

Miljøterapi i alderspsykiatri – Medmenneskelige møter og utfordringer



Universitetet
i Stavanger

**Helsevitenskapelig fakultet
Master i Relasjonsbehandling med tema:**

**Betydningen av relasjoner mellom helsepersonell og pasienter i
alderspsykiatri**

E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)

**Student:
Benedicte Lie**

**Veileder:
Johannes Hendrik Langeveld, Professor-II, Universitetet i Stavanger**

**Dato:
21.05.2021**

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING

E-MREMAS MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2020/Vår 2021

FORFATTER(e)/MASTERKANDIDAT(er): Benedicte Lie

VEILEDER: Johannes Hendrik Langeveld

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Miljøterapi i alderspsykiatri – Medmenneskelige møter og utfordringer

Engelsk tittel:

Milieu therapy in old-age psychiatry – Interpersonal encounters and challenges

EMNEORD/STIKKORD:

Miljøterapi, relasjoner, terapeutisk allianse, alderspsykiatri

ANTALL SIDER: 63

ANTALL ORD: 16684

STAVANGER 21.05.2021

DATO/ÅR

Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammendrag	5
Abstract.....	6
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Mål og hensikt med studien	8
1.3 Tidligere forskning.....	9
1.4 Problemstilling	10
1.5 Avgrensninger	10
1.6 Oppgavens oppbygning.....	10
2.0 Teoretisk forankring	11
2.1 Psykisk helse og behandlingsmodeller.....	11
2.1.2 Ulike modeller for behandling av psykiske lidelser	11
2.2 Bedring og bedringsprosesser	12
2.3 Alderspsykiatri og alderspsykiatrisk sengepost	13
2.3.1 Aldring.....	14
2.4 Hva er relasjoner?	15
2.4.1 Relasjonsbygging	16
2.4.2 Anerkjennende relasjon	16
2.4.3 Terapeutisk allianse/relasjon	16
2.4.4 Forståelse for ujevnheter i terapeutiske relasjoner	17
2.5 Miljøterapi.....	18
2.5.1 Miljøterapiens formål	18
2.5.2 Terapeutisk miljø.....	19
3.0 Metode	20
3.1 Kvalitativ metode	20
3.2 Bakgrunn for valg av metode	21
3.3 Min forforståelse og bakgrunn	21
3.4 Innsamling av data	22
3.4.1 Søkeord.....	23
3.5 Valg av artikler.....	24
3.5.1 Søkestrategi	25
3.6 Validitet og reliabilitet	28
3.7 Forskningsetikk	28

4.0 Analyse og analyseprosess.....	30
4.1 Systematisk tekstkondensering	30
4.2 Presentasjon av artiklene.....	31
5.0 Funn	38
5.1 Kodegruppe: Forståelse.....	38
5.1.1 Subgruppe 1: Å føle seg frem.....	38
5.1.2 Subgruppe 2: Betydning av forståelse	39
5.1.3 Oppsummering av funn og resultat	39
5.2 Kodegruppe: Samarbeid.....	40
5.2.1 Subgruppe: Aktiv involvering	40
5.2.2 Subgruppe: Kontakten i samarbeid	40
5.2.3 Oppsummering av funn og resultat	41
5.3 Kodegruppe: Roller.....	41
5.3.1 Subgruppe: Personlig egnethet.....	41
5.3.2 Subgruppe: Ansvar og fordeling	42
5.3.3 Oppsummering av funn og resultat	42
5.4 Kodegruppe: Omgivelser	43
5.4.1 Subgruppe 1: Det strukturelle miljø	43
5.4.2 Subgruppe 2: Det relasjonelle miljø	43
5.4.3 Oppsummering av funn og resultat	44
6.0 Diskusjon	45
6.1 Forståelse av mennesker er en bevisst og ubevisst prosess. Denne prosessen styres av erfaringer, opplevelser og forestillingsevne	45
6.2 Involvering og personlig egnethet er sentralt i samarbeidsprosesser. Gjennom læring og kontakt med andre kan bedring fremmes.....	48
6.3 Roller handler om personlig kompetanse, fordeling og deling av ansvar. Fordelingen er mangefasettert og i stadig endring.....	50
6.4 Omgivelser er avhengige av strukturelle og relasjonelle faktorer for å kunne fremme bedring. Individuelle tilnærmende omgivelser er nødvendige og ønsket i behandling av psykiske lidelser	52
6.5 Refleksjon og diskusjon av litteraturstudie som metode.....	54
7.0 Konklusjon.....	55
Litteraturliste.....	58
Vedlegg 1.....	62

Forord

Jeg har våren 2021 avsluttet masterstudie i relasjonsbehandling med miljøterapeutisk fordypning. Etter tre år med studier ved siden av jobb er det godt å endelig få gjort seg ferdig. Å fullføre studiet med å skrive en oppgave har vært en utfordrende, tidkrevende og givende prosess. Det har vært spennende å skrive om et tema og et fagområde som jeg virkelig brenner for. Jeg har gjennom arbeidet fått kjenne på mange ulike følelser, og underveis lært utrolig mye.

Jeg har hatt gode mennesker rundt meg som har støttet og oppmuntret meg gjennom prosessen dette har vært, og det er flere som jeg ønsker å takke.

Takk til gode kollegaer ved alderspsykiatrisk avdeling B1 for støtte, motiverende samtaler og tilrettelegging. Uten godviljen deres hadde dette vært mye tøffere å gjennomføre. Takk til universitetsbibliotekar Geir Strandenæs Larsen ved UiS for god hjelp og veiledning til litteratursøk. Takk til min gode venninne og kollega Lene Fredheim for utallige samtaler om oppgaven og for all støtte underveis. Takk til min søster Marita Helen Lie for flere korrekturlesninger og støtte. Takk til samboer, familie og venner for all raushet og oppmuntring, og til slutt takk til veileder Johannes H. Langeveld for gode refleksjoner, råd og et godt samarbeid i arbeidet med oppgaven.

Tusen takk alle sammen!

Stavanger, 21.05.21

Benedicte Lie

Sammendrag

Bakgrunn: Som vernepleier i en alderspsykiatrisk sengepost har jeg møtt utallige eldre mennesker med sammensatte psykiske og fysiske lidelser. Relasjoner og betydningen av dem i samarbeidet med pasienter er viktig for å kunne fremme bedring. Mennesker med høyere alder har ofte flere og sammensatte lidelser. Miljøterapi og det terapeutiske miljø som endringsarena skal fremme bedring for ulike mennesker på samme tid.

Formål med studien: å belyse følgende problemstilling:

Hvordan kan terapeutiske allianser i miljøterapi fremme bedring av psykisk helse i en alderspsykiatrisk sengepost?

Metode: kvalitativ litteraturstudie

Fire sentrale funn:

- Forståelse av mennesker er en bevisst og ubevisst prosess. Denne prosessen styres av erfaringer, opplevelser og forestillingsevne.
- Samarbeid inkluderer involvering og kontakt med andre. Kontakt skjer gjennom deling i fellesskap med endring som mål. Involvering og personlig egnethet er sentralt i samarbeidsprosesser. Gjennom læring og kontakt med andre kan bedring fremmes.
- Roller handler om personlig kompetanse, fordeling og deling av ansvar. Fordeling er mangefasettert og i stadig endring.
- Omgivelser er avhengige av strukturelle og relasjonelle faktorer for å kunne fremme bedring. Individuelle tilnærmende omgivelser er nødvendige og ønsket i behandling av psykiske lidelser.

Konklusjon: Økt grad av individuell tilnærming i miljøterapi for eldre er nødvendig for å kunne fremme bedring av psykiske lidelser på en best mulig måte. Terapeutiske allianser er grunnstenene i endringsarbeid og er utgangspunktet for et godt samarbeid. Bedring forutsetter samarbeid mellom helsepersonell og pasienter og bør tilpasses hver pasientgruppe i den grad det er mulig.

Abstract

Background: As a social educator in an old-age psychiatry ward, I have met countless elderly people with complex mental and physical disorders. Relationships and their importance for collaborating with patients are important to promote improvement. Environmental therapy and the therapeutic environment as an arena for change must promote improvement for different people at the same time.

Purpose of the study: to find answers to the following issue:

How can therapeutic alliances in environmental therapy promote the improvement of mental health in an old-age psychiatry ward?

Method used: qualitative literature study

Four key findings:

- Understanding people is a conscious and unconscious process. This process is governed by experiences and imagination.
- Collaboration includes involvement and contact with others. Contact takes place through sharing in common with change as the goal. Involvement and personal suitability are central to the collaboration processes. Through learning and contact with others, improvement can be promoted.
- Roles are about personal competence, distribution and sharing of responsibilities. Distribution is multifaceted and constantly changing.
- Environment depends on structural and relational factors to promote improvement. Individual approximate environments are necessary and desired in the treatment of mental disorders.

Conclusion: An increased degree of individual approach in environmental therapy for the elderly is necessary to be able to promote improvement of mental illness in the best possible way. Therapeutic alliances are the cornerstones of change work and are the starting point for collaboration. Improvement requires collaboration between healthcare professionals and health personnel and should be adapted to each patient group as much as possible.

1.0 Innledning

Jeg skal i denne masterstudien se på hvordan terapeutiske allianser mellom helsepersonell og innlagte pasienter i en alderspsykiatrisk sengepost kan fremme bedring i behandlingen av psykiske lidelser. Jeg ønsker å undersøke om relasjoner og betydningen av dem har en sentral rolle og ivaretas. Kan betydningen av terapeutiske allianser medvirke til bedring, og i så fall på hvilken måte?

Begrepene «pasienter» og «helsepersonell» brukes gjennom oppgaven. Med helsepersonell mener jeg alle ansatte i helsetjenesten som jobber med behandling av pasienter med psykiske lidelser, og da uavhengig av utdanning eller utdanningsnivå dersom ikke annet er oppgitt underveis. Det fysiske rom som miljøterapi foregår innenfor, betegner jeg i denne oppgaven som «sengepost» og «avdeling», som igjen beskriver enheter innenfor psykiatri og psykisk helse hvor pasienter innlegges og behandles.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valget av tema er først og fremst min egen profesjon og erfaring. Som vernepleier er jeg opptatt av at enkeltindivider ivaretas og respekteres som menneskene de er.

Jeg arbeider i en alderspsykiatrisk sengepost hvor jeg som menneske og yrkesutøver har fått oppleve hvor viktig det er å få kontakt med og bli kjent med de menneskene kommer dit, og ser hvordan dette kan hjelpe dem til å bli bedre av sin psykiske lidelse.

En alderspsykiatrisk avdeling rommer – som de fleste andre avdelinger innenfor psykiatrien – et bredt spekter av lidelser. Det er også vanlig at pasientene har en fysisk lidelse eller sykdom. Jeg har en forståelse av og tror at alderspsykiatri skiller seg fra generell voksenpsykiatri. Er det slik at eldre som rammes av psykiske lidelser er annerledes enn andre voksne? Er behovene annerledes når det kommer til behandling i psykiatri? Eldre, og da særlig eldre med høy alder, har ofte en eller flere fysiske sykdommer i tillegg til en psykisk lidelse. Jeg har erfart at psykiske lidelser hos eldre noen ganger kommer som konsekvens av opplevde utfordringer relatert til fysisk lidelse. Det kan være tap av funksjoner som konsekvens av for eksempel kronisk lungesykdom, hjertelidelser og parkinsonsykdommer for å nevne noen.

I pasientnært arbeid har jeg selv erfart det å bli kjent med mennesker som opplever disse ulike utfordringene, og på den måten sett hvordan det kan utfolde seg for den enkelte. Jeg har opplevd hvordan vi som samarbeider i en sengepost kan bruke hverandre og våre opplevelser til å hjelpe og forstå hverandre, samtidig som jeg opplever at lignende opplevelser ikke nødvendigvis har behov for lik tilnærming. Mennesker er forskjellige, og har forskjellige behov både i behandling og i relasjon med andre. Relasjoner har vi til alle vi møter i en eller annen form og det kan variere om det er en relasjon vi selv har ønsket. Mitt inntrykk er at det biologiske i stor grad står i fokus innenfor alderspsykiatrien. Med dette sikter jeg til at behandling med medikamenter er utbredt og prioriteres ofte framfor ikke-medikamentell behandling. Jeg tror og håper at et økt fokus på relasjoner i arbeid med eldre kan bidra til å minske, eller i alle fall begrense bruken av medikamenter.

Hvordan?

Ved å møte hvert menneske som den de er, se og høre dem, gi dem plass og rom til å utfolde seg som den de er, i større grad enn vi har gjort til nå. Ved å bruke møtene, samtalene, samværet og relasjonene vi bygger sammen, kan vi få en bedre forståelse av hverandre og av hvordan vi på best mulig måte kan hjelpe dem å hjelpe seg selv. For at dette skal være mulig må relasjonene bygges på gjensidig tillit og forståelse av de ulike utfordringene eldre med psykiske lidelser opplever. På denne måten kan vi kanskje finne en måte å overkomme disse utfordringene i fellesskap.

1.2 Mål og hensikt med studien

Målet med denne studien er å utvikle en vitenskapelig måte å tenke på, ved å lære å anvende vitenskapelig anerkjente metoder for innhenting av data, analyse og presentasjon av vitenskapelige funn. Gjennom tre år med studier har jeg opparbeidet og tilegnet meg ulik kunnskap om mitt eget felt og forskning. Denne masterstudien skal vise hvordan jeg har ervervet meg kunnskap og samtidig videreformidle den slik at den kan ha nytte i et større perspektiv enn bare mitt eget.

Hensikten med studien er å undersøke om terapeutiske allianser kan fremme bedring, og samtidig belyse om dette er en egnet måte å fremme bedring hos pasienter i en alderspsykiatrisk sengepost.

1.3 Tidligere forskning

Levealder kan brukes som måleenhet for god levestandard, og lang levealder vil ofte ses som et tegn på god helsetilstand i befolkningen. Når levealderen øker, øker også forekomsten av sykdommer, noe som kan knyttes nært opp mot psykiske lidelser. Dette kan så føre til et økende behov for hjelp (Kvaal, 2009, s. 142).

I Folkehelseinstituttets rapport om *Helsetilstanden i Norge* (2018) i kapittelet om helse i ulike befolkningsgrupper beskrives i et eget kapittel hvordan Eldres helse i Norge er, samt hvordan den kommer til å utvikle seg. Rapporten oppgir flere hovedpunkter om Eldres helse, blant annet forventet økt levealder, høy bruk av legemidler og en betydelig økning i gruppen av eldre mennesker.

Nåvik, Hauge og Sagen (2020) har gjennomført en kvalitativ studie som undersøker sykepleiere og sykepleieassistents erfaringer i miljøterapi for pasienter innlagt på sykehus med angst og depresjon. Denne studien er etter min erfaring den eneste studien som tar opp miljøterapi hos eldre aldergrupper. Studien er publisert i fjor og belyser hvordan miljøterapi for eldre innenfor pasientgruppen i et sykehus ses på fra et helsepersonellperspektiv. Studien diskuterer blant annet utfordringene med miljøterapi, basert på Gundersons fem prinsipper i miljøterapi for eldre. I tillegg tar studien opp at eldre innlagt i sykehus ofte har kognitiv svikt og/eller andre demenssykdommer. Miljøterapi beskrives som en dynamisk prosess som foregår over hele døgnet og som tilpasses den enkeltes behov.

Det er flere studier som tar opp hvordan miljøterapi foregår innenfor psykiatriske sykehusavdelinger. Alsaker og Ulfseth (2017) ser på miljøterapi som oppgavebasert behandling som fremmer bedring hos mennesker med psykisk lidelse ved å være sammen og gjennomføre kreative så vel som vanlige oppgaver sammen. Ved å bruke narrative fortellinger formidles relasjonelle møter og hvordan de oppstår gjennom intervjuer av helsepersonell.

De ulike komponentene i hjelpende relasjoner beskrives som en av de viktigste faktorene for bedring. Denhov og Topor (2011) sin studie tar opp og søker etter brukerperspektivet. Hjelpende relasjoner blir beskrevet i bred grad og fremstår som om det kan være svært individspesifikt. Betydningen av kvaliteten på relasjonen til en spesifikk person fremmes som viktig med tanke på å få nytte av behandling.

Dette er kun et lite utdrag av forskning som er gjennomført rundt miljøterapi, terapeutiske allianser og relasjoner. Kognitiv svikt og demensdiagnoser er forsket på i større grad, og jeg har også funnet forskning i relasjon til angst og depresjon. Det beskrives at personsentrert og tilpasset miljøterapi er viktig, men det er få forskningsfunn som beskriver relasjoner og terapeutiske allianse spesifikt mot eldre aldersgrupper.

1.4 Problemstilling

Hvordan kan terapeutiske allianser i miljøterapi fremme bedring av psykisk helse i en alderspsykiatrisk sengepost?

1.5 Avgrensninger

For å avgrense oppgavens omfang var det nødvendig å fokusere på enkelttemaer og fenomener. Avgrensninger ble gjort med hensyn til hvilken gruppe av pasienter fenomenet skulle undersøkes gjennom. Psykiske lidelser er ikke forbeholdt spesifikke aldersgrupper, og arbeid rundt bedring av psykisk helse innebærer ikke kun behandling i sykehus. Denne oppgaven har derfor tatt utgangspunkt i psykiske lidelser hos voksne over 18 år. Det kunne også vært interessant å inkludere ungdom og barn med tanke på utvikling og ulike tilknytningsmønstre, men oppgavens omfang og begrensninger rommer ikke dette. Denne oppgaven tar ikke hensyn til pasienter som mottar psykisk helsehjelp utenfor sykehus.

1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske forankring. Videre i kapittel 3 presenteres metoden for oppgaven, som er litteraturstudie. Kapittel 4 omhandler analyse og prosess, som vil forklare hvordan jeg har analysert data for kunne svare på problemstillingen. I kapittel 5 presenteres funn og i kapittel 6, som er diskusjonsdelen, vil jeg diskutere funnene. Sistnevnte kapittel er delt inn i to deler: i hoveddelen diskuterer jeg funnene og i neste del reflekterer jeg over og diskuterer litteraturstudie som metode. Til slutt vil jeg i kapittel 7 konkludere med hva denne oppgaven kan ha bidratt med, og hva det eventuelt kan bety for videre forskning.

2.0 Teoretisk forankring

2.1 Psykisk helse og behandlingsmodeller

Psykisk helse kan defineres på følgende måte:

«En tilstand av velvære hos et hvert individ, som innser sitt eget potensiale, som kan håndtere livets normale stress, som kan jobbe produktivt og som er i stand til å bidra til sitt samfunn» (WHO, 2014, s. 12 – Min oversettelse).

Psykiske lidelser er et begrep som brukes om flere forskjellige diagnoser eller tilstander. De klassifiseres gjennom (internasjonale) diagnostiske kriterier som revideres regelmessig. Revideringen skjer etter hvert som vitenskapelig evidens blir oppdatert. Det er ulike faktorer som har betydning for utviklingen av psykiske lidelser, for eksempel samfunnskulturelle forhold, økonomiske forhold og mellommenneskelige forhold (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.1.2 Ulike modeller for behandling av psykiske lidelser

Den medisinske modell for behandling av psykiske lidelser forutsetter at en avgrenser lidelse eller sykdom ved bruk av diagnoser, og at en med utgangspunkt i det finner og starter opp en behandling som er avgrenset til sykdom/lidelse og/eller forstyrrelser.

En slik forståelse av, og måte å behandle psykiske lidelser på, tar utgangspunkt i hvordan behandlingen av somatiske lidelser i medisin foregår. Behandling av lidelsene bygger på en modell som fokuserer på at en kan gripe inn i og nærmest kontrollere en tilstand med ulike instrumenter. Denne modellen går mot problematikken med en spesifikk metode som da skal kunne hjelpe. Den medisinske modell, om den forstås konkret og enkelt ut fra dette tilsier at den som vet råd, og den som har de riktige metodene, er den som styrer endringsarbeidet. Denne tilnærmingen er basert på diagnostisering og kartlegging hvor de ulike diagnosene tilsier hvordan en lidelse skal behandles (Bøe & Thomassen, 2018, s.70).

Den kontekstuelle modell er en utfordring til den medisinske modellen. Det kan ikke sies at det er en konkret modell, men heller en annen tilnærming. Det som under dette kommer inn og er hovedfokus er det at psykiske lidelser må forstås i et større perspektiv, ikke uavhengig. Sammenhengene mellom psykisk helse, relasjoner,

livssituasjon, personlighet, omgivelser og lignende ligger til grunn for denne tilnærmingen og forutsetter at dette ses i sammenheng med den som opplever psykisk lidelse, hvor/når og hvordan det oppstod. Endringsarbeid bygger på hans eller hennes historie og situasjon, og nødvendigheten av å utforske dette i et større perspektiv. Relasjonen som bygges mellom hjelper og den som trenger hjelp, er heller ikke uavhengig av dette og må også forstås i sammenheng (Bøe & Thomassen, 2018, s.70-71).

Det er ulike måter å forklare, behandle og forstå psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan forstås som sykdom alene og som et resultat av flere faktorer. Her forstås psykisk lidelse som ubalanse og utfordringer som kan påvirke en persons mulighet til å leve sitt «vanlige» liv. Ulike faktorer som å ikke komme seg fremover, stå fast og å føle seg utenfor «det normale» liv kan være forklaringer på hva psykiske lidelser er og består av (Bøe & Thomassen, 2018, s. 78-79) Dette forutsetter at opplevelsen av psykiske lidelser oppleves svært individuelt, og på en slik måte kanskje kan knyttes videre opp mot aldring og opplevelse av sykdom.

2.2 Bedring og bedringsprosesser

Bedring kan forstås ulikt. Bedring kan fra helsepersonellens side forstås som fravær av funksjonssvikt eller ulike symptomer, mens det fra pasientens side kan forstås som mestring av livet og alt det innebærer, selv med en viss grad av symptomer som fortsatt er til stede (Strømstad, Torbjørnsen & Aasland, 2016, s. 17).

Bedring er ikke noe som enkelt kan forklares eller som er ensidig. Bedring handler om den enkeltes opplevelse og erfaringer i livet. Det å komme seg framover, og bli bedre kan sammenlignes med å komme seg videre og å ta tilbake kontroll og makt over eget liv (Borg & Topor, 2014, s. 30-31).

Bedringsprosesser bærer preg av ulikhet og er noe som hvert menneske med en psykisk eller fysisk lidelse opplever på sin egen måte. Det kan skje mye i en persons liv, mye som er planlagt og mye som er ikke planlagt. De ulike opplevelsene og betydningen av dette i med hensyn til å bli bedre vil variere (Borg & Topor, 2014, s. 16).

2.3 Alderspsykiatri og alderspsykiatrisk sengepost

Det er ikke internasjonal enighet om hvordan begrepet alderspsykiatri skal defineres. Det er heller ikke klart om alderspsykiatri skal være organisert innenfor psykisk helsevern eller innenfor somatikken. Noe av grunnen til at alderspsykiatri ikke er spesielt definerbart å tilhøre enten psykisk helsevern eller somatikk er at de pasienter som passer inn i kategorien alderspsykiatrisk pasient ofte har sammensatte utfordringer som går på tvers av fagfeltene. I Norge er alderspsykiatrien et felt innenfor psykiatri, organisert innenfor psykisk helsevern (Engedal & Tveito, 2019, s. 39).

Alderspsykiatri er et fagområde som på mange måter kan anses som nytt. Dens historie i Norge går omtrent 20 år tilbake, men oppstod først i England på 1950-tallet. I hovedsak var de første årene innen feltet fokusert på å gi eldre mennesker med langvarige psykiske lidelser eller langvarige innleggelses, god omsorg og pleie. I løpet av årene har fokuset endret seg til å være mer rettet mot psykiske lidelser som oppstår hos pasienter med høy alder, enten for første gang eller hos eldre pasienter med lidelser som er langvarige. I tillegg problematikk relatert til polyfarmasi eller andre somatiske lidelser (Engedal & Tveito, 2019, s. 33).

Et anfall sengeplasser og avdelinger for alderspsykiatri skal finnes i hvert fylke og sykehusområde, tilpasset geografi og folketall. Antall plasser i en avdeling bør ligge på 0,8-1,2 per 1000 over 65 år i sitt område for opptak, og må ses i sammenheng med kommunal kapasitet, poliklinisk og dagbasert oppfølging i et gitt område (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 9).

Alderspsykiatri har som alle avdelinger på et sykehus ulike kriterier som til en viss grad styrer hvilken pasientgruppe som «passer inn». Ulike pasientgrupper som bør behandles og utredes i alderspsykiatrien er pasienter med nyoppstått psykisk lidelse etter fylte 65 år, pasienter over 65 år som har alvorlig psykisk lidelse, men ikke tidligere har vært innlagt i annen voksenpsykiatrisk enhet. Angående denne gruppen kan det også være høy alder og sykdommer på samme tid som gjør alderspsykiatrien til det hensiktsmessige stedet for utredning/behandling. Andre pasienter med uavklarte demensdiagnoser, kognitiv svikt (nevrodegenerativ) og pasienter med demens, adferdsproblemer og/eller andre psykiatriske symptomer av betydelig grad utredes og behandles innenfor alderspsykiatrien. For sistnevnte er alder mindre betydningsfullt (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 6).

Et eksempel på en alderspsykiatrisk sengepost: en sengepost som har tretten rom og fjorten sengeplasser, hvor elleve av disse plassene er i en såkalt «åpen» del av avdeling, mens de tre siste plassene befinner seg i en annen del av avdelingen, som ofte betegnes som en skjermet enhet. På skjermet enhet finner man pasienter med for eksempel sterke adferdsmessige utfordringer eller høy symptombelastning. Som resultat av sin lidelse får disse oftere tildelt plass i et begrenset miljø. Denne lille delen av avdelingen har eget kjøkken og felles oppholdsrom og kan etter behov skjermes/adskilles helt fra resten av avdelingen. På denne måten kan den drives som en egen enhet.

Personalet som arbeider i avdelingen består blant annet av sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider, ergoterapeut, sosionom, aktivitør, lege i spesialisering, overleger, renholdere samt andre uten formell kompetanse/utdanning relatert til helse. Det er behov tverrfaglig bemanning av sengeposten. Samtidig er det viktig at det er tilgang på, og tilrettelagt for samarbeid med somatiske avdelinger, da både psykiatrisk og somatisk problematikk er mer kompleks for denne pasientgruppen i forhold til for eksempel generell voksenpsykiatri (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 10).

2.3.1 Aldring

Aldring kan forklares som en nedbrytning som rammer alle og enhver. Vi slites gradvis ned ettersom alderen øker. Det vil si at vår kropp og det den består av blir mer og mer svekket over tid. Dette er noe vi som mennesker vet og til en viss grad kan merke at skjer, selv om vi ikke alltid vil være i stand til å kjenne og/eller tenke over at det skjer. I yngre alder er våre kroppar bedre i stand til å tåle for eksempel sykdom eller annen påkjenning. Etter hvert som vi eldes, blir vår evne til dette redusert. Vi blir mindre i stand til å stå imot påvirkninger, fordi vårt indre og prosesser i kroppen vil ha gjort oss svakere (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 18).

Å bli eldre er ikke bare negativt som avsnittet ovenfor kan indikere, og er heller ikke «bare» en biologisk prosess som skjer i oss som mennesker. Aldring kan reflektere erfaringer, opplevelser og mestring av livet. Å oppnå høy alder trenger ikke knyttes til sykdom og lidelse, men kan ses på i et utviklingsperspektiv og forbindes med god livskvalitet. Å ha levd et liv viser at en på mange måter har mestret et liv og de ulike opplevelser det innebærer på tross av denne nedbrytningen. Vi blir født, og vi blir eldre og vi dør. Lite er mer sikkert enn det.

Selv om man på mange måter brytes ned når man blir eldre og samtidig opplever tap finnes det også positive sider med å bli eldre. Å mestre motgang, og det å klare tilpasning er noe man kan betegnes som bedre på i eldre år. Man kan også i større grad vektlegge for eksempel relasjoner til nære personer, og dette kan føre til økt trygghet i forhold til opplevelse av ubehag og stressituasjoner. Det kan sies at en på mange måter har mindre behov for å bli anerkjent av andre, og er mindre avhengig av andres oppfattelser av en selv, kanskje fordi erfaring og opplevelser gjør at en stoler mer på seg selv, og kan finne trygghet i det. Livskvaliteten til eldre mennesker står likevel i en annen fare for å kunne reduseres enn det kanskje gjør hos yngre, mye på grunn av biologiske faktorer og tapsopplevelser kan sies å være nærmere forestående og forventet. Det er likevel interessant å se på tidligere undersøkelser om livskvalitet og alder, da tilfredsheten hos eldre er ganske høy generelt, og forskjellene mellom aldergruppene er liten (Hansen & Daatland, 2016, s. 23-24).

2.4 Hva er relasjoner?

Relasjoner består av de ulike holdningene og de ulike følelsene til partene som møter hverandre. Forholdet mellom en pasient og helsepersonell, følelsene og holdningene de har til hverandre er det relasjonen er (Wormnes, 2013, s. 192).

Relasjoner kan beskrives som resultatene av møter vi har med andre mennesker og der hvor de skjer, og hva som skjer i dem. Å møte andre mennesker med respekt og interesse for dem som individer, heller enn å se på de vi møter som «de syke» er beskrevet som viktig i møte med helsepersonell. Det å tørre å vise, å håpe og gi av seg selv i møte med andre (Borg & Topor, 2014, s. 15).

I arbeid i alderspsykiatri møter vi mennesker som møter oss. Vår bakgrunn og erfaring er med på å forme hvordan vi møter og blir møtt av andre. Det kan beskrives som vi har hver vår ryggsekk, som inneholder summen av våre erfaringer og opplevelser gjennom våre levde liv. Og så møtes vi, og skal på bakgrunn av innholdet i ryggsekkene og våre roller, møtes og knytte bånd til hverandre. Hensikten og målet ved relasjoner kan forklares som et ønske, og et behov for å bli forstått. Vi har forventinger til hverandre som mennesker (Karlsson & Borg, 2017, s. 167).

2.4.1 Relasjonsbygging

Å bygge relasjoner kan beskrives som en måte å bli kjent med hverandre på. Ved å lytte og forsøke å forstå hva personen som blir møtt ønsker hjelp med og til.

At et menneske gir uttrykk for at det har behov for hjelp kan skje på forskjellige måter. Det finnes mange måter å kommuniserer et behov på og relasjonen kan være avgjørende i denne forbindelse. Å bruke tid på å forstå og ut fra det hjelpe en pasient, er på mange måter hvordan en finner ut hva problemet eller utfordringer er. Sykdom eller lidelse og den individuelle opplevelsen av det kan gjøre det vanskelig å kommunisere dette på en «vanlig» måte. Å legge til rette for at dette kan skje er hjelperens ansvar i møte med pasienten. Ved å la pasienten selv finne ut hva som er problemet, og ved å formidle håp og samtidig bygge tillit til hjelperen. Det er ikke mulig å tvinge frem endring hos noen, det er noe som må ønskes av den enkelte. Det at noen har søkt om hjelp og blitt innlagt, legger grunnlaget for at det er et behov å hjelpe med. Hjelp til selvhjelp, og hvordan dette skal foregå og veien dit, blir skapt av pasienten og hjelperen (Karlsson & Borg, 2017, s. 37-38).

2.4.2 Anerkjennende relasjon

Anerkjennelse har aspekter. Gjennom å se andre kan man se seg selv, og slik oppnå forståelse av hverandre. To områder som kan oppleves i anerkjennende relasjon er væremåte og ramme. Væremåten er hvordan vi forstår hverandre, og rammen kan beskrives som det grunnleggende. Anerkjennelse viser til grunnleggende respekt i relasjonen for og til hverandre. Anerkjennende relasjoner vil gi rom for konflikt og misforståelse, fordi den grunnleggende respekten ligger i bunn. Vet å lytte og akseptere hverandres opplevelser, tolerere ubehag og respektere hverandre som enkeltindivider opprettholdes relasjonen (Karlsson & Borg, 2017, s. 39).

2.4.3 Terapeutisk allianse/relasjon

Terapeutisk allianse i behandling kan på mange måter forklares som samarbeidet og relasjonen mellom pasienten og behandleren. Det er en forutsetning at en relasjon ligger til grunn for dette samarbeidet. Med fokus på å skape et miljø som er trygt, ved å bruke tid sammen og respektere hverandre, kan man oppnå relasjoner som kan og bli virksomme og betydningsfulle i behandlingen. Det er en viktig faktor og nødvendig å ha

kunnskap om ulike lidelser og hvordan møte dem som grunnlag (Strømstad et.al, 2016, s. 41).

Ulike mennesker som søker hjelp for sine psykiske lidelser eller utfordringer, kan ta kontakt selv, eller andre kan gjøre det på vegne av dem. Der personer søker hjelp fra, eller kommer er stedet hvor det etableres relasjoner. Disse relasjonene kan vise seg å bli svært betydningsfulle for personen. Helsepersonell og andre i miljøet kan slik blir svært viktige i denne personens liv og tilværelse (Bøe & Thomassen, 2018, s. 131). Det arbeidet som foregår i en behandlingssituasjon må gjøres sammen med pasienten. Det er en viktig faktor å «spille på lag». Bevisstgjøring på hva som er problemet og hvordan de skal gjenvinne kontrollen over sitt eget liv er det viktig at den enkelte er klar over (Wormnes, 2013, s. 58).

Terapeutisk allianse og samarbeid er viktig grunnlag for god og riktig behandling. Hjelperen og pasientens evne til å knytte bånd til hverandre er hva terapeutisk allianse representerer. Dette båndet, denne alliansen vil være viktig i endringsarbeidet og samarbeidet som ligger til grunn for bedring og håndtering av psykiske lidelser. Alliansen består av ulike komponenter som innebærer tilknytning, mål og oppgaver. Hvor sterk denne alliansen er, vil avhenge av pasientens og hjelperens enighet med tanke på disse ulike komponentene, både på et bevisst og ubevisst nivå (Wormnes, 2013, s. 59).

2.4.4 Forståelse for ujevnheter i terapeutiske relasjoner

Når vi møter andre mennesker, møter vi hverandre akkurat som vi er. Mennesker som har like mye verdi. Når disse møtene skjer får vi et forhold til hverandre, en relasjon. Når helsepersonell møter en pasient, får de en relasjon til hverandre. Alt avhenger av i hvilken situasjon møtet skjer. Når et slik møte skjer, skjer det med utgangspunkt i det som kan kalles en skjevhet. Dette forklares med at pasienten er i en situasjon hvor han eller hun behøver hjelp, og helsepersonellet står i posisjon som hjelper. I slike situasjoner kan det være utfordrende å huske på at samtidig som likeverd er en del av det, så er ikke relasjonen likeverdig på samme tid. Gjennom en behandlingsprosess vil relasjonen ha ulike grad av skjevhet. Den vil kunne variere fra tid til annen, med utgangspunkt i hvilken situasjon deltakerne befinner seg i. Som en pasient som innlegges i en psykiatrisk sengepost, vil han eller hun være sårbar i situasjonen, og slik kan relasjonsskjevheten komme til uttrykk. Å være bevisst på at dette kan skje og skjer,

er viktig for å ivareta respekten og verdigheten til den som er sårbar (Karlsson & Borg, 2017. s 35).

Samarbeid innebærer å jobbe sammen, sammen mot et mål. Hva målet er kan være forskjellig og avhenger av situasjon. Hva som er en utfordring og hva som er et mål vil kunne variere fra å gjennomføre daglige gjøremål til å takle vanskelige følelser. Å forstå hverandre er et viktig grunnlag for samarbeid, for dersom noen ikke forstår hverandre, hvordan skal en da hjelpe? For å få en felles forståelse er det nødvendig med en forståelse av pasienten, utfordringen, hvordan det oppstod, i hvilken situasjon og sammen finne tid og rom for å gjøre at dette blir til hjelp (Karlsson & Borg, 2017, s. 37).

2.5 Miljøterapi

Miljøterapi innebærer mye, men endringsarbeid er sentralt. Hensikten med miljøterapi kan variere, og representeres ulikt i ulike miljø. Endringsarbeid kan bygge på forskjellige aspekter. Det kan for eksempel være opptrening av fysiske og/eller sosiale ferdigheter. Det er også sentralt med et relasjonelt fokus. Hva kan relasjonene mellom de ulike deltakerne i miljøet føre med seg? Det handler om at pasientene skal ha aktive roller i egen behandling (Schjødt & Heinskou, 2007 s. 15).

Miljøet og miljøterapien denne som oppgaven fokuserer på, er miljøet og terapien som utspiller seg i en alderspsykiatrisk sengepost. En sengepost som rommer ulike mennesker med ulike problemstillinger relatert til psykisk helse, men som likevel befinner seg i samme arena, i samme miljø.

2.5.1 Miljøterapiens formål

Oppnåelse av miljøterapiens formål, og aktiv bruk av det henger sammen med stedet hvor behandlingen foregår, og hva stedet har satt som mål. I en alderspsykiatrisk sengepost kan dette innebære håndtering av psykiske lidelser og adferd i tillegg til fysiske utfordringer. Bakgrunnen og intensjonen er å hjelpe med utvikling av større selvstendighet for den enkelte, og slik kunne fremme bedring av psykisk helse. Psykososialt funksjonsnivå og aktiv fokusering på individet som er i behandling skal være med å bidra til at dette oppnås. Positivt fokus i miljøterapi, for det enkelte individet, kan fremme betingelser og muliggjøre endring i positiv retning. Dette kan forklares som et utviklende fokus da økt funksjonsnivå eller økte ferdigheter er målet,

og på en måte tar avstand fra det å opprettholde og/eller vedlikeholde problemet (Schjødt & Heinskou, 2007 s. 18).

2.5.2 Terapeutisk miljø

Et terapeutisk miljø legger til rette for at det enkelte individet som befinner seg i miljøet får muligheten til å utvikle relasjoner og slik knytte bånd til miljøet, med hensyn til hvor de er i forhold til egen funksjon. Muligheten for at flere pasienter og individer skal kunne knytte bånd til hverandre skal være til stede for at han eller hun skal kunne utvikle seg på best mulig måte for egen del. Miljøet skal tilrettelegge for dette, og det skal være gjeldende fra starten og gjennom hele behandlingsforløpet i avdelingen (Schjødt & Heinskou, 2007, s. 20).

I en alderspsykiatrisk avdeling skal en være i stand til å ta imot pasienter med forskjellige utfordringer og ulike problemstillinger relatert til psykisk helse, men også i større grad enn hos voksne generelt. Det må være mulig å danne relasjoner i det terapeutiske miljø. Dette innebærer at den enkelte har mulighet til å opprette betydningsfulle relasjoner, som skal være terapeutiske for den enkelte og kunne hjelpe han eller henne til å oppnå formålet med miljøterapien. Ulike relasjoner kan dannes i miljøet, da det er flere partnere som er mulige å danne relasjoner med. Alle som befinner seg i dette miljøet til enhver tid vil være mulig å danne relasjoner med, og de ulike relasjonene vil kunne få ulik betydning. For å fremme bedring og utvikling hos pasientene, er det viktig at miljøet er sikkert og trygt, og at det gir mulighet og grunnlag for å utfolde seg. De som kommer til en psykiatrisk avdeling, må hjelpes til å finne denne sikkerheten og tryggheten i miljøet som de er kommet til og skal være en del av (Schjødt & Heinskou, 2007, s. 20).

Gjensidig samspill er grunnlag for et terapeutisk miljø. Samhandlingen mellom de som arbeider i miljøet og for pasientene som kommer dit og innenfor de ulike rammene hvor dette skjer. Det relasjonelle som foregår innenfor disse rammene er i fokus, samtidig som tilrettelegging for hver enkelt foregår. Pasienten skal kunne oppleve mestring og på bakgrunn av det kunne bedre sin selvfølelse (Vatne, 2018, s. 27-28).

3.0 Metode

«En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver selv om ikke alle perspektiver er like relevante for den problemstillingen vi som forskere ønsker å belyse» (Malterud, 2018, s. 30).

Metode er et redskap. Et redskap som hjelper oss i prosessen med å samle inn data som vi skal bruke og videreformidle. Data er den informasjonen vi trenger for å gjøre våre undersøkelser. Metoden skal hjelpe oss med å finne frem ulik informasjon, og hjelpe oss å sikre at den informasjonen vi finner og bruker blir håndtert, fremstilt og anvendt på riktig måte (Dalland, 2020, s. 53-54). En metodologisk fremgangsmåte viser oss og andre hvordan vi har kommet frem til våre funn og viser begrunnelsen for hvorfor vi valgte å bruke metoden.

I dette kapittelet skal jeg vise til hvilken metode jeg har brukt i denne oppgaven samt hvilke metodiske overveielser som er gjort underveis. Jeg vil presentere hvordan jeg hentet inn dataene og hvordan jeg brukte dem for å belyse min problemstilling. Videre vil jeg vise til hvilke kriterier jeg hadde til inklusjon og eksklusjon av artiklene som jeg har funnet og de jeg har brukt.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode kan brukes for å studere menneskelige egenskaper og holdninger. Som for eksempel opplevelser eller erfaringer. Når vi bruker kvalitativ metode ser vi etter og spør etter betydning eller mening som brukes for å forsterke vår forståelse av hvorfor vi som mennesker gjør det vi gjør. Metoden er en forskningsstrategi som består av å fortolke, beskrive og analysere for eksempel ulike kvaliteter eller fenomener (Malterud, 2018, s. 30-31).

Jeg vil beskrive mine funn og fortolke dem på bakgrunn teori og forsøke å finne svar prosjektets problemstilling. I tråd med kvalitativ metode vil jeg som forsker systematisere de data jeg finner og bruke dem for å finne forståelse og mening. Jeg vil forsøke å systematisere mine funn slik at hva jeg har gjort, blir oversiktlig og forståelig for leser ved å fremstille dem i en type oversiktstabell. Jeg vil her også vurdere om de skal presenteres ved bruk av sjekkliste som jeg har tenkt og bruke under datainnsamlingen (Malterud, 2018, s. 222).

3.2 Bakgrunn for valg av metode

Jeg valgte å gjøre en litteraturstudie. Det vil si at jeg studerte relevant litteratur knyttet til mitt valgte tema og min problemstilling. Litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av relevant litteratur på et aktuelt fagfelt. Jeg har valgte kvalitativ metode på bakgrunn av egen vurdering at det ville være den beste måten å besvare oppgavens problemstilling. Tema for oppgaven viser til en søken etter betydning, og problemstillingen er også formulert i for av å lete etter mening eller betydning. Derfor var kvalitativ metode den mest hensiktsmessige måten å besvare problemstillingen på (Friberg, 2017, s.142).

3.3 Min forforståelse og bakgrunn

Jeg er utdannet vernepleier, som arbeider på en alderspsykiatrisk sengepost på et sykehus. Jeg har de siste syv år jobbet ved denne sengeposten, i 100% stilling. Som vernepleier har min interesse for å arbeide med mennesker alltid stått høyt og min intensjon og innstilling er og har vært fokusert på at hver enkelt kan kunne få det så bra som overhodet mulig.

Som vernepleier er jeg opptatt av å minske gapet mellom funksjon og dysfunksjon. Se muligheter i stedet for problemer/utfordringer og ivareta enkeltindividets rett til egne valg og oppnåelse av god livskvalitet. En vernepleiers utøvelse av sin profesjon er basert på demokratiske og humanistiske verdier (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 3). Jeg er bevisst på at min rolle som vernepleier er med på å farge mitt syn på omverden og det jeg ser og opplever. Som vernepleier kan jeg bære preg at å være i «fightmode» det vil si å lyst på og innstilt på å fremme tiltak.

Gjennom mitt arbeid har jeg møtt mange eldre mennesker med ulike psykiske og noen ganger også somatiske utfordringer. Min arbeidserfaring innen psykiatri og psykisk helsevern er primært innenfor alderspsykiatri. Perspektivet mitt på psykiske lidelser kan ut fra dette beskrives som et innenfra og ut perspektiv. Det er slik at jeg er klar over at de sykeste er de som kommer til min avdeling, og det er kun et fåtall av syke pasienter som innlegges på sykehus alt i alt.

Gjennom årene jeg har jobbet i sengeposten har jeg opplevd at jeg har fått økt interesse for å finne ut av hva det er som egentlig gjør at pasientene blir bedre og hva det egentlig

består av. Hva er det som gjør at pasientene i avdelingen knytter seg til oss som jobber der? Hva er det som gjør at de stoler på oss og lar oss hjelpe dem gjennom deres utfordringer? Er det forskjeller mellom yngre og eldre pasienter?

Spørsmålene er mange, og menneskene jeg møter er mange. Hva gjør at avdelingen gjør folk bedre og hvordan gjør vi det? Er det bare det at vi som helsepersonell har så mye makt og innflytelse at vi ikke gir pasientene andre alternativer, eller er det en grunn til at det vi gjør sammen fungerer? Jeg ønsker å se nærmere på hva samspillet mellom oss som arbeider i sengeposten og pasientene som er der innebærer, med utgangspunkt i miljøterapi.

3.4 Innsamling av data

Innsamling av data og søket etter litteratur begynte tidlig høsten 2020. Jeg søkte da litt selv uten fast mål for å prøve ut og lære meg søkeprosessen. I starten planleggingsfasen av oppgaven tok jeg i kontakt med universitetsbibliotekar. Dette for å få hjelp til å lære hvordan jeg skulle søke etter litteratur og finne frem til de rette søkeordene. Forut for møte med bibliotekar satte jeg opp et PICO- skjema som skulle være utgangspunkt for min problemstilling og mitt prosjekt, samt sette dette opp på en oversiktlig og forståelig måte (Helsebiblioteket, 2016).

Første runde med bibliotekar gav meg innføring i hvordan et systematisk søk etter litteratur kunne foregå. Jeg startet med et svært bredt søk, som jeg videre gjorde smalere ved å legge til begrensninger samt presisere søkeordene underveis. Jeg har også dokumentert hvordan jeg har gjort søkene slik at det skal kunne være mulig å etterprøve mitt søk i senere tid.

Det har vært en utfordrende og tidkrevende prosess som har ført til utallige timer med prøving, feiling og kontroller. Jeg startet med andre søkeord enn de jeg endte opp med å bruke, da mitt første søk var for bredt og lite av det jeg fant frem til virket å være relevant for oppgavens tema og problemstilling. Jeg måtte gjennomgå prosjektplanen og gjøre flere tilpasninger og endringer underveis. Jeg startet med å søke veldig bredt, og har gjennom søkeprosessen funnet søkeord som jeg har søkt etter både for seg selv og sammen med hverandre. Ved å bruke OR/AND i de ulike databasene/litteraturkildene. Det endelige søket ble gjennomført i slutten av Mars 2021.

Disse databasene har jeg fått tilgang til gjennom universitetet i Stavanger. Noen av disse var forut for oppstarten av studiet ikke kjente for meg, mens noen av dem hadde jeg erfaring med fra tidligere.

Jeg har brukt ulike databaser for å søke etter relevant litteratur. Jeg har søkt i databasene Embase, PsykInfo, Cinahl og Medline. I tillegg til at jeg har gjort søk gjennom Idunn.no og Oria.no. Grunnen til at jeg brukte disse databasene var er at jeg gjennom dette studiet samt tidligere studier har gjort meg kjent med hatt kjentskap til databasene innenfor mitt fagområde. Noen av disse var forut for oppstarten av studiet ikke kjente for meg, mens noen av dem hadde jeg erfaring med fra tidligere.

På UiS sine nettsider var databasene kategorisert i henhold til ulike fagområder og det var med utgangspunkt i det, samt gjennom ulik inspirasjon fra forelesninger, at jeg valgte disse databasene.

3.4.1 Søkeord

Søkeordene jeg brukte for å finne relevant litteratur var: Miljøterapi – terapeutisk allianse – alderspsykiatri/Milieu therapy – therapeutic alliance – Gerontopsychiatry/geriatric psychiatry.

Jeg valgte å søke på engelsk i de ulike databasene samt på gjorde søke på norsk på norske nettsteder og bibliotek tjenester da jeg ville forsikre meg om at jeg fikk søkt bredt både i nasjonale og internasjonale forskningskanaler.

I flere av databasene måtte jeg bruke ulike søkeord, da de ulike databasene hadde ulike termer. Dette gjorde jeg ved å bruke scope notes (som innebærer å finne synonymer til emneordet), samt eksplodere emneordene under søkeprosessen. Jeg har søkt både på emneord og gjort tekstordsøk på hvert søkeord.

Jeg har i min oppgave valgt å ha fokus på eldre mennesker, det vil si pasienter <65 år. Problemstillingen min tar utgangspunkt i pasientgrupper i denne alderen, men da ulike prøve- og forsøkssøk gav lite treff har jeg valgt å utvide til at artikler og litteratur som ikke nødvendigvis omhandler kun denne aldersgruppen. Dette begrunnes i at spesielle aspekter ved denne pasientgruppen kan være det samme som for i yngre aldersgrupper, men fremstår som egen gruppe med et som lite utforsket felt sammenlignet med tanke på forskningen jeg har funnet og gjennomgått. Det er også slik at begrepet/metoden

miljøterapi (Thorgaard & Haga, 2014, s. 126-127) og begrepet terapeutisk allianse ikke er særegent innenfor alderspsykiatrien, men brukes generelt i psykiatri for voksne.

3.5 Valg av artikler

Da jeg skulle velge artiklene som jeg kunne bruke til å belyse problemstillingen var det viktig at det var aspekter av artiklene som omhandlet miljøterapi i behandling på sykehus og/eller relasjon som var i fokus.

- Første runde av utvelgelsen tok jeg for meg alle treff i hver database. Jeg skrev ut overskrifter og gjennomgikk i første omgang disse ved å kun se på overskriftene. I enkelte av databasene la jeg ikke inn begrensning på årstall, og gjennomførte derfor manuell eksklusjon av enkelte artikler for var for gamle til å inkluderes.
- Andre runde av gjennomgangen av artiklene leste jeg abstraktene på de som jeg hadde plukket ut i første runde. Og på bakgrunn av dette plukket jeg videre ut til fulltekstlesning av artiklene.
- Tredje runde innebar nøye lesning av utvalgte artikler og videre sjekk opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Se tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Inklusjons og eksklusjonskriterier

<u>Inklusjonskriterier:</u>	<u>Eksklusjonskriterier:</u>
<ul style="list-style-type: none">- Relasjon (Pasient-terapeut relasjon eller terapeut-pasient relasjon)- Miljøarbeidere (Miljøarbeidere tilsvarende ansatte i sengepost/avdeling)- Moderat/alvorlig psykisk lidelse (kan ha somatiske tilleggdiagnoser)- Innlagt i psykiatrisk avdeling- Skandinavisk og/eller engelske artikler/kilder.- Artikler/Kilder skal ikke være eldre enn 10 år.	<ul style="list-style-type: none">- Innlagt Somatisk avdeling- Barn under 18 år.- Mild psykisk lidelse- Hjemmeboende/poliklinisk pasient.- Artikler/Kilder på andre språk enn oppgitt i inklusjonskriterier.- Artikler/kilder som er over 10 år gamle (år 2010-2020).- Individualterapi

3.5.1 Søkestrategi

Videre vil jeg vise hvordan jeg gjennomførte søkene i hver database: Søkord er satt opp som Emneord + tekstordsøk og resultatene for hver er satt i parentes. Jeg fikk følgende treff.

APA PsykInfo:

Milieu therapy(453) + therapeutic environment(988), Therapeutic alliance(5229) + doctor patient or patient doctor or patient hospital or patient physician or physician patient or patient therapist or therapist patient or patient staff or staff patient(5402) og geriatric psychiatry(1566) + geriatric inpatient or hospitalized(1566). Ved å kombinere disse tre sammen fikk jeg treff på 101 artikler. Jeg la videre inn søke grense på årstallene mellom 2010-2020 og peer reviewed journals og fikk da 19 treff som jeg kunne vurdere til inkludering i oppgaven.

Embase:

Milieu Therapy(732) + Therapeutic environment or therapeutic milieu(363), therapeutic alliance(701) + doctor patient or patient doctor or hospital patient or patient hospital or patient physician or physician patient or patient therapist or therapist patient or patient staff or staff patient(121337) og geriatric psychiatry(7638) + Geriatric inpatients or Hospitalized (170698). Ved å kombinere dem sammen fikk jeg 82 treff, og etter årstall 2010-2020 grense var lagt inn endre jeg opp med 18 artikler til videre vurdering.

Medline:

Milieu Therapy(3034) + Therapeutic environment or therapeutic milieu(289), therapeutic alliance(214) + doctor patient or patient doctor or hospital patient or patient hospital or patient physician or physician patient or patient therapist or therapist patient or patient staff or staff patient(79478) og geriatric psychiatry(2432) + Geriatric inpatients or Hospitalized(112596) Ved å kombinere alle tre sammen(185). Etter jeg la inn årstallsgrense 2010 – 2020 satt jeg igjen med 11 artikler til vurdering.

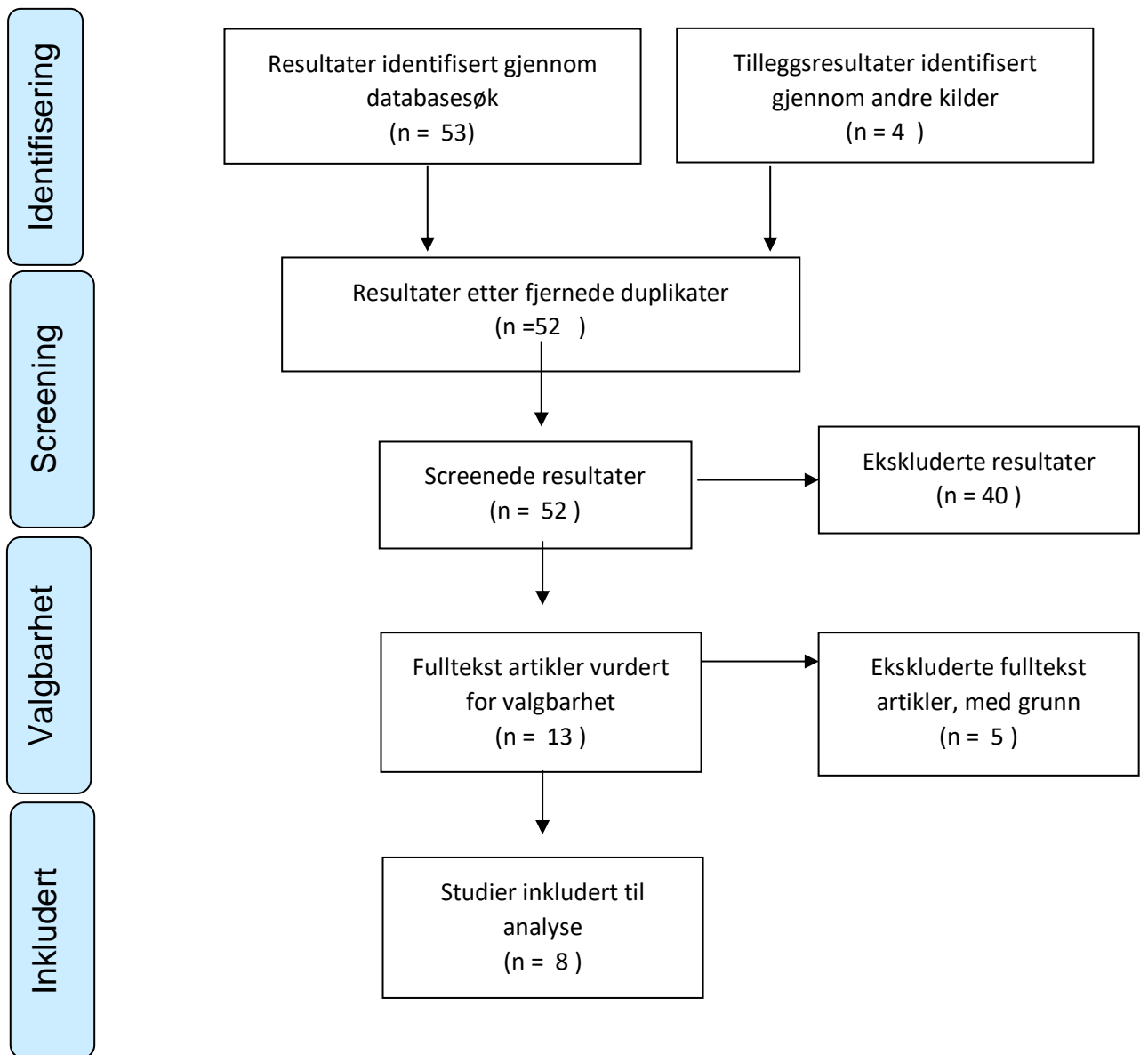
Cinahl:

Socioenvironmental therapy (31.477) + therapeutic milieu or therapeutic environment (199), Therapeutic alliance (250) + therapeutic relationship or therapeutic alliance or working alliance (5590) og Geriatric Psychiatry (1686) + psychogeriatric or geriatric psychiatry or geropsychiatric or psychiatry (30218). Sammen gav disse 9 treff. Og etter videre avgrensning med alder aspekt 65 + og «inpatients», samt ekskludere treff fra medline samt grense fra årstall 2010-2020 fikk jeg 5 artikler til videre vurdering.

Øvrige kilder for datainnsamling:

I tillegg til artiklene fra overnevnte databaser fant jeg ytterligere tre artikler gjennom Idunn som jeg tok med videre til vurdering. Jeg brukte da søkeord: Miljøterapi og psykisk helse/psykiatri, med hverandre og hver for seg. For å følge kravene for systematisk gjennomgang har jeg valgt å bruke et «flow diagram» som visuelt kan vise hvordan elimineringsprosessen av litteraturen foregikk. Se diagrammet på neste side.

PRISMA flow diagram (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009, s. 1009 – Min oversettelse).



3.6 Validitet og reliabilitet

Det er viktig å vurdere de ulike artiklene og kildene underveis i prosessen og påse hvorvidt de oppfyller de ulike kravene til vitenskapelighet. Ved å bruke vitenskapelig anerkjente metoder og krav som stilles i den forbindelse kan vi sikre egen forskning og forskningsprosess. Det er ikke nødvendig slik at selv om man har fulgt alle regler så er forskningen vitenskapelig. Forskingen som vi gjør skal være overførbar, den skal kunne brukes av andre enn oss selv til noe større enn det vi selv gjør (Malterud, 2018, s. 21).

Måten dette har blitt gjort på i denne oppgaven er at jeg gjennom hele prosessen har vært opptatt av hva materialet jeg holder på meg kan fortelle, samt hva dette kan si noe sant om. Gjennom vurdering av de ulike artiklene, for eksempel å sjekke om det er fagfellevurdert og ved å være kritisk til de ulike kildene er dette med på å vurdere validiteten av oppgaven gjennom hele prosessen. Jeg har sjekket artikler som jeg fant utenom databaser i Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å forsikre meg om og sjekke om artiklene holdt et høyt vitenskapelig nivå. Alle artikler som jeg fant holdt nivå 1 som vil si at det holder vitenskapelig nivå (Norsk senter for forskningsdata, 2021).

Forskning skal være overførbar, dette betyr at min forskning skal kunne belyses i en annen sammenheng, av en annen forsker med et annet utgangspunkt. Ved å bruke artikler fra flere steder i verden – og ikke bare fra Norge kan hjelpe denne oppgaven med være mer overførbar – da utvalget og utgangspunktet er bredt og ikke begrenset til kun lokale eller nærliggende omgivelser (Malterud, 2018, s. 24; Thagaard, 2018, s.182).

3.7 Forskningsetikk

Når det skal gjøres forskning ligger det til grunn ulike lover, regler og normer som forskeren til enhver tid må følge. Disse ulike normene og retningslinjene varierer mellom fagfelt og profesjoner, men har også en del til felles. De generelle forskningsetiske retningslinjer bygger på ulike prinsipper. Respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Dette er retningslinjer som er veiledende og som skal sikre at forskning gjennomføres på en etisk riktig måte. Ved å bruke litteraturstudie som metode har det underforberedelsen og gjennomføring av studien vært oppmerksomhet mot og rundt at den fremstår som etisk riktig og gjennomført på en forsvarlig måte. Dette har

jeg gjort ved å forsikre meg om at jeg til enhver tid har vurdert forskningsartiklene til å være av tilstrekkelig vitenskapelig nivå. Jeg har fulgt krav og regler i forhold til kildene som er brukt, og det har gjennom arbeidet har jeg brukt mye tid på riktig kildehenvisning og vært kritisk til de kilder som underveis har blitt vurdert som aktuelle (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2019).

Kvalitative forskningsmetoder kan gjøre at forsker får en egen nærhet til data. Det at dette kan skje er det svært viktig at forskeren tar hensyn til, for å slik gjennomføre forskningen på en ordentlig og gjennomtenkt måte i forhold til egen rolle og posisjon (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010, s.17).

I metode delen og i påfølgende del med analyse har og vil jeg vise hvordan jeg har funnet data, artiklene og ved å vise hvordan analyseprosessen har vært gjort har jeg slik gjort det mulig å etterprøve forskningen.

4.0 Analyse og analyseprosess

I dette kapitlet skal jeg vise hvordan jeg har gjennomført analysen av innsamlede data. Dette gjøres ved at jeg forklarer analysemetoden samt viser hvordan jeg gjennom de ulike stegene i analysen kom frem til funnene.

Å analysere handler å finne ut av hva de dataene som en har samlet inn forteller. Dataene som en har funnet må fortolkes, men før en gjør dette må en analysere dem. Analyse handler om å dele opp materialet, som i denne oppgaven er tekst, i ulike deler og ut fra dette forstå helheten bedre med utgangspunkt i teorier, metoder eller begrepet. Denne oppgavens analyse tar utgangspunkt i oppgavens teoretiske forankring som er presentert under kapittel 2 (Dalland, 2020, s. 247-248).

4.1 Systematisk tekstkondensering

Som analysemetode tok jeg utgangspunkt i Malteruds (Malterud, 2018, s. 97-112) mal for systematisk tekst kondensering (STC), som er en systematisk analyse som foregår i fire steg. Dette er en analyseform som er anbefalt for nybegynnere og var formulert på en slik måte at analyseprosessen kunne gjennomføres systematisk og induktivt.

I steg 1 omfatter dette å danne seg et helhetsinntrykk. Jeg har gjennom lesningen av alt materialet gjort meg kjent med teksten og forsøkt å danne meg et helhetsinntrykk av hva den innebærer, og gjort meg opp oppmerksom på hvilken temaet materialet omfattet. Etter gjennomføring av tekstlesning kom jeg frem til fire foreløpige temaer. Disse fire temaene ble da utgangspunktet for koder.

I steg 2 skulle jeg finne meningsbærende enheter. Jeg gjennomgikk all tekst systematisk, og plukket dem ut. De ulike meningsbærende enhetene og plasserte jeg i ulike kodegrupper. Dette kalles dekontekstualisering. Kodene som jeg brukte i min analyse var forståelse, samarbeid, roller og omgivelser.

Steg 3 er kondensering. Her så jeg på de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe og vurderte om de kunne belyse min problemstilling. Innenfor hver kodegruppe gjennomgikk jeg de meningsbærende enhetene og så på hva de gav meg svar om. Alle relevante meningsbærende enheter ble på ny sortert. Videre delte jeg kodegruppene inn i ulike subgrupper. Jeg laget videre et kondensat fra hver subgruppe, og skulle representere deltakerne sine stemmer summert sammen. Kondensatene inneholdt alle

meningsbærende enheter som jeg hadde plassert innenfor hver subgruppe. Dette skulle være utgangspunktet for videre analyse og hjelp på veien til å kunne presentere resultatene.

Jeg delte kodegruppene i følgende subgrupper:

- Forståelse – Å føle seg frem og betydning av forståelse.
- Samarbeid – Aktiv involvering og Kontakten i samarbeid.
- Roller - Personlig egnethet og ansvar og fordeling.
- Omgivelser – Det strukturelle miljø og det rasjonelle miljø.

Steg 4 er syntese. Dette steget handlet om å sette sammen de ulike delene som er tatt ut av det empiriske materialet. Dette kalles rekontekstualisering. Med utgangspunkt i kondensatene fra steg 3 skrev jeg en analytisk tekst for hver subgruppe. Den analytiske teksten representerte et utvalg av hovedfunnene. Etter analysen var slutført hadde mine funn blitt organisert under seks subgrupper innenfor fire kodegrupper.

I oppgaven er ikke kondensatene og den analytiske teksten inkludert i løpende tekst. Dette da det er steg i analyseprosessen og ikke i seg selv representerer funn. Dog er dette viktige steg i analyseprosessen og med det grunnlaget og utgangspunkt for resultatteksten. For å vise hvordan dette er blitt gjort, er et eksempel på kondensat og analytisk tekst utformet av meg (Se vedlegg 1). Dette for å gi leser et innblikk i hvordan analyseprosessen er gjort, og for å kunne bidra til å vise hvordan de ulike stegene i analysen har ført frem til mine funn. Grunnen til at disse ikke er inkludert i tekst er at de ikke representerer funn i seg selv. Dette kommer er først til uttrykk etter at fullføring av steg 4, videre validering og rekontekstualisering, er gjennomført.

4.2 Presentasjon av artiklene

Artiklene ble valgt med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene og innhold som jeg har beskrevet i kapittel 3.5, s. 24.

Artiklene som ble valgt ut til analyse omhandler miljøterapi, relasjoner og hvordan disse kan oppfattes både av helsepersonell og av pasienter. Jeg har valgt å inkludere to kvantitative artikler da jeg under gjennomlesing mente de kunne være med å gi grunnlag for besvarelse og belysning av problemstillingen. Studiene omfatter ulike målinger, av blant annet oppfattelse av sosialt klima (McCann, Baird & Muir-Cochrane, 2015) og målinger av personal og pasientinteraksjoner i pasientjournaler. Jeg valgte å

inkludere dem da begge undersøkelsene bygger på det jeg vurderte som kvalitative data da de undersøker oppfatninger og forekomster av fenomener i ulike miljøer.

Det viste seg at å finne data spesifikt om eldre aldergrupper var vanskelig. Jeg gjorde underveis nytt datasøk og fant det hensiktsmessig å endre en god del på prosjektets oppbygning og fokus. Jeg gikk bort fra perspektivet om å lete etter artikler som kun omhandlet eldre, til å fokusere på voksne fra 18 år og oppover. Dette med bakgrunn i at jeg tenkte over det at alle som er eldre har vært yngre, og at eldre ikke er en isolert type mennesker, dog det som skiller dem fra yngre er en viss alder.

Nedenfor har jeg lagt inn artiklene i en oversikt. Dette er artiklene som er inkludert i analysen.

	Forfatter/Års tall:	Tittel:	Mål/Hensikt	Metode:	Hovedfunn:
1	Borge, L. Hummelvoll, J.K. (2019)	Miljøterapi - samspill og læring i helende omgivelser. En oppdatering	Beskrive og drøfte to sentrale miljøterapi-modeller i dagens psykiske helsevern for voksne.	Litteraturstudie - review	Det miljøterapeutiske innholdet har endret seg i takt med økende krav til effektivisering og kortere liggetid. Flere yrkesgrupper og endrede rammebetingelser, fra tradisjonelle miljøterapi som bygger på en psykodynamisk tilnærming til kognitiv miljøterapi. Økt fokus på recovery og læring, og behov for utvikling av miljøterapi til å være mer helhetlig og felles. Dette kan bedre tydeliggjøre ansvar og mål, en tverrfaglig behandlingsmodell. Med likt utgangspunkt i samme opplæring for pasienter og ansatte.
2	Alsaker, S. Ulfseth, L. (2017)	Narrative imagination in milieu therapy: Staff members stories of relational change	Undersøke situerte relasjoner i yrkesmessige kontekster, og hvordan slike relasjonelle møter fremkaller hvordan personell og pasienter relaterer til hverandre i konteksten.	Kvalitativ metode- Etnografisk studie, 1 årig.	Fortellinger om relasjonell kommunikasjon viser hvordan personal innehar økt evne til å plassere seg selv i nye narrative møter med pasienter. De vet aldri når disse muligheten kommer, men det virker som de er forberedt på å gjøre det. De har ikke ord for å beskrive det, men at de kan oppleve en felles forståelse med pasientene når noe betydningsfullt skjer i relasjonen.

3	McCann, T. Baird, J. Muir- Cochrane, E. C. (2013)	Social climate of acute old age psychiatry inpatient units: staff perceptions within the context of patient aggression	Undersøke oppfatninger fra klinikkpersonell om det sosiale klimaet i en akutt avdeling for eldre voksne.	Kvantitativ metode - tverrsnittstudie	Studien målte tre faktorer i forhold til det sosiale klimaet i 3 ulike akutt enheter for eldre pasienter. Disse var «patients cohesions and mutual support (PC)», «experienced safety (ES)» og «therapeutic hold (TH)». PC resultatene foreslo at det var en grad av dette som eksisterte i enhetene, i forhold til spesifikke termer, oppgav de at det til en viss grad var pasienter som hadde omsorg for hverandre. ES indikerte at respondentene var noe positive i forhold til at miljøet var trygt for pasienter og personal, på tross at elementer i forhold til truende situasjoner og spesielt aggressive pasienter. TH resultatet viste at respondentene følte en stor grad av denne formen for sosialt klima. I forhold til spesifikke enheter, gav respondentene uttrykk for at pasienten åpne kunne snakke om sine problemer og at personalet var interessert i pasientenes fremgang, var tett på pasientene og deres personlige historier, og genuint interessert i pasientens behandlingsutfall.
4	Næss, E.H. Biong, S.	Sykepleiepersonel Is beskrivelser av	Undersøke sykepleierpersonells	Kvalitativ metode	Helsefremmende miljøterapi på kveld, natt og helg kan

	(2014)	helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern	beskrivelser av sin helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg.	Fokusgruppeintervju	forstås som prosesser knyttet til en relasjonell praksis som verktøy, og som handler om ulike måter å forberede seg og forholde seg til pasientene på for å kunne møte den enkelte individuelt. Denne praksisen skal fremme innsikt, anerkjennelse og bevisstgjøring hos pasienten. Dørråpneren, personalets praktisering av ansvarliggjøring, ble utøvd med en intensjon om at disse erfaringene skulle bidra til flere muligheter for pasienten i fremtiden.
5	Nåvik, M. Hauge, S. Sagen, U. (2020)	Milieu therapy for hospitalized patients with late-life anxiety and depression: A qualitative study	Undersøke sykepleier og sykepleier assistenter erfaring i forhold til miljøterapi for personer med depresjon og angst i høyere alder.	Kvalitativ metode, fokusgruppeintervju	Informantene beskrev miljøterapi som en dynamisk prosess hvor de brukte observasjon, kunnskap og erfaringer i sine daglige møter med pasienter. Analysen viste at det overordnede temaet for hvordan informantene oppfattet og beskrev miljøterapi med i sine møter med pasientene var bevisst og individualisert samarbeid om kommunikasjon dag og natt.
6	Thibeault, C.A. Trudeau, K. d'Entremont, M. Brown, T. (2010)	Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit	Forstå hvordan pasienter og personal som bor i og jobber i en akutt avdeling forstår avdelingsmiljøet	Kvalitativ metode, Fenomenologisk undersøkelse, Intervju.	En av de mest fremtredende fortellingene i studien er at pasientene ikke avgrensar deres opplevelse av miljøet til det som er håndgripelig, men det er pasientens opplevelse av deres

					forhold/relasjoner som er de sentrale aspektene, og spesielt forteller de om forholdene de har til sykepleiere and andre klinkere. Pasientfortellingene foreslår at det er person til person interaksjonene som er meningsfulle for pasienten.
7	Denhov, A. Topor, A. (2011)	The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users perspective	Undersøke komponentene i hjelpende forhold og karakteristikkene som hjelperne har. Beskrevet av brukerne i ulike steg av bedring, men fortsatt under behandling.	Databasert teoriutvikling (Grounded theory), Kvalitativ metode	I intervjuene refererte respondentene til et bredt spekter av hjelpende faktorer som fungerte spesifikt til hvert individ. Dette angikk både individet alene og i relasjon til han eller hennes omgivelser. Hjelpfaktorene kom fra både innenfor og utenfor pleiesystemet. Det var betraktelig enighet blant respondentene om betydningen av kvaliteten på relasjonen til den profesjonelle, om behandlingen de fikk skulle være nyttig i det hele tatt.
8	Myklebust, K.K. Bjørkly, S. (2019)	The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing in two inpatient mental health wards	Måle interaksjoner mellom pasienter og personal (ved å bruke SESPI) i utdrag av pasientjournaler for å 1: Identifisere omfanget av og kvaliteten på beskrevne pasienterfaringer 2: Få tilgang til omfanget av personal rapporterte innstilling	Kvantitativ metode - observasjonsreis terstudie	Analyse av utdrag fra til sammen 90 pasientjournaler ble analysert ved å bruke The Scale of the evaluation of staff-patient interactions(SESPI). De målte i to steg, steg en målte om utdragene inneholdt noen form av beskrivelse av pasientopplevelse eller ikke, steg to rangerer opplevelsene ved å bruke en fire steg scala. Bare 7,6 %

			<p>i forhold til pasienterfaringer</p> <p>3: Overvåke kvaliteten på de rapporterte interaksjonene mellom personale og pasienter med primært fokus på grad av suksessfull- eller ikke suksessfull innstilling.</p>	<p>(N= 3858) av utdragene beskrev interaksjoner mellom personal og pasient som var tilstrekkelig til å analyseres i lys av innstilling.</p> <p>Akuttavdelingen kontra DPS-avdelingen viste at DPS-avdelingene rapporterte mindre pasient -og personal interaksjoner enn akuttavdelingen. Utdragene fra kveldstid rapporterte mer suksessfulle typer av innstilling enn de fra natt.</p> <p>Utdanningsnivå er ikke funnet å ha signifikans til modellene i denne studien.</p>
--	--	--	---	--

I neste kapittel skal jeg presentere funn på bakgrunn av analyseprosessen.

Resultatteksten som presenteres i neste kapittel er en sammenstilling av hva analysen, mine tolkninger og syntesen førte til og beskriver i tekstform (Malterud, 2018, s. 119).

5.0 Funn

Jeg skal i dette kapittelet presentere funn som jeg har gjort gjennom analysering av artiklene. Jeg vil presentere funnene innenfor fire kodegrupper som inkluderer subgruppene innenfor hver kodegruppe. For hver kodegruppe og subgruppe følger oppsummering av funn innenfor kodegruppen og resultat.

5.1 Kodegruppe: Forståelse

5.1.1 Subgruppe 1: Å føle seg frem

Funnene viser at opplevelse av å bli forstått handler om å føle. I Alsaker og Ulseth (2017) viser dette at det er en rekke tidligere opplevelser gjennom liv og erfaringer som kan styre og påvirke hvordan vi reagerer på å møte andre. Blant annet ved å forestille seg et møte og gjennom det kunne møte andre basert på dette som vi kjenner kommer til uttrykk i møter med nye mennesker. Det tas utgangspunkt i tidligere erfaringer med pasienter når en møter nye, og at forestillingene og erfaringene vi har kan gi en pekepinn på hva som kan komme til å skje.

«When they are asked about this situatedness, they answer that they do not have to works to describe it» (Alsaker & Ulfseth, 2017, s. 539).

Konstant søk etter informasjon, og hva dette kan være i form av symptomer, reaksjoner, ressurser, mestringsstrategier eller andre tegn viser et forsøk på å knytte seg til noen. Viktigheten av å lytte, bruke tid og ta det en får høre på alvor.

«They collect clues through verbal and non-verbal communication, structured interviews and interaction» (Nåvik et.al, 2020, s. 514).

Fokuset er rettet mot annet enn det som ligger rett fremfor en, det om handler å se i et større perspektiv. Det beskrives at en blir sett og hørt, og følte slik de fikk en kobling med noen i form av å bli spurt om ting i samtale, som var utfordrende. Fokus på pasienters opplevelse fremstilles i funnene. Innstilling forstås som fokus på pasienters opplevelse. Å ta tak i pasienters opplevelse og forstå av følelser er viktig og spiller inn.

«He had vocalized a few a couple of times about how he thought I was and that showed me his intuitiveness, his ability to read me, so that put me at ease right away» (Thibeault et.al, 2010, s. 221).

5.1.2 Subgruppe 2: Betydning av forståelse

Funn i forhold til forståelse av hverandre viser til ulike forståelsesmodeller.

Psykodynamiske prosesser beskrives som å spille en stor rolle for å forstå de enkelte (Borge & Hummelvoll, 2019, s. 42). Terapeutens evne til å bli og være en betydningsfull person. Funnene tar opp at forståelse av hverandre i miljøterapi er en læringsprosess som baseres på å få kunnskap, mestring og erkjennelse i fellesskap med andre, og at en lærer når en møter andre basert på det.

Funnene beskriver at dette kan skje under dagligdaglige gjøremål som stell, påkledning, måltider og lignende, samt de viser at i situasjoner som er mer akutt kan gjøre dette vanskelig, men at fokus på den enkelte kan oppnå relasjon og lære av hverandre i den (Myklebust & Bjørkly, 2019, s. 9).

5.1.3 Oppsummering av funn og resultat

Funnene viser til at å føle seg frem til forståelse er et vidt og omfattende arbeid. Det bygger på svært individuelle oppfattelse og opplevelser. Erfaringer og forestillingsevner er sentralt, og fokus må være rettet mot noe som er større enn en selv. Viktigheten av tid, å lytte og ta den en hører på alvor. Som sette ord på sin egen intuisjon, og handle ut fra hva en erfarer i møte med andre.

Funnene påpeker terapeutens evne til å bli å være en betydningsfull person. Å gi og å få kunnskap i fellesskap med andre på dagligdagse arenaer, og å forstå hverandre som parter i en læringsprosess.

- *Resultat: Forståelse av mennesker er en bevisst og ubevisst prosess. Denne prosessen styres av erfaringer, opplevelser og forestillingsevne.*

5.2 Kodegruppe: Samarbeid

5.2.1 Subgruppe: Aktiv involvering

Funn beskriver ulike typer av involvering som metode for å kunne bedre psykisk helse. Flere tar opp at bedringsprosesser er individuelle og at samarbeid ligger til grunn.

Ulike perspektiver fra pasienter og helsepersonell viser til bred og spredt forståelse av bedring og samarbeid. Involvering legger flere ulike faktorer til grunn gjennom blant annet hjelpende relasjoner, støtte og fokus på fellesskap i bedringsprosesser. Støttende adferd oppgis å kunne redusere sannsynligheter for at noe negativ skjer.

«...patients were caring for each other; even the weakest patient obtained support from other patients» (McCann et.al, 2015 s. 104).

Et fellesskap kan bidra til at en situasjon som er rotete kan løses ved bruk av relasjon og muligheter for endring. Å være mentalt og fysisk tilgjengelig kan bidra til at man er et endringsverktøy for andre. Ved å stille seg inn på hvordan den enkelte har det, oppnå forståelse for hvers unike situasjon. Det beskrives at hjelpende personell gjør mer, gjør det lille ekstra, og at det er slike som skaper hjelpende relasjoner. Relasjoner er essensielle for at dette skal kunne oppstå. Funn viser til at økt involvering er ønsket.

5.2.2 Subgruppe: Kontakten i samarbeid

I funnene er personlighetsutvikling, og læring i samarbeid i bedringsprosesser innenfor miljøterapi seg frem som ulike oppgaver fordelt mellom helsepersonell og pasientene. Å komme i kontakt, skape relasjoner til andre ved å sette seg selv på spill kan i samarbeid bearbeides.

Funn av meningsbærende elementer for samarbeid trekker frem personlighetsutvikling for en person, sammen med andre frem sentralt. Samarbeid beskrives som en døråpner til endringsarbeid, som er hensikten og målet med miljøterapeutiske tilnærminger. Personlighetsutvikling gjelder i høy grad personell som arbeider med og for pasienter. Personlighetsutvikling forstås som læringsprosesser mellom partene i miljøterapi, og henger sammen med kontekst.

Å dele med andre fremmes som vesentlig i et miljø. Sunne og tiltrekkende miljøer trekkes frem som viktig for bedring og relasjon mellom pleier og pasient. Å gi og få bekreftelser, og å knytte seg til noe sammen. Læring beskrives også som viktig for å

kunne bli bedre. Læring kan skje i samtaler med hverandre, i nonverbal kommunikasjon, i de personlige møter som foregår i en avdeling.

5.2.3 Oppsummering av funn og resultat

Bedring av psykisk helse fremmer behov for involvering og samarbeid. Å dele erfaringer med andre i miljøet kan fremme endring. Personlig utvikling og involvering av ulike mennesker er nødvendig for at endring- og bedringsarbeid skal kunne fungere. Bedring og forståelse av det spiller en rolle, og sentrale elementer for samarbeid. Ved å sette seg selv på spill kan endring fremmes av hjelpende relasjoner og betydningen av dem.

- *Resultat: Samarbeid inkluderer involvering og kontakt med andre. Kontakt skjer gjennom deling i fellesskap med endring som mål. Involvering og personlighet er sentralt i samarbeidsprosesser. Gjennom læring og kontakten med andre kan bedring fremmes.*

5.3 Kodegruppe: Roller

5.3.1 Subgruppe: Personlig egnethet

Personlig egnethet trekkes frem som et sentralt aspekt i funnene. Dette innebærer både i forhold til hjelperrollen og i hjelpende relasjoner. Ved å styrke den enkeltes verdier og anerkjenne dem som mennesker, individer og enkeltpersoner. Ved å bryte ut av sin egen rolle, som forstås som helsepersonellrollen, kan man bedre yte hjelp og danne relasjoner mer andre, og på den måten bedre få innblikk i hvordan den ene har det og hvordan denne kan hjelpes.

«Helping professionals seem to do something more, to make an extra effort» (Denhov & Topor, 2011, s. 421).

Det beskrives at spesifikke personer får spesifikk betydning, og enkelte beskriver disse som dem som bryter ut av sin fastsatte rolle. Personlighetstrekk og menneskelige egenskaper som snill, god og lignende nevnes i denne forbindelse. Det nevnes at når kjemien kjennes rett, er det noe man kan føle, og som ofte kan oppstå spontant i et møte med noen. Noen ganger kan denne kjemien og denne prosessen ta lang tid, andre ganger kortere tid. Det er ikke noe som tilsier at bygging av relasjoner og hjelpende profesjonelle er noe bedre, om kontakt opprettes raskt eller over lenger tid.

«Experience a mutual understanding with the patients when significance occurs in their relationships» (Alsaker & Ulfseth, 2017, s. 539).

5.3.2 Subgruppe: Ansvar og fordeling

Funnene viser til flere sider av ansvarfordeling på ulike måter. Helsepersonells roller er mangefasetterte. Forskjellige og roller i endring fremstår som sentralt i pasientbehandling. En skal kunne være støttende, men kan også fremstå som en vakt eller vokter. Hvordan rollene utspiller seg og oppfattes er forskjellig.

Å ha ansvar og dele ansvar, vises som en flytende prosess som kan variere i øyeblikket og over tid. En kan ta makt og gi makt til de en har rundt seg i et miljø. Begge disse rollene kan være noe som kan foregå på samme tid eller på forskjellige tidspunkter. En kan ta makt og gi makt til de en har rundt seg i et miljø. Et eksempel beskriver: å være syk over tid kan føre til at det kan virke som lettere at noen tar ansvar og valg for en (Næss & Biong, 2014, s. 31).

5.3.3 Oppsummering av funn og resultat

Funn oppsummert i forhold til roller trekker frem betydning av personlig egnethet i møte med andre og som utgangspunkt for hjelpende relasjoner. Spesifikke personer får spesifikk betydning spontant eller over tid. Ansvar og fordeling av det er en faktor som underbygger de ulike rollene en har til enhver tid. Rollene endres med pasienten over tid, og kan beskrives som en flytende prosess. Makt er en sentralt i beskrivelser av roller og kan spille en rolle for hvordan man behandler hverandre.

- *Resultat: Roller handler om personlig kompetanse, fordeling og deling av ansvar. Fordelingen av ansvar er mangefasettert og i stadig endring.*

5.4 Kodegruppe: Omgivelser

5.4.1 Subgruppe 1: Det strukturelle miljø

Funnene oppgir at betydning av struktur kan spille en rolle. Avdelingsstruktur kan oppleves begrensende eller oppløftende på samme tid, av ulike individer.

«The daily structure of the ward produces images to this patient of a world where everyone needs to act according to the planned structure in order to be good» (Alsaker & Ulfseth, 2017, s. 541).

Begrensninger fremstår i et funn som fravær av ulike støttefunksjoner som for eksempel nære pårørende, fysiske avgrensninger og mindre bevegelsesfrihet samt distanse fra personell.

I en psykiatrisk avdeling er utgangspunktet for miljøterapi bygget på psykodynamisk tenkning og har ulike prinsipper som grunnlag for miljøterapi. Disse fem prinsippene er støtte, struktur, beskyttelse, gyldiggjøring og engasjement (Borge & Hummelvoll, 2019, s.43). Disse prinsippene fremmes som relasjonsarbeids utgangspunkt for å kunne hjelpe en pasient på individuelt nivå.

Struktur og omgivelser i en avdeling baseres på kortere opphold over kort tid. Funnene beskriver en utfordring med å da kunne fokusere på psykososialt miljø.

Symtomlindrende tiltak og psykofarmakologisk behandling kan fremstå som lettere i en slik situasjon hvor tid er av betydning (Borge & Hummelvoll, 2019, s. 41).

5.4.2 Subgruppe 2: Det relasjonelle miljø

Funn viser til at relasjoner i omgivelser må være mulig for å kunne fremme bedring. Fellesskapet i miljøterapi skal ha omsorg for hverandre. Fellesskap er grunnleggende for bedring av sosialt klima, som beskriver samspillet i et miljø, egne og andre opplevelser sammen. Personsentrert tilnærming legges vekt på samtidig, for dette er en del av fellesskapet. Funnene viser at miljøet skal fremme endring gjennom fellesskap på relasjonelt grunnlag. For seg selv og sammen med andre.

«When something becomes therapeutic, there are possibilities for something to be changed or transformed, which may lead to new or altered stories» (Alsaker & Ulfseth, 2017, s. 536).

Fellesskapets omsorg for hverandre trekkes frem som et viktig element, og viser til hvordan dette kan ligge som grunnlag for bedring av det sosiale klimaet betegner samspill i miljø, mellom egne opplevelser og andres.

«Supportive behavior may help to reduce the likelihood of patient aggression taking place; therefore, a favorable therapeutic relationship is a key influence in a range of therapeutic outcomes» (McCann et.al, 2015, s. 106).

Miljøet skal gi rom for sosiale situasjoner og relasjonelle møter. Dette kommer til uttrykk gjennom personlig pleie, aktiviteter og lignende gjort sammen med andre. Fellesskapets betydning for hvordan egne utfordringer og symptomer oppleves kan hjelpe med å forstå dem og finne mening. Ulike mennesker med ulike behov finnes i miljøet.

«Recovery from mental illness occurs in everyday occupations through an ongoing exchange between people and contexts» (Alsaker & Ulfseth, 2017, s. 535).

Et av funnene tar opp at eldre kan være mer sårbare enn voksne generelt, og knyttet til eldre generelle sårbarhet når det gjelder fysisk og mental status, og at konteksten er forskjellig (McCann et.al, 2015, s. 107).

5.4.3 Oppsummering av funn og resultat

Omgivelser relateres til både relasjonelle og strukturelle faktorer. Hvordan en avdeling er kan spille en rolle. Begrensninger oppleves og kan ha konsekvenser for om omgivelsene oppfattes som helende, og skaper rom for bedring. Relasjonell struktur omhandler omgivelsenes evne og vilje til å legge til rette for forståelse av hverandre i lys av individuelle oppfatninger. Fellesskap som er i ulike omgivelser, kan kunne gi rom for personlig utvikling og bedring. Knytting av bånd til omgivelsene og dets ulike deltakere er grunnlaget for bedring.

- *Resultat: Omgivelser er avhengige av strukturelle og relasjonelle faktorer for å kunne skape fremme bedring. Individuelle tilnærmende omgivelser er nødvendige og ønsket i behandling av psykiske lidelser.*

6.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal jeg diskutere oppgavens funn på bakgrunn av teori og empiri. Diskusjonen presenteres gjennom to deler. I hoveddelen diskuterer jeg funnene. I denne delen av diskusjonen vil jeg dele inn i fire ulike deler. Overskriftene er resultat som jeg har oppsummert i kapittel 5.0 under hver kode- og subgruppe. I påfølgende diskuterer jeg litteraturstudie som metode og reflektere rundt bruk av metoden samt oppgavens utarbeidelse. Etter diskusjonsdelen vil jeg i siste kapittel konkludere hvordan funn kan svare på oppgavens problemstilling.

6.1 Forståelse av mennesker er en bevisst og ubevisst prosess. Denne prosessen styres av erfaringer, opplevelser og forestillingsevne

Når pasienter innlegges i en sengepost, kommer han eller hun fra et miljø og inn i et annet. Når pasienter og helsepersonell møtes, er dette møtet basert på alle tidligere erfaringer eller opplevelser som de har hatt frem til akkurat når de møtes. Grunnen til at noen innlegges kan variere og kan være noe som er konsekvens av for eksempel kriser, andre utfordringer eller en kombinasjon av dem begge (Thorgaard & Haga, 2014, s. 150).

Dette er utgangspunktet for ulike møter som kan foregå, ulike mennesker møtes i et miljø, i en setting som skal – dersom hensikten og målet skal oppnås være helende – fremme enkeltindividet og fremme bedring. For at dette skal være mulig, prøver miljøet og miljødeltakerne fra første stund å forstå den som vi møter. Vi kan ikke ta for gitt at vi forstår hverandre, men som helsepersonell har vi det som kan kalles en plikt til å forsøke å forstå pasienten og mennesket. Pasienten kan oppleve symptomer eller forestillinger. Han eller hun kan være preget av utrygghet og uro knyttet til egne opplevelser og erfaringer, både i forhold til innleggelse i seg selv og til sin psykiske lidelse.

En innleggelse i psykisk helsevern kan skje via ulike instanser utenfor sykehuset. For eksempel etter kontakt med fastlege, legevakt og på bakgrunn av langvarige eller akutte utfordringer. Innleggelse kan være planlagte, såkalt elektiv innleggelse, eller det kan besluttes tvungent psykisk helsevern. Det er ikke mulig å innlegges uten grunn, uten diagnose.

«Inngangsbilletten» til en innleggelse i psykiatri er en allerede eksisterende diagnose, eller en mistenkt diagnose. Fellesnevneren er at det foreligger et behov for utredning. Ulike psykiske lidelser defineres i for eksempel ICD-10 (International classification of diseases and related health problems). Det er et eget kapittel, kapittel fem, som brukes i forhold til klassifisering og diagnostisering av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (WHO, 1999).

Det beskrives i mine funn i liten grad at tilnærming henger sammen med diagnose. Dette er til dels problematisk. Det er mulig at dette i stor grad har sammenheng med at jeg selv er opplært i og vant med å forholde meg til at diagnoser er nødvendig. En må ha en diagnose for å bli innlagt på sykehus, uten dette hadde det ikke vært mulig å kunne fremme bedring, da sykehus, som er innenfor spesialisthelsetjenesten, ikke skal være et sted for hvem som helst. De fleste som har psykiske lidelser, har ikke behov for en innleggelse. Det er kun de mest alvorlig syke som får og trenger behandling på dette nivået i helsevesenet.

Diagnoser og klassifiseringer innenfor den alderspsykiatriske avdeling kan beskrives som en måte å forstå på. Ja, vi bruker diagnoser, ja, vi vet hva ulike diagnoser kan innebære og vi ser ofte at mennesker har både en og flere av disse. På en måte kan dette frata individet noe menneskelig, på den andre siden kan de hjelpe helsepersonell og hjelpe pasienten på bakgrunn av hva de ulike diagnosene innebærer.

I mitt arbeid som vernepleier er jeg vant til å jobbe med og rundt ulike diagnoser, både diagnoser som oppstår i ulike aldersgrupper, og diagnoser som på mange måter tilhører alderspsykiatri fordi det er en lidelse som er nært beslektet med forekomst av høyere alder.

Uavhengig av hvilke utfordringer eller diagnoser pasienten vi møter har, skal miljøterapien fremme endring hos pasienten. Terapeutisk allianse forutsetter en relasjon. Relasjon forutsetter møter. I funnene fremstår det at det uavhengig av problematikk og diagnose så er terapeutisk allianse et viktig aspekt for å kunne oppnå miljøterapiens formål. Å forstå den enkelte i lys av hans eller hennes erfaringer er utfordrende.

Demenssykdommer er en av de mest utbredte psykiske lidelser hos eldre (Kvaal, 2009, s.144). Demens kjennetegnes blant annet av kognitiv svekkelse, sviktende kontroll over emosjoner, sosial adferd eller motivasjonsevne. Demens er en sykdom som rammer hjernen og hvordan den rammer kan gi ulike utslag på hvordan dette utfolder og rammer

den enkelte (Engedal og Tveito, 2019, s. 361-362). I en alderspsykiatrisk sengepost er det vanlig at kognitiv svikt og/eller demens er årsak til innleggelse. Demens kan prege ulike mennesker på ulike måter, og kan ramme hjernen på forskjellige måter. Ofte kan dette gå ut over for eksempel språk eller gi utfordrende adferd.

Viktigheten av å da på best mulig måte kunne forestille seg hvordan personen har det, å kunne lære å kjenne personen gjennom adferd, språk og væremåte er avgjørende. I de situasjoner hvor for eksempel språk og kommunikasjonsvansker er uttalt kan det tenkes at nettopp evnen til å lete etter tegn og signaler utenom vanlige kommunikasjonsmåter være høyst nødvendig.

Jeg jobber i et system som bruker diagnoser aktivt, og jeg ser hva det kan føre til. For eksempel kan mennesket som har fått demens, bli kalt den demente, i stedet for personen med demens. Det er en utfordring å bruke diagnoser som utgangspunkt for forståelse, da det kan vise seg og skifte fokus fra det menneskelige med individet dersom en ikke er observant, og bevisst på hvordan ubevisste prosesser kan påvirke vår forståelse av hverandre. Samtidig som det kan bidra til forståelse hos pasienten, og for helsepersonell, som videre kan føre til allianser.

Det er nødvendig med diagnoser, og det er nødvendig med medikamentell behandling. Jeg har et inntrykk av at dette i alderspsykiatrien kan overskygge det relasjonelle og miljøterapeutiske samarbeidet. Det kan fargelegge våre forståelser for hverandre. Vi er like og ulike, vi har like og ulike erfaringer og opplevelser. Erfaringene til helsepersonell og pasienter vil være annerledes. Vi har ulike roller, og det er ulike forventninger mellom dem.

6.2 Involvering og personlig egnethet er sentralt i samarbeidsprosesser.

Gjennom læring og kontakt med andre kan bedring fremmes

Å være involvert og å samarbeide er viktige faktorer i arbeid med mennesker. Både innenfor arbeid med psykisk helse, og andre steder for behandling og eller oppfølging. Som mennesker samarbeider vi med hverandre til enhver tid, men på ulike måter.

Mine funn fremhever at involvering er et viktig aspekt i samarbeid. Samarbeid er det vi som helsepersonell ønsker å oppnå med våre pasienter. Samarbeid kan skje på forskjellige måter, det skjer gjennom en til en kontakt og de skjer via miljøet vi befinner oss i. Det er dermed ikke sagt at godt arbeid er noe vi bare ender opp med. Miljøterapi, fellesskap og endringsarenaen vil ikke kunne fungere for alle, noen vil oppfatte fellesskap og samarbeid som truende og ukjent. Funnene viser at samarbeid er viktig for bedringsprosesser og av psykiske lidelser. Samarbeid som formuleres som fellesskapets evne og mål mot å skape dette samarbeidet.

I alderspsykiatri er personsentrert omsorg utbredt og validert som nødvendig og hjelpende i forhold til spesifikk lidelse. Det er et begrep som er vanlig å bruke spesielt innenfor demensomsorg og i arbeid med mennesker med demenslidelser. Personsentrert omsorg som begrep omfatter mange ulike faktorer og kan være vanskelig å definere. Dog summeres dette begrenset å inneholde anerkjennelse av mennesket, individuell tilnærming, evne til forståelse for individet og støttende miljø (Brooker, 2013).

Samarbeid gjennom en-til-en kontakt kan kanskje kalles en gullstandard. Personsentrert omsorg til enhver tid hadde vært det beste, men i dagens system innenfor en alderspsykiatrisk avdeling er dette ikke tilfellet og ei heller realistisk som mål? Det kan være tilfellet i situasjoner hvor det er sterkt behov for tett oppfølging som følge av for eksempel falltendens eller suicidalitet, men det er ikke slik at alle pasienter får eller har behov for svært tett individuell oppfølging.

I mine funn og i flere andre kilder, kommer det frem at miljøterapi er vanskelig å definere (Borge & Hummelvoll, 2019; Schjødt & Heinskou, 2016; Strømstad, et.al, 2016). Det kan derfor tenkes at det også i dagliglivets miljøterapeutiske arbeid er vanskelig å forklare akkurat hva det er.

På samme måte kan bedring være vanskelig å definere. Noen ganger er bedring i øynene til helsepersonell ikke det samme som pasientens. Hvem bestemmer når bedring er

oppnådd og når bedring er skjedd? Thibeault et.al (2010) har i artikkelen beskrevet at pasientene ikke begrenser sin oppfattelse av miljøet til kun omgivelsene, men det beskrives som flere ting som for eksempel relasjoner, en-til-en interaksjoner eller i en gruppe.

I noen tilfeller, ofte i forhold til de sykdommer og lidelser som fratar dem som rammes ulike grader av selvbestemmelse, vil oppfattelse av og opplevelse av bedring være fraværende eller mangelfull. På bakgrunn av dette bør da også samarbeid og involvering kunne defineres forskjellig. Det bør reflekteres over at det er en grunn til at alderspsykiatrisk avdeling er en spesialisert avdeling som nettopp er skikket til og best til å ivareta eldre med psykisk lidelser kontra andre avdelinger som behandler psykiske lidelser?

Alle disse ovennevnte faktorer har betydning for samarbeid, involvering og kontakt med andre vil kunne fremmes på ulike måter, i ulike avdelinger. I en alderspsykiatrisk sengepost må samarbeid og involvering tilpasses og tilrettelegges for akkurat den pasientgruppen som er der. Det blir en type personsentrert tilrettelegging på gruppenivå, som da kan opprettholde og følge opp formålet med miljøterapi og terapeutiske allianse som grunnstein i dette samarbeidet. Det bør tilrettelegges både på individuelt og gruppenivå og ikke minst i en til en kontakt sammen med helsepersonell og andre hjelpere. Personlighet, personlige egenskaper og kunnskapene som pasienten, helsepersonell og de andre i miljøet har vil spille en rolle. Utfordringen er å tilpasse dette individuelle til enhver tid i dette fellesskapet og tilrettelegge for oppnåelse av individets bedring i fellesskapet.

Dette vil etter min oppfattelse være imot både den terapeutiske allianse som bygger på samarbeid i relasjoner, men også mot miljøterapiens formål. Ut fra egen erfaring er dette noe som skjer, og som vil skje i fremtiden. På samme tid som det ofte kan smerte helsepersonell, og terapeutens rolle fremstår det likevel som nødvendig og uunngåelig.

Likevel kan det sies at dette er et samarbeid, ofte et samarbeid som overgår enkeltindividet. Selv om dette skjer, skjer det med de beste intensjoner om bedring og økt livskvalitet. Det tas utgangspunkt i personlige- og funksjonsmessige forutsetninger. Dette kan i startfasen av en innleggelse være nødvendig med grunnlag i at oppnåelse av samarbeid kan nås gjennom oppbygning av terapeutisk allianse og forståelse av den enkelte pasients opplevelser og forutsetninger.

6.3 Roller handler om personlig kompetanse, fordeling og deling av ansvar.

Fordelingen er mangefasettert og i stadig endring

I arbeid med mennesker som helsepersonell, pårørende, pasienter eller andre har vi ulike roller. Roller som i kraft av hvem vi er, hva vi har opplevd og hva vi kan fremmer ulike forventinger til hvem eller hva vi er i relasjon til hverandre. Ulike roller kan beskrives som ulike utgangspunkt. Disse ulike rollene er utgangspunkt for relasjonen i en gitt setting.

I terapeutiske allianser er det roller, for at en terapeutisk allianse skal kunne fores og brukes er det avhengig av oppfylging av de ulike rollene som vi har. En terapeutisk allianse skal være en døråpner som opprettholder og for bedring og utvikling. Allianser, samarbeid og forståelse henger sammen, og i seg selv gir de rom for endring. Behovet for terapeutiske allianser er like store i alderspsykiatri som i alle andre felt innenfor psykiatri. Det kan tenkes at allianser som er basert på generelle holdninger, generelle behov og standard behandling ikke vil kunne bli like sterke som allianser som baseres på individualitet, spesialisert kunnskap og samarbeid.

I funn trekkes personlig egnethet frem som et sentralt aspekt. Dette kommer frem både som egenskapet ved helsepersonell og i forhold til evnen til å forstå den man møter. Denhov & Topor (2011) viser til et bredt spekter av hjelpende faktorer som karakteriserer hjelpende profesjonelle. Disse ulike faktorene representere ulike mennesker på ulike steder i sin bedringsprosess. Så hvordan kan personlig egnethet i forhold til roller føre til bedring for spesielle pasientgrupper?

Personlig egnethet må ses i et større perspektiv. Jeg forstår personlig egnethet som evne og vilje til å forstå den som man møter. Den alderspsykiatriske pasient, som unikt mennesker, er et menneske med høyere alder som opplever psykisk lidelse. Et menneske som gjennom et liv har opplevd og erfart mye mer enn en yngre person. En annen generasjon, som har hatt andre forutsetninger. Det er umulig å forestille eksakt hvilke opplevelser og utfordringer dette kan være. Vi kan støtte oss på teori, og en narrativ forestilling om hva det vil si å leve å bli gammel. Dette basert på kulturtradisjoner, historie og kjennskap til bakgrunn og lignende.

Våre ulike roller og betydningen av dem variere gjennom et behandlingsopphold og en bedringsprosess. Som helsepersonell og terapeuter skal vi også være profesjonelle, og skille våre behov fra andres behov. Det skal og bør være et slags skille mellom oss og dem, pasientene. Dette er nødvendig for å kunne hjelpe den som har utfordringer på en god og kontrollert måte (Skau, 2017, s. 48).

Som jeg har skrevet om i kapittel 2.4.4 på side 17, er det ofte skjevheter i terapeutiske relasjoner. Det er på samme måte skjevheter mellom de ulike rollene vi har. Forskjellige mål og forskjellige oppfatninger av rollene vil til enhver tid utfordre og endre bedringsprosessen.

Ansvar for og på vegne av pasienter henger sammen med dette. Som helsepersonell kan vi i kraft av pasientens behov og utfordringer ta på oss forskjellige roller. Vi kan både inneha og fratse ulike roller underveis. Vi tilpasser behovet til en pasient nesten kontinuerlig. Vi jobber sammen mot å gi hjelp til selvhjelp, og hjelpe pasienten å klare seg selv, på best mulig måte.

Kjemi og relasjon mellom pasienter og helsepersonell kommer frem over kort og lang tid. Funnene påpeker også at det ikke er noe som tilsier at en relasjon som oppstår fort er bedre enn en som bygges opp over tid. Dette funnet fikk meg til å reflektere over relasjonene som oppstår i arbeidet med pasienter. Det fikk meg til å undre meg over at det ikke nødvendigvis er kvantitet, og bruk av lang tid som skaper relasjoner og terapeutiske allianser, men kvaliteten.

Gjennom eget arbeid med eldre mennesker har jeg flere ganger sett hvordan mine kollegaer arbeider sammen med en pasient og nesten umiddelbart få en respons som viser at personen er trygg. Jeg har også selv opplevd dette og har flere ganger måttet tenke meg om hvordan dette er mulig? Hvordan kan et menneske tilsynelatende stole på meg eller oss etter kort tid?

Artikkelen til Alsaker og Ulfseth (2017) beskriver at det er noe en kan føle på seg. Jeg forstår dette som om at man vet at her får man god kjemi, her kan man fra første øyeblikk være betydningsfull og hjelpsom. Hvorfor er det slik?

Det står ikke mer utfyllende enn at det fordrer til undring, undring om hvordan vi knytter oss til hverandre. Hvordan yngre kan knyttes til og slik være hjelpsomme

terapeuter for mennesker som i en alderspsykiatrisk avdeling for eksempel kan være 30-50 år eldre enn en selv.

Miljøterapi, roller, bedring og ansvar kan på denne måten forstås som flytende prosesser. Endringsprosesser som uavhengig av alder lidelse og problematikk kan fremme den enkeltes utgangspunkt og bidra til økt livskvalitet og bedring.

Utviklingen av og opprettholdelse av terapeutiske allianser og relasjoner må ikke misforstås som noe enkelt og ensformig. Det forutsetter støtte, tillit og tid. Alliansen og tilpasningsdyktigheten til helsepersonell sammen med pasienten og forståelsen kan og bør spesialiseres så langt det lar seg gjøre.

6.4 Omgivelser er avhengige av strukturelle og relasjonelle faktorer for å kunne fremme bedring. Individuelle tilnærmende omgivelser er nødvendige og ønsket i behandling av psykiske lidelser

Hvordan et miljø er formet og hva det innebærer er styrende for hvilken effekt det kan for terapeutiske allianser og for bedring for den enkelte. Ifølge funn må miljøets struktur, som forstås som utforming og oppbygning, innebære ulike elementer som er styrende og kontrollerende i forhold til miljøets deltakere.

Funn i Borge og Hummelvoll (2019) tar opp at utgangspunktet for miljøterapi innenfor psykisk helsevern er basert på fem prinsipper støtte, struktur, beskyttelse, gyldiggjøring og engasjement. Gundersons modell, som Borge og Hummelvoll refererer til, tar utgangspunkt i dette for å møte individet innlagt i en avdeling. Disse prinsippene er grunnstener i den psykodynamiske forståelsen av miljøterapi og relasjonsbehandling.

Prinsippene og bruken av dem knyttes ikke direkte til ulike aldersgrupper eller spesifikke avdelinger eller diagnoser, men er formulert som det jeg forstår som veiledende prinsipper i hvordan å ivareta individet. Thorgaard og Haga (2014) presenterer disse prinsippene som hjelpemidler som kan brukes til å kunne forstå den enkelte som er innlagt i et miljø, og kan brukes som en veiviser for å finne det riktige terapeutiske nivået som en pasient har behov for.

Funnene beskriver at miljøet(strukturen) kan være oppløftende for noen og begrensende for andre. Samtidig kan det tenkes at noen har behov for begrensinger og noen har behov for oppløftning. Miljøet skal kunne representere ulike livssituasjoner, boforhold og funksjonsnivåer. Støtte i form av struktur er nødvendig for noen. Den samme strukturen kan hjelpe andre med å kunne leve sitt liv hjemme bedre med et nytt utgangspunkt, begrunnet i den enkeltes psykisk og fysiske resurser.

Pasienter som innlegges i en alderspsykiatrisk avdeling kommer til samme struktur. Denne strukturen er satt opp slik for å passe for mange forskjellige faser av utfordringer som kan oppleves som konsekvens av psykiske lidelser.

Miljøets relasjonelle faktorer bringes i funnene frem som svært viktige for å kunne fremme bedring. Dette innebærer omsorg. Fellesskapet bringes frem som et bærende element i funn. Fellesskapet bringer frem relasjonelle muligheter som omsorg for hverandre og behov for og nødvendigheten av støtte.

Et funn i artikkelen til McCann et.al (2015) påpeker gjennom sin undersøkelse at det fremstår som eldre pasienter generelt er i dårligere stand til å takle pasient til pasient aggresjon både fysisk og psykisk enn yngre mennesker. Dette er et lite og interessant funn som jeg tenker kan representere også andre områder innenfor alderspsykiatri. Dette kan kanskje fordre strengere krav til et miljø innenfor alderspsykiatri enn hos voksne generelt?

Relasjoner i det terapeutiske miljø legger opp til og tilrettelegger for terapeutiske allianser som kan fremme bedring. Strukturelle og relasjonelle faktorer henger på så måte sammen. Trygge omgivelser, trygge tilknytninger og relasjoner kan gjøre et miljø terapeutisk. Terapeutisk miljø er miljøterapiens mål og hensikt. Balansen mellom miljøets deltakere og omgivelser avhenger av fellesskapet og deltakernes roller. Skiftende miljø er uunngåelig, derfor vil også ulike omgivelser i form av relasjoner og ulike bånd som knyttes bli utfordret. Det kan tenkes at en eldre dame har knyttet seg til en annen eldre dame, de har vært i samme miljø og de har hjulpet hverandre gjennom å ha en relasjon, være sammen og slik kunnet hjelpe hverandre. Når den ene parten da reiser, noe som alltid vil skje, vil miljøet for den som blir værende skifte. Avdelingens struktur vil vedvare, og kan dermed fremme trygghet og relasjonen til helsepersonell som fortsatt er til stede kan være avgjørende. Det vil være forskjeller på hvordan eldre og yngre oppfatter miljø.

6.5 Refleksjon og diskusjon av litteraturstudie som metode

Dette litteraturstudiet hadde som mål å belyse spesifikke fenomener og holdninger i lys av oppgavens tema. Kvalitativ metode brukes til å undersøke betydninger tanker, holdninger og opplevelser, og har som mål å utvide forståelse av dette i forhold til ulike erfaringer som ikke kan fanges opp ved bruk av andre metoder (Friberg, 2017, s. 129).

Å studere allerede eksisterende litteratur gjennom denne oppgaven har vært svært lærerik og utfordrende. Det var interessant å analysere og dele opp de ulike meningsbærende enhetene i de ulike artiklene og se på hvilke funn som kom ut av det og hvordan dette belyste problemstillingen. Det har vært en læringsprosess i hvordan metoden kan brukes og hvordan den kunne hjelpe meg å finne relevant litteratur rundt det som jeg ønsket å undersøke. Underveis i arbeidet forstod jeg at det var mye relevant litteratur som jeg ikke kom til å finne og derfor ikke kunne inkludere. Dette er viktig å reflektere rundt da denne oppgaven kun representerer en utvalgt mengde artikler. Dette vil ikke nødvendigvis bety at forskningen derfor ikke er god, men at den kun representerer en del av en helhet, men er noe som forskeren må være klar over og tenker over underveis (Malterud, 2017, s. 25). Det er umulig å inkludere alt når det er begrensninger, men det er nødvendig å reflektere og tenke over dette når en er i egen forskningsprosess.

Denne oppgaven har blitt avgrenset i form av hva jeg har satt opp som for eksempel inklusjons og eksklusjonskriterier. Som nevnt ovenfor er det realistisk å tenke at det er noe jeg har gått glipp av. Det som er inkludert, er inkludert med tanke på at det kan belyse oppgavens problemstilling. Som jeg har nevnt innledningsvis i denne oppgaven så fikk jeg tidlig i prosessen en utfordring ed tanke på litteratur. Jeg endret en del på oppgavens fokus, da mitt første litteratursøk gav meg lite og i stor grad eldre litteratur. Likeledes har jeg måttet endre noe av min innstilling i forhold til eget prosjekt. Spesielt i forhold til aldersperspektivet måtte jeg gjøre endring. Jeg fant svært lite litteratur som belyste eldre som aldersgruppe med tanke på de ulike fenomenene som jeg ville undersøke. Det har nok gjort at utfordringen ble større enn forventet, men også mer interessant. Jeg vurderte at dette var et nødvendig tema og belyse i denne sammenheng.

Artiklene som er inkludert er på norsk og engelsk. Det kan tenkes at jeg ved å belyse artikler også på andre språk ville fått andre funn. Dette er gjort med utgangspunkt i at det at det er disse språkene jeg kan og forstår. På samme tid er engelsk et språk som

også mange andre land behersker og bruker, og dette gjør jo at det kan nå ut til flere og som da gir den mer styrke i forhold til kun for eksempel artikler skrevet på norsk eller annet nordisk språk.

Jeg har også reflektert rundt det at jeg ikke fant veldig mye som kunne knyttes direkte til alderspsykiatri. Dette har fått meg til å tenke at det nok er mye som baseres på «felleseie». Med dette tenker jeg at det ikke spesifikk knyttes direkte til alder, men mer til mennesker på generell basis. Det er også mulig at dette kan opp mot knyttes til min forforståelse og faglige interesse for dette feltet. Jeg undres noe over at miljøterapi for eldre ikke er spesifisert nærmere. Det kan tenkes at denne studien viser at det kan være nødvendig å videre studere miljøterapi spesifikt rettet mot alderspsykiatri.

7.0 Konklusjon

Jeg har gjennom å bruke relevant teori, analyser vitenskapelig artikler og bruk av kvalitativ metode forsøkt å besvare oppgavens problemstilling. Jeg har vist til anerkjent teori og har reflektert og fortolket det jeg har funnet. Mine funn viser at mye rundt terapeutiske allianser og miljøterapi fremstår som «felleseie». Med dette mener jeg at det ikke er teoretisk eller praktisk knyttet opp mot spesifikke fagfelt, pasientgrupper eller alder.

Terapeutiske allianser i arbeid i psykiatri, alderspsykiatrisk sengepost eller andre steder er viktig og avgjørende for samarbeid og bedring av psykiske lidelser. Jeg ønsket å se på hvordan terapeutiske allianser kunne fremme bedring av psykisk lidelse for pasienter innlagt i en alderspsykiatrisk sengepost og videre se på om det kunne være forskjeller mellom alder og tilnærminger i psykiatrien.

Mennesker som rammes av psykiske lidelser blir bedre (Borg & Topor, 2014, s. 13). Relasjonelle faktorer er viktig og nødvendige, de kan ikke unngås. Da relasjoner oppstår på tross av ønsker mot eller for dem. Samtidig er viktigheten av betydningen av relasjoner trukket frem som svært avgjørende.

Gjennom oppgaven ønsket jeg å formidle at det kan være nødvendig med forskjeller i miljøterapi mellom ulike aldersgrupper. Da ulike behov, opplevelser og erfaringer gjennom levde liv er ulike. Samtidig som mennesker i eldre aldersgrupper oftere rammes av fysiske sykdommer i tillegg til psykiske. Det kan ofte gi mer komplekse og

utfordrende behandlingsforløp, samtidig som flere av lidelsene som kan ramme eldre ikke kan kureres, kun behandles stegvis.

Rollene hver enkelt har og fordeling av ansvar mellom oss er svingende og avgjørende for bedring. Som helsepersonell kan vi periodevis befinne oss i en overordnet maktrolle ovenfor den syke, og dette må behandles med den ytterste respekt. Vi skal vite om forskjeller mellom oss, selv om målet og arbeidet vårt kjemper mot å minske disse forskjellene.

Viktigheten av å forestille seg hvordan et annet menneske har det, på bakgrunn av individuelle opplevelser og erfaringer er en utfordrende og tidkrevende prosess. Denne prosessen kan fremstå som en dans rundt systemiske regler, klassifiseringer og diagnostisering av utfordringer og problemer i møtet med mennesket.

Som terapeut og helsepersonell i møte med pasienter er det viktig å ivareta individuelle forståelser. Som mennesker håndterer vi utfordringer og problemer på ulike måter, og vi vil derfor ha ulike syn på hva bedring er, hvordan det kan oppnås og hva som er bedring for hver enkelt.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven, teoretisk perspektiv, gjennom lesing av artiklene og gjennom analyse av funnene har jeg ikke konkret fått svar på om det er forskjeller mellom behandling av eldre og voksne generelt. Jeg har i stor grad enda flere spørsmål, og tror at det kan være hensiktsmessig å spesifisere miljøterapeutiske tilnærminger enda nøyere for ulike aldersgrupper. Jeg er av den oppfattelse av ulikheter er et faktum, og at det er nødvendig å ha ulike miljøterapeutiske tilnærminger til eldre i en alderspsykiatrisk sengepost.

Gjennom eget arbeid, i min yrkesrolle som vernepleier har jeg i stor grad sett på hvilke tilleggs kunnskaper det er nødvendig å ha og å lære seg i arbeid med eldre. Behandling av somatiske lidelser og utfordringer går i stor grad hånd i hånd med behandling av psykisk lidelse. Ofte kan den ene være medvirkende årsak til den andre.

Jeg har lært mye gjennom denne studien. Noe av det viktigste som jeg nå er mer innforstått med er at jeg ofte har latt meg styre av de rammene og «reglene» som en sykehusavdeling har. Jeg har innsett at det å la seg rive med i systemet med diagnoser og biomedisinsk tradisjon og å bli fokusert på samme «mønster» i behandling kan være en fallgrube.

Det er behov for å se på om spesifisering av miljøterapi og miljøterapeutiske tiltak for spesifikke aldergrupper, her eldre, kan bidra til å fremme bedring av psykisk lidelse og en forsterkning av de terapeutiske allianser i miljøterapi.

Litteraturliste

- Alsaker, S. & Ulfseth, L. (2017) Narrative imagination in milieu therapy: Staff members` stories of relational change. *Journal of Occupational Science*, 24(4), 535-545. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1375968>
- Borg, M. & Topor, A. (2014) *Virksomme relasjoner om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* Oslo: Kommuneforlaget
- Borge, L. & Hummelvoll, J.K. (2019) Miljøterapi – samspill og læring i helende omgivelser: En oppdatering. *Klinisk sygepleje*, 33(1), 40-54. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-01-04>
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg Veien til bedre tjenester* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2018) *Psykisk helsearbeid Å skape rom for hverandre* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.) Oslo: Gyldendal
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019 10.Februar) Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Denhov, A. & Topor, A. (2011) The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users` perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424 DOI: 10.1177/0020764011406811
- Engedal, K. & Bjørkløf, G.H. (2020) *Depresjon hos eldre Forståelse og behandling* (2. utg.). Hertervig forlag
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019) *Alderspsykiatri* Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk

Fellesorganisasjonen (2015) *Yrkestisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleier og velferdsvitere* [Brosjyre]. Hentet fra:

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkestisk%20grunnlagsdokument.pdf>.

Folkehelseinstituttet (2018) *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. Utg.) Lund: Studentlitteratur AB

Hansen, T. & Daatland, S.O. (2016) *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* (IS:2475) Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf/_/attachment/inline/8eb8c451-2e98-4e41-859c-9008c05a8ded:fddecdb64bb4227305494f4314cea8aa97e894ac/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Karlsson, B. & Borg, M. (2017) *Psykisk helsearbeid Humane og sosiale perspektiver og praksiser* Oslo: Gyldendal akademisk

Kvaal, K. (2009). Psykiske lidelser i eldre år: En av tidens største helseutfordringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2), 142-148. Hentet fra: [https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/tph/2009/02/art05](https://www-idunn.no.ezproxy.uis.no/tph/2009/02/art05)

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

McCann, T., Baird, J. & Muir-Cochrane, E.C. (2015). Social climate of acute old age psychiatry inpatient units: staff perceptions within the context of patient aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 102-108. DOI: 10.1111/jpm.12139

Moher, D., Liberati A, Tetzlaff, J. & Altman D.G. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA

Statement. *PLoS Med* 6(7) doi:10.1371/journal.pmed1000097 Hentet fra:

<http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>

Myklebust, K.K. & Bjørkly, S. (2019) The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards. *BCM Psychiatry* 19(251).

<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2236-y>

Norsk psykiatrisk forening. (2010). *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020*.

Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/bb7d953b9ad54f8caa57c9310744e770/plandokument.pdf>.

Norsk senter for forskningsdata (2021) Kriterier for godkjenning av

publiseringskanaler. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>

Næss, H.E. & Biong, S. (2014) Sykepleiepersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 11(1) 24-33. Hentet fra: <https://www-idunn->

[no.ezproxy.uis.no/tph/2014/01/sykepleiepersonells_beskrivelser_av_helsefremmende_miljoete](https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/tph/2014/01/sykepleiepersonells_beskrivelser_av_helsefremmende_miljoete)

Nåvik, M., Hauge, S. & Sagen, U. (2020) Milieu therapy for hospitalized patients with late-life anxiety and depression: a qualitative study. *Nordic Journal of Psychiatry* 74(7), 511-517. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.17451879>

Schjødt, T. & Heinskou, T. (2007) *Miljøterapi på dynamisk grunnlag* Danmark: Hans Reitzels forlag

Skau, G. M. (2017) *Gode fagfolk vokser Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. Utg.) Oslo: Cappelen Damm akademisk

Strømstad, J.V., Thorbjørnsen, A.B.E., Aasland, A-M.K. (2016) *Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid* Stavanger: Hertervig forlag akademisk

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse En innføring i kvalitative metoder* (5.utg.) Bergen: Fagbokforlaget

Thibeault, C. A., Trudeau, K., d'Entremont, M. & Brown, T. (2010) Understanding the Milieu Experiences of Patients on an Acute Inpatient Psychiatric Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(4), 216-226. Doi: 10.1016/j.apnu,2009.07.002

Thorgaard, L. & Haga, E. (2014) *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (3. utg.). Stiftelsen psykiatrisk opplysning: Hertervig forlag

Vatne, S. (2018) *Korrigere og anerkjenne Relasjonens betydning i miljøterapi* Oslo: Gyldendal akademisk

Verdens helseorganisasjon (WHO). (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* Oslo: Universitetsforlaget Hentet fra: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008100700090

World Health organization & Calouste Gulbenkian Foundation (2014) *Social determinants of mental health* Geneva: World Health organization Hentet fra: https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/

Wormnes, B. (2013) *Behandling som virker Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning* Cappelen Damm akademisk

Vedlegg 1: Eksempel på kondensat og analytisk tekst i systematisk tekstkondensering

Kondensat:

Å «føle» seg frem

Jeg mener at fortellinger fra tidligere liv kan vise hvordan vi kommer til å reagere på et møte. De kan være baserte på noe vi har hørt, blitt fortalt, sett, som er blitt dramatisert. Det eksisterer ikke, men kan bringe frem og inneholde noe som vi kan bruke når vi kommuniserer. Dette er valg som jeg kan ta når jeg kjenner på at dette skjer. Mine historier hjelper meg å forestille, men hva som kan skje i fremtidige hendelser, selv om de er uklare og kanskje selvmotsigende. At jeg hele døgnet leter etter informasjon som kan søke informasjon og det jeg søker etter. Både historier, ressurser, reaksjoner, symptomer, måter å mestre på og hvordan jeg kan knytte meg til noen når de er tilgjengelig for det. Balanse ettertanke å snakke om det. Bruke tid å lytte, tar det jeg hører på alvor og ta det i et rolig tempo. Det er ikke håpløst, det finnes håp. Det handler bare om å finne det og sette blikket mot det. Beskrive hva som skjer og forteller hva det kan brukes til. Jeg må ikke bare fokusere på det som er fysisk og rett framfor meg, men prøve å åpne blikket og forstå at det er ikke bare det fysiske som teller, men også forholdene til alle rundt meg som betyr noe. Det er veldig viktig. Jeg kan føle at jeg ikke blir sett, og det gir meg ikke noe god følelse. Jeg vil bli sett og oppfattet som en person som er unik. Jeg vil ha respons som er til meg, ikke bare til rundt meg. Jeg har følt at jeg har blitt oppfattet, det var noen ting som gjorde at jeg forstod at jeg ble hørt. Jeg var mer tilstede, jeg ble spurt spørsmål ting og jeg ble utfordret. Jeg ble spurt om hva jeg følte og syntes. Det var en kobling mellom oss, mellom hva jeg følte og det som var linket til min relasjonelle opplevelse og det fysiske miljøet. Det skjedde på rett tid, timingen var riktig mellom det som skjedde på innsiden og utsiden. Innstilling er viktig, når en som jeg møter har kommunikasjon som er psykotisk, både når det gjelder oppførsel og verbalt. Det er svært viktig at jeg forstår og tar tak i deres opplevelser, og forstår at følelser er viktige.

Analytisk tekst:

Materialet beskriver rike bidrag fra forskjellige aspekter i forhold til opplevelse av forståelse mellom helsepersonell og pasienter. Det trekkes frem at tidligere opplevelser gjennom liv og erfaring av det kan styre og påvirke hvordan vi reagere på å møte andre. Blant annet ved å forestille seg et møte, og gjennom det kunne møte andre basert på dette som vi kjenner til komme til uttrykk i ny møter med mennesker. Det nevnes i materialet at en kan kjenne/føle på når en kommer i en slik situasjon. Det beskrives at en tar utgangspunkt i tidligere erfaringer med pasienter når en møter dem, og at dette kan gi en forestilling av hva som kan komme til å skje i fremtidige møter, på tross av at de kan være uklare eller selvmotsigende. Det beskrives at det

letes konstant eller informasjon gjennom hele døgnet, og at dette kan være alt fra symptomer, til reaksjoner, ressurser, mestringsstrategier eller tegn som viser hvordan en kan knytte seg til noen. Viktigheten av å lytte, bruke tid og ta den en får høre på alvor. Fokus på håp heller enn håpløshet. Det å ikke bare fokusere på det som ligger fremfor en, men å se videre og i et større perspektiv. Noen har beskrevet dette som at de kunne føle at de ble sett og hørt, og følte at de fikk en kobling med noen i form av å bli spurt om ting og utfordret i samtale, og at dette følte til at en følte seg hørt og dermed og sett. Det beskrives at innstilling er viktig, innstilling som forstås som innstilling til og på pasienter opplevelse. Det beskrives videre som viktig og forstå og ta tak i pasienters opplevelser, og forstå at følelser er viktige og spiller inn.