



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

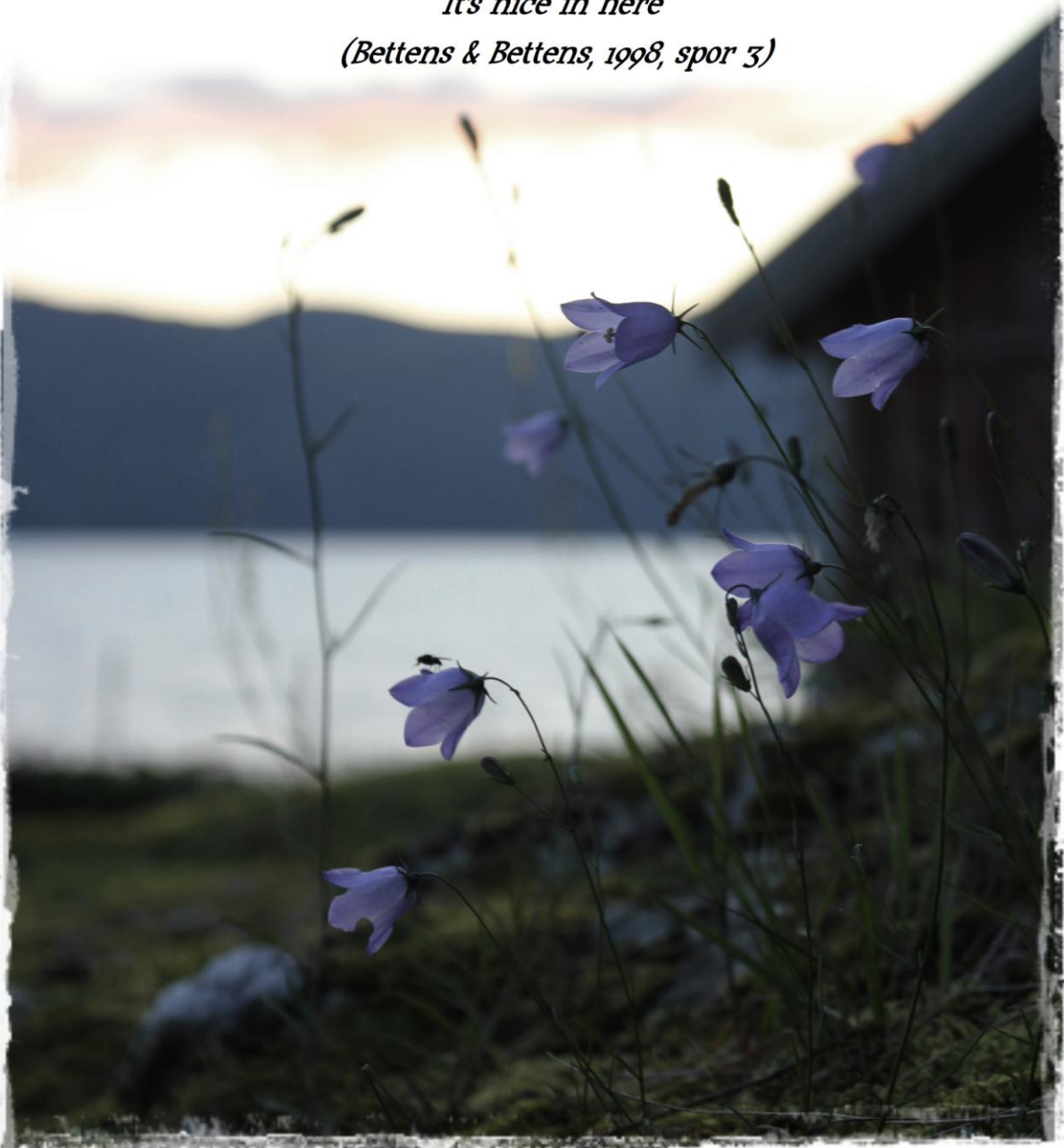
Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 08.03.12

Kandidatnr.: 38

Antall ord: 9000

*I'm not troubled or sad
I'm just ready for bed
It's been a long day
Before they switch off the lights
It truly was a delight
They think I'm crazy
But they don't know that I like it here
It's nice in here
(Bettens & Bettens, 1998, spor 3)*



Forsidebilde: Eget foto

Sammendrag

Temaet for oppgaven er brukerperspektiv på miljøterapi. Bakgrunn for valg av dette tema er tidligere praksis i psykiatri og tilhørende deltakelse i praksisutviklingsprosjektet *Praksisutvikling av miljøterapi når brukermedvirkning skal vektlegges*. Følgende problemstilling drøftes i oppgaven: Hva vet vi om hvordan brukerne ønsker at miljøterapien skal være? Hensikten med oppgaven er å belyse brukernes erfaringer med miljøterapi og hvordan de ønsker at den skal være. For å besvare oppgaven er det anvendt generelt litteraturstudie som metode. Studien fant at miljøterapi som terapiform har gjennomgått store endringer siden innføringen av det terapeutiske samfunn og at det er fire rådende retninger innenfor miljøterapi. Studien peker på at avdelingsmiljøet beskrives som et tilfluktssted av brukerne, samtidig som det etterlyses individuelle tilpasninger i større grad. Individuelle tilpasninger i miljøterapien kan synes å være selvmotsigelse i seg selv, da miljøterapi er tuftet på gruppeterapeutisk teori og fellesskapstenkning. På den annen side beveger psykiske helsetjenester seg stadig mer i retning av individualistiske tilnærminger. Det kan dermed se ut til at en endring i den miljøterapeutiske tenkningen er i anmarsj og at vi, med tiden, vil se en ”ny” miljøterapi; den brukerorienterte miljøterapien.

Summary

In the present paper the subject is the users perspective and milieu therapy. The choice of theme is related to previous practice in psychiatry and participation in the practice development project *Practice development of milieu therapy when user participation is emphasized*. The approach to the problem is: What do we know about how users would like the milieu therapy to be? The purpose is to shed light on users experiences with the milieu therapy and how they want it to be. The method used to answer the paper is a general literature study. The study found that milieu therapy has undergone major changes since the introduction of the therapeutic community and that there are four current directions within the milieu therapy. The study points out that the users describe the ward environment as a refuge, while making calls for individual adaptations to a greater extent. Individual adaptations in environmental therapy seem to be a contradiction in itself, as the milieu therapy is based on group theory and community thinking. On the other hand, mental health services tend to embrace individualistic approaches. It thus appears that a change in the milieu therapeutic thinking is on the way and that, with time, you will see a "new" milieu therapy: the user-oriented milieu therapy.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Hensikt med studien.....	2
1.4 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.4.1 Avgrensing og presisering av problemstilling	3
1.5 Oppgavens disposisjon.....	3
2.0 Begrepsmessig rammeverk	3
2.1 Bruker.....	4
2.2 Brukerperspektiv.....	5
2.3 Miljøterapi.....	6
2.4 Empowerment.....	8
2.5 Miljøterapiprosjektet Praksisutvikling av miljøterapi når brukermedvirkning skal vektlegges.....	8
2.6 Sykepleieteoretisk forankring.....	9
2.6.1 Yrkesetiske retningslinjer og etiske regler for sykepleiere	9
2.6.2 Joyce Travelbees teori om sykepleie og menneske-til-menneske-forhold.....	9
2.6.3 Virginia Hendersons teori om sykepleie og grunnprinsipper	10
3.0 Metode	11
3.1 Hva er metode?.....	11
3.1.1 Kvalitativ metode.....	12
3.1.2 Kvantitativ metode.....	12
3.1.3 Forskningsetiske overveielser.....	12
3.2 Litteraturstudie.....	13
3.2.1 Litteratursøk.....	13
3.2.2 Litteraturkritikk.....	14

3.2.3 Kildekritikk.....	14
3.3 Resultat.....	14
3.4 Ethiske vurderinger.....	15
4.0 Presentasjon av forskning	15
5.0 Drøfting.....	15
5.1 Brukerperspektivet i forskning om psykiske lidelser og miljøterapi.....	15
5.2 Miljøterapiens utvikling	16
5.3 Ulike perspektiver på miljøterapi	17
5.4 Tilfluktssted.....	19
5.5 Røykerommet	20
5.6 Forholdet til behandlerne og andre brukere	21
5.7 Individuelt tilpasset miljøterapi	23
5.8 Brukerorientert miljøterapi.....	24
6.0 Konklusjon	25
7.0 Referanser	27
Vedlegg I: Skjematisk oversikt over anvendte artikler	

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Miljøterapi har røtter helt tilbake til ”moral-treatment”-tradisjonen og etableringen av de første asylene i Europa på begynnelsen av 1800-tallet. De psykiatriske sykehusene var umyndiggjørende og totalitære samfunn som opprettholdt eller forsterket avvik og fremmet hjelpeløshet. På bakgrunn av kritikk mot de psykiatriske sykehusene i tiden etter annen verdenskrig, ble miljøterapi i moderne forstand utviklet i England gjennom det terapeutiske samfunn. Grunntanken i det terapeutiske samfunn var en kombinasjon av gruppeterapeutisk teori, fellesskapstenkning og den psykoanalytiske objekt-relasjon-teorien. I Norge ble terapeutiske samfunn innført ved Ullevål sykehus i 1961, og Dikemark sykehus fulgte raskt etter. I tiden etter dette har miljøterapien vært gjenstand for store endringer, blant annet i 1980-årene hvor de ideologiske betingelsene for miljøterapi endret seg som følge myndighetenes mål om kostnadseffektivitet og en dreining mot et mer biologisk perspektiv i behandlingen. Siden tusenårsskiftet sees det en ny dreining i miljøterapien (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

I Norge ble den psykiatriske helsetjenesten på 1990-tallet gjenstand for kritikk fra flere hold. Kritikken kom fra brukerne selv, bruker- og pårørendeorganisasjoner, media, fagmiljøer og politisk hold, og skyldtes mangelfull integrering av brukere i lokalsamfunnet. Årsaken var nedbyggingen av de store institusjonene på 1980-tallet og første halvdel av 1990-tallet, samt reduksjonen i psykiatriske sykehjem og ettervernshjem, som førte til at en rekke pasienter mistet sin institusjonsplass og flyttet ut i kommunene. Men i motsetning til ved HVPU-reformen, hvor kommunene forpliktet seg til å bygge opp lokale tilbud og økonomiske midler ble overført fra fylke til kommune, ble nedbyggingen av de store psykiatriske institusjonene gjennomført uten styrking av kommuneøkonomien (Hummelvoll, 2004). Den massive kritikken ble hørt, og i 1995 kom Stortingsmelding nr. 25 Åpenhet og helhet (1996-97), som konkluderte med at det psykiske helseapparatet sviktet i alle ledd; både behandlingsskapitet, de kommunale tjenester, oppfølging og kvalitetssikring av tjenestene var for dårlig. Som en følge av dette lanserte myndighetene Opptrappingsplan for psykisk helse (St. prp. nr. 63, 1997-98). Planens overordnede mål er at mennesker med psykiske lidelser skal få nødvendig helsehjelp og en verdig livssituasjon. Som et ledd i dette arbeidet etterlyses forskning om

psykiske lidelser gjennom en rekke statlige styringsdokumenter (St. prp. nr. 63, 1997-98; St. meld. 39, 1998-99; St. meld. 20, 2004-05; Norges Forskningsråd, 2006).

Det er et uttalt mål å tillegge brukerperspektivet stor vekt i utformingen av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, blant annet ved å benytte brukere og pårørendes erfaringer, kunnskap og innsikt (St.meld. nr. 25, 1996-97). Gjennom den omfattende psykiatrireformen har en individualistisk tilnærming fått fotfeste i psykiatriske helsetjenester generelt og i psykisk helsevern spesielt (Øye & Skorpen, 2010). En vektlegging av brukerperspektivet innebærer at brukerne faktisk blir spurt om sin mening, og blir gitt rom for å uttrykke den. I den foreliggende oppgave settes det søkelys på brukernes opplevelser av miljøterapi, og hvordan brukerperspektivet kommer til uttrykk i forskningen innenfor miljøterapi.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema er tidligere praksis i psykiatri og tilhørende deltakelse i praksisutviklingsprosjektet *Praksisutvikling av miljøterapi når brukermedvirkning skal vektlegges*. Deltagelse i miljøterapiprosjektet ga verdifull innsikt i hvordan brukere opplever å ha miljøterapi som en del av sin hverdag. Mange mennesker med psykiske lidelser befinner seg i skjæringspunktet mellom tradisjonell behandling og nåtidens individualistiske tilnærming i psykiatriske helsetjenester, og dette vekket interesse. Er det slik at mange mennesker som har miljøterapi som en vesentlig del av sin hverdag, opplever å ikke ha reell mulighet til innflytelse når det gjelder dens innhold? For friske mennesker er det en selvfølge at de har mulighet til innflytelse når det gjelder gjøremål og hendelser som planlegges i deres hverdag. For mennesker med psykiske lidelser er det, provoserende nok, ikke nødvendigvis slik. For å forsøke å finne svar på spørsmålene som meldte seg under og i tiden etter miljøterapiprosjektet, ble det besluttet at dette temaet skulle danne grunnlaget for bacheloroppgaven.

1.3 Hensikt med studien

Å tilegne seg gode kunnskaper ut ifra brukerens erfaringer og perspektiv er svært aktuelt for sykepleiere. Det faktum at sykepleie skal bygge på brukerkunnskap er nedfelt i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund, 2011). Oppgavens problemstilling er dermed relevant for sykepleiere generelt og, grunnet oppgavens fokus på miljøterapi, for sykepleiere som har sitt virke innenfor psykiatriske tjenester spesielt. Gjennom oppgaven ønsker jeg å lære mer om brukernes rettigheter, miljøterapi og forskning med forankring i

brukerperspektivet, samt hvilken betydning den historiske utviklingen innenfor miljøterapi har for brukerne. Oppgaven bygger dels på miljøterapiprosjektet og erfaringene som ble gjort i forbindelse med dette. Disse erfaringene var svært gode og jeg ønsker å derfor å dele disse med andre som har interesse for fagfeltet.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Følgende problemstilling vil bli redegjort for i oppgaven:

Hva vet vi om hvordan brukerne ønsker at miljøterapien skal være?

1.4.1 Avgrensing og presisering av problemstilling

I oppgaven er det benyttet forskning hvor miljøterapi er sentralt, uavhengig av om tjenesten ytes av primær- eller sekundærhelsetjenesten. Oppgavens problemstilling henspeiler på ”vi” som her er tenkt de som yter tjenestene, med et klart fokus på sykepleiere. Oppgavens fokus er på brukerne og om miljøterapien som ytes er på deres premisser.

1.5 Oppgavens disposisjon

I det videre vil oppgavens begrepsmessige rammeverk presenteres. Her vil begrepene bruker, brukerperspektiv, miljøterapi, empowerment, samt sykepleieteoretiske forankring redegjøres for. Videre følger metodebeskrivelse hvor oppgavens metode presenteres. Dernest følger presentasjon av forskning, før resultatene redegjøres for i drøftingsdelen. Avslutningsvis presenteres konklusjon og noen tanker om fremtiden.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

Oppgavens problemstilling henspeiler på begrepene bruker, brukerperspektiv og miljøterapi. Det vil derfor redegjøres for begrepene herunder. Da empowerment er et sentralt begrep i en av studiene som omtales i oppgaven synes en kort begrepsmessig avklaring av empowerment også å være relevant. Videre beskrives bakgrunn og hensikt med miljøterapiprosjektet som har vært inspirasjon til den foreliggende oppgave. Dernest beskrives oppgavens sykepleieteoretiske forankring; yrkesetiske retningslinjer og etiske regler for sykepleiere, hvor brukerperspektivet er tematisert, samt sykepleieteorier som anerkjenner miljøets betydning for helse. Det vil her fokuseres på Joyce Travelbee og Virginia Hendersons teorier.

2.1 Bruker

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) defineres pasient som ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle” (§1-3, bokstav a). Samme lov definerer bruker som ”en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp” (§1-3, bokstav f). Helsehjelp defineres her som handlinger av forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende karakter eller som har pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell. I praksis anvendes pasientbegrepet i spesialisthelsetjenesten, mens brukerbegrepet anvendes i primærhelsetjenesten.

I utredningen Fra stykkevis til helt (NOU 2005:3) slår Helse- og omsorgsdepartementet fast at pasientrollen i vestlig medisin har utviklet seg fra å være autoritetstro og passiv til å bli vesentlig mer aktivt medvirkende og bevisst. Pasientene har fått definerte rettigheter og det har vokst frem sterke brukerbevegelser. Brukerorganisasjonene har fått innflytelse gjennom formell representasjon i offentlige råd og utvalg, og utøver betydelig påvirkning gjennom den offentlige debatt. Dette perspektivskiftet, fra pasient til bruker, representerer en betydningsfull endring i pasient- og behandlerrollen i kommunehelsetjenesten. Aadnanes (2007, s. 228) definerer særtrekkene ved begrepet bruker som at ”ein er ikkje lenger berre avhengig av hjelp og omsorg, men er også tilkjent mynde som ein uavhengig og sjølvstendig person i møte med dei tenestene helse- og sosialsektoren har å tilby”.

Fjørtoft (2006) påpeker at det ikke er likegyldig hvilket begrep vi velger å benytte fordi forståelsen av personen som skal hjelpes blir påvirket av hva vedkommende blir kalt, og er således med på å styre behandlernes fokus. Fjørtoft (2006) hevder at ved å benytte begrepet bruker tydeliggjøres pasientens rett til selvbestemmelse og myndiggjøring, og det formidles et perspektiv som vektlegger pasientens muligheter til å ha en mer aktiv rolle. Dette perspektivet understrekes av Vatne (2012, s. 17): ”Anvendelse av brukerbegrepet i behandlingssammenheng, retter i større grad fokus på at brukernes ressurser, som kunnskap og kompetanse, skal inngå som en viktig basis når en planlegger og gjennomfører tjenesten”.

Fjørtoft (2006) understreker viktigheten av at behandlere er reflektert med tanke på hvilke begrep de velger å benytte, og at begge begrepene har elementer i seg som vedkommende, det være seg pasienten eller brukeren, kan oppleve både krenkende og ivaretagende. I den videre

oppgave vil brukerbegrepet anvendes, til tross for at studien omhandler både pasienter i spesialisthelsetjenesten og brukere i primærhelsetjenesten. Dette fordi bruker forstås som et romslig og inkluderende begrep som ikke diskriminerer ut i fra livssituasjon eller funksjonsnivå. Noen steder vil det likevel være naturlig å anvende pasientbegrepet, da det er benyttet i deler av forskningen oppgaven tar for seg.

2.2 Brukerperspektiv

Til tross for at brukerperspektiv defineres ulikt fra brukermedvirkning, anvendes de til dels om hverandre. Dette har sammenheng med at begrepene brukes i forskjellige fagområder, innen ulike forvaltningsorganer som stat og kommune, og innen ulike nivåer fra individ til politiske nivåer (Skjellet, 2009). Brukerperspektivet er, ifølge Hummelvoll og Eriksson (2005), overordnet virksomheter som empowerment, brukerstyring og brukermedvirkning. Brukerperspektiv som begrep bygger på verdier som likeverd, medbestemmelse og autonomi og beskrives på ulike måter i faglitteraturen (Skjellet, 2009). Den leksikalske betydningen av det latinske ordet perspektiv er utsikt; måten noe tar seg ut på fra et bestemt sted eller se i større sammenheng (Bokmålsordboka, 2010).

Tradisjonell oppfatning av brukerperspektiv er at den profesjonelle, i kraft av sin kunnskap og erfaring, skal være i stand til å forstå og handle ut i fra brukerens interesser og behov ved å sette brukeren i sentrum (Barbosa da Silva, 2006). Noen går så langt som å understreke at dette ikke innebærer verken deltagelse eller innflytelse fra brukeren (Seim og Slettebø, 2007). Hanssen, Humerfelt, Kjellevoll, Norheim og Sommerseth (2010 **ET AL. heretter**) hevder at en slik forståelse av brukerperspektivet lett vil kunne tas til inntekt for paternalistiske yrkesutøvelser. En litteraturgjennomgang om forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie utført av Hummelvoll (1998) viser både direkte og indirekte en tydelig dreining bort fra paternalisme som etisk grunnholdning til fordel for autonomi som bærende prinsipp.

Volden (2004, s. 43) presiserer brukerperspektivet på følgende måte:

Brukerperspektivet innebærer at det er brukerens behov som skal styre feltet, innenfor det til enhver tid gjeldende lovverk. De gode erfaringene for brukermedvirkere kommer når de blir invitert, informert, referert og respektert. Den dagen brukerorganisasjonene på psykisk helse-feltet leverer premisser og pensum til de andre aktørene er et reelt brukerperspektiv etablert.

Hummelvoll og Eriksson (2005) hevder at denne definisjonen kan virke provoserende for profesjonelle som ser på seg selv som eksperter innen sitt fagfelt, samtidig som den vil kunne fremme håp om at utviklingen på sikt går i den retningen for de som befinner seg i en brukersituasjon.

Brukerperspektivet anses å være en viktig forutsetning i utviklingen av adekvate tjenester innen helse- og sosialvesenet. Dette kommer til uttrykk i regjeringens fokus på samhandling gjennom utredningen Fra stykkevis til helt (NOU 2005:3), hvor målet er å støtte pasientens behov for helhetlige tjenester. I pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 fastslås det at:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker.

Brukerperspektiv i utformingen av helsetjenester innebærer at det skal tas utgangspunkt i brukernes behov, erfaringer og situasjon. I dette ligger det en forventning om at brukeren er aktiv og tar del i sin egen situasjon. For å gi rom for dette må tjenesteyteren gi slipp på deler av sin makt, være lydhør samt vise forsiktighet når hjelpens form og innhold skal utformes. Dette innebærer at hjelperen på en systematisk måte forsøker å korrigere sin kunnskap ved hjelp av brukerens erfaringer, slik at de beslutninger som tas er gjort på bakgrunn av brukerens ønsker og behov (Ørstavik, 2004). Brukerperspektivet er dermed et kunnskapsperspektiv som andre brukere kan dra nytte av i likemannsarbeid, og som tjenesteyteren aktivt må etterspørre for å utvikle perspektivbevissthet innen sitt fagområde (Hummelvoll og Karlsson, 2005). Det pågår, som Andvig (2010) har omtalt, diskusjoner om hvem som skal være premissleverandør til fagfeltet og om hvordan kunnskapsutviklingen bør foregå. Fag- og forskningsfeltet utfordres av brukerorganisasjonene til å involvere mennesker som er brukere av psykiske helsetjenester i kunnskapsutviklingen, slik at deres erfaringsbaserte kunnskap løftes frem.

2.3 Miljøterapi

Begrepet miljøterapi er satt sammen av termene miljø og terapi. Ordet miljø kommer fra det franske ordet milieu og oversettes med midte eller sted (Bokmålsordboka, 2010), og kan forstås som omgivelser av en spesiell sosial eller kulturell natur (Møller, 2008). Opprinnelsen

til ordet terapi er gresk, som betyr pleie eller kur (Bokmålsordboka, 2010). Enkelt uttrykt kan man med dette forstå miljøterapi som behandling som finner sted i spesielle sosiale eller kulturelle omgivelser. Psykologen Gerdt Vedeler hevder at miljøterapi er mer en orientering enn en behandlingsmetode, som muliggjør utnyttelse av tilfeldige dagligdagse episoder og planlagte programmer, samt avdelingssystemet, på en terapeutisk måte (gjengitt i Hummelvoll, 2005). Larsen og Selnes (1975, s. 14) definerer miljøterapi som ”en systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets eller gruppens situasjon og behov”. Videre påpekes det at ”hensikten med dette er å fremme deres muligheter til læring, mestring og personlig ansvar”. Miljøterapi dreier seg med andre ord om en bevisst nyttiggjøring av miljøets ulike bestanddeler ut ifra situasjonen eller behovet brukeren/brukerne har, for å fremme deres muligheter.

John G. Gunderson (1978) beskriver fem grunnleggende miljøterapeutiske aktiviteter eller funksjoner:

- Beskyttelse (containment): Lette belastningen ved utilstrekkelig selvkontroll og opprettholde brukerens fysiske velvære gjennom bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet. Hensikten er å hindre utflytende og destruktiv atferd ved å styrke brukerens indre kontroll.
- Støtte (support): Øke brukerens følelse av velvære og sikkerhet gjennom bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet. Hensikten er å øke brukerens selvfølelse og gjennom dette redusere fortvilelse og angst.
- Struktur (structure): Skape forutsigbarhet over tid, og for sted og person gjennom bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet. Hensikten er å fremme forandring i brukerens symptomer og handlingsmønstre.
- Engasjement (involvement): Bidra til tilknytning til det sosiale miljøet innenfor og utenfor avdelingen gjennom bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet. Hensikten er å hjelpe brukeren inn i en aktivt handlende fase og øke mestringsfølelsen i tilværelsen, spesielt i sosiale sammenhenger.
- Gyldiggjøring (validation): Anerkjennelse av brukerens individualitet. Hensikten er å bekrefte brukerens individualitet og egenart gjennom planlagte, bevisste handlinger og ytringer med basis i brukerens historie, livserfaring og indre verden.

Gunderson (1978) påpeker at disse funksjonene, uavhengig av miljøets størrelse, varighet av oppholdet, bemanning og behandlingsideologi, vanligvis eksisterer i et miljø. Disse

funksjonene kan bidra til å forklare hvorfor et miljø har terapeutisk effekt på en gitt bruker, mens andre ikke har det, avhengig av brukerens funksjonsnivå. Det understrekes at funksjonene er overlappende og at valg av funksjon må ta utgangspunkt i brukerens funksjonsnivå. Det er også viktig å være klar over at ulike brukere har ulike behov, og at miljøer som er gunstige for enkelte brukere kan være uheldige for andre.

I den foreliggende oppgave ses det på miljøterapi på tvers av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette fordi studien tar sikte på å se nærmere på miljøterapi og hva brukerne mener om den, uavhengig av behandlingssted.

2.4 Empowerment

Empowerment som begrep ble første gang brukt i Ottawa-charteret som ble utarbeidet under den første internasjonale konferanse om helsefremmende arbeid i 1986. Empowerment ble da definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO, 1986).

I sin utredning *Det er bruk for alle - Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene* (NOU 1998: 18, kap. 8.2) skriver Helse- og omsorgsdepartementet følgende:

Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi.

Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring.

Dette synes, i mangelen på et norsk ord å oversette empowerment til, å være en treffende beskrivelse av hva empowerment er og innebærer.

2.5 Miljøterapiprosjektet Praksisutvikling av miljøterapi når brukarmedvirkning skal vektlegges

Prosjektet bygger på Aina Skorpen og Christine Øyes tverrfaglige doktoravhandling *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser* (2009), og

er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen Stord/Haugesund, Helse Fonna og Tysvær kommune. Målet med prosjektet var å oppnå forskningsrelatert fagutvikling på miljøterapifeltet ved implementering av en ”ny” miljøterapi hvor brukermedvirkning skulle ivaretas så langt det var mulig. Prosjektet, hvor en døgnpost ved Stord distriktpspsykiatrisk senter (DPS) og en boenhet tilhørende Tysvær kommune deltok, kom i stand høsten 2008 og ble avsluttet i 2011. Prosjektets overordnede målsetting var at ”miljøterapi skal være en målrettet tilrettelegging av miljøet for samhandling og aktivitet, som skal gi mulighet til et verdig liv for den enkelte. Det skal tas utgangspunkt i den enkeltes behov, ønsker og ressurser, samt en bevisst nyttiggjøring av fellesskapet” (Øye, 2012, s. 3). Studentene i prosjektet hadde medansvar for å fremme brukermedvirkning/empowerment og sosial læring i miljøet hos institusjonens ulike aktører (Øye, 2012).

2.6 Sykepleieteoretisk forankring

2.6.1 Yrkesetiske retningslinjer og etiske regler for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2011) bygger på prinsippene i International Council of Nurses sine etiske regler, samt menneskerettighetene slik de fremstår i FNs menneskerettighetserklæring. De utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes om i praksis, og konkretiserer hva som skal etterstrebtes for å sikre god praksis innen profesjonen, og i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Her konstateres det at ”grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboene verdighet” (s. 7). I retningslinjene fastslås det at sykepleie skal bygge på blant annet brukerkunnskap og forskning, og at pasientens rett til selv å foreta valg skal respekteres. Videre fastslås det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, samt retten til å være medbestemmende.

2.6.2 Joyce Travelbees teori om sykepleie og menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbees filosofi og sykepleietenkning har en viktig posisjon i norsk sykepleierutdanning. Hennes sykepleietenkning fokuserer på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie, og hun anser ethvert menneske som unikt. Hennes menneskesyn springer ut fra tanken om at det enkelte mennesket er enestående og uerstattelig. Sentralt i hennes sykepleieteori er opplevelsen av lidelse og tap; fellesmenneskelige erfaringer som alle

vil ha befatning med før eller senere, men som vil oppleves høyst individuelt (Kristoffersen, 2005).

Travelbees definisjon av sykepleie bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og beskriver sykepleie som ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29). Sykepleiens fremste mål er i følge Travelbee å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene sykdom og lidelse medfører. Håp er også et sentralt begrep i hennes sykepleietenkning; ved å understøtte håpet hos den lidende, kan man som sykepleier hjelpe dem å bære sykdom, lidelse, tap og medfølgende konsekvenser i større grad. Håpets kjerne består i menneskets grunnleggende tillit til omverdenen, og imøtekommelse av menneskets behov er en forutsetning for bevaring av håpet (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) tar sterkt avstand fra generaliserte oppfatninger av både pasienten og sykepleieren, også pasient og sykepleier som begrep. Hun påpeker at det er det *mennesket* som er som er mottakeren av sykepleie, og at det er kunnskapen om personens opplevelse av situasjonen, og ikke diagnosen, som er av betydning. Sykepleie er dermed ”en mellommenneskelig prosess fordi den alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker” (s. 53). Etablering av et menneske-til-menneske-forhold er en forutsetning for å oppnå sykepleiens mål og hensikt, og har en sentral betydning i Travelbees sykepleietenkning. Dette forholdet mener hun kun kan etableres mellom *personer*, ikke mellom roller, og hun understreker at kommunikasjon er en viktig forutsetning for etableringen av menneske-til-menneske-forholdet. Forholdet kjennetegnes ved at både den syke og sykepleieren oppfatter og forholder seg til hverandre som ”unike menneskelige individer, ikke som ”sykepleier” og ”pasient”” (s. 171).

2.6.3 Virginia Hendersons teori om sykepleie og grunnprinsipper

Virginia Henderson presenterte sin sykepleiedefinisjon i 1955, for øvrig som en av de første sykepleiere som forsøkte å skildre sykepleierens særegne funksjon. Fem år senere, i 1960, presenterte hun det hun kaller sykepleiens grunnprinsipper. Hendersons arbeider har siden hatt stor innflytelse på tenkningen omkring utdanning- og praksisspørsmål, samt flere senere sykepleieteorier (Kristoffersen, 2005).

Virginia Henderson (1966, s. 15) har definert sykepleie som følgende:

The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible.

Kristoffersen (2005) påpeker at Hendersons definisjon innebærer at sykepleie i hovedsak er en tjeneste overfor personer, og at sykepleieren bistår den enkelte i utførelsen av de gjøremål som er av betydning for hans/hennes helse.

Sykepleietenkningen til Henderson er aktuell i miljøterapeutisk tenkning fordi hun klart gir uttrykk for at helse er mer enn bare fravær av sykdom, og at atspredelse¹, produktiv sysselsetting og sosial kontakt også er bestanddeler av livet. Henderson (1966) utarbeidet 14 grunnleggende prinsipper for den konkrete utøvelsen av sykepleie hvor flere er relevante for miljøterapeutisk tenkning, deriblant å få kontakt med andre og uttrykke egne behov og følelser, å praktisere sin religion og handle slik man mener er rett, å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe, å finne underholdning og fritidssysler, samt å lære det som er nødvendig for normal utvikling og god helse.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Tranøy (1986, s. 127) definerer metode som ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve kunnskapskrav, dvs. påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”. En metode forteller med andre ord hvilken prosedyre vi benytter for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Valget av metode er avhengig av hvilket spørsmål forskningen søker å besvare (Lorensen, 1998), og metodens egnethet begrunnes med dens egenskaper til å gi gode data og belyse forskningsspørsmålet på en faglig interessant måte. Metode kan enkelt deles inn i to metoderetninger; kvalitativ og kvantitativ (Dalland, 2000).

¹ Underholdning, forlystelse/det å glemme sorger og bekymringer (Bokmålsordboka, 2010)

3.1.1 Kvalitativ metode

Hva forskningsspørsmålet søker å finne svar på setter krav til hvilken metode som benyttes. Dersom forskningsspørsmålet stilles for å beskrive egenskaper eller karaktertrekk ved et fenomen, altså gi beskrivende data om mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle, benyttes kvalitativ metode. En kvalitativt orientert metode kjennetegnes først og fremst ved at den er fleksibel og fremstilles subjektivt ved at forskeren ser fenomenet innenfra. Forskeren erkjenner denne nærheten til feltet, samt jeg-du-forhold mellom forsker og undersøkelsesperson, og dermed også påvirkning og delaktighet i studien. Metoden går i dybden, gir mange opplysninger om få undersøkelsesenheter og får frem det spesielle, evt. avvikende. Kvalitativ metode fremhever sammenheng og helhet, og formidler forståelse (Dalland, 2000).

3.1.2 Kvantitativ metode

I forskningsspørsmål som etterspør data om mengde eller størrelse, det vil si informasjon som kan omgjøres til målbare enheter som gjør det mulig å foreta regneoperasjoner, benyttes kvantitativ metode. Karakteristiske trekk ved kvantitativ metode er at den gir en mest mulig eksakt avspeiling av det målbare, at den går i bredden og får frem det som er felles og representativt. Den gir et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter, benytter spørreskjema med faste svaralternativer og systematiske og strukturerte observasjoner. Datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet og nøytralitet og avstand mellom forsker og undersøkelsesenheter tilstrebes. Forskeren ser fenomenet utenfra, og det er et jeg-det-forhold mellom forskeren og undersøkelsesperson. Metoden analyserer innsamlet data ved hjelp av statistikk og søker etter mønster i tallmaterialet (Dalland, 2000).

3.1.3 Forskningsetiske overveielser

Forskningens grunntenkning og etikk baseres på Helsinkideklarasjonen som er en videreføring av Nürnbergkoden fra 1946. Disse dokumentene har dannet grunnlaget for utarbeidelsen av etiske retningslinjer bl.a. for sykepleieforskning (Dalland, 2000). Helsinkideklarasjonen (Verdens legeförening, 1964, pkt. 6) slår bl.a. fast at "In medical research involving human subjects, the well-being of the individual research subject must take precedence over all other interests". Vernet om, og beskyttelsen av, forsøkspersoner skal med andre ord være et overordnet prinsipp i forskningen. I Norge er forskningsetikkloven utarbeidet for å "bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente

etiske normer” (2006, § 1). Forskningsetikk omhandler også en rekke andre elementer, som personvern, taushetsplikt, informert frivillig samtykke, anonymitet og behandling og oppbevaring av data. Ivaretagelse av disse er en forutsetning for god forskningsetikk (Dalland, 2000).

3.2 Litteraturstudie

Bacheloroppgaven er en teoretisk studie og det anvendes generelt litteraturstudie som metode for å besvare oppgavens problemstilling. Et generelt litteraturstudie, også kalt litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt, utgjør første del av forskningsprosessens i all forskning. Hensikten kan være å beskrive grunnlaget for en empirisk studie eller å beskrive den rådende kunnskap innenfor et område. Til forskjell fra et systematisk litteraturstudie, hvor samtlige relevante forskningsstudier innenfor et område benyttes for å besvare forskningsspørsmålet, benyttes det ved et generelt litteratursøk selvvalgte studier (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2.1 Litteratursøk

Litteraturstudiet ble innledet med en gjennomgang av faglitteratur om forskningsmetode og bruk og ivaretagelse av brukerperspektiv i forskningen. Videre ble tilgjengelig litteratur om miljøterapi gjennomgått. Biblioteket ved høgskolen Stord/Haugesund er anvendt i gjennomgangen av faglitteratur. Etter en grundig innføring i temaet ble det gjennomført et litteratursøk med utgangspunkt i internettsidene til biblioteket ved høgskolen Stord/Haugesund. I søket ble følgende databaser benyttet: Cinahl, Cochrane, psycINFO, SweMed+, Vård i Norden og Sykepleien Forskning. Det ble også gjort søk i høgskolebibliotekets system BIBSYS, samt gjort en gjennomgang av tidsskrifter i trykt format, blant annet Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning og Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Relevante søkeord var: Milieu, milieutherapy, milieu therapy, environment, therapeutic community, patient, patient perspective, user, user perspective, consumer, consumer perspective, changes, research, miljø, miljøterapi, bruker, brukerperspektiv, pasient, pasientperspektiv, terapeutisk samfunn, forskning. Det er gjennomført enkeltsøk og kombinasjonssøk mellom disse. Det viste seg å være en utfordring å finne forskning om miljøterapi hvor brukerperspektivet var sentralt. Det ble det derfor gjort en gjennomgang av referanselister i en rekke artikler.

3.2.2 Litteraturkritikk

Litteratursøkene som er gjort i forbindelse med oppgaven er gjort via søkemotorer tilgjengelig via Høgskolen Stord/Haugesund sitt bibliotek sine ressursider. Litteraturen som er benyttet er hentet fra anerkjente tidsskrift og forfattere. Studiene som presenteres i oppgaven er sykepleievitenskapelige og ivaretar brukerperspektivet.

3.2.3 Kildekritikk

Studiene som er anvendt i oppgaven anses å være av god validitet og er godkjente av sine respektive etiske komitéer. Skriftlig informert samtykke er innhentet og deltageres anonymitet ivaretatt. Likevel kan noen svakheter hevdes å være tilstedeværende, som svakheter i utvalg ved at kun informanter som er norskspråklige er forespurt om å delta, ansatte ved behandlingsstedene bestemte hvem som skulle forespørres og fare for at informantene har vektlagt det de trodde forskerne ville vite i sine besvarelser. Dette er svakheter som kan forekomme i kvantitativ forskning, men som er forsøkt hindret, blant annet gjennom anonymisering.

3.3 Resultat

Som et resultat av litteratursøket er det valgt ut fem forskningsartikler, fordelt på tre kvalitative forskningsartikler, én kvalitativ masteroppgave og én litteraturoversikt. Litteraturoversikten er tatt med for å belyse miljøterapiens historie og dens relevans for individualistisk tilnærming i miljøterapien. I tillegg vil Øyes (2012) rapport om miljøterapi prosjektet anvendes etter tillatelse fra forfatteren. Denne er under utarbeidelse og kan innhentes på forespørsel. I det videre følger en kort tematisk fremstilling av sentrale funn i de valgte artikler. Hensikt, metodeutvalg og resultater i hver enkelt artikkel er fremstilt i en skjematisk oversikt vedlagt oppgaven (vedlegg I) og vil derfor ikke redegjøres for her.

I litteraturoversikten kommer det frem at det finnes et mangfold av definisjoner av miljøterapi som gjenspeiler miljøterapiens utvikling relatert til ulike tidsepoker, tradisjoner og retninger. Funnene i artiklene viser at brukere som har miljøterapi som en del av sin hverdag har klare meninger om hvordan den er og hvordan den kan eller bør være. Det er tydelig at brukerne i hovedsak er positive til miljøterapi og at mange har gode erfaringer med miljøterapi som behandlingsform. Dette kommer tydelig til uttrykk i brukernes beskrivelser av behandlingsstedet som et tilfluktssted. Tilfluktsstedet beskrives som et fristed eller nøytral

grunn, hvor brukerne føler seg ivaretatt når den indre uroen blir for stor og symptomkontrollen vanskelig å håndtere alene. Også behandlingsstedets røykerom, som beskrives som et tilfluktssted i tilfluktsstedet, er av stor betydning for brukerne. Videre beskriver brukerne forhold som har henholdsvis hemmende og fremmende effekt på miljøterapien. Det påpekes at det ligger muligheter i, men også forutsetninger for, miljøterapi. Tiden som blir gitt og forholdet mellom brukere og behandlere er av stor betydning for hvordan miljøterapien oppleves. Respekt, likeverd og anerkjennelse er her viktige elementer. For brukerne er det å føle at man blir hørt av stor betydning, enten det gjelder forhold som angår egen behandling eller forhold av mer praktisk art som døgnrytme og utforming av aktivitetstilbud. I dette ligger det et ønske fra brukerne om mer individuell tilrettelegging av miljøterapien.

3.4 Ethiske vurderinger

Tranøy (1992) beskriver to hovedutfordringer innenfor forskningsetikk; problemer knyttet til henholdsvis produksjon og bruk av forskningsresultater. I den foreliggende oppgave er etiske overveielser knyttet til bruk av forskningsresultater og -artikler relevant. Olsson og Sörensen (2003) påpeker at veletablerte regler skal sikre opphavsretten. I oppgaven følges retningslinjer for akademisk skriving, hvilket innebærer tydelig henvisning til korrekt kilde. Referansehåndteringssystemet som benyttes er American Psychological Association (APA).

4.0 Presentasjon av forskning

Se vedlagte skjematiske oversikt over anvendte artikler (vedlegg I).

5.0 Drøfting

5.1 Brukerperspektivet i forskning om psykiske lidelser og miljøterapi

Som vist til innledningsvis i oppgaven etterlyses forskning om psykiske lidelser i statlige styringsdokumenter. Opptrappingsplanen for psykisk helse påpeker at det er et stort behov for forskning om psykiske lidelser (St. prp. 63, 1997-98), og forskning etterspørres i en rekke nasjonale styringsdokumenter, deriblant Stortingsmelding nr. 39 Forsking ved et tidsskille

(1998-99), Stortingsmelding nr. 20 Vilje til forskning (2004-2005) og Norges forskningsråds (NRF) Programplan for psykisk helse 2006-2010 (2006). Det er en gjennomgående oppfatning om viktigheten av, samt ønske om, ytterligere forskningsinnsats i samtlige av disse dokumentene, men det er imidlertid kun i NRFs programplan for psykisk helse at forskning fra et brukerperspektiv og forskning om pasienterfaringer er omtalt spesielt (Skorpen, Anderssen, Øye & Bjelland, 2008).

Skorpen og Øye (2010) fant gjennom arbeidet med litteraturoversikten at det var vanskelig å finne systematisert kunnskap knyttet til miljøterapi som begrep og de ulike miljøterapeutiske modellene. De fastslår også at det foreligger lite forskningsbasert kunnskap på miljøterapiens innhold og nytteverdi. Samtidig slår de fast at sykepleiere har en sentral rolle i gjennomføringen av avdelingenes miljøterapi. Dette er et tankekors, all den tid yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2011) fastslår at sykepleie skal bygge på brukerkunnskap og forskning. Miljøterapi kan dermed hevdes i stor grad å være utforsket i sykepleiefaglig øyemed.

5.2 Miljøterapiens utvikling

I Skorpen og Øyes litteraturoversikt (2010) kommer det tydelig frem at litteraturen om miljøterapiens bakgrunn og utvikling er både mangfoldig og brokete og den forteller om flere ulike former for miljøterapeutiske virksomheter og retninger i behandlingen av innlagte psykiatriske pasienter. Skorpen og Øye fant at miljøterapi, slik den utspant seg i de tidligere asylene, var ment å sørge for internering i et avskjermet miljø og kontroll av den syke. Denne formen for miljøterapi ble videreutviklet av Simmel, Menninger og Sullivan i 1920-30-årene, som kan hevdes å være miljøterapiens grunnleggere. De vektla psykoanalytiske og sosiologiske prinsipper i utformingen av et miljø som skulle bidra til å veilede og behandle alvorlig syke psykiatriske pasienter. I 1950-1960-årene ble det kastet nytt lys over avdelingens felleskap og sosiale miljø i det det terapeutiske samfunn ble forsøkt innført. Det terapeutiske samfunn fikk imidlertid en kort levetid. At miljøterapi kan anses å være mer en orientering fremfor behandlingsform, som Vedeler påpeker (gjengitt i Hummelvoll, 2005), kan forklare at miljøterapi som behandlingsform kan fremstå noe utydelig fordi det foreligger ulike tolkninger ut i fra ulike perspektiver på miljøterapi.

5.3 Ulike perspektiver på miljøterapi

Litteraturgjennomgangen til Skorpen og Øye (2010) avdekket fire miljøterapeutiske retninger; den psykodynamiske, den behavioristiske og kognitive, den medisinsk-psykiatriske og den humanistisk og demokratisk orienterte. Den psykodynamisk orienterte retningen har hatt stor gjennomslagskraft i Skandinavia. Retningen vektlegger et avdelingsmiljø som kan bidra til at pasientene får mulighet til å uttrykke sine indre konflikter, og er sterkt påvirket av Freuds psykoanalytiske arbeider. Pasientens tidligere negative erfaringer fra nære relasjoner i barndommen utgjør forståelsesrammen for hans lidelse, og hensikten med den psykodynamiske miljøterapien er å utvikle et hjemlig miljø som skal imøtekomme pasientens ubevisste behov.

Til forskjell fra den psykodynamiske miljøterapien, hvor forståelsen av lidelse ligger bakover i tid, har den behavioristiske retningen fokus på atferd. Grunntanken i miljøterapien er Skinners modell for analyse av atferd, hvor antagelser om sammenhengen mellom atferd, før-betingelser (før-stimulering) og etter-betingelser (etter-stimulering eller forsterkning) står sentralt. Prinsippene i behavioristisk miljøterapi er kartlegging og systematisk observasjon, samt registrering og analyse av pasientens erfaringer og opplevelser av egen atferd. Hensikten er todelt; for det første å avdekke de mekanismer som bestemmer samspillet mellom pasienten og miljøet, samt undersøke hva det er ved pasientens atferd som oppleves belønnende, og for det andre tilrettelegging for læring av nye ferdigheter. Dette innebærer grensesetting av symptomatisk atferd, samt å lære pasienten nye psykososiale ferdigheter. For å oppnå dette er det i den behavioristiske miljøterapien et særskilt fokus på konsekvenser av atferd og handlinger. Den kognitive miljøterapien bygger på behaviorismen og den kognitive terapien, og grunntanken springer ut i fra ideen om at menneskers atferd og følelser påvirkes av hvordan mennesket oppfatter og tenker om ulike hendelser. Der er altså ikke den spesifikke situasjonen som avgjør hva pasienten føler, men hvordan pasienten konstruerer situasjonen (Skorpen & Øye, 2010).

Som Skorpen og Øye (2010) påpeker, er Vestens psykiatriske sykehus fremdeles dominert av det medisinske regimet. Det medisinske synet er dermed premissleverandør for hvordan miljøet i psykiatriske avdelinger organiseres og hvilken behandling pasientene skal få. I 1970-80-årene økte oppmerksomheten for medisinsk-psykiatrisk miljøterapi der en ytterligere vektlegging av pasientens diagnose fant sted. På bakgrunn av diskusjoner og studier på hva slags miljøterapi som var gunstig for pasienter med og uten psykoselidelse, ble det utviklet

spesifikke miljøterapeutiske tilnæringsmetoder rettet mot pasientgrupper med den samme medisinsk-psykiatriske diagnosen. Viktige elementer i denne terapiformen er etablering og vedlikehold av et trygt og oversiktlig postmiljø hvor gode observasjoner av pasienten muliggjøres. Slik kan riktig diagnose stilles og riktige behandlingstiltak, som medisinerer eller skjerming, utformes. Denne formen for miljøterapi tilpasses medisinsens diagnosesystem og påfølgende medisinske behandlingstiltak. En sentral oppgave for personalet er å observere pasienten og rapportere observasjoner som en del av utformingen av pasientens diagnosebaserte behandlingsopplegg.

Den humanistisk og demokratisk orienterte retningen resulterte i det terapeutiske samfunn, hvor radikale endringer i behandlingen av innlagte psykiatriske pasienter ble forsøkt innført. Det ble forsøkt å bygge ned sykehusets tradisjonelle medisinske hierarki og psykiaternes autoritære behandlingsregimer gjennom innføring av en flatere avdelingsstruktur forankret i demokratiske prinsipper. Hensikten var å sette pasienten i fokus – en ny og annerledes tenkning på denne tiden. Grunntanken var en ikke-medisinsk forståelse av menneskers lidelser. Det sosiale miljøet, fellesskapet og samspillet mellom avdelingens aktører ble ansett som forutsetninger for pasientens muligheter til sosial modning og personlig læring. I USA og Sveits utviklet det seg en noe annen modell – såkalte Soteria Houses. Hensikten var å utvikle et alternativ til den dominerende medikamentelle behandlingsvirksomheten. Behandlingshjemmene var tuftet på humanistiske idealer hvor sosiale relasjoner og samhandling mellom samtlige aktører var i fokus. Alle husets gjøremål og tilfeldige hendelser utgjorde her terapien (Skorpen & Øye, 2010).

Som man ser av Skorpen og Øyes litteraturoversikt er det fire rådende retninger innenfor miljøterapi. Forskjellene mellom dem er til dels store med tanke på hovedfokus. Den psykodynamiske retningen fokuserer på fortidens negative erfaringer og deres innvirkning på pasientens mentale helse, den behavioristiske og kognitive retningen har hovedfokus på atferd og hvilken betydning pasienten tillegger hendelser, mens den medisinsk-psykiatriske retningen understøtter det medisinske regimets syn på behandling av psykiske lidelser. Til forskjell fra disse har den humanistisk og demokratisk orienterte retningen pasienten i fokus, og kan således synes å være et gunstig perspektiv dersom brukerperspektivet skal være premissleverandør for videreutvikling av miljøterapi som terapiform. For, som Andvig (2010) påpeker, fag- og forskningsfeltet må utfordres til å involvere mennesker som er brukere av

psykiske helsetjenester i kunnskapsutviklingen, dersom den erfaringsbaserte kunnskapen skal kunne løftes frem.

5.4 Tilfluktssted

Et sentralt funn i forskningsartiklene er deltageres opplevelse av behandlingsstedet, enten det er en sykehusavdeling eller et distriktpspsykiatrisk senter, som et tilfluktssted. I Thomas, Shattell og Martins studie (2002) kom det klart frem at sykehusets essensielle betydning for psykiatriske pasienter er et tilfluktssted hvor de kan rømme fra egen destruktivitet. Deltagerne benyttet ord som "safe house", "neutral territory" og "a cooling place" for å beskrive miljøet. Innleggelse innebar et beroligende pusterom og en pause fra den daglige kampen mot selvdestruktive impulser og symptomkontrollert atferd. Å bli innlagt ble sammenlignet med å bli mottatt av en surrogatfamilie. En deltager uttalte "I can basically trust my life... into someone else's hands" (s. 102). En annen deltager sammenlignet den trygge følelsen miljøet ga med tryggheten han tidligere hadde opplevd da han var gift. Deltagerne i studien uttalte at de mens de var innlagt kunne "cool... head and mind", "just become limp" og "be subdued by the environment" (s 102). Samtlige deltagere beskrev sykehusmiljøet som beskyttende mot deres laster og de uttalte at de følte seg veldig trygge. Til sammenligning er opplevelsen av et tilfluktssted hovedfunnet i Haugs studie (2005). Studiens informanter beskrev DPS som et fristed og et tilfluktssted fra verden for øvrig med alle dets krav. Gjennom studien ble det klart at deltagerne opplevde å få være i fred i sin egen helseprosess samtidig som vissheten om at de ble ivaretatt ved behov, var der. I friheten tilfluktsstedet representerte lå blant annet friheten til å velge om man vil motta tilbudet, når man vil gå derfra og hvor delaktig man selv ønsker å være mens man benytter tilbudet. Friheten innebar en visshet om at stedet er der, at man ikke behøver å gå dit dersom man ikke vil og at det eksisterer til man har behov for det igjen. Dette sammenfaller med funnene i Abdallas studie (2010), hvor pasienterfaringer viser at avdelingen fungerer som et beskyttende ly når den indre uroen er stor og symptomkontrollen er vanskelig å håndtere alene.

Det er tydelig at brukerne verdsetter miljøet i de respektive avdelingene. Dette tilfluktsstedet tilsvarer et av Gundersons (1978) fem funksjoner i miljøterapi; beskyttelse (containment). Beskyttelse, som innebærer å trygge, skjerme eller ta hånd om, består i å opprettholde brukerens fysiske velvære, samt å lette brukeren for den byrde det er å ikke ha tilstrekkelig selvkontroll eller å ha allmaktsfølelser. Hensikten er å hindre utflytende og destruktiv atferd

ved å styrke brukerens indre kontroll gjennom ivaretagelse, omsorg og trygging. Funksjonen er viktigst i arbeidet med ukorrigerbare pågående og selvdestruktive pasienter, men er også aktuelle med brukere i aktiv psykose som er forvirrede og impulsive. Funksjonens virkning å styrke brukerens indre kontroll og å realitetsteste allmaktstroen på egen destruktivitet. For sterk vektlegging av beskyttelse vil for mange brukere innebære alvorlige ulemper. Ifølge Gunderson er det derfor et tankekors at dette særlig berører brukere med kronisk schizofreni som oftest er på nettopp slike poster, da dette kan motvirke håp og initiativ og medføre økt isolasjon. Ivaretagelse av håp kan derfor synes å være en spesielt viktig sykepleiefunksjon i den perioden hvor beskyttelse er den uttalte funksjonen ved miljøterapien. Travelbee (1999) påpeker nettopp dette; at sykepleieren ved å understøtte håpet hos den lidende kan hjelpe dem å bære sykdom, lidelse, tap og medfølgende konsekvenser i større grad. Sentralt i hennes definisjon av sykepleie er også mestring, og at det er sykepleierens oppgave å hjelpe individet med å forebygge eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Sykepleieren har med andre ord en særdeles viktig rolle i beskyttelse som miljøterapeutisk funksjon.

5.5 Røykerommet

I to av studiene fremheves røykerommet av deltagerne. I Thomas, Shattell og Martins studie (2002) beskrives røykerommet som et tilfluktssted innenfor tilfluktsstedet. Her opplevde deltagerne enda større frihet fordi personalet ikke trengte seg på. Til tross for at røykerommet var både lite og trist innredet ble det snakket varmt om av deltagerne. De ga uttrykk for at det var et sted der de kunne lufte tanker de hadde som de ikke ønsket å snakke om i gruppeterapien, og at de dermed kunne hjelpe hverandre. De fremhever at det ikke er noen skrevne regler for samhandlingen på røykerommet og at dette tillot frie diskusjoner. Det fantes likevel uskrevne regler av og for pasientene som benyttet røykerommet, blant annet var det en ufravikelig regel at det som ble sagt på røykerommet, ble på røykerommet. Valgte en pasient å fortelle noe på røykerommet kunne han være sikker på at det ikke kom andre for øre enn de som var tilstede. En deltager fryktet at de ville miste røykerommet og lurte med fortvilelse på hva de (pasientene) skulle gjøre uten. Studien viste at også ikke-røykere var positive til røykerommet. Også i Haugs studie (2005) ble røykerommet verdsatt av deltagerne grunnet muligheten til å diskutere fritt. Noen ganger kunne diskusjonen riktignok bli i overkant heftig. Én deltager mente at dette var en fin kontrast til dagligstuens ”enighet”, som kunne bli kjedelig i lengden. Deltagerne i studien mente at det kunne være vanskelig å komme

ny inn på røykerommet. Ifølge Haug var det pasientverdenen som rådet på røykerommet, og brukerne opplevde at det blant annet ga mulighet til å støtte og korrigere hverandre.

Røykerommet kan inngå i flere av Gundersons (1978) miljøterapeutiske funksjoner. For det første som støtte; tiltak fra det sosiale nettverkets side for å øke brukernes selvfølelse og få dem til å føle seg bedre. Støtte som funksjon har til hensikt å få brukerne til å føle velvære og sikkerhet, eller, sagt med andre ord, få dem til å føle mindre angst og fortvilelse. Også engasjement som funksjon berøres av samholdet på røykerommet. Engasjement henspiller på de prosesser som får brukere til å aktivt delta i sine sosiale omgivelser. Til en viss grad er også funksjonen gyldiggjøring representert her da brukerens individualitet anerkjennes ved at alle kan være seg selv på røykerommet. Samholdet røykerommet representerer er i tråd med Hendersons grunnleggende tanke om at helse er mer en bare fravær av sykdom (Henderson, 1966). Hun peker spesielt på atspredelse, produktiv sysselsetting og sosial kontakt som bestanddeler av livet. For pasientene representerer røykerommet en viktig del av deres sosiale kontakt. En viktig sykepleiefunksjon er derfor å finne andre arenaer hvor dette samspillet kan finne sted.

5.6 Forholdet til behandlerne og andre brukere

I studiene kommer det tydelig frem at forholdet til behandlerne er av stor betydning for hvordan miljøterapien oppleves. Mange av informantene i Abdallas studie (2010) har vært innlagt på avdelingen flere ganger tidligere, noen jevnlig over flere år. De vektlegger trygghetsfølelsen det gir å møte behandlere som kjenner dem godt. Dette gir en forutsigbarhet som er god den første tiden. Abdalla hevder utfordringen synes å komme senere, dersom det ikke snakkes sammen fordi man ikke tror man har noe å snakke om. Flere informanter fortalte at de opplevde at personalet ikke var tilstede for dem da de livet følte tyngst, og at de ikke viste interesse for dem. Flere deltagere fortalte at miljøpersonalet ba dem ta kontakt dersom de hadde behov for det. For de som var komfortable med dette fungerte dette godt, men for noen var det et ønske om at de miljøpersonalet tok kontakt med dem i større grad. De ga uttrykk for at det ikke var lett å være den som søker kontakten. Deltagerne etterlyste større fleksibilitet, å bli hørt og å få delta i de planleggingsmøtene som omhandlet seg selv. Den gode samtalen med behandlerne var viktig for informantene. For å oppnå denne mente de det var nødvendig at miljøterapeuten delte sin personlige erfaring og fremstod som åpen og trygg. Deltagerne ytret et savn etter å bli møtt med respekt og likeverd.

Flere av Abdallas funn sammenfaller med funnene Haug (2005) gjorde i sin studie. Hun fant blant annet at informantene var glade i personalet de hadde kjent over tid, og at personalet ga pasientene inntrykk av at det var håp for alle og at livet kunne bli bedre for dem. I motsetning til Abdallas studie, som viste at informantene savnet å bli møtt med respekt, viste Haugs studie at pasientene og personalet godtok hverandre på godt og vondt, og utviste respekt og aktelse ovenfor hverandre. Informantene ga klart uttrykk for at de følte de ble ivaretatt av personalet dersom de stod i fare for å bryte sammen, og at de hadde tillit til systemet. Noen informanter opplevde det krenkende å bli stoppet i egen atferd fordi personalet mente de begynte å bli dårligere. Likevel forsøkte disse informantene å forstå hvorfor personalet handlet som de gjorde, når de forstod at det lå et ønske fra personalet om å gjøre dem godt. I studien kom det frem at pasientene visste hvor grensene for oppførsel i avdelingen gikk, og at de visste når personalet ville gripe inn. Samtaler i fellesskapet ble styrt av personalet og noen informanter opplevde at dette ga trygghet. I terapeutiske samtaler fikk informantene bestemme selv hva de ville snakke om, men flere ga uttrykk for et ønske om økt initiativ fra personalet. Ved innleggelse i psykotisk tilstand ble det etterlyst mer interesse blant personalet for innholdet i psykosen.

Thomas, Shattell og Martin (2002) fant i sin studie at samhandlingen mellom pasienter og personalet hadde en tendens til å være overflatisk. Pasientene ønsket mer nærhet utover daglige aktiviteter som brettspill og gruppeterapi, og de ønsket mer omsorg. I studien tenderte informantene til å dele personalet inn i ”gode” og ”dårlige” behandlere. De ”gode” viste vilje til å gi (oppmerksomhet, tid, informasjon, tjenester) og var fleksible med tanke på regler. Andre karakteristikk som ble brukt var varm, mild, snill, vennlig, støttende og villig til å le. Informantene beskrev at de ”gode” behandlerne var ”on top of things” og ”keep a close eye on you” (s. 104). ”Dårlige” behandlere ble opplevd som lite omsorgsfulle, tilbakeholde, for strenge og/eller for ”profesjonelle” til å være lett tilnærmede. Noen informanter hevdet å ha blitt utsatt for trusler og nedlatende behandling av noen av behandlerne. Spesielt mislikt var behandlere som behandlet pasientene ”som barn”. Også uerfarne behandlere ble kritisert.

Forholdet til andre brukere/medbeboere fremheves å ha stor betydning i flere av studiene. I Tveiten, Haukland og Onstads studie (2011) fremkom det at deltagerne verdsatte fellesskapet med andre brukere høyt. Dette fellesskapet ble sett på som en viktig del av miljøet på senteret

og en mulighet til deltagelse. Deltagerne fortalte at de verdsatte gruppeaktivitetene fordi de da opplevde fellesskap med andre brukere. Studiens analyse viste at ensomhet representerte motparten til fellesskap, og at ensomhet oppstod når brukerne opplevde å bli overlatt til seg selv når det ikke var organiserte aktiviteter i løpet av dagen. Deltagerne i Thomas, Shattell og Martin (2002) sin studie fortalte at det rådde en solidaritet dem i mellom. Flere refererte til et bånd mellom deltagerne, som de fleste ikke erfarte i verdenen på utsiden av behandlingsstedet. En deltager uttrykte at det var ”all for one, one for all” (s. 103). Studien fant også at det var en uformell rollefordeling blant pasientene på avdelingen, slik som komiker og velkomstansvarlig for nye pasienter. Det var tydelig at pasientene ved avdelingen hadde stor omsorg for hverandre; de så på hverandre nærmest som søsken, passet på hverandre og bekymret seg for hverandre. Forholdet var preget av aktelse og respekt.

Forholdet til behandlere inngår i samtlige av Gundersons funksjoner i miljøterapeutisk tenkning (Gunderson, 1978). Det er av særlig stor betydning under beskyttelse, hvor pasienten er i en hektisk sykdomsperiode og kanskje er ekstra sårbar. Innenfor støtte er oppmerksomhet et av virkemidlene, hvilket var noe informantene etterlyste. Også ros og beroligelse er eksempler på virkemidler innenfor støtte. Miljøpersonalets forhold til struktur er også aktuelt; hvilke ritualer og regler finnes det ved avdelingen og hvor strengt håndheves disse? Mange av egenskapene nevnt ovenfor henspiller også på engasjement som miljøterapeutisk funksjon. Til sist er pasientens forhold til behandlerne svært aktuelt for gyldiggjøring som funksjon. Egenskapene som pasientene etterlyser samsvarer i stor grad med de egenskaper Travelbee (1999) påpeker er sentrale hos sykepleieren for å opprette et menneske-til-menneske-forhold med den syke. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk understrekes av Travelbee som et viktig kjennetegn ved en profesjonell sykepleier. I dette er det å vite hvordan egen atferd påvirker andre sentralt. Det påpekes at å bruke seg selv terapeutisk innebærer at sykepleieren bevisst anvender sin personlighet og sine egenskaper for å fremme forandring hos den syke.

5.7 Individuelt tilpasset miljøterapi

Mangelen på individuelt tilpasset aktivitetstilbud ble påpekt av informantene i studien til Abdalla (2010). Informantene understreket at de ikke ønsket noen ny metode eller en totalt annerledes terapiform, men de ønsket mer av det gode som finnes i terapitilbudet pr. i dag. De ønsket høyere engasjement hos miljøpersonalet, flere samtaler, mer deltagelse og aktivitet – på en individuelt tilpasset måte. Tilpasningen må være i respekt for den enkelte. I Tveiten,

Haukland og Onstads (2011) studie etterlyste informantene flere aktiviteter på dagtid, både individuelle og grupperelaterte. Et interessant funn i deres studie er også det faktum at informantene ga uttrykk for at de måtte forstå *når* og *hvordan* de kan delta, og videre at de ikke alltid forstår fullt ut hva de kan delta i. Dette kan hevdes å være et uttrykk for at individuelle hensyn ikke er tilstrekkelig ivaretatt.

Funnene i samtlige undersøkelser vitner om at informantene verdsetter miljøterapien samtidig som de har et ønske om å bli sett og hørt som individer. Dette kan synes å være selvmotsigelse i seg selv, da miljøterapi, som Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) påpeker, er tuftet på gruppeterapeutisk teori og fellesskapstenkning. På den annen side beveger psykiske helsetjenester seg mot individualistiske tilnærminger gjennom rettigheter til brukerne og krav til helsetjenestene som ytes, gitt av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63, 1997-98).

5.8 Brukerorientert miljøterapi

Gjennom miljøterapiprosjektet *Praksisutvikling av miljøterapi når brukermedvirkning skal vektlegges* ble en ”ny” miljøterapeutisk vinkling, brukerorientert miljøterapi, forsøkt implementert på både spesialisthelsetjenestenivå og i kommunehelsetjenesten. Fellesskapets muligheter skulle utnyttes, siden beboerne/pasientene bor eller er innlagt i et fellesskap med andre beboere/pasienter, og det var en klar målsetting i prosjektet om å legge til rette for miljøbetingelser som kunne fremme verdighet hos den enkelte. Erfaringene ved boenheten i Tysvær kommune var at beboerne i større grad enn før prosjektstart ble spurt om og oppfordret til å bidra aktivt i dagliglivets hverdagslige organisering. Det ble gjort strukturelle endringer som ved at beboerne selv fikk velge sine miljøkontakter (primærkontakter). Gjennom en av loggene kom det i ettertid frem at dette ble høyt verdsatt av beboeren som oppga å ha hatt kontakt med psykiatriske helsetjenester i over 20 år, men som aldri hadde blitt spurt om hvem han/hun selv ønsket å ha som kontaktperson. Det ble også gjort en omlegging av miljøterapien, fra ”serviceytende” (det å bistå) til ansvarliggjøring av beboerne i langt større grad enn før, samtidig som beboerne ble gitt ekstra positiv oppmerksomhet. Det ligger likevel forventninger om at beboerne skal følges tett opp, og av den grunn vil miljøarbeidet ligge i grenseland mellom ansvar for jevnlig oppfølging av beboerne og ansvarsfraskrivelse ved å overlate for mye av initiativet til beboerne. Prosjektet tydeliggjorde også beboernes opplevelse av ”mas” fra de ansatte. De ansatte opplevde at de ”maste” mye på beboerne for å

få innpass hos dem. Gjennom loggene kom det frem at beboerne ikke nødvendigvis opplevde gjentatt banking på døren, titting inn gjennom vinduer og gjentatte påminnelser som mas. Av flere beboere ble dette oppfattet som et uttrykk for at de ansatte bryr seg om dem. Dette ga de ansatte nytt håp og energi til å ikke gi opp og å holde ut stadige avvisninger fra beboere.

Øye (2012) oppsummerer med å påpeke at prosjektet har hatt en intensjon om at den ”nye” miljøterapien ikke skal være primært normalitetsproduserende, men at den skal være verdighetsskapende. Dette innebar at den ”nye” miljøterapien ikke hadde til hensikt å lære opp beboere til et normalisert ”A4”-liv i betydningen egen bolig, jobb, ”normalt” sosialt nettverk og lignende. I prosjektet ble det snarere arbeidet for å utforske hva beboerne/pasientene tenkte skulle være målet med miljøarbeidet. Videre hevder hun at den ”nye” miljøterapien i større grad bidrar til likeverdighet som menneske i relasjonene ved at det ikke tas så mange avgjørelser på andres vegne. Erfaringer fra prosjektet viser at det er en kunst å balansere mellom det å få beboere/pasienter til å tilpasse seg miljøet og det å legge til rette for individuelle ønsker, og mellom gi noe av ansvaret tilbake til beboerne/pasientene og å ta ansvar fra dem. Øye (2012) konkluderer med at det på bakgrunn av prosjektet er erfart at det alltid vil være en faglig skjønnsvurdering og spenning mellom brukerstyring og ekspertstyring.

6.0 Konklusjon

Den foreliggende oppgave har vist at brukere som har miljøterapi som en del av sin hverdag har klare meninger om hvordan den oppleves, hva den burde inneholde og hvordan den bør være. Det er et gjennomgående ønske om å bli sett som individ blant studienes informanter, og de uttrykker også et ønske om at miljøterapeutiske handlinger skal tilpasses den enkelte i høyere grad enn det som er tilfelle i dagens miljøterapi. Tatt i betraktning den utvikling som har funnet sted på fagområdet de siste 15-20 år, er det god grunn til å tro at vi i enda større grad vil se individualistiske tilnærminger i årene som kommer. Individuelt tilpasset miljøterapi, eller brukerorientert miljøterapi som prosjektet valgte å benytte som begrep, ser derfor ut til å ha sin berettigelse i fremtidens miljøterapi. Da det foreligger svært lite forskningsbasert kunnskap om miljøterapiens innhold og nytteverdi sett fra et brukerperspektiv, krever en nyorientering innenfor miljøterapi en real forskningsinnsats, også innenfor sykepleievitenskapen, de kommende årene. Dette vil gi et bredere

kunnskapsgrunnlag og bidra til at helsevesenet generelt, og sykepleiere spesielt, kan yte den miljøterapi brukere har behov for, uavhengig av om behandlingen finner sted i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten.

7.0 Referanser

- Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige: Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren. Eit kulturalanalytisk perspektiv. I: T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 223-245). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Andvig, E. (2010). Når forskningsmakten utfordres. I: J. K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 63-76). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Barbosa da Silva, A. (2006). Menneskesynets relevans for helseetikk. I: A. Barbosa da Silva (Red.), *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid* (s. 95-130). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Bettens, S. & Bettens, G. (1998). Everything for free [Innspilt av K's choice]. På *Cocoon crash* [CD]. Belgia: Double T Music.
- Bokmålsordboka. (2010). Universitetet i Oslo i samarbeid med Språkrådet. Hentet fra <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=pasient&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
- Brekke, V. E. & Førland, H. (2006). *Veiledningshefte i skriving av fordypningsoppgave i sykepleie*. Bergen: Diakonissehjemmets høgskole.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006 nr. 56*. Hentet 24. februar 2012 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-20060630-056.html>
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41. 327-35.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I: H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukervedvirkning* (s. 21-49). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing : A definition and its implications for practice, research and education*. New York: MacMillan.
- Hummelvoll, J. K. (2005). *Helt - ikke stykkevis og delt* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hummelvoll, J. K. & Eriksson, B. G. (2005). *Psykiskt helsearbeid og brukerperspektivet – några inledande reflexioner*. Rapport nr. 8. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (4. bind). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Larsen, E. & Selnes, B. (1975). *Fra avvik til ansvar : En miljøterapeutisk tilnærming til ungdom i institusjon. En miljøterapeutisk tilnærming til ungdom i institusjon*. Oslo: Tanum-Norli.
- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden: forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* [Elektronisk utgave]. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009042804051
- Møller, R. (2008). *Den gode miljøterapeuten*. Oslo: Hobo Forlag.

- Norges forskningsråd. (2006). *Programplan for psykisk helse 2006-2010* [Elektronisk versjon]. Hentet fra http://www.forskningsradet.no/no/Publikasjon/Program_for_psykisk_helse_2006__2010/1147245390837?lang=no
- Norsk institutt for studier av forskning og høyere utdanning. (2004). *Utdrag for OECDs "Frascati-manual" i norsk oversettelse* [Elektronisk utgave]. Hentet fra <http://www.nifu.no/Norway/Documents/STATISTIKK/FoU-STATISTIKK/Om%20FoU-statistikk/Frascatimanualen2002norsk.pdf>
- Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.
- NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle : Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18.html?id=141324>
- NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 22. februar 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>
- Seim, S. & Slettebø, T. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjellet, T. (2009). *Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – hva hjelper? Sett fra brukerens perspektiv* (mastergradsoppgave, Høgskolen i Vestfold). Hentet fra http://brage.bibsys.no/hhe/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_11831/1/Skjellet.pdf

- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter: En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 28(4), 19-23.
- Skorpen, A. & Øye, C. (2009). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser* (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet) [Elektronisk versjon]. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/3655>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken : Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- St. prp. nr. 63. (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006* [Elektronisk versjon]. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
- Stortingsmelding nr. 20. (2004-2005). *Vilje til forskning* [Elektronisk versjon]. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-20-2004-2005-.html?id=406791>
- Stortingsmelding nr. 25. (1996-97). *Åpenhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 39. (1998-99). *Forskning ved et tidsskille* [Elektronisk versjon]. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/19981999/stmeld-nr-39-1999-.html?id=192405>
- Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen - samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tranøy, K. E. (1992). Om forskningsetikk : Noen generelle retningslinjer. I: O. Hole, B. Straume & F. Ø. Winther (Red.). *Forskning på mennesker : Lover, regler og retningslinjer*. Hentet fra http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2007091800081

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vatne, S. (2012). *Pasienten først? : Om medvirkning i et omsorgsperspektiv* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Verdens legeforening. (1964). Helsinkideklarasjonen. Hentet 22. februar 2012 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Volden, O. (2004). Vi sier farvel til ”den psykiatriske pasient”. Et brukerperspektiv på psykisk helse. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 1 (1), 43-54.

WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

Ørstavik, S. (2004). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon* (s. 145-159). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Øye, C. & Skorpen, A. (2010). Miljøterapi som kollektivt eller individrettet fenomen? En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatrisk sykehus i individualismens tidsalder. *Vård i Norden* 30(3), 25-29

Øye, C. (2012). *Rapport fra praksisutviklingsprosjektet ”Praksisutvikling av miljøterapi når brukermedvirkning skal vektlegges”*. In press.

Vedlegg I: Skjematisk oversikt over anvendte artikler

Artikkelnummer	Forfatter, utgivelsesår, tittel	Formål, metode og utvalg	Resultat
1	Thomas, S. P., Shattell, M. & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu?	<p><u>Formål:</u> Å utforske psykiatriske pasienters opplevelse av det moderne avdelings-miljøet.</p> <p><u>Metode:</u> Studien er kvalitativ med en deskriptiv fenomenologisk tilnæringsmetode, hvor forskerne gjennomførte 1:1-dialog med deltagerne. Gjennom en forutgående studie, utført av andreforfatter Shattell, ble det gjennomført 4 tilsvarende intervjuer som inngikk i denne studiens datasamling.</p> <p><u>Utvalg:</u> Et hensiktsmessig utvalg ble brukt for å rekruttere informanter blant avdelingens 20 pasienter. Intervjuer ble utført fortløpende, og rekruttering av informanter opphørte etter det fjerde intervjuet da det var åpenbart at mengden innsamlet data var tilstrekkelig. Endelig utvalg bestod av 8 deltagerne, hvorav 5 var menn og 3 var kvinner, i alderen 23-58 år, med ulike psykiatriske lidelser.</p>	Sykehusets essensielle betydning for psykiatriske pasienter er et tilfluktssted hvor de kan rømme fra egen destruktivitet. Pasientene opplevde at det ga dem et pusterom og en pause fra den daglige kampen mot destruktive impulser. Samtlige deltagerne beskrev sykehusmiljøet som beskyttende mot egne laster og at det ga dem trygghetsfølelse. Studien viste at avdelingens røykerom var av stor betydning for pasientene. Tre temaer - meg/ikke som meg, muligheter/ikke muligheter og kontakt/ikke kontakt - var dominerende aspekter ved pasientenes erfaringer med tilfluktsstedet.
2	Haug, K. (2005). Et fristed. Pasienters opplevelse av miljøet på et distriktpsikiatrisk senter.	<p><u>Formål:</u> Å få økt kunnskap om pasienters opplevelse av miljøet på et distriktpsikiatrisk senter.</p> <p><u>Metode:</u> Kvalitativ studie med et eksplorativt design i det det søkes ny kunnskap om et miljø hos de som opplever det. Det ble gjennomført timelange 1:1-intervjuer som ble tolket ut fra en hermeneutisk menings-fortolkning i tre nivåer; selvforståelse, allmenn forståelse, teoretisk forståelse. Intervjuguide ble benyttet.</p> <p><u>Utvalg:</u> Av ca. 100 pasienter ved det valgte DPS, aksepterte 11 pasienter, 7 kvinner og 4 menn i alderen 40-60 år, å delta i studien. Én mann og én kvinne deltok i en pilotstudie. Resultatene derfra ble inkludert i den videre studien. Deltagerne hadde brukt DPS i 8-10 år.</p>	I studien kom det tydelig frem at deltagerne beskrev DPS som et tilfluktssted hvor de fikk delta i sin egen helseprosess, og at de ble gitt den tid og det rom de hadde behov for. Deltagerne følte seg velkommen, likt og respektert. Avgjørende for disse opplevelsene var at pasientene ble gitt muligheten til å medvirke uten forstyrrelsen fra personalet, samtidig som de ble godt ivaretatt ved behov for dette. Pasientene la stor vekt på at de selv fikk bestemme samtaleemne i dialoger, og at de umiddelbart ble tatt hånd om av personalet dersom dette skulle være nødvendig.

3	Tveiten, S., Haukland, M. & Onstad, R. F. (2011). The patient's voice-empowerment in a psychiatric context.	<p><u>Formål:</u> Å få kunnskap om pasientenes syn på og opplevelse av empowerment i en psykiatrisk kontekst.</p> <p><u>Metode:</u> Kvalitativ studie med eksplorativt, deskriptivt og fortolkende aspekter. I studien ble det benyttet fokusgrupper, og det ble gjennomført intervjuer to ganger i et tidsrom på 6 måneder. Det ble benyttet intervjuguide.</p> <p><u>Utvalg:</u> Hensiktsmessig utvalg bestående av 14 voksne pasienter ved to avdelinger ved et psykiatrisk sykehus i Norge. Samtlige pasienter var frivillige brukere av tjenestene.</p>	I studien ble det gjort funn innenfor følgende 3 hovedtemaer: Muligheter og forutsetninger for medvirkning, systemets innvirkning på empowerment-prosessen, samt samarbeid langs et kontinuum av makt mellom empowerment og avmakt. Det kom frem av studien at forståelse, læring og omsorg representerer muligheter så vel som forutsetninger for deltagelse. Videre at systemet har innvirkning på empowerment-prosessen og at samarbeid mellom pasientene og behandlerne avhenger av maktforholdet mellom dem.
4	Abdalla, M. F. (2010). Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring : Pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et distriktspsykiatrisk senter.	<p><u>Formål:</u> Å bidra til økt forståelse av miljøterapeutiske virkemidler som fremmer psykiatriske pasienters helse.</p> <p><u>Metode:</u> Kvalitativ metode med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Masteroppgave skrevet på bakgrunn av et større forskningsprosjekt. Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med informantene. Intervjuguide, utviklet ifm. studien, ble anvendt som ledetråd i intervjuene.</p> <p><u>Utvalg:</u> Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter da forskeren anså at de hadde noe å bidra med til den aktuelle studien. Det ble valgt å benytte åtte informanter i studiens utvalg. Fire av disse var utskrevet fra posten i løpet av en periode på seks måneder forut for undersøkelsen. De resterende fire informanter var innlagt på posten i tiden undersøkelsen ble gjennomført.</p>	Studien fant at posten fungerer godt som et beskyttende "ly" når den indre uroen er stor og manglende symptomkontroll er vanskelig å håndtere alene. Stabilt personale bidrar til at posten fremstår som et trygt sted å være. Informantene uttrykte et savn etter å bli møtt med respekt og likeverd av miljøterapeuten. Å føle seg hørt når det gjelder medisiner, døgnrytme og aktivitetstilbud, samt å få delta i utformingen av egen miljøterapi, og på den måten bli gyldiggjort og anerkjent, ble vektlagt av pasientene. Samarbeid med og støtte til familie og samarbeidspartnere var viktig for informantene. Det ble påpekt mangel på individuelt tilpasset aktivitetstilbud og manglende erfaring med å bli utfordret til å ta tak i vanskelige livstema. Informantene ønsket ikke nye metoder eller behandlingsformer, men de ønsket mer av det gode som allerede var tilgjengelig. Økt engasjement hos de ansatte, gjennom flere samtaler, mer planer, mer aktivitet og mer deltagelse, på en individuelt tilpasset måte ble etterlyst.
5	Skorpen, A. & Øye, C. (2010). Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer : En litteraturoversikt.	<p><u>Formål:</u> Å presentere en helhetlig beskrivelse og forståelse av miljøterapi som metode og ideologi i</p>	Studien fant at miljøterapiens bakgrunn og utvikling har gått fra sosial kontroll og ivaretagelse til individuell

		<p>psykiatriske avdelinger i sykehus. Videre å tematisere og diskutere to sentrale miljøterapeutiske utfordringer i utformingen av dagens og fremtidens miljøterapi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miljøterapi fra en kollektiv dagliglivsorganisering til individuelle tilpasningsformer. - Sykepleiefaglig terapi eller støttefunksjon til det medisinsk-psykiatriske regimet. <p><u>Metode:</u> Studien er en litteraturoversikt og benytter syntesen som metodisk tilnærming. En synteseartikkel benytter ulike definisjoner, funn og beskrivelser fra ulike kilder. Syntese som metode har som siktemål å presentere en mer helhetlig beskrivelse av fenomenet, og integrere ulike elementer og vise nye helheter. Hensikten med denne type litteraturoversikt er å integrere så mye som mulig av den eksisterende viten, fremme teoriutvikling og gjøre litteraturen mer tilgjengelig for praksis. Litteraturoversikten er forankret i Øye og Skorpens (2009) doktorgradsarbeid "Dagliglivet i et psykiatrisk sykehus; en analyse av to avdelingers miljøterapeutiske praksiser", og er et resultat av et bredt og systematisk internasjonalt litteratursøk.</p> <p><u>Inklusjonskriterier:</u> Publikasjoner som på ulike måte omhandler miljøterapi ble valgt. En rekke søkeord og databaser ble benyttet. Likevel ble flere av artiklene funnet i kryssreferanser.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier:</u> Litteratur som ikke omfattet miljøterapi i psykiatriske sykehus ble ekskludert. Artikler som omhandlet miljøterapi knyttet til barnevern/ungdomsinstitusjon og rusomsorg ble ekskludert. Litteratur som fremstod som lite begrunnet og pålitelige, og som viste store svakheter i for eksempel kunnskapsgrunnlag, argumentasjon og konklusjon, ble valgt bort.</p>	<p>behandling. Litteraturen viste fire miljøterapeutiske retninger som på ulikt vis fremstår som sentrale i miljøterapeutisk arbeid i psykiatriske avdelinger; den humanistisk og demokratisk orienterte, den psykodynamiske, den behavioristiske og kognitive, samt den medisinsk-psykiatriske. Det påpekes at litteraturgjennomgangen viste at det var vanskelig å finne systematisk kunnskap knyttet til miljøterapi, og at det var påfallende lite forskningsbasert kunnskap om miljøterapiens innhold og nytteverdi. Videre ble det funnet at sykepleiere historisk sett har vært sentrale i gjennomføringen av avdelingenes miljøterapi.</p>
--	--	---	--

6	<p>Øye, C. (2012). Rapport fra praksisutviklingsprosjektet "Praksisutvikling av miljøterapi når brukermedvirkning skal vektlegges".</p>	<p>Formål: Å implementere brukerorientert miljøterapi i den hensikt å få ulike erfaringer og innsikter i hva brukerorientert miljøterapi kan innebære, samt å generere kunnskaper og innsikter om samarbeid og samhandling på tvers av behandlingsnivåer. Metode: Fagutviklingsprosjektet bygger på en phd. studie som benyttet etnografisk metode, mens selve utviklingsdelen av prosjektet har benyttet logger som dokumentasjon for hva som ble gjort underveis. Loggføring ble gjort av de fleste av prosjektets deltakere (studenter, ansatte eller praksisveileder og til dels brukere). Det er ikke gjort noe forsøk på en uttømmende kvalitativ analyse av loggene, men det er gjort en systematisk gjennomgang av de ulike erfaringene slik de fremkommer i loggene og i fora der deltakerne har møttes.</p>	<p>Et sentralt funn på bakgrunn av prosjektet var at brukerorientert miljøterapi bidrar til større grad av likeverdighet som menneske i relasjonene, i betydningen at det ikke skal tas så mange avgjørelser på andres vegne. Det ble erfart at det er en kunst å balansere mellom det å få beboere/pasienter til å tilpasse seg miljøet og det å tilrettelegge for individuelle ønsker. Tilsvarende utfordring var det å balansere mellom det å gi noe av ansvaret tilbake til beboerne/pasientene og det å ta ansvar fra beboerne/pasientene. Prosjektet fant at det alltid vil være en faglig skjønnsvurdering og spenning mellom brukerstyring og ekspertstyring.</p>
---	---	---	---