt god kontakt med de ansatte vil hun heller ikke fått noe utbytte av behandlingen, og kunne derfor likegreit vært hjemme hos seg selv. Slik jeg ser det er kjemi og en god relasjon til personalet grunnleggende for pasientenes behandlingsutbytte.

4.3.1 Tid, tillit og trygghet

Tid og trygghet var noe flere av informantene snakket om. ”Jeg er en sånn person som holder på ting også da ... det tar litt tid på en måte før jeg sprekker på et vis...” (Knut). Informanten antyder at når han har blitt trygg og har fått bygd opp en tillit kan han dele sine tanker og plager med andre.

Det å ha tillit til personalet var sentralt for informantene. Anne forteller: ”Så er det det med tillit og sånn, det og er veldig viktig for meg å få bygd opp en tillit før en i hele tatt tør å snakke om noe som helst”. I denne sammenheng reflekterer hun også over tidsaspektet: ”Jeg trenger veldig mye tid, da. Jeg trenger tid for å bli trygg på folk og til å føle at jeg kan vise hvem jeg er”.

Informantene påpekte at det tar tid å bygge opp en relasjon og at det tar tid å bli trygg på de menneskene rundt, slik at en kan få tillit til dem. Å ha tillit til personalet er videre viktig for at de skal fortelle om sykdommen, og dermed også komme videre i behandlingsprosessen.

En av informantene så på betydningen av tid i forhold til sykdom og bedring. ”At tiden går, og dagene går er jo som sagt også en medisin inne i bildet her da” (Knut). Han peker på at det hele er en prosess og at man ofte også må ta tiden til hjelp.

Noen informanter gav uttrykk for at det å få informasjon var viktig. ”Jeg har i hvert fall opplevd det å få informasjon som en trygghet....” (Turid).

Jo, fordi en får veldig god informasjon, og de har bra opplegg. Ikke bare i forhold til oss som er pasienter, men også de pårørende og de rundt deg og familien. De har opplegg til de også, sånn at de får mer forståelse og innblikk i hvordan det er å være liksom sånn psykisk syk (Sindre).

Denne informanten påpekte at det ikke bare var viktig at han selv fikk informasjon, men også at familie og pårørende ble orientert. Dette er mennesker som er rundt han når han ikke er innlagt, og gjennom kunnskap om sykdommen og behandling vil de få større innblikk i hvordan han har det.

4.3.2 Oppsummering av relasjon

Informantene opplevde at det var viktig å ha en god relasjon til personalet, og mente at en god kjemi var grunnleggende i denne sammenheng. Flere trakk også frem at et godt forhold til de ansatte var sentralt i forhold til trivsel, men også behandlingsmessig. Det ble påpekt at det tar tid å utvikle en relasjon og tillit til andre, og at personalets ekthet og evne til gi av seg selv var en relasjonsfremmende faktor.

4.4 FELLESSKAP

Informantene fremhevet viktigheten av å møte andre mennesker som var i samme situasjon. Det gav en form for fellesskap og tilhørighet. Ettersom enkelte opplevde å være utenfor samfunnet forøvrig var det godt å føle at en passet inn og at en hadde en slags tilhørighet på institusjonen.

Bare det at det er en form for fellesskap det synes jeg er viktig, for meg da. For jeg føler meg så utenfor samfunnet ellers, hvis jeg hadde følt meg utenfor på en sånn plass som her da... (Anne).

På institusjonen møtte de andre i samme situasjon. De hadde noe felles, og følte en form for samhold og tilhørighet til hverandre. De andre pasientene hadde en forståelse for hvordan de hadde det, og gjennom å møte andre i samme situasjon opplevde de å ikke være alene. ”Du kjenner at du er ikke, du er ikke alene” (Tom).

Pasientene på institusjonene hadde flere av de samme problemene og det var en felles forståelse av hvordan de hadde det. I forhold til samtalegrupper som de hadde på avdelingen utalte Tom:

...så er det greit å få satt litt ord på ting, og vite at det ikke bare er jeg som har det sånn. At det er andre også som har det vondt, holdt jeg på å si. Og da er det jo litt sånn snakk. Alle forstår. De fleste kjenner seg igjen i de tingene vi har snakket om, det er jo også noe som hjelper. At du ikke er alene.

Gjennom å delta på gruppene kunne de dele erfaringer og mye av det som kom frem var problemstillinger som de fleste kjente seg igjen i. Som Anders sa: ”... vi har mange av de

samme problemene”. På disse gruppene kunne en komme frem til løsninger på ulike problemer i fellesskap og en kunne hjelpe hverandre. ”*Det tror jeg er meningen med de gruppene, at vi skal være med å finne veier eller metoder til å hjelpe oss selv, som hjelper oss*” (Anders). Han sa videre: ”*Og når jeg går der i fra så er det akkurat som jeg er ett hode høyere og litt sterkere*”.

Flere av informantene var mye alene til vanlig, og at de på institusjonen kunne være sammen med andre uten at det var sosialt krevende ble sett på som viktig. Det var også betryggende å vite at en ble godtatt og akseptert på tross av sin sykdom. Alle opplevde å kunne ha det vanskelig i perioder og ingen ble dømt eller sett på ned på av den grunn.

Det er mye som kan være utfordrende, men samtidig så er det jo på en måte en ganske sånn lav terskel, fordi det å bli sosial, eller sånn å bli akseptert, og spesielt på denne plassen her også. Det går an å dumme seg ut og det går an å få angstanfall og panikkanfall og det går an å begynne å grine og sånne ting, uten at det er noen som dømmer deg sosialt for det da. Og det er noe som jeg synes i hvert fall er ganske trygt (Anne).

Flere pekte på viktigheten av å ha andre mennesker rundt seg. ”*Når jeg er hjemme så er jeg jo alene. Har ikke noen rundt meg. Det kan være veldig viktig å ha noen rundt seg*” (Gro). På avdelingen kunne de i tillegg til å prate med personalet, også snakke med de andre pasientene som var innlagt. Det utviklet seg et samhold og relasjon mellom dem. ”*Vi er jo liksom der at vi kan finne på ting sammen, noe playstation eller se film eller...*” (Anne).

En av informantene så på institusjonen eller avdelingen som et slags hjem.

Det blir på en måte her en bor, det blir på en måte her en lever en god stund av livet sitt... blir jo på en måte her da. Hjemmet sitt blir det faktisk... (Knut).

Samme informant mente også at personalet på en måte ble deres sosiale nettverk.

Det blir jo på en måte din omgangskrets da, det høres litt rart ut, men det blir jo dem du ser. Hadde du arbeidet så har du jo arbeidskollegaene dine, litt mer normalt sett. Gikk du skolegang, så hadde du jo hatt skolekamerater og sånt da.

Det miljøet eksisterer sånn sett ikke når du er her. Derfor er det viktig mange ganger at miljøpersonalet fungerer som samtalepartnere når det gjelder alt mulig rart da.

Mens de var på institusjonen hadde de ikke kontakt med sitt sosiale nettverk på samme måte som når de var utenfor, noe som medførte at personalet fikk den funksjonen mens de var innlagt. ”...det blir et sånt reservenettverk her da og de fungerer som litt sånn sosiale ting da” (Knut).

Sitatene viser at personalet kanskje har en større og viktigere funksjon enn de selv er klar over. De blir sett på som både en samtalepartner og venn, og får dermed en svært viktig funksjon ettersom mye av kontakten med nettverket forsvinner da de er innlagt.

4.4.1 Oppsummering av fellesskap

Informantene opplevde det som viktig å være sammen med andre mennesker i samme situasjon. Dette gjør at de opplever å bli akseptert for den de er og kjenner at de ikke er alene. Pasientene har flere av de samme problemene, og har en felles forståelse for situasjonen de er i. Da enkelte opplever å være utenfor samfunnet forøvrig er det viktig å føle en form for tilhørighet og fellesskap på institusjonen, å ha et sted hvor de opplever å passe inn.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg drøfte mine funn opp mot teori og forskning. Basert på det empiriske materialet belyser jeg fire faktorer som har betydning for miljøterapi i psykiatriske institusjoner ut fra pasientenes ståsted. Disse er *aktiviteter, personal, relasjon og fellesskap*.

5.1 AKTIVITETER

Miljøterapi handler om å mestre hverdagens oppgaver og utfordringer. Aktiviteter og samhandling med andre skal bidra til dette, samtidig som det skal være med på å styrke pasientenes sosiale ferdigheter (Hummelvoll, 2004; Vatne, 2006). Aktivitetene representerte i første rekke en miljøforandring og et avbrekk i hverdagen, og var for informantene noe positivt i en ellers, til tider, kjedelig hverdag. Gjennom tilbud om ulike aktiviteter hadde pasientene noe meningsfullt å fylle dagene med, samtidig som det også reduserte kjedsomheten de kjente på. Flere av informantene mente at dette avbrekket var en slags distraksjon og avledning fra det som var vanskelig. Gjennom å gjøre ulike aktiviteter ble oppmerksomheten deres tatt bort fra sykdom og lidelse, og flyttet over på noe som var positivt og hyggelig. På den måten fikk de en avkobling og distanse fra hverdagslivet og fokus på noe annet enn sykdom. De kunne glemme det vonde for en periode og få mer positive opplevelser og noe å glede seg over.

I tillegg til å fungere som tidsfordriv og distraksjon kan også aktiviteter være en god måte å knytte relasjoner til andre på. Aktiviteter representerer en arena for sosialt samvær og gir en grobunn for prat og sosiale bånd. I samhandling med hverandre kan deltakerne få en følelse av å være knyttet sammen, noe som i seg selv kan gi en tilfredshet. Å gjøre noe i sammen med andre er noe annet, og gir i tillegg en fyldigere opplevelse enn å gjøre noe alene (Album, 1994). De sosiale aktivitetene kan dermed føre til relasjonsbygging, samhold og gi en form for gruppetilhørighet. Aktiviteter og uformelt samvær vil også kunne bidra til at pasient og miljøterapeut blir bedre kjent, da mer uformelle arenaer og situasjoner kan føre til en litt friere og avslappet stemning som kan innby til prat om dagligdagse ting. På den måten blir fagperson og pasient mer likestilt og grensene mellom det personlige og profesjonelle blir svakere. Det sosiale samværet og felles opplevelser kan være en viktig grobunn for å styrke relasjoner. Dette temaet kommer jeg nærmere inn på senere i kapitlet.

5.1.1 Mestring

Opplevelse av mestring er viktig for alle mennesker i løpet av livet. Mennesker med psykiske lidelser kan ha redusert tro på seg selv, og mestringsopplevelser vil kunne bidra til at vedkommende gjenvinner denne. På en institusjon i motsetning til ellers samfunnet, har en mulighet til å tilrettelegge aktiviteter for den enkelte. På den måten kan aktiviteter foregå i kontrollerte og trygge rammer, samtidig som de tilpasses slik at de er overkommelige og gjennomførbare.

Da et sentralt mål med miljøterapien er å styrke pasientenes tro på seg selv er det viktig med utfordringer som kan mestres, og at aktiviteter og krav tilpasses pasientens evner (Bredland, Linge og Vik, 2002, Snoek og Engedal, 2008). En mestringsopplevelse vil kunne åpne for videre utvikling og vekst gjennom at pasienten fortsetter å utfordre seg selv. Det kan føre til at vedkommende tør å prøve å mestre andre utfordringer, øker sine krav og dermed kan mestre mer enn før, kanskje til og med mer enn en trodde var mulig. Når en kjenner at en kan mestre vil problemet fremstå som enklere å angripe, og en kan få en mer positiv innstilling til utfordringer (Vifladt og Hopen, 2004). Mestringsopplevelser vil kunne bidra til å glemme bekymringer for en periode og vil være en god erfaring å se tilbake på i vanskelige og tunge stunder. Opplevelse av mestring vil i tillegg kunne påvirke selvfølelsen i positiv retning (Bredland, Linge og Vik, 2002), og bidra til å utvikle tro på seg selv og egne ressurser og muligheter.

Gjennom deltakelse i ulike aktiviteter kan pasienter trå ut av pasientrollen og inn i en annen. På områder de mestrer godt kan de for eksempel gå inn i en ekspertrolle, hvor de kan hjelpe og rettlede andre i den aktuelle aktiviteten. Å ha mulighet til å vise sin kunnskap og andre sider ved seg selv kan være viktig for den enkelte, samtidig som det også kan gi motivasjon til å arbeide med områder som ikke mestres like bra. Det å mestre noe vil være viktig i seg selv, men dersom dette området er av stor betydning for vedkommende vil verdien av prestasjonen øke (Bredland, Linge og Vik, 2002).

5.1.2 Medvirkning

Informantene i studien mente det var viktig å ha mulighet til å delta på aktiviteter dersom de ønsket det. Det ble trukket frem at det var viktig å kunne velge å avstå fra deltakelse dersom de ikke var klar for det, i form til det eller ikke ønsket å være med. Opptrappingsplanen

vektlegger at brukerne selv skal få mulighet til å være med i utforming av sitt eget behandlingsopplegg. I en undersøkelse om brukernes opplevelse av medvirkning tyder det på at det er et stykke igjen for å nå Opptrappingsplanens målsettinger for brukermedvirkning (Sverdrup, Myrvold og Kristoffersen, 2007). I denne undersøkelsen framkommer det at de fleste brukerne ikke opplever å ha innvirkning på egen behandling. Funnene i min studie viser at de fleste opplever å kunne være med å påvirke dersom de ønsker det. Informantene er tilfreds med sine muligheter og ytrer ikke ønske om å medvirke i større grad. En av informantene fortalte at det eneste hun opplevde å ikke ha mulighet til å påvirke var medisineringen, hvor hennes kompetanse ikke strakk til.

Gjennom å kunne være med å bestemme og ha innflytelse på egen hverdag kan pasientene få en opplevelse av å bli ivaretatt og lyttet til. Dette kan være med på å styrke selvfølelse og kan videre forsterke opplevelsen av trygghet og tillit. Samtidig som deres medbestemmelse kan gi en økt opplevelse av selvstendighet i eget liv. Pasientenes medvirkning kan ses på som en form for kontroll i en sårbar og vanskelig situasjon. Schröder, Ahlström og Larssons studie fra 2006 viser at pasientene verdsetter å ha innflytelse over behandlingen. Mine funn viser at informantene synes at bare det å vite at de har mulighet til å påvirke dersom de ønsker det er viktig.

Det at noen av informantene ikke hadde benyttet seg av muligheten til å påvirke aktivitetstilbudet kan ha sammenheng med at de ikke ble oppmuntret til dette av personalet. Ingen kan medvirke alene, og det er personalets ansvar å legge til rette for og styrke pasientens muligheter for deltakelse og selvbestemmelse. Fagpersonene kan gjennom sin rolle og handlinger enten fremme eller hemme brukermedvirkning. Da det er ønskelig at pasientene skal være delaktig i egen behandling er det viktig at de oppmuntres til initiativ og deltakelse. Det er i tillegg sentralt at pasientene får informasjon og kunnskap om deres påvirkningsmuligheter da dette kan lede til deltakelse, interesse og motivasjon for medvirkning. Bollingmo, Ellingsen og Selboe (2005) påpeker at selvbestemmelse er viktig for personlig utvikling og etablering av egen identitet. Gjennom medvirkning kan pasientens integritet og behov ivaretas. Tilliten til personalet vil kunne øke når pasientene opplever å bli involvert i saker som angår dem. Dette vil samtidig være med på å øke deres ansvarsfølelse og bidra til at den enkelte kjenner seg ansvarlig for egen behandling (Aarre, 2010).

I behandling av psykiske lidelser er en viss grad av deltakelse og medvirkning nødvendig for at behandling og rehabilitering i det hele tatt skal kunne finne sted (Ørstavik, 2002). Det kan være vanskelig å se for seg hvordan en pasient skal kunne øke sine ferdigheter uten at han deltar. Gundersons miljøvariabel engasjement skal motvirke passivitet og øke pasientens deltakelse i det sosiale miljøet, hvor målet er at pasienten skal styrke sine sosiale ferdigheter og oppleve mestring av tilværelsen (Gunderson, 1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007; Hybholt, 2009).

Jeg mener at deltakelse i aktiviteter kan være positivt og av stor betydning for pasienter fordi det er arenaer for sosialt samvær og vennskap. Aktivitetene kan samtidig gi pasientene gode erfaringer og opplevelse av mestring, som videre kan ha innvirkning på selvfølelse. Det er ikke nødvendigvis slik at det er aktiviteten i seg selv som er det viktigste, men det å få et avbrekk og å gjøre noe sammen med andre, samt møte andre mennesker som er i lignende situasjoner.

5.2 PERSONAL

Personalet har en sentral rolle i den miljøterapeutiske behandlingen. Thorgaard og Haga (2007) sier: ”Den gode relationsbehandler og den gode relationsbehandling er både forudsætningen for og midlet til, at patienten kommer sig eller begynder at komme sig” (s. 38).

5.2.1 Tilgjengelighet og trygghet

Personalets tilstedeværelse og tilgjengelighet gav informantene en følelse av å bli tatt vare på og er med på å skape trygghet, stabilitet og tillit. Mange pasienter kan ha opplevd avvisning og brutte relasjoner. Daglig samvær med noen som er til stede og bryr seg kan være med på å skape forutsigbarhet og stabilitet. Når et mål med den miljøterapeutiske behandlingen er å fremme vekst og utvikling er det viktig at pasientene opplever tillit og trygghet, samt opplever å bli respektert (Bjørnstad, 1997). Gundersons prosesser beskyttelse, støtte og struktur er alle faktorer som bidrar til å skape trygghet, og kan være viktig å legge vekt på ettersom trygghet på institusjonen ble opplevd som viktig.

Det fremkom av studien at det viktigste var at personalet var der for dem og at de var tilgjengelig for samtale eller til delta i en aktivitet sammen med dem. Flere undersøkelser viser at pasienter foretrekker mye samvær med personalet (Johansson og Eklund, 2003; Lindstöm, 1997; Thomas, Shatell & Martin, 2002). Personalets tilgjengelighet og tilstedeværelse kan også være en slags sikkerhet for pasientene, da de vet at det alltid er noen til stede. Samtidig vil det å tilbringe tid sammen være avgjørende for utvikling av en relasjon. Personalets tilstedeværelse i oppholdsrom og fellesarealer inviterer til prat og sosiale aktiviteter, noe som kan bidra til at de blir bedre kjent med hverandre. For flere av pasientene var personalet viktige personer i livet deres. Mennesker med psykiske lidelser har i flere tilfeller små eller begrensede sosiale nettverk, og enkelte så på personalet som deres venner mens de var innlagt. Da de tilbringer tid sammen, snakker om hverdagslige ting og utfører ulike aktiviteter sammen vil det være vennskapslignende relasjoner som utvikles mellom dem.

5.2.2 Hverdagslig innholdsløs prat

Flere av informantene i studien fremhevet viktigheten av at personalet var ekte og at de viste hvem de var bak den profesjonelle rollen. Det at personalet var åpne og turte å dele av seg selv og sine erfaringer ble opplevd som viktig, og bidro i tillegg til at de kunne bli kjent med mennesket. Miljøterapeutens åpenhet kan stimulere pasienten til å bli mer åpen og personlig. Dette kan også være med på å redusere avstanden mellom pasient og personal og skape et mer jevnbyrdig forhold (Eide og Eide, 2007). Thorgaard og Haga (2007) påpeker at profesjonalitet ikke handler om å holde avstand og ha et distansert forhold. Å være profesjonell handler om å vise hvem en er som menneske, noe som videre kan være med på å skape tillit.

Det ble påpekt at i de mer formelle samtalene med behandlere og primærkontakter var hovedsakelig sykdom, plager og den medisinske behandlingen i fokus. Flere av informantene trakk frem viktigheten av å prate om andre emner enn sine problemområder, noe som også fremkommer i studien til Borg og Kristiansen (2004). Miljøpersonalet var tilgjengelige gjennom hele døgnet og de uformelle samtalene kunne være et viktig utgangspunkt for å knytte bånd til hverandre. Larsson m.fl. (2007) fant at spontan og mer uformell kontakt bidro til at pasient og fagperson ble kjent på et mer personlig plan. Dette var videre viktig for at pasienten delte mer av seg selv.

Album (1994) beskriver hvordan den ”innholdsløse meningsfulle praten” bidrar til å bekrefte og inkludere hverandre. Flere av mine informanter trakk fram viktigheten av å prate om dagligdagse tema og å snakke om noe mer enn problemene. Småprat er verdifullt for pasientene og kan være viktig for opplevelse av likeverdighet. Dette trekkes også fram av Kværna og Lund (2004) som understreker at småprat har stor verdi og ikke må sammenlignes med tomprat. Det å kunne mestre å prate om enkle hverdagslige ting er i tillegg sentralt for fungering i samfunnet og kan derfor være en viktig ferdighet for pasientene å øve på (Kværna og Lund, 2004). Som Album (1994) viser kan den hverdagslige praten om alt og ingenting være vesentlig for anerkjennelse og inkludering, og kan samtidig være relasjonsfremmende.

5.2.3 Holdninger og handlinger

Informantene i studien påpekte at personalets handlinger og holdninger virker inn på relasjon og samarbeid mellom dem. De ønsker å bli behandlet med likeverdighet og respekt, noe som ifølge Bredland, Linge og Vik (2002) er en overordnet verdi for bedring. Vatne (2003) fant at et anerkjennende perspektiv er viktig for pasientenes bedringsprosesser. Dette perspektivet har et relasjonelt fokus og er preget av samarbeid og likeverdighet. Gundersons begrep gyldiggjøring handler om nettopp bekreftelse av pasientene og kan ses i sammenheng med et anerkjennende perspektiv (Gunderson 1978 i Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 2007).

Informantene i studien mente at det å få bekreftelse og støtte var viktig, og opplevde for det meste å bli behandlet ut fra et anerkjennende perspektiv hvor de ble ivaretatt som individ. Når pasienter opplever seg anerkjent legges det til rette for en bedre relasjon og behandlingsmiljø (Vatne, 2006). En likeverdig relasjon gjør det i tillegg lettere for personalet å nå inn til pasientene og kan føre til at de lettere åpner seg. Det er derfor sentralt at personalet forsøker å skape en likeverdig relasjon hvor pasientene føler seg akseptert. Likeverdighet kan ses på som en viktig forutsetning i det miljøterapeutiske arbeidet og som en sentral faktor for å skape en god relasjon og et godt samarbeid.

Personalets holdninger gjenspeiles i handlingene de gjør, og deres fremtoning kan enten fremme eller hemme pasientens tro på seg selv (Thornquist, 2009). Det er derfor viktig at miljøpersonalet er bevisst på egen atferd og handlinger, og hvordan dette kan virke inn på pasientene. Mennesker har behov for å bli sett, forstått og respektert av andre for å oppleve at de har verdi. Å få bekreftelse fra andre er med på å forme selvbildet og bidrar til utvikling av

selvrespekt og egenverd (Thornquist, 2009; Vatne, 2008). I motsatt tilfelle kan manglende anerkjennelse gi en opplevelse av mindreverdighet og medføre problemer med å anerkjenne andre (Vatne, 2008).

Pasient og miljøterapeut kan med andre ord komme inn i en positiv samhandlingsprosess dersom fagpersonens handlinger bidrar til å styrke relasjonen. Dersom det motsatte er tilfellet kan negative følelser oppstå og en opplevelse av avstand og manglende forståelse kan svekke relasjon og samhandling. Dette kan ses i eksemplet hvor en av informantene fortalte at han unngikk, og utviklet en slags arroganse mot dem han opplevde ikke hadde forståelse eller ikke lyttet til ham. Han opplevde at hans plager nærmest ble bagatellisert av en miljøterapeut, og at han ikke ble tatt på alvor. I denne situasjonen opplevde han seg krenket og avvist, og reagerte ved å vise motstand og negative holdninger og følelser overfor vedkommende. Dersom handlingene til personalet bidrar til at relasjonene blir svekket kan dette lede til en negativ samhandlingssirkel (Røkenes og Hanssen, 2006). Dette kan også samsvare med funnene til Vatne (2003/2006) angående et korrigerende perspektiv som kan virke hemmende på relasjonen. En relasjon som oppleves negativ av pasienten kan hindre fremgang og i verste fall lede til forverring av tilstanden.

5.2.4 Personalets kvaliteter

Personalets kvaliteter og personlig egnethet var noe som ble trukket frem av informantene. Gode miljøterapeuter ble karakterisert som vennlige med humoristisk sans og godt humør. Andre viktige kvaliteter som ble påpekt var åpenhet, evne til å lytte, støtte og utfordre, samt vise respekt. Informantene mente at god kjemi var viktig og det hadde mye å si for behandlingen om de kom overens med og likte miljøterapeuten. Thomas, Shatell og Martin (2002) fant i sin studie at pasientene syntes at det var enklest å forholde seg til det personalet som opplevdes som interesserte, oppmerksomme, varme, støttende, empatiske og villige til å bruke tid sammen med dem.

5.2.4.1 Humor

Godt humør og humoristisk sans var egenskaper informantene verdsatte, et funn som også fremkommer i andre studier (Borg og Kristiansen, 2004; Schröder, Ahlström og Larsson, 2006). Flere av informantene påpekte viktigheten av bruk av humor og å ha det morsomt

sammen med personalet. Sykdom og lidelse er preget av alvor og i samtaler med behandlere er det dette temaet som er i fokus. Det kan derfor virke befriende å kunne le og ha det morsomt, samtidig som det er med på å skape en munter stemning. Humor og latter kan i tillegg ta fokus bort fra alvoret og bidra til skape litt avstand til problemet, noe som kan være viktig for å takle en vanskelig situasjon.

Hjelle (2001) fant at fleip og humor var viktig for samarbeid og at det bidro til å styrke relasjonen. Humor og latter er en viktig kontaktskapende faktor og bidrar til at mennesker blir kjent, samtidig som det er med på å skape en god tone og lett atmosfære som det er enklere å samhandle i. Humor kan bidra til økt nærhet og kontakt, og virke styrkende på båndet mellom hjelper og pasient (Eide og Eide, 2007). Dette kan bidra til å viske ut skillene mellom dem og skape en ikke- autoritær og likeverdig relasjon, og kan dermed også være med på å skape bedre kommunikasjon mellom fagperson og pasient (Eide og Eide, 2007). Bruk av humor øker muligheten for å utvikle og vedlikeholde gode relasjoner (Svebakk, 2000). Humor og godt humør kan også engasjere andre siden det har en smitteeffekt, og kan dermed virke positivt inn på gruppe og fellesskap. Samtidig som det også kan være viktig for pasientenes trivsel og velvære.

Svebakk (2000) sier at humoren må tilpasses den enkelte da den kan også skade. Det er ikke alltid passende å bruke humor og ikke alle former for humor er akseptable i profesjonelle relasjoner. Bruken av humor skal ikke overdrives da det kan overskygge alvorlige elementer og føre til en falsk munterhet. Dette kan være med på å hindre fremgang og bearbeiding av tanker og følelser (Eide og Eide, 2007). Pasienter er forskjellige, noen verdsetter humor mens andre ikke gjør det. Det er derfor viktig å tilpasse bruken av humor til person og situasjon.

Jeg mener at humor kan være en god måte å skape kontakt på, samtidig som det også er viktig for å styrke en allerede eksisterende relasjon. Det kan øke fortrolighet, fremme samhandling og gi en økt følelse av samhold. Humor kan som sagt virke relasjonsfremmende, men humoren kan også virke relasjonshemmende dersom den brukes på feil måte og ikke tilpasses den enkelte pasient og situasjon.

5.2.4.2 Se og høre

Informantene i studien fremhevet viktigheten av å bli sett og hørt av sine hjelpere, noe som også trekkes frem i studien til Borg og Kristiansen (2004). I Borg og Topors (2007) studie fant de at det å bli sett og hørt var avgjørende for bedring. Gjennom at personalet lytter og gir oppmerksomhet bekrefter og anerkjenner de pasienten. De kan oppleve å bli tatt på alvor og å bli forstått, noe som også har innvirkning på kontakt og tillit mellom fagperson og pasient. Dette kan videre være viktig for deres selvfølelse og bidra til at de bygger opp tillit til seg selv. Når pasientene opplever å bli møtt med aksept kan de også begynne å akseptere seg sine egne følelser (Bastøe og Dahl, 1994).

5.2.4.3 Støtte og utfordre

Da en målsetning med miljøterapi er at pasienten skal klare seg selv og leve et bedre liv etter utskrivelsen er det avgjørende at miljøterapien bidrar til å styrke individet gjennom ulike mestringsopplevelser (Bredland, Linge og Vik 2002; Snoek og Engedal, 2008). Det er kanskje spesielt viktig å støtte og vise pasientene at en har tiltro til dem når de i perioder kan ha svekket tro på seg selv og egne evner. I miljøterapien vil man kunne ta hensyn til den enkeltes sårbarhet og funksjonssvikt ved balansering mellom støtte og utfordring, og på den måten kunne støtte opp under pasientens ressurser og arbeide med pasientens problemområder.

Bredland, Linge og Vik (2002) trekker frem at sentralt for brukerens motivasjon er at forventningene er oppnåelige og at målene samsvarer med det brukeren anser som viktig. Mestringsevnen og viljen er størst når det som skal gjennomføres har personlig verdi og gir en opplevelse av verdighet. Videre sier de at en årsak til manglende motivasjon kan ha sammenheng med dårlig selvbilde og manglende forventninger fra andre. At noen formidler at de har tro på dem og støtter dem kan øke deres tro på seg selv og bidra til å styrke deres mestringstro.

Funnene viser at det kan være viktig med støtte- og motiveringsarbeid for at pasientene skal nyttiggjøre seg av ulike tilbud. Flere gav uttrykk for at de ofte trengte et lett press for å delta på aktiviteter, og at de i perioder hadde behov for at andre gav dem den nødvendige motivasjonen. Terskelen for å delta på aktiviteter kunne noen ganger være svært høy, kanskje så høy at de utsatte eller unngikk det. Dersom de ble utfordret og motivert av andre kunne dette føre til at de strakte seg lenger og utfordret seg selv og sine grenser. I tilfeller hvor

kravene beherskes kan pasientene få en følelse av mestring og en økende tro på seg selv og egne ressurser (Bredland, Linge og Vik 2002). Det er derfor sentralt at kravene som stilles ikke er for høye, men samtidig ikke for lave. For store utfordringer kan medføre skuffelse, en følelse av nederlag og redusert mestringstro dersom de mislykkes, mens for lave forventninger kan føre til at deres krav til seg selv nedjusteres. Dersom de ikke har noe å strekke seg mot kan det fort bli kjedelig og føre til liten innsats, og heller ingen mestringsopplevelse. Da de ikke utfordrer seg selv på noen måte, har de heller ikke noe å mestre. Det kan være vanskelig å finne den rette balansen mellom for høye og for lave krav og denne balansegangen kan ses på som en slags balansekunst. Det er viktig at det gis nok støtte for skape tillit og trygghet, men samtidig nok utfordring for å skape vekst og utvikling. I denne sammenhengen er også relasjonen sentral. Dersom en god relasjon og et godt samarbeid ligger til grunn kan det formidles støtte og utfordring, noe som kan medføre at pasienten får det presset som er nødvendig for å skape utvikling. På grunnlag av en god relasjon kan det også være enklere for pasienten å lytte til vedkommendes råd og oppfordringer, og gjennomføre aktiviteter som er utfordrende. I motsatt tilfelle vil krav og forventninger uten en etablert samarbeidsrelasjon kunne føre til utrygghet og motstand. Det er derfor viktig at det skapes en relasjon basert på samarbeid hvor kravene er tilpasset den enkeltes sårbarhet, forutsetning og funksjonsnivå.

Mine funn bekrefter Stensruds (2007) forskning om at personalets faglige og mellommenneskelige kompetanse, og personlige egnethet spiller en avgjørende rolle i miljøterapien. Det er viktig at fagpersoner har både faglig og mellommenneskelig kunnskap, men det kan se ut som den mellommenneskelige ferdighetene verdsettes høyere av pasienter, og at dette spiller en større rolle for deres bedring. Mye hviler på den enkelte miljøterapeut, og hvilken hjelp pasienten opplever å få avhenger ofte av relasjonen som utvikles mellom dem.

5.3 RELASJON

Miljøterapi bygger på forståelsen av at alle mennesker utvikler seg gjennom relasjoner og at samhandling med andre kan utløse, vedlikeholde eller stoppe negativ utvikling (Heinskou, 2007). Relasjoner kan ofte være en medvirkende faktor til sykdomsutviklingen, men gode relasjoner er sentrale og ofte avgjørende i en bedringsprosess. Som Harry Stack Sullivan sier

(referert i Føyn og Shaygani, 2010) ”It takes people to make people sick and it takes people to make people well again” (s. 91).

Studiens funn viser at relasjonen mellom pasient og personal er grunnleggende, og en kan kanskje si den er avgjørende for det miljøterapeutiske arbeidet. Relasjonen legger premisser for samhandlingen, og uten en god relasjon i bunn vil det vekstfremmende arbeidet vanskeligjøres. Relasjonens betydning samsvarer også med funn gjort i andre studier (Borg og Topor, 2007, Johansson og Eklund, 2003; Längle m.fl., 2003; Schröder, Ahlström og Larsson, 2006).

Ifølge Røkenes og Hanssen (2006) utvikles en god relasjon gjennom en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. De sier videre at det er lettere å forstå hverandre i en trygg relasjon, og dette vil føre til mer hensiktsmessig atferd overfor hverandre. Det å føle seg forstått skaper tillit og en opplevelse av troverdighet og tilknytning, og er videre viktig for å skape endring. Røkenes og Hanssen (2006) beskriver dette som en sirkulær prosess hvor samhandling er utgangspunkt for å skape en god relasjon som fører til forståelse for hverandre, hvor handlinger videre har innvirkning på samhandling og relasjon. Da et mål med det miljøterapeutiske arbeidet er å styrke pasienten vil det kanskje være spesielt viktig at pasienten opplever positive relasjoner til dem han samhandler med. Samtidig kan det i en behandlingsprosess være svært betydningsfullt å ha noen rundt seg som en kan støtte seg til og stole på.

Nerdrum (1997) påpeker at idealet om ”den gode relasjonen” kan være vanskelig å oppnå. Ikke alle pasienter ønsker eller er i stand til å ta del i relasjonen, og det er ikke alle som er motivert for å arbeide med seg selv. Selv om relasjonsarbeid er viktig for behandling, har det lite for seg dersom pasienten selv ikke er en deltakende part og innstilt på å gjøre endringer. En relasjon oppstår ikke av seg selv, så for å skape en god relasjonen kreves det derfor innsats fra både pasient og miljøterapeut. Levin (2004) fremhever at det er to relasjoner mellom to mennesker, noe som innebærer at hjelperen har en relasjon til brukeren og brukeren har en relasjon til hjelperen. Relasjonen kan følgelig oppfattes på ulik måte ut i fra hvilket perspektiv en har.

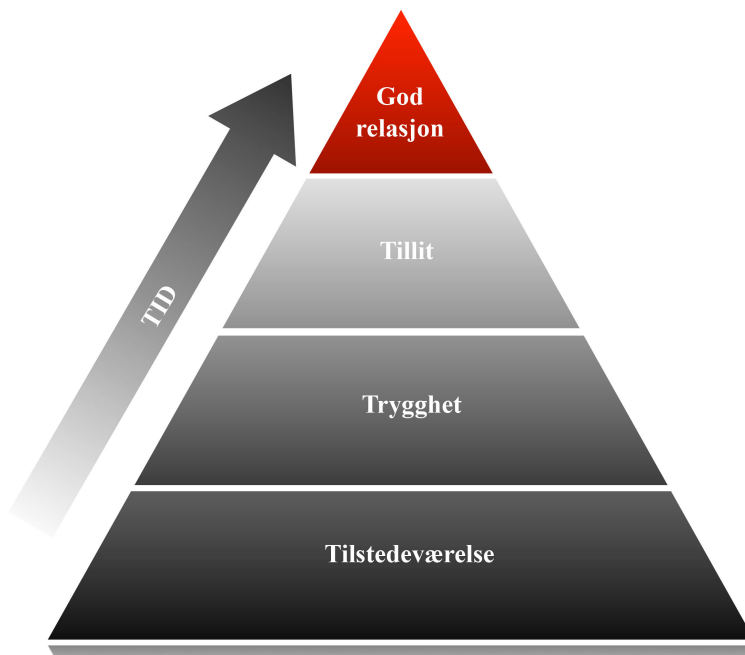
Tillit er vesentlig i samarbeidsrelasjoner, og dersom det ikke eksisterer tillit mellom partene vil ofte samarbeidet gå i stå (Wadel, 2005). Tillit er en forutsetning for å bygge den gode relasjonen, og sentralt for at pasientene skal dele av seg selv og sine tanker, noe som videre vil være viktig for fremdriften av behandlingen. Informantene påpekte at de trengte tid til å bli trygge på personalet og for i det hele tatt å kunne åpne seg og snakke om sine plager, det samme fremheves også av Johansson og Eklund (2003). I en relasjon hvor du er trygg på den andre kan det være lettere å forstå hverandre. Som Kværna og Lund (2004) påpeker er forståelse sentralt for å kunne etablere kontakt og samarbeid. Dersom pasienten opplever å bli forstått og hørt av personalet vil dette ha en positiv innvirkning på relasjonen, da det vil være med på å skape tillit, trygghet og tilknytning (Røkenes og Hanssen, 2006).

Relasjonen kan ses på som et redskap for endring, hvor forutsetningen for å lykkes med arbeidet er at pasient og miljøterapeut klarer å bygge en god relasjon. Borg og Topor (2007) understreker at det er viktig at det settes av nok tid slik at en relasjon kan utvikles og bedringsprosesser fremmes. Det kan på sett og vis sies at det er en konflikt mellom myndighetenes effektivitetskrav og pasientens behandlingsutbytte. Den stadige fokuseringen på kostnadseffektivitet og kortere innleggelse kan medføre begrenset tid til relasjonelt arbeid, og kan på den måten true pasientens utbytte og tilfredshet med behandlingen. Ettersom innleggelse på institusjon blir sett på som siste utvei vil flere av pasientene være dårligere ved innleggelsestidspunktet, noe som ofte innebærer at det tar lenger tid før pasienten kommer seg (Dam, 2003; St.meld. nr. 25 (1996-97)). Stadig sykere pasienter vil legge et større press på personalet, samtidig som et tidspress kan medføre et press på relasjonen. Den reduserte innleggelsestiden innebærer kortere tid til behandling og opplæring av praktiske og sosiale ferdigheter, og kan dermed føre til at dette ikke utføres på en tilstrekkelig måte (Øye og Skorpen, 2009). Det kan derfor stilles spørsmål ved om de korte institusjonsoppholdene resulterer i dårligere kvalitet på behandlingen. Vil utbytte av oppholdet også bli mindre da behandlingstiden og tid til relasjonsutvikling blir kortere? Føringer gitt av sentrale myndigheter fokuserer kanskje for mye på økonomiske faktorer, uten å ta tilstrekkelig hensyn til behandlingsbehovet til innlagte pasienter. Hummelvoll (2004) er skeptisk til om dagens miljøterapi passer de korte sykehusoppholdene. Han konkluderer med at miljøterapien fortsatt er berettiget og relevant, men poengterer at den må tilpasses dagens situasjon hvor korttidsopphold ofte er gjeldene. Videre mener han at det er viktig at faktorer som virker terapeutisk tydeliggjøres slik at resultater av miljøterapien kan evalueres og at dette kan gi grunnlag for fornying og videreutvikling.

Relasjonen er en sentral del av behandlingen, og den er vesentlig for pasientenes opplevelse og utbytte av behandlingen. Det er derfor viktig at det legges vekt på å utvikle gode relasjoner og fokuseres på relasjonelle ferdigheter hos miljøterapeuter som jobber på institusjoner innenfor psykisk helsevern.

5.3.1 Relasjonspyramiden

For å visualisere hva som er sentrale faktorer for å skape en god relasjon har jeg laget en figur, se figur 2.



Figur 2: Relasjonspyramiden

Personalets tilstedeværelse er med på å skape trygghet. Pasientene har noen rundt seg og noen å gå til ved behov, noe som gir trygghet og en opplevelse av å bli ivaretatt. Tilstedeværelsen fører også til at pasienten kan bli kjent med personalet. Dette kan videre være med på å øke tryggheten. Denne tilstedeværelsen og tryggheten er videre viktig for utvikling av tillit, som igjen er avgjørende for å skape en god relasjon. I hele prosessen er tidsfaktoren sentral. Trygghet og tillit bygges opp over tid, og vil kunne øke til mer tid som tilbringes sammen.

Fundamentet bygger på grunnleggende faktorer som personalets handlinger og holdninger. Det er viktig at handlingene deres bygger på respekt, likeverdighet og anerkjennelse, samt at de lytter, bruker tid sammen og støtter og motiverer pasientene. Til sammen legger dette et godt grunnlag for å bygge en god relasjon.

5.4 FELLESSKAP

Noget af det tragiske med den psykiske lidelse er, at den meget syge ofte må savne det, han har mest brug for: samhørighed, bekræftelse, forståelse og nærhed. Mens legemlig sykdom binder mennesker sammen, vil den psykisk syge ofte kæmpe alene med og mod sine symptomer (Thorgaard og Haga, 2007, s. 151).

Sitatet peker på at samhold og tilknytning til andre kan være noe mennesker med psykiske lidelser har behov for da de ofte står alene i kampen mot lidelsen. Mine funn viser at fellesskapet og samholdet på institusjonen er viktig for pasientene. De fleste understreket betydningen av å møte andre pasienter i samme situasjon. Betydningen av fellesskap og å møte andre mennesker som har de samme problemene trekkes også frem av Borge og Fagermoen (2008). I møte med andre som hadde psykiske vansker følte pasientene mindre skam og ensomhet. De opplevde også at det var enklere å snakke med andre pasienter, enn med personalet, da de opplevde å ”snakke samme språk” og var likeverdige. For mine informanter ble institusjonen en arena hvor de kunne bli bekreftet og få forståelse, både av pasienter og personal, og de kunne i tillegg oppleve en form for samhold og nærhet til andre. Da mennesker med psykiske lidelser ofte kan være ensomme og ha et svakt nettverk kan opplevelsen av tilhørighet og bekræftelse være særdeles viktig for den enkelte. De kan ha følt seg utenfor samfunnet for øvrig og da kan opplevelsen av tilhørighet være svært betydningsfull. Gordan og Palmgren (2001) går så langt som å hevde at det å få tilhørighet i en gruppe og å bli godtatt av ”sine egne” kan veie tyngre enn å få forståelse av en behandler i et møte. Flere påpekte at de ellers var mye alene i hverdagen og at det var veldig viktig å ha noen rundt seg. Dette var kanskje spesielt viktig når de hadde tunge og vanskelige sykdomsperioder, og trengte noen å støtte seg til. Ensomheten som flere av pasientene kan kjenne på vil kunne reduseres i møte med andre i samme situasjon da de ikke lenger opplever å være alene om å ha det vanskelig.

Samspillet mellom pasienter og personal er en viktig del av miljøterapien (Gordan og Palmgren, 2001). Samhandlingen og relasjoner til andre kan være med på å gi pasienten sosiale erfaringer og ferdigheter som vil være viktig for bedringsprosesser, og for å takle utfordringer i hverdagen. I tillegg kan pasienten i samvær med andre øve på egne sosiale ferdigheter i trygge omgivelser. Økte sosiale ferdigheter og evne til samhandling kan videre ha innvirkning på pasientens trygghet og selvoppfatning (Hummelvoll, 2004).

5.4.1 Døgninstitusjon kontra oppsøkende team

Døgnbehandling er kostbart og økonomiske hensyn har ført til nedleggelse og kutt i døgninstitusjoner (Rød, 2012). På grunn av de store utgiftene stilles det krav om effektivitet og kortest mulig behandlingstid, noe som medfører at antall sengeplasser reduseres og innleggelsestiden kortes ned (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Dagens utvikling innenfor psykisk helsevern går i retning av en mer oppsøkende virksomhet (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Studiens funn viser at pasientene verdsetter fellesskapet som finnes på institusjonen hvor de kan møte andre mennesker i samme situasjon, og kan på den måten også redusere opplevelsen av å være alene. Ved et økende fokus på oppsøkende arbeid og ambulerende team kan mange positive og nyttige faktorer som pasientene opplever gjennom det miljøterapeutiske arbeidet i institusjonen forsvinne. De vil i større grad bli overlatt til seg selv og fellesskapsopplevelsen vil ikke lenger eksistere, samtidig som deres opplevelse av å være alene vil kunne øke. På tross av at miljøterapien i senere tid i stor grad har blitt individualisert og det kollektive skjøvet mer i bakgrunnen til fordel for individuell tilpasning (Øye og Skorpen, 2009), vil likevel fellesskapet være en viktig del av miljøterapien og av stor betydning for pasientene. Informantene understreker viktigheten å møte andre som også sliter, noe som kan være med på å skape trygghet og tilhørighet. Så selv om det i dag ikke lenger er det kollektive som er i sentrum i miljøterapien, er fellesskapet og opplevelsen av å ikke være alene fremdeles svært viktig.

Ved å være innlagt vil pasientene få et annet tilbud enn om de mottar hjelp i hjemmet, og kan på den måten kanskje også få et bredere og større utbytte av sitt hjelpetilbud. Her kan de slippe mange av dagliglivets krav og forventninger, noe som i flere tilfeller er sentralt for bedring. Borge og Fagermoen (2008) fant i sin undersøkelse at pasienter med erfaring fra

både timebasert oppfølging og døgnbehandling opplevde å få større utbytte og kontinuitet i behandlingen når det var innlagt. På institusjonen fikk de mulighet til å få ro og hvile i trygge omgivelser, noe de ikke hadde anledning til når de bodde hjemme.

Ettersom pasientene i min og andre studer (Borge og Fagermoen, 2008) vektlegger felleskapet i så stor grad vil det fortsatt være viktig å opprettholde et tilbud om innleggelse på døgnbaserte institusjoner. Dette kan være svært viktig for bedring og gir et stort utbytte for innlagte pasienter. Flere har behov for å komme seg bort fra sitt miljø, situasjonen hjemme og plikter en periode. Det kan også være enklere for pasienter å åpne seg for personalet på en avdeling de oppholder seg over tid sammenlignet med et hjemmebesøk som varer et par timer hver uke. Samtidig vil det i en institusjon være mulig å observere pasienten tettere og i samspill med andre mennesker, noe som gjør det mulig å tilrettelegge behandlingen i henhold til observerte behov. Ved oppsøkende virksomhet vil det kunne gå en stund mellom hvert møte, noe som kan føre til et slags avbrudd i den terapeutiske prosessen og føre til at behandlingen blir fragmentert og gir manglende kontinuitet.

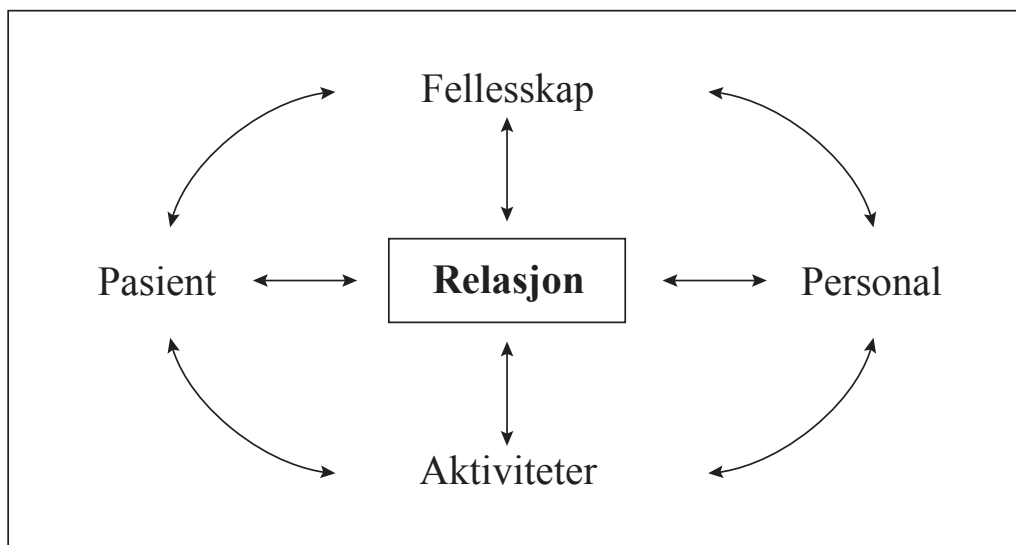
Pasienter er forskjellige og har ulike preferanser. Oppsøkende alternativer vil kanskje være det beste for noen, mens det for andre er døgnbehandling som er mest hensiktsmessig. Mine funn viser at kontakten med andre mennesker i samme situasjon er svært betydningsfull. Det er derfor viktig at ambulerende team ikke erstatter døgninstitusjonalisert behandling, men at de i stedet kan fungere som et supplement til institusjonsbehandling.

5.5 MILJØTERAPI

Miljøterapi utgjør ikke en enkelt behandlingsform, men må ses som et komplekst dynamisk system hvor flere faktorer spiller inn. Slik jeg ser det har miljøterapi en relasjonell og en mer aktivitetorientert og handlende side, hvor både aktiviteter og samhandling er en sentral del av behandlingen. Aktiviteter har betydning for pasientene som en distraksjon fra sykdom og tanker, men også i form av tidsfordriv for å fylle dagene. Betydningen av å ha relasjoner og samhold til andre mennesker synes å være viktigere for informantene enn aktivitetene i seg selv. Aktivitetene kan likevel være en viktig brobygger og tilrettelegger for utvikling av relasjoner og kontakt med andre. Gjennom å gjøre noe sammen har de en felles opplevelse og erfaring, og kan på den måten komme nærmere hverandre og utvikle et samhold. Da flere mennesker med psykiske lidelser bor alene, og kanskje har et svakt utviklet sosialt nettverk

kan et slikt fellesskap og samhold være av stor betydning. I tillegg har pasientene mange av de samme erfaringene og flere av de samme problemene, noe som kan gi en fellesskapsfølelse og en opplevelse av å ikke være alene. Dette kan videre være med på å skape trygghet og tilhørighet. En kjenner seg trygg fordi en er sammen med andre i samme situasjon, og fordi det er en felles forståelse for hvordan de har det. Det er ikke bare forhold til andre pasienter som er sentralt, men også relasjon til personalet som vil være av stor betydning for trivsel og trygghet. Gjennom å ha et godt forhold og tillit til personalet vil kanskje behandlingsutbyttet være større. Det kan være enklere å ta i mot råd og lytte til deres anbefalinger dersom pasienten stoler på de ansatte og har tiltro til deres kunnskap. Samtidig som det vil være lettere å fortelle om sine vansker til mennesker en kjenner seg trygg på og har tillit til.

I Vatne (2006) sin modell (s. 19) er fellesskapet kjernen i miljøterapi, ut fra mine funn vil jeg hevde at relasjoner er det viktigste fundamentet. Jeg har derfor laget en ny modell basert på denne, se figur 3.



Figur 3: Modell av miljøterapi

I min modell har jeg valgt å plassere relasjonen i sentrum for det miljøterapeutiske arbeidet. Her vil samhandlingen mellom pasient og personal, samt pasienters samhandling med hverandre ha innvirkning på den enkelte og relasjonen mellom dem. Det som skjer i fellesskapet påvirker relasjonene, samtidig som relasjonene vil ha innvirkning på miljøet i fellesskapet. Aktiviteter vil videre ha innvirkning på relasjoner hvor tettere bånd kan knyttes,

og derfor også ha betydning for fellesskapet. Det som skjer i ulike aktiviteter vil også ha betydning for den enkelte for eksempel i form av tilknytning, vennskap og økt selvtillit.

6.0 AVSLUTNING

I dette siste kapitlet vil jeg først oppsummere hovedfunnene, før jeg avslutningsvis ser på hvilken betydning studien kan ha for praksis og gir til slutt noen anbefalinger for videre forskning.

6.1 OPPSUMMERING

Funnene viser at relasjonen mellom pasient og personal er sentral i miljøterapi. Relasjonen til personalet er ikke bare viktig, en god relasjon er en forutsetning i det miljøterapeutiske arbeidet og avgjørende for pasientens vekst og utvikling. Miljøterapeutens holdninger, kunnskap og handlinger har innvirkning på relasjonen, og gjennom sine handlinger kan miljøterapeuten legge til rette for å skape et godt samarbeid og legge grunnlag for utvikling av en god relasjon. Mye hviler på miljøterapeutene og det kan se ut som pasientens utbytte ofte vil være avhengig av den enkelte miljøterapeut og hvilke kvaliteter og ferdigheter vedkommende har, både faglige og relasjonelle. Relasjonen mellom pasient og personal legger premisser for samhandlingen og er vesentlig for pasientens opplevelse og utbytte av behandlingen. Det er derfor viktig at det relasjonelle arbeidet tas på alvor og at det legges til rette for å utvikle og opprettholde gode relasjoner.

Aktiviteter på institusjonen ble først og fremst opplevd som tidsfordriv, men fungerte i tillegg som en distraksjon fra sykdom og lidelse. De sosiale aktivitetene fører til relasjonsbygging, samhold og en form for gruppedynamikk, samtidig som de kan gi pasientene positive erfaringer og opplevelse av mestring. Det å møte andre mennesker i samme situasjon var viktig for informantene. De opplevde å ikke være alene og fikk en følelse av samhold og tilhørighet. Samhandling og relasjoner til andre kan være med på å gi pasienten erfaringer og ferdigheter som vil være viktig for bedringsprosesser, og for å takle utfordringer i hverdagen.

6.2 KONKLUSJON

I denne studien har jeg hatt fokus på pasienters erfaringer med miljøterapi. Jeg har tatt utgangspunkt i to forskningsspørsmål som undersøker hva pasienter innenfor psykisk helsevern anser som viktig i miljøterapi, og hva de mener fremmer et godt samarbeid.

Det pasientene mener er viktigst i miljøterapi er forholdet til personalet, hvor deres faglige kompetanse og personlige egnethet spiller en sentral rolle. En relasjon basert på trygghet og tillit, og at de blir møtt med likeverdighet, respekt og anerkjennelse er avgjørende for deres utbytte av behandlingen. I tillegg til å ha et godt forhold til de ansatte var det godt å møte andre i samme situasjon og dermed vite at en ikke var alene om å ha det vanskelig. Dette var videre med på å skape en fellesskapsfølelse og en opplevelse av samhold og tilhørighet. Dagene på institusjonen kunne ofte bli lange og det var viktig for pasientene å ha noe å gjøre for å få tiden til å gå. Samtidig som deltakelse i ulike aktiviteter fungerte som tidsfordriv var det også en måte å få tankene bort fra sykdommen for en periode, noe som var svært betydningsfullt. Kort sagt er det viktigst for pasientene å ha noe å gjøre, å ha noen rundt seg og å møte noen i samme situasjon.

Utgangspunktet for samarbeidet er relasjonen mellom pasient og personal. En relasjon som er basert på tillit, respekt og likeverdighet skaper et godt grunnlag for samhandling. Personalets holdninger og handlinger har innvirkning på relasjonen mellom dem og kan enten fremme eller hemme samarbeidet. Dersom pasienten blir møtt med likeverdighet, anerkjennelse, varme og vennlighet vil dette ha en positiv innvirkning. Personalets gode humør og humoristiske sans er med på å skape et godt samarbeidsmiljø, samtidig som det er kontaktskapende. Dersom pasienten får mulighet til å bli kjent med mennesket bak den profesjonelle rollen, og vedkommende i tillegg lytter og formidler støtte, samt gir pasienten anledning til medvirke i behandlingen vil dette virke styrkende på både relasjon og samhandling. Hva som fremmer et godt samarbeid kan oppsummeres med et sitat fra en informant:

“Drømmebehandlingen min det tror jeg blir å bli behandlet som et menneske og det å bli tatt på alvor og det å bli sett”.

6.3 BETYDNING FOR PRAKSIS

Funnene i denne studien kan ikke generaliseres på vegne av alle pasienter som deltar i miljøterapeutisk behandling innenfor psykisk helsevern. De kan likevel peke på viktige områder og gi en økt bevissthet rundt temaene som har blitt løftet frem. Studien synliggjør hvordan pasienter i en sårbar situasjon opplever å bli møtt av hjelpeapparatet.

I det miljøterapeutiske arbeidet er det flere faktorer som spiller inn. Det kan være viktig å inkludere pasientene i større grad da de kan bidra til å synliggjøre forbedringsområder, samt påpeke hva de mener er sentrale faktorer i den miljøterapeutiske behandlingen. På bakgrunn av deres kunnskap og erfaring som pasienter vil de være viktige aktører i utvikling og forbedring av det miljøterapeutiske tilbudet. Deres kunnskap kan bidra til økt forståelse og innsikt slik at det miljøterapeutiske arbeidet kan utvikles på pasientenes premisser, hvor tiltakene og tilbudene samtidig vil kunne bli bedre tilpasset deres behov.

Studien viser at miljøterapi er viktig for pasientene og deres bedring. Det er derfor viktig at et tilbud om døgnbasert institusjonsbehandling opprettholdes. Ettersom miljøterapi utgjør en tidsmessig stor del av behandlingen på institusjonen er det viktig at kvaliteten er god. Funnene tyder på at relasjonen mellom pasient og personal er sentral for kvaliteten på og utbyttet av behandlingen. Det er derfor viktig at relasjonens betydning ikke undervurderes, og at det relasjonelle arbeidet vektlegges og utvikles i praksis.

6.4 ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING

Etter hvert som en tilegner seg kunnskap og setter seg inn i litteratur og forskning på området, ser en flere temaer det kunne vært spennende å forske videre på. Med utgangspunkt i denne studien vil jeg her trekke frem noen områder jeg mener det kunne vært aktuelt å forske mer på i fremtiden. I min studie er utvalget relativt begrenset og det vil sannsynligvis være hensiktsmessig i den fremtidige forskningen å inkludere et større antall informanter for å skape mer generaliserbar kunnskap på området.

Denne studien belyser pasienters erfaringer med miljøterapi på psykiatriske institusjoner. Det pasientene opplever kan forstås på en annen måte av personalet, og det kunne derfor vært interessant å undersøke og sammenligne miljøterapeuter og pasienter sine erfaringer og opplevelser av miljøterapi. Vil perspektivene mellom ansatte og pasienter være i samsvar med hverandre, eller vil det være store sprik? Da relasjonen i denne og flere andre studier vektlegges i så stor grad, kunne det vært nyttig å gå dypere inn i dette temaet og forske nærmere på hva det er som bidrar til å skape og opprettholde en god relasjon mellom miljøterapeut og pasient.

I denne studien er pasientene innlagt på frivillig grunnlag. Det kunne også vært interessant å undersøke hva pasienter under tvunget psykisk helsevern mener om miljøterapi. Har de andre synspunkt og meninger enn pasienter som er frivillig innlagt?

I studier om pasienters erfaringer om miljøterapi kunne man også valgt å se nærmere på ulike pasientgrupper og undersøkt hvilken gruppe som synes å ha størst utbytte av denne behandlingsformen. Dette er noe jeg ikke har valgt å fokusere på, da det for meg har vært viktig å synliggjøre pasientenes erfaringer uansett lidelse eller diagnose.

Informantene i min studie vektlegger betydningen av å møte andre i samme situasjon. Da antall sengeplasser i institusjon reduseres og omfanget av oppsøkende team trappes opp ville det vært interessant å undersøke erfaringene og tilfredsheten til mottakerne av oppsøkende tjenester. Videre kunne deres erfaringer sammenlignes med erfaringene til pasienter som får miljøterapeutisk behandling i institusjon, og på den måten gi grunnlag for å vurdere hvilken behandlingsform pasientene mener gir størst utbytte.

LITTERATURLISTE

- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Abdalla, M. F. (2010). *Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring. Pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et distriktpsykiatrisk senter*. Masteroppgave ved avdeling for helse- og iderettsslag. Høgskolen i Hedmark.
- Album, D. (1994). Innholdsløs meningsfull prat. *Sosiologisk tidsskrift*, 2 (2), 89-108.
- Andersen, A. J. W. (red.). (1997). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Bastøe, P. Ø. og Dahl, K. (1994). *Hjørnesteiner i sosialt arbeid. En innføringsbok for sosialarbeidere*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Beston, G. (2009). Forskning sammen med dem det gjelder. I: Borg, M. og Kristiansen, K. (red.), *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s. 69-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørnstad, G. (1997). Kan miljøterapi gi barn et bedre selvbylde? I: Andersen, A. J. W. (red.), *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi* (s. 29-54). Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Bollingmo, L., Ellingsen, K. E. og Selboe, A. (2005). Perspektiver på selvbestemmelse. I: Selboe, A., Bollingmo, L. og Ellingsen, K. E. (red.). *Selvbestemmelse for tjenestenytere* (s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, M. og Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13 (5), 493-505.
- Borg, M. og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

- Borge, L. (2000). Psykisk helsearbeid i et psykososialt perspektiv. I: Almvik, A. og Borge, L. (red.). *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 33-49). Bergen: Fagbokforlaget.
- Borge, L. og Fagermoen, M. S. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of mental health*, 17 (2), 193-205. doi: 10.1080/09638230701505996.
- Bredland, E. L., Linge, O. A. og Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, E., Norvoll, R. og Rugkåsa, M. (red.). (2001). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carlsen, K. C. L., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A. G., Jacobsen, A. F., Omenaas, E. (2009). *Forskningshåndboken - fra idé til publikasjon* (4.utg.). Oslo: Oslo universitetssykehus, Ullevål i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Dam, L. (2003). Psykiatrisk miljøterapi – en metode til analyse af miljøterapi i psykiatrisk praksis. *Klinisk sygepleje*, 17(4), 52-57.
- Delaney, K.R. (1997). Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric care*, 33(2),19-28.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling. Konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T. J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

- Folkehelseinstituttet (2010). *Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge.* (Rapport 2010:2). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Føyn, P. og Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Gilje, N. og Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (2000/1975). *Stigma. Om avvigerens sociale identitet.* Oslo: pensumtjenesten.
- Gordan, K. og Palmgren, L. (2001). *Miljøterapi. Personal och patienter i samspel.* Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa (Sfph).
- Gunderson, J. G. (1983). An overview of modern milieu therapy. In: Gunderson, J.G., Will, O.A and Mosher, L.M. (Ed.). *Principles and practice of milieu therapy* (p. 1-13). New York: Jason Aronson.
- Hansson, L, Björkman, T og Berglund, I. (1993). What is important in Psychiatric Inpatient Care? Quality of Care from the Patient's Perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 5 (1), 41-48. doi: 10.1093/intqhc/5.1.41.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle.* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heinskou, T. (2007) . Miljøterapiens organisations-psykologiske aspekt. I: Schødt, T. og Heinskou, T. (red.), *Miljøterapi på dynamisk grundlag* (s. 27-48). København: Hans Reitzels Forlag.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24. juni 2011 nr. 30.*
- Henriksen, A. T., Smedvig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A.S., Hammervold, U., Stokka, M., Haaland, T. og Block Thorsen. G.R. (2011). *Miljøterapi –*

en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Hjelle, K. M. (2001). *Brukermedvirkning som samhandling. En studie av hva som fremmer eller hemmer brukermedvirkning i rehabiliteringsarbeid.* Hovedoppgave i helsefag, Universitetet i Bergen, Bergen.

Hummelvoll, J. K. (2004). *HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* (6.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K., Andvig, E., Lyberg, A. (red.). (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hutchinson, G. S. (2009). Sosialfaglig arbeid. I: Hutchinson, G. S. (red.). *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer.* (s. 15-33). Oslo: Universitetsforlaget.

Hutchinson, G. S. og Oltedal, S. (2003). *Modeller i sosialt arbeid* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Hybholdt, L. (2009). Miljøterapi i behandlingspsykiatrien. I: Bruus, N. (red.) *Psykiatrisk sygepleje* (s. 281- 309). København: Dansk sygeplejeråd.

Johansson, H. og Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339-346. doi: 10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x.

Karlson, B. (1997). Miljøterapi – begrep og innhold – en kritisk drøftelse. I: Andersen, A.J.W. (red.), *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi* (s. 169 - 189). Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Karterud, S., Jørstad, J. og Vaglum, P. (1984). Sosialpsykiatrisk tenkning og demokratisk organisasjon, eller psykoanalytisk tenkning og funksjonell hierarkisk organisasjon? I: Vaglum, P., Karterud, S. og Jørstad, J. (red.) *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*, (s. 11-23). Oslo: Universitetsforlaget.

- Killén, K. (2012). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning - Et fellesfaglig perspektiv. Helhetsperspektiv, relasjonskompetanse, refleksjon, mentalisering* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kokkinn, J. (2009). Sosialt arbeid. I: Hutchinson, G. S. (red.). *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer* (s. 69-87). Oslo: universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, K. og Eriksen, J. (1997). Initiativet – en kilde til vekst og utvikling. I: Andersen, A.J.W. (red.). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi* (s. 91-111). Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Kvale, S. og Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kværna, E. og Lund, B. (2004). *Biter av liv. Miljøterapeutiske fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'ren, R., Schwarzler, F. & Eschweiler, G.W. (2003). Indicators of quality of inpatient psychiatric treatment: the patients' view. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), 213-221.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Sjöström, B., Lindencrona, C. S. C., & Plos, K. A. E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-320.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Linde, S. og Nordlund, I. (2003). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid: systematikk, kvalitet og dokumentasjon*.(2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindström, U. Å. (1997). Patientens opplevelse av vårdkultur och vårdrelation – motsatsernas dialektikk. I: Hummelvoll, J. K og Lindstöm, U.Å. (red.), *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad* (s. 73- 94). Lund: Studentlitteratur.
- Lov om sosiale tjenester i NAV. *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen 18. desember 2009 nr. 131*.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport 2011:1). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mykletun, A, Knudsen, A. K og Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- NEM (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin). (2005). *Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning*. Oslo: NEM. Tilgjengelig fra:
<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/>
- Nerdrum, P. (1997). Hvor god er ”den gode relasjonen”? I: Olsen, B. C. R. og Bunkholdt, V. (red.). *Barnevernet – mangfold og mening*. Oslo: Tano Aschehoug.

- NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora). (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora*. Oslo: NESH. Tilgjengelig fra: [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)
- Norvoll, R. (red.). (2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). (2012) *Helseforskningsloven*. Tilgjengelig fra: http://www.nsd.uib.no/nsd/nsdnytt/09-2/6_helseforskningsloven.html
- Opjordsmoen, S., Vaglum, P. og Bloch Thorsen, G. R. (red.). (2008). *Oss imellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Oppsøkende tjenester. (u.å) Tilgjengelig fra: <http://psykiskhelsearbeid.no/content/127/Oppsokende-tjenester>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter 2. juli 1999 nr. 63*.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Psykisk helsearbeid som fag og praksisfelt. (u.å). Tilgjengelig fra: <http://psykiskhelsearbeid.no/content/119/Psykisk-helsearbeid-som-fag-og-praksisfelt>
- Psykisk helsevernloven. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. juli 1999 nr. 62*.
- Reissig, C. (2010). Psykiske lidelser hos voksne. I: Grøholt, E. K., Grøtvedt, L., Hånes, H. og Stene-Larsen, G. (red.), *Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge*. (Rapport 2010:2), s. 64-67. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Rød, S. (2012). Farlig omstilling. *Fontene* 6, 44-45.
- Røkenes, O. H. og Hanssen, P. H. (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røysum, A. (red.). (2006). *Sosialt arbeid. Refleksjoner om kunnskap og praksis*. Oslo: FO, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.
- Schröder, A., Ahlström, G. og Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of clinical Nursing*, 15 (1), 93-102.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., og Bjelland, A.K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i nord* 28 (4), 19-23.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Ståncke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp –samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, J. Engelstad og Engedal, K. (2008). *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. (3.utg). Oslo: Akribe.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Folkehelse rapporten 1999*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Veileder for individuell plan (I-1026)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006b). *Brukermedvirkning – psykiske helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. IS- 1315 Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Beskrivelse av fagfeltet. Råd og veiledning. Overordnede rammer.* (IS-1332 Veileder). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006a). *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vent mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen.* (IS-1388 Veileder). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2. juli 1999 nr. 61.*

Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi – virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser.* Masteroppgave i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Hedmark.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

Svebakk, S. (2000). *Forlenger en god latter livet? Humor, stress og helse.* Bergen: Fagbokforlaget.

Sverdrup, S., Myrvold, T. M. og Kristoffersen, L. B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter* (NIBR-rapport 2007:2). Oslo: Norsk Institutt for by- og regionsforskning.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thomas, S.P, Shatell, M., & Martin, T. (2002) What's therapeutic about the therapeutic milieu?
Archives of Psychiatric Nursing, XVI (3), 99-107. doi: 10.1053/apnu.2002.32945.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thorgaard, L. (2006). *Relationsbehandling i psykiatrien, bind 4. Individuel mestring og mestring i relation*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thorgaard, L. og Haga, E. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien, bind 1. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. (2.utg). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H. og T. Bøe. (2007). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Vatne, S. (2008). Anerkjennende tilnærming. Et grunnleggende terapeutisk prinsipp i psykiatrisk sykepleie. I: Karlson, B. (red.), *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* (s. 40-63). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Doktorgradsavhandling i sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Vifladt, E. H. og Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Wadel, C. (2005). *Samhandling og relasjoner. Mellommenneskelig tenkning i dagliglivet*
Flekkefjord: SEEK A/S.

WMA, World Medical Association. (2008). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for
Medical Research Involving Human Subjects*. (Sist oppdatert: oktober 2008).

Tilgjengelig fra:

[http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-
type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I: Norvoll, R.
(red.). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver – en
introduksjon* (s. 145-159). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Øye, C. og Skorpen, A. (2009). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon. En analyse av
miljøterapeutiske praksiser*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Bergen

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

”Miljøterapeutisk arbeid i en psykiatrisk institusjon”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie om miljøterapi i psykiatrien. Hensikten med studien er å få økt kunnskap om miljøterapi og hvordan pasientene selv opplever miljøterapeutiske tiltak. Dette kan bidra til økt forståelse og innsikt slik at det miljøterapeutiske arbeidet kan utvikles og forbedres på brukernes premisser. Din deltakelse i studien vil derfor innebære å dele av din kunnskap og erfaring med miljøterapi gjennom et intervju. Intervjuet vil være i form av en samtale som vil bli tatt opp på lydbånd. Du vil få spørsmål som dreier seg om miljøterapi og hvordan dette har hatt innvirkning på deg og din hverdag. Dette intervjuet vil ta omtrent 1 time. Resultatene fra studien vil danne grunnlag for en mastergradsoppgave i sosialt arbeid ved NTNU.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Dette betyr at opplysningene er aidentifisert og innebærer at de ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson. Det vil derfor ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Da intervjuet vil bli gjennomført på behandlingsinstitusjonen, kan dette medføre at ansatte får kjennskap til din deltakelse i forskningsprosjektet.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg og din videre behandling. Om du nå sier ja til å delta og undertegner samtykkeerklæringen på siste side, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Da kan du også kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller blitt publisert. Når undersøkelsen er ferdig vil alle opplysninger bli slettet (senest 31.12.12).

Fordeler ved å delta er at du gjennom intervjusamtalen vil få mulighet til å dele av dine erfaringer, både det som er bra og det som er mindre bra. Den kunnskapen du har er et bidrag til forskning som senere også kan være nyttig for andre. Det vil ikke være noen direkte ulemper ved å delta i prosjektet, utover et eventuelt ubehag knyttet til at en utenforstående person intervjuer deg.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Opplysninger fra deg er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningsloven, og bare de som trenger å se dette i forbindelse med undersøkelsen og behandling av data har tilgang til den. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Dersom du ønsker å delta eller har noen spørsmål om prosjektet kan du ta kontakt med meg, Marit Helland (masterstudent i sosialt arbeid ved Norges Teknisk Naturvitenskaplige Universitet, NTNU), på telefon XXX XX XXX eller på e-post: marhell@stud.ntnu.no. Hvis du ønsker kan du også kontakte min veileder, 1. amanuens Riina Kiik på e-post: riina.kiik@svt.ntnu.no.

Vennlig hilsen

Marit Helland (masterstudent)

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg er kjent med informasjonsskrivet og er klar over at deltakelse i dette forskningsprosjektet er frivillig. Jeg er informert om at jeg kan si nei til å delta og at jeg når som helst kan velge å trekke meg fra undersøkelsen. Jeg er innforstått med at de opplysningene jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og at min anonymitet vil bli sikret. Jeg er villig til å delta i studien og samtykker til at intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Sted/dato

Underskrift

INTERVJUGUIDE

Introduksjon: (Om meg, generelt om intervjuet; hensikt, anonymitet, gjennomføring, tid, opptak, behandling av data, frivillighet, informantens rettigheter med mer).

Miljøterapi kan ses på det en får av personalet i hverdagen.

- Kan du beskrive hvordan en vanlig dag her er for deg?

- Hvordan opplever du den miljøterapeutiske behandlingen? Hva synes du er bra og hva er mindre bra?

- Hvor nyttig/viktig synes du denne behandlingen er på en skala fra 1 til 10. Hvor 1 er uviktig og 10 er svært viktig? Hvorfor?

- Hva mener du er viktig i miljøterapi? Hvilke elementer mener du er viktig for at du skal få en god behandling?

- Hvilken betydning har miljøterapeutiske tiltak for deg i forhold til mestring av hverdagen?

- Har du et eksempel på en situasjon hvor noe fra miljøterapien har vært viktig for din håndtering av utfordringer? Kan du beskrive denne?

- Møter du utfordringer på en annen måte nå enn før du mottok behandling? Har du fått hjelp til å håndtere dem på noen måte?

- Hvilke kvaliteter anser du som viktige hos miljøterapeuter (personalet)?

- Hvor viktig er relasjonen til personalet for deg og din behandling?

- I hvilken grad opplever du at du selv kan bestemme og påvirke behandlingen?
- Opplever du å få den hjelpen du har behov for?
- Hvordan ville en behandlingmessig drømmesituasjon vært for deg?

Hva er viktig elementer? Hva mener du den bør inneholde?

Avslutning:

- Er det noe du har lyst å tilføye? Noe jeg ikke har tatt opp?
TUSEN TAKK for du tok deg tid til dette.

Siste informasjon:

- Jeg vil at du skal ta kontakt med kontaktpersonen din dersom du ønsker å snakke med noen etter dette intervjuet. Det kan være om det som har skjedd under intervjuet, eller at du har fått noen tanker du vil snakke med noen om.

Debrifing:

- Hvordan syns du det var å bli intervjuet? Tanker rundt dette.

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Riina Kiik
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 21.11.2011

Vår ref: 28734 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.11.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 21.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28734	<i>Miljøterapeutisk arbeid i en psykiatrisk institusjon</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Riina Kiik
Student	Marit Helland

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marit Helland, Rosenborggata 26B, 7014 TRONDHEIM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

