

Miljøterapi som kollektivt eller individrettet fenomen? En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatrisk sykehus i individualismens tidsalder

Christine Øye Phd., Førsteamanuensis – Aina Skorpen Phd., Førsteamanuensis

MILIEU THERAPY AS A COLLECTIVE OR INDIVIDUALISTIC PHENOMENON? AN ETHNOGRAPHIC STUDY OF DAILY LIFE IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL IN THE ERA OF INDIVIDUALISM

ABSTRACT

The article illuminates milieu therapy as a collective and democratic tradition in the era of individualism. The article is based on a nine months ethnographic field research on daily life and milieu therapy in a psychiatric hospital. Milieu therapy is in its origin a psycho-social therapeutic tool which is based on a collective daily life, while policy documents of today are formulated in an individualistic way. In order to illuminate the tension between the collectivistic milieu therapy and individualistic considerations the article compares the tradition of «The therapeutic community» with milieu therapy of today. Milieu therapy of today can be considered individualistic. Milieu therapy efforts were addressed towards the individual patient, and not addressed towards the ward milieu as a whole. Furthermore, the ward milieu was organized for patients to take choices based on individual wishes and needs, and not for collectivistic purposes. The article discusses how the ward milieu can be organized for the purpose of considering individual patients' wishes and needs, as well as how to facilitate and utilize the possibilities of a larger psycho-social environment.

KEYWORDS: Miljøterapi, psykiatrisk sykehus, etnografi, individualisme, fellesskap

Innledning

Individualistiske tilnæringer i psykiatriske helsetjenester generelt og i psykisk helsevern spesielt gjenpeiles i nåtidens styringsdokumenter med vektlegging av blant annet brukermedvirkning formulert som individuelle rettigheter (1). Det står i Psykisk helsevernloven § 4-2 at det skal så langt det er mulig tas hensyn til enkeltpasientens syn på ulike tiltak mens pasienten er innlagt (2). Et individrettet fokus i psykiatriløstjenestene står i kontrast til fellesskaps- og demokratiske elementer fra det terapeutiske samfunn innført i flere norske psykiatriske sykehus på 1970-tallet (3). Denne formen for fellesskapsideologi og demokrati var inspirert av den engelske psykiateren Maxwell Jones og bygget på den miljøterapeutiske tradisjonen omtalt som det terapeutiske samfunn (4,5,6,7). Det terapeutiske samfunns ideologer var forankret i fellesskapsbegreper som demokrati, medinnflytelse, toleranse, læring og kollektiv (5,7). Det terapeutiske samfunns ideer og teknikker ble utviklet i psykiatriske avdelinger, og av den grunn ble avdelingsdemokratiet tenkt som en kollektiv organisasjons- og behandlingsform og ikke som et miljø med et individrettet fokus.

Denne artikkel vil belyse spenningsfeltet mellom kollektivt fundert miljøterapi og individuelt tilpassede tilretteleggelser av miljøet. Et sentralt spørsmål vil derfor være hvordan og på hvilken måte miljøterapi i et fellesskaps «kollektiv» lar seg forene og implementere i en tid der individualistiske løsninger fremheves. For å belyse en slik problemformulering vil vi sammenligne en miljøterapeutisk modell beskrevet som det terapeutiske samfunn med nåtidens miljøterapi, basert på en etnografisk studie av miljøterapi i et norsk psykiatrisk sykehus.

Bakgrunn

Til tross for et mangfold av miljøterapeutiske tradisjoner og definisjoner omtales samlet sett miljøterapi ofte som en planlagt tilrettelegging av dagliglivet i en psykiatrisk institusjon, noe som omfatter avdelingens helhetlige fysiske, sosiale og kulturelle miljø (8,9). Det terapeutiske samfunn er en av flere miljøterapeutiske retninger som

vektla de sosiale prosesser og det kollektive miljøets betydning for psykisk helse og innsiktsfull læring (5). Jones & Bonn (10) definerte det terapeutiske samfunn slik:

«Therapeutic communities are organizational systems for bringing about therapeutic change in interpersonal relationships. The therapeutic community can be defined more specifically by several characteristics: two-way communication; shared- decision making; social values that explicitly reflect the attitudes and beliefs of the system; designation of leaders on the basis of natural abilities and leadership qualities rather than formal education, experience, and status; multiple leadership in a multidisciplinary system; significant roles for nonprofessionals; significant roles for patients; and social interaction» (1973;676).

Etter den andre verdenskrig ble vektlegging av det sosiale og kulturelle miljøets betydning i behandling av psykiske lidelser fremholdt som betydningsfull i terapi av pasienter med psykiske lidelser etter en tid med betydelig kritikk av institusjonens organisering, behandling og miljø (11,12,13). Denne kritikken er blitt omtalt som antipsykiatribevegelsen, og fikk en viktig posisjon blant psykiatriens fagfolk gjennom kritikk av det rådende medisinske regimets dominans med påfølgende objektivisering og klassifisering av psykiatriske pasienter (14,15,16). Som en motvekt mot tidens kritikk av sykehusenes behandlingsevner, begynte noen fagpersoner (spesielt i England) å utvikle og etablere en ny miljøterapeutisk modell som var forankret i ideen om demokrati, likeverd, respekt, åpenhet og samarbeid mellom alle aktørene på avdelingen, enten de var innlagte eller ansatte (4). Dette nye terapeutiske miljøet skulle gjennom avdelingens demokratiske plattform, ulike situasjoner, kontekster og samspill mellom pasienter, og mellom pasienter og avdelingens tilsatte, bidra til utvikling og sosial læring hos pasientene (5). Et slikt sosialt fokus førte til at sykehusene ofte tilrettela for utstrakt bruk av grupper; hva Jones (5) kalte «lev-og-lær situasjoner.» Her skulle blant annet medpasienter og personale gi tilbakemelding på hverandres oppførsel i miljøet. Rapports (7) etnografiske studie av sosial rehabilitering på Belmont sykehus regnes som en klassisk studie av det terapeutiske samfunn (17),

der Rapoport og hans team så på ideologi, sosial struktur og prosess, samt pasienters reaksjoner på behandlingen. På bakgrunn av denne studien ble det foreslått fire ulike prinsipper som skulle kjennetegne et terapeutisk samfunn: demokratisering, toleranse, kollektiv samværsform og realitetskonfrontering (7). Noe senere enn Rapoport publiserte Bloor, McKeganey & Fonkert (18) en komparativ studie som bygget på åtte etnografiske studier av ulike terapeutiske samfunn, der to av disse etnografiske studiene var fra psykiatriske sykehus for voksne. De beskrev hvordan de to sykehusene bygget på ideer forankret i det terapeutiske samfunn og demokratiseringsidealer gjennom vektlegging av gruppeaktiviteter, gruppemøter og planlagte og ikke planlagte sosiale aktiviteter i kombinasjon med et psykodynamisk forklaringsgrunnlag. Goffman (13) beskrev et kollektivt miljø der alle pasienter var underordnet ett system, og der institusjonen hadde en iboende indre kollektiv logikk styrt av fellesskapsprinsipper og der mulighetene for å ta individuelle valg ble begrenset.

Den kollektive funderede miljøterapi har blitt beskrevet og forsket på i Norge (19,20,21). Et par av disse studiene påpekte imidlertid hvordan de kollektive og demokratiske hensyn måtte vike når de kom i konflikt med profesjons- eller medisinske interesser (19). Sørhaug (21) beskrev læringsperspektiv i miljøterapien (forankret i det terapeutiske samfunns idealer), der pasientene ble oppdratt til ansvarlighet gjennom å ta mer ansvar for egen og medpasienters terapi. I Norge, som i deler av Europa, fikk den nye demokratiske miljøterapien imidlertid en relativ kort levetid (20). Det utvikles en mer individuell tilpasset miljøterapi med vektlegging av den terapeutiske alliansen og relasjonen mellom sykepleier og pasient (22,23). Det hevdes at den kollektive interessen for organisering av miljøet på psykiatriske sykehus, kan forstås i lys av vår tids nedbygning av de store tunge psykiatriske sykehusene, og en økende interesse for å forstå psykiske lidelser som biologiske (24). Institusjonsbehandlingen og miljøterapien har blitt beskrevet som å bli mer individrettet og følgelig mistet noe av sin kollektive lærende og helende dimensjon (25,26). Dagens fokus på miljøterapi som en-til-en allianser (23), står derfor i kontrast til det terapeutiske samfunns vektlegging av miljøet som sosialt og kollektivt fundert.

Metodiske og analytiske innfallsvinkler

Det empiriske materialet som presenteres i artikkelen er basert på en etnografisk phd. studie i et psykiatrisk sykehus med tittel: «Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; en analyse av miljøterapeutiske praksiser» (27).

Studien er tverrfaglig og utført av en sosialantropolog (1. forfatter) og en sykepleieviter (2. forfatter). Sykepleieviteren har jobbet på ulike psykiatriske sykehus fra 1970-tallet, og har også personlig erfaring med det terapeutiske samfunns innføring i norsk psykiatri. Feltarbeidet foregikk på to ulike lukkede allmennpsykiatriske avdelinger; en korttidsavdeling og en langtidsavdeling. For denne artikkelen har vi primært hentet det empiriske materialet fra korttidsavdelingen, ispedd med empiriske eksempler fra langtidsavdelingen for å sikre anonymisering. Feltarbeidet pågikk over ni måneder på dag- og kveldstid.

Etnografisk metode er en empirinær metode som betraktes som velegnet i studie av dagligliv (28) og miljøterapi (17,29). Etnografisk metode baserer seg på nærkontakt med de man studere over tid (30). I denne studien utgjør etnografisk metode en kombinasjon av deltagende observasjon, samtaler og intervju (31). Vi har observert, intervjuet og hatt samtaler med innlagte psykiatriske pasienter og personalet. Begge avdelingene hadde 12 senger som stort sett var belagt, og pasientene var av begge kjønn i alder mellom 18 og 65 år med ulike lidelser og diagnoser. 15 pasienter ble intervjuet. Personalet som inngikk i studien var primært sykepleiere (med og uten spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid), aktivitetører, hjelpepleiere (med og uten spesialutdanning i psykiatri) og sekundært psykiatere, leger, psykologer, sosionomer og ufaglærte. Totalt ble 23 medlemmer av personalet intervjuet. Det etnografiske materialet er innsamlet i avdelingenes offentlige rom slik som: røykerommet, vaktrommet og gangen/dagligstuen. I disse rom observerte vi samhandlingsaktiviteter de ulike sosiale aktører imellom, med fokus på aktørenes posisjoneringer og strategier (13). Vi har i tillegg latt oss inspirere av og anvend-

der Foucaults tanker om subjektivitet og makt i analyse av materialet for denne artikkelen (32,33). Studiens empiriske materiale er basert på en induktiv analyseprosess der vi har benyttet Lofland et als. (34) kodingsprosesser. Inndelingen og kodingen er basert på settingspesifikke kategoriseringer av temaer knyttet til avdelingenes ulike rom. De foreløpige fortolkningene av datamaterialet ble presentert for miljøpersonalet og tidligere psykiatriske pasienter i den hensikt å validere funnene (35).

Studien fikk tilråding av Regional komité for medisinsk forsknings-etikk (REK), og det ble innhentet individuelt informert samtykke til intervju av både personalet og pasientene. Pasientene måtte gi sitt informerte samtykke til å bli observert, og av den grunn ble de pasienter som ikke ga sitt samtykke, ikke fulgt tett opp (36).

Funn

Avdelingene var tilrettelagt for flere tiår siden for å kunne behandle mange pasienter samtidig, og følgelig verken tilrettelagt for demokratisk fundert miljøterapi eller med tanke på å ta individuelle hensyn og tilpasninger.

Dagliglivet og miljøorganiseringen

Avdelingene var ikke tegnet og oppført med tanke på miljøterapi, men bygget for overvåkning og kontroll som stengte dører og en delpanoptisk arkitektonisk organisering. En delpanoptisk arkitektonisk organisering er en inspiserings av pasienten fra flere steder og rom, uten at personalet selv var synlig for de som ble kontrollert og overvåket (37). Eksempelvis hadde personalets vaktrom en glassvegg vendt ut mot korridoren, dagligstuen og inngangsdøren. På den måten hadde personalet utsynsmuligheter til flere av avdelingens offentlige rom slik at pasientenes oppførsel kunne inspiseres. Dagliglivet var organisert etter et husholdsmønster med dagligdagse rutiner som fast organisering av måltider, fordeling av dagens gjøremål og deltakelse i ulike aktiviteter. Avdelingens måltider var regulert og forhåndsbestemt med en meny hengt opp på oppslagstavlen i avdelingens gang sammen med annet reglement og oversikt over aktivitetstilbud. Det ble rutinemessig servert ettermiddagskaffe eller kveldsmat til pasientene. Det var sjelden planlagt program på kveldstid. Mange pasienter ville samles på røykerommet på kveldstid for å spille kort, høre på musikk, røyke, drikke kaffe og prate sammen, mens andre ville sitte i dagligstuen og se fjernsyn eller holde seg på eget rom. Hver enkelt pasient fikk etter kort tids opphold i avdelingen tildelt en miljøkontakt. Det var en pleier i miljøet som hadde spesielt ansvar for oppfølging av enkeltpasienten, og som pasienten kunne henvende seg til for eventuelle spørsmål, informasjon og hjelp. Miljøkontakten ville ha et spesielt ansvar for å være enkeltpasientens talerør på rapporter, behandlingsmøter og evalueringsmøter. Mye av miljøaktivitetene slik som turer i nærområdet eller til butikken, besøk til shoppingssenteret eller hjemsted, ville ofte foregå sammen med miljøkontakten.

Fellesmiljøet

Dagligstuen og gangen utgjorde fellesmiljøet. Det var i de rommene pasientene og miljøpersonalet møttes. I disse rommene ville personalet ofte sitte for å følge med på hva pasientene foretok seg av aktiviteter, alene eller sammen med andre av institusjonens aktører. Fellesmiljøet ble organisert for at pasienten kunne velge å delta i ulike aktivitetstilbud. Tilrettelegging av aktivitetstilbud omtalte miljøpersonalet som «å være på tilbudssiden.» Det kunne være husholdsoppgaver (matlaging, dekking av bord, vask av egne rom), ulike sportsaktiviteter, skole for de yngre pasientene og arbeidstrening. Noen aktiviteter var fellesaktiviteter som morgensamling hvor husholdsoppgaver ble fordelt blant pasientene, turer i skog og mark, turer til kjøpesenteret, bading og lignende. Det ble forventet at pasientene skulle benytte seg av institusjonens ulike gjøremål og aktivitetstilbud, og de fleste pasienter ble anmodet til å delta i minst ett av disse aktivitetstilbudene. Aktivitetene på sykehuset var ikke i tidligere tider organisert som tilbud, men inngikk som en del av institusjonens daglige pliktarbeid. Det eldre miljøpersonalet fra tidligere tiders arbeid på sykehuset, kunne fortelle at personalet og pasientene måtte arbeide sammen for å holde

sykehuset i drift. Sykehuset var avhengig av miljøpersonalets og pasientenes arbeidsinnsats for å holde sykehuset økonomisk gående. Hvis ikke husarbeidet ble gjort, ville avdelingen forbli skitten og maten ikke servert. En pleier fortalte at pasienter som ikke ville delta, kunne risikere å bli båret ut i hagen og lagt under et epletre til eplene datt ned i hodet på dem. Hvis ikke pasienten gjorde det arbeidet han eller hun var satt til, ville andre måtte overta arbeidet.

I fellesrommene gjaldt avdelingens husregler der pasientene og personalet måtte innrette seg. Husreglene inngikk som en del av de kollektive bestemmelser og reglement og som bl.a bestod i at mobiltelefoner, barbersaker og andre skarpe gjenstander rutinemessig ble inndratt. Mobiltelefonen ble rutinemessig inndratt med den begrunnelsen at de kunne påvirke sykehusets alarmsystem, fare for mobbing pasientene imellom og ukontrollert ringing til politiet eller andre instanser. En pasient sa etter at hennes mobiltelefon rutinemessig ble inndratt rett etter innleggelse: «Jeg skulle gjerne ha beholdt mobiltelefonen min for å ha kontakt med venner og familie når jeg ønsker det selv. Det er som en del av armen min blir tatt fra meg.» Det var heller ikke lov til å ha besøk av venner, familie og medpasienter fra andre avdelinger inne på avdelingen. Det var heller ikke lov til å se fjernsyn før kl. 12 om formiddagen, da personalet erfarte at pasientene kunne bli sittende inne å se på fjernsyn i stedet for å delta i institusjonens aktivitetstilbud på arbeidsstuen, i gymsalen eller på turer. Å delta i aktivitet inngikk som en sentral del av miljøterapien, og ble betraktet som vesentlig for å komme seg. Det ikke å delta på aktiviteter ble ofte fortolket som tegn på depresjon, samtidig som det å delta i aktiviteter ble forstått å kunne bidra til å bedring av depresjon eller annen psykisk lidelse. Et miljøpersonal kunne si: «Når vi får henne ut av godstolen og ut på tur vet jeg at hun vil føle seg bedre og bli bedre av sin depresjon.» Det hendte at husreglene kom i konflikt med enkeltpasienters interesser. Eksempelvis hadde en pasient behov for å slappe av og ønsket å se fjernsyn før kl. 12. Derfor kunne miljøpersonalet komme i klemme i forhold til om de skulle ta hensyn til denne enkeltpasientens behov og ønsker, eller til pasienter flest som de ikke ville at skulle se fjernsyn hele dagen. Tilsvarende dilemma mellom tilrettelegging av fellesmiljøet og enkeltpasienter kunne oppstå i bruk av et felles bad. Når baderommet og badekaret ble brukt av en pasient, ble det forventet at vedkommende ryddet opp etter seg og vasket badekaret før en ny pasient skulle benytte fasiliteten. Hvis ikke pasienten ryddet og vasket etter seg ville et miljøpersonal overta denne oppgaven, noe som ble begrunnet med at man ikke kunne forvente at medpasienter tok ansvar for andre pasienter.

Vaktrommet

Personalet hadde et eget rom som miljøpersonalet omtalte som vaktrommet. På vaktrommet ble miljøterapeutiske tiltak diskutert og bestemt på både rapporter og behandlingsmøter basert på observasjoner av enkeltpasienter i miljøet. Pasientene var ikke tilstede mens tilstanden og tiltakene om ham eller henne ble diskutert og bestemt. På rapportene og behandlingsmøtene ble hver enkelt pasient gjennomgått i tur og orden. I disse utlegningene ble det både henvist til hva pasienten hadde foretatt seg i miljøet; hvilke aktiviteter vedkommende hadde deltatt i, samt hvordan han eller hun hadde oppført seg i miljøet. Typiske referanser til enkeltpasienters handlinger kunne være: har gått på tur til butikken, deltatt på arbeidsstuen, vært i samtale med psykolog, deltatt i utformingen av individuell plan, tent på søppelkurven, bestilt mat fra restaurant. Deretter ble pasientens oppførsel og fremferd karakterisert. Det kunne være negative og avvikelige karakteristikk som: «Han skjønner ikke hva som er best å gjøre», «hun tar ingen initiativ og glemmer seg hver gang vi ber henne om å delta i aktiviteter», «han klarer ikke å komme ut av tankekjøret», «hun virker selvhenførende» osv. Det kunne også være karakteristikk i mer positiv forstand som pekte mot positiv endring og utvikling i tråd med ønsket atferd og fremtoning: «Hun viser større grad av selvstendighet gjennom å ta initiativ selv», «han er aktiv og deltar på arbeidsstuen», «hun virker mer moden nå» osv. Deretter ville personalet diskuterte tiltak overfor enkeltpasienter, som for eksempel hvor ofte pasienten kunne få gå ut, hvor mange sigaretter pasienten skulle få utdelt i timen, om pasienten burde være med på kjøkkenet for å lære å lage

vafler, hvordan man burde gå frem slik at man kunne inngå avtaler med pasienten, og hvordan man skulle få pasienten til å være mer sosial.

Diskusjon

Det terapeutiske samfunn vektla en demokratisk og kollektiv organisering knyttet til psykiatriske avdelingens dagliglivsorganisering (7,6,5,10). Det har blitt beskrevet at i datidens kollektive sykehusmiljø hadde pasientene en viktig rolle og medansvar for avdelingens terapi, gjennom blant annet å gi tilbakemeldinger på medpasienters atferd og tanker under gruppesamlinger (7,5,10). Målet var at pasientene skulle lære å bli selvstendige individer, gjennom å ta mer ansvar for egen og medpasienters terapi (21). I vår studie så vi at miljøterapiens kollektive fenomener i stor grad var begrenset til en fast organisering av dagliglivet, med vektlegging av felles rutiner som faste måltider, en fastsatt døgnrytme og noen felles aktivitetsplaner. Vi observerte ingen terapeutiske gruppesamlinger, og miljøterapi ble sjelden diskutert på vaktrommet som et kollektivt fenomen. Vi så derimot at personalet ofte diskuterte tiltak overfor enkeltpasienter, som for eksempel hvor ofte pasienten kunne få gå ut, hvor mange sigaretter pasienten skulle få utdelt i timen, og hvordan man burde gå frem slik at man kunne inngå avtaler med pasienten. Noen av disse tiltakene kan beskrives som miljøterapeutiske tiltak, som eksempelvis kunne være om pasienten burde være med på kjøkkenet for å lære å lage mat, samt trene pasienten til å være mer sosial ved oppfordring til å delta i fellesaktiviteter.

Med endring av de psykiatriske sykehusenes samfunnsoppgave og ideologiske vektlegging har også miljøterapien og de demokratiske prosesser endret seg (25,26,24), eksempelvis er individuell plan rettet mot enkeltpasienter og ikke mot et kollektivt miljø (2). Det samme gjelder de miljøterapeutiske tiltakene i avdelingen som diskuteres, planlegges og iverettes i stor grad som individrettede tiltak knyttet til enkeltpasienter og ikke mot et større kollektivt dagligliv. Informasjon og kunnskap om enkeltpasientene ble fremskaffet gjennom inspeksjon og observasjoner av enkeltpasienter i miljøet (38). Miljøet ble således anvendt som et sentrum for observasjoner av friskhet og sykdom eller normalitet og avvik i vid forstand. Disse observasjonene ble brakt inn til vaktrommet for fremleggelse, diskusjon og avgjørelser om nye tiltak overfor enkeltpasienten i miljøet. På rapportene og behandlingsmøtene vendes interessen mot individene og deres medisinske forløp og modenhetshistorie gjennom å fremheve den enkeltes egenskaper og karakteristikk. På den måten ble pasienten individualisert og objektivisert, og miljøterapeutiske tiltak ble rettet mot den individuelle pasienten og vedkommendes sykdomsforløp, og ikke mot et større kollektivt miljø. En slik medisinsk diagnose innretning skiller seg fra anti-psykiatrien og det terapeutiske samfunns grunnideologi og paradigme, der pasientene og deres lidelse primært ble forstått som sosialt skapt og påvirket (4,16,15). Et kollektivt miljø med kollektive demokratiske prosesser ser ut til å la seg vanskelig forene med en medisinskpsykiatrisk ideologi og praksis som tar utgangspunkt i enkeltindividets tilstand og tilstandsforløp (38,19). Grovt sett fremstår derfor miljøterapi organisert som en individrettet terapiform, fungerende som en støttefunksjon til det medisinske behandlingssystemet (39). I det hele tatt kan det psykiatriske sykehusets medisinsk funderte hierarkiske organisering forstås forankret i en kunnskaps- og maktform som gjennomsyrrer institusjonens praksiser (40); praksiser som disiplinierer og bygger opp under skillelinjer mellom de som er ansatte og de som er pasienter. Dette er skillelinjer som individualiserer og som bidrar til å opprettholde miljøorganiseringen som et antikollektivistisk prosjekt.

Når miljøtiltakene i avdelingen ble rettet mot enkeltpasienter, ble det naturlig for miljøpersonalet å jobbe med enkeltpasienter. Hver pasient hadde en miljøkontakt, og de fleste aktiviteter var organisert etter dyadisk mønster. En miljøkontakt tok en pasient på tur til butikken, på treningskjøkkenet, på tur i skogen osv. En konsekvens av slikt miljøterapeutisk arbeid er at fellesaktiviteter får mindre oppmerksomhet og blir nedprioritert, mens miljøterapeutisk arbeid som rettes mot enkeltpasienter fremheves (22,23). En slik miljøterapeutisk organisering står i kontrast til tidligere tiders miljøorganisering, basert på prin-

slipper fra det terapeutiske samfunn, som i kontrast vektla kollektive demokratiske prosesser der det psykososiale miljøet som en helhet skulle virke terapeutisk (7,5,10). Avdelingenes ulike aktører skulle gi tilbakemelding på hverandres oppførsel, og konflikter skulle anvendes som grunnlag for modning og vekst, der både medpasienter så vel som personalet var sentrale aktører gjennom dagliglivets konfrontasjoner og tilbakemeldinger (18,5,10).

Det ble forventet at pasientene og personalet i det terapeutiske samfunn skulle delta i den kollektive husholdsorganiseringen (18). På dette sykehuset i tidligere tider var det helt sentralt at pasientene deltok i den kollektive husholdsorganiseringen for å opprettholde sykehusets drift. I dag ser vi at rester av den kollektive organiseringen lever videre i form av avdelingens morgenmøte, der noen husholdsoppgaver søkes fordelt til noen av pasientene. Deltakelse på disse morgenmøtene var imidlertid frivillig, og det var varierende oppmøte av pasienter på morgenmøtene. Det innebærer at det ble tatt hensyn til pasientenes ønsker når det gjaldt deltakelse i avdelingens kollektive liv. Det står i motsetning til den kollektive fellesskapsorganiseringen fra tidligere tiders drift, der sykehuset var avhengig av pasienters bidrag for å holde liv i institusjonen. Pasientenes bidrag er i dag ikke nødvendig for sykehusets drift og opprettholdelse. I den grad pasientene i dag deltok i ulike former for aktiviteter var det i form av pasientenes individuelle valg, og ikke av hensyn til sykehusets drift og opprettholdelse. Miljøterapi i form av oppmuntring til aktivitet må i dagens institusjon derfor forstås i lys av aktivitet for egen del og ikke for andres eller kollektivets del. Det vil si at miljøet tilrettelegges gjennom deltakelse i dagliglivets aktiviteter og gjøremål, for at pasienten skal regjere eller oppdra seg selv i den hensikt å transformere seg selv til et liv utenfor institusjon (32). Dagens miljøterapi kan av den grunn betraktes som en individualisert transformering og disiplinering av subjektet (33). Miljøet ble organisert for at enkeltpasientene skulle få realisert seg selv gjennom mål om aktivitet, selvstendighet og eget initiativ. I en individualistisk tidsalder legges presset på den enkelte pasient, der den enkelte skal lære å være selvstendig og selvansvarlig. Dette står i motsetning til å betrakte pasienten som avhengig, uselvstendig, ensom osv. Miljøet i avdelingene organiseres derfor mer som et liberalistisk «tilbuds- og servicetorg» for den enkelte og i mindre grad som et helhetlig kollektivt miljø. Med en slik vektlegging av et individualistisk miljø slipper pasientene å gå i flokk – de slipper monotone dagliglivsrytmer. På den annen side vil man måtte ta hensyn til et større kollektivt miljø når flere pasienter og personalet skal tilbringe flere døgn sammen under samme tak. Det vil derfor i mange tilfeller være institusjonens daglige rutiniserte drift eller institusjonenes iboende logikk som virker bestemmende på den kollektive dagliglivsrytmen (13). Institusjonens dagligliv og miljøterapi vil derfor alltid ligge i skjæringspunktet mellom å tilrettelegge for et individualistisk miljø og et kollektivt miljø.

Avsluttende betraktninger

Tilretteleggelse av dagliglivet og miljøterapi vil hele tiden ligge i skjæringspunktet mellom å ivareta enkeltpasienters ønsker og behov, og samtidig fasilitere og utnytte de muligheter som ligger i et sosialt miljøfellesskap. Miljøpersonalets rolle vil derfor være ikke bare å ta individuelle hensyn og ivareta individets interesser i individualismens tidsalder, men også tilrettelegge for et sosialt avdelingsmiljø der pasienter kan få tilbakemelding på seg selv som personer av både medpasienter og personalet. Miljøterapi og organiseringen av miljøet fremstår i dag som individrettet, der det tas utgangspunkt i enkeltpasientens tilstand for organisering av planer og aktivitetstilbud rettet mot den enkelte (27). Det å organisere for et helhetlig sosialt fellesskapsmiljø vil være en utfordring i en tid med stadige færre sengeplasser (der mange avdelinger er nede i 5–8 sengeplasser). Miljøterapi i det terapeutiske samfunn har sin opprinnelse i sosialpsykiatrien, og er derfor ikke tilpasset individualistiske trender. Miljøterapi som en sosial terapiform kan derfor sies å ha mistet noe av sin berettigelse, etter et skifte av fokus på individtilpasset tilrettelegging og behandling. Siden 1990-tallet har man særlig innenfor miljøterapi og psykiatrisk sykepleie omfavnet og vektlagt pasientsentrert og en-til-en

behandlingsrelasjoner (22,23). Dette kan på sikt bidra til at gruppeidentiteten og fellesskapsopplevelsen forsvinner. Med denne endringen har selve begrepet *miljøterapi* mistet noe av sin kraft og berettigelse. Å tenke seg individrettet miljøterapi blir paradoksalt i seg selv, da selve begrepet forutsetter et større kollektivt psykososialt miljø (8,10). I den grad man avgrensar miljøterapi å omhandle dyadiske relasjoner mellom pasient og miljøpersonalet, gjør man vold på miljøterapi som opprinnelig en kollektiv psykososial terapiform (8,9). Hvis vi går bort fra å tenke om miljøet som et miljø bestående av flere enn to (miljøpersonal – pasient), kan vi alternativt tenke oss poliklinisk behandling eller å bygge «psykehotell», der pasientene kan være individuelle konsumenter og forbrukere av en helsetjeneste. Med en slik individrettet organisering vil ikke pasientene kunne dra nytte av et større fellesskapsmiljø. En utfordring for miljøpersonalet i institusjon i tiden fremover vil være hvordan en kan tilrettelegge for et sosialt miljø. Legitimeringen for opprettholdelse av institusjons- og miljøterapi må ligge i mulighetene for sosial omgang og fellesskap i en tid der mange pasienter skrives ut til et liv alene i ensomhet.

Godkjent for publisering 1.06.2010

Christine Øye christine.oye@hsh.no & Aina Skorpen
aina.skorpen@hsh.no

Høgskolen Stord/Haugesund, Postboks 5000, NO – 5409 STORD
Fra 18.10.10 Klingenbergvn. 8 NO – 5414 STORD

Referanser

1. St. meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
2. Psykisk helsevernloven. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Lov nr. 1999-07-02-62). Retrieved from www.lovdata.no.
3. Vaglum, P., Karterud, S. & Jørstad, J. (Eds.). Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: Fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn. Oslo: Universitetsforlaget; 1984.
4. Jones, M. Social Psychiatry. A study of the therapeutic communities. London: Tavistock Publications Limited; 1952.
5. Jones, M. Det terapeutiske samfunn – I sykehuset og utenfor. Oslo: Gyldendal; 1971.
6. Jones, M. Therapeutic community as a system for change. In J.G. Gundersen, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), Principles and practices of milieu therapy (pp. 177–185). New York: Jason Arons; 1983.
7. Rapoport, R.N. Community as doctor. London: Tavistock; 1960.
8. Gundersen, J.G. Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*. 1978; 41, 327–335.
9. Gundersen, J.G. An overview of modern milieu therapy. In J.G. Gundersen, O.A. Wii & L.R. Moster (Eds.), Principles and practices of milieu therapy (pp. 1–14). New York: Jason Arons; 1983.
10. Jones, M. & Bonn, E.M. From the therapeutic community to self-sufficient community. *Hospital & Community Psychiatry*. 1973; 24(10), 675–679.
11. Caudill, W. The psychiatric hospital as a small society. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1958.
12. Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D. & Sabshin, M. *Psychiatric Ideologies and Institutions*. London: Transaction Books; 1964/1981.
13. Goffman, E. *Anstalt og menneske*. Viborg: Paludan; 1967.
14. Stanton, A.H. & Schwartz, M.S. *The mental hospital*. New York: Basic Books; 1954.
15. Laing, R.D. *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin Books; 1965.
16. Szasz, T.S. *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row; 1961.
17. Lees, J. Research: The importance of asking questions. In P. Campling & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic communities. Past, present and future* (pp. 207–223). London: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
18. Bloor, M., McKeganey, N. & Fonkert, D. *One foot in Eden*. London: Routledge; 1988.
19. Løchen, Y. *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitets-

- forlaget; 1976.
20. Waal, H. Psykiatriske sykehus, utviklingsmuligheter og begrensninger. Oslo: Universitetsforlaget; 1978.
 21. Sørhaug, H.C. Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus: Makt, gjensidighet og ansvar (Oslo Occasional papers in Social anthropology). University of Oslo, Department of Social Anthropology; 1982.
 22. Delaney, K.R. Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1997; 33(2), 19–28.
 23. Vatne S. & Hoem, E. Acknowledging communication: A milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(6), 690–698.
 24. Bloom, S.L. & Norton, K. The therapeutic community in the 21st century. *Psychiatric Quarterly*, 2004; 75(3), 229–231.
 25. Neuhaus, E.C. Fixed values and a flexible partial hospital program model. *Harvard Review of Psychiatry*. 2006; 14(1), 1–14.
 26. Norton, K. Re-thinking acute psychiatric inpatient care. *International Journal of Social Psychiatry*. 2004; 50(3), 276–284.
 27. Øye, C. & Skorpen, A. Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon. En analyse av miljøterapeutiske praksiser. Dissertation for the degree Philosophiae Doctor (PhD), University of Bergen, Norway; 2009.
 28. Alvesson, M., & Skoldberg, K. *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur; 1994.
 29. Liberman, R.P. Research on the psychiatric milieu. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 67–86). New York: Jason Arons; 1983.
 30. Fangen, K. *Deltagende Observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
 31. Delamont, S. Ethnography and participant observation. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 217–229). London: Sage Publications; 2004.
 32. Foucault, M. Technologies of the self. In L.H. Martin, H. Gutman & P.H. Hutton (Eds.), *Technologies of the self* (pp. 16–50). London: Tavistock Publications; 1982/1988.
 33. Foucault, M. The subject and power, In J.D. Faubion (Ed.), *Power. Essential works of Foucault 1954–1984*, volume three (pp. 326–348). London: Penguin Press, 1982/2001.
 34. Lofland, J., Snow, D., Anderson, L. & Lofland, L.H. *Analyzing social settings – A guide to qualitative observation and analysis*. Belmont, California: Thomson Wadsworth; 2006.
 35. Hummelvoll, J.K & Severinsson, E. Researchers' experience of co-operative inquiry in acute mental health care. *Journal of advanced nursing*. 2005; 52(2):180–188.
 36. Oeye, C., Bjelland, A.K. & Skorpen, A. Doing participant observation in a psychiatric hospital – Research ethics resumed. *Social Science & Medicine*. 2007; 65(11), 2296–2306.
 37. Foucault, M. *Discipline and punish: The birth of the prison*. London: Allen Lane; 1977.
 38. Øye, C. & Skorpen, A. Kjennskapens ritus – Fra Tukes te-selskap til fredagkosen i et psykiatrisk sykehus, *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 2009; 50(3), 267–292.
 39. Skorpen, A. Anderssen, N. Øye, C. & Bjelland, A.K. Treatment regimes in a psychiatric hospital apparent contradictions? Report from field work in a locked-up ward illustrated with a constructed case, *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009; 18(6), 409–416.
 40. Foucault, M. Power/Knowledge. In S. Seidman & J.C. Alexander (Eds.), *The new social theory reader: Contemporary debates* (pp. 67–76). London: Routledge, 2001.



Sykepleiernes Samarbeid i Norden

Nordisk konferanse 23. - 24. november 2010 i Stockholm

”Sett ord på sykepleien”

- struktur på kvalitet og pasientsikkerhet ved bruk av kvalitetsindikatorer og terminologi

”If you cannot name it, you cannot practice it, control it, teach it, finance it or put it into public policy” – Norma Lang 1992

For program og påmelding :
www.vardinorden.org

Copyright of Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden is the property of Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.