



Universitetet i Stavanger

Det Helsevitenskapelig fakultet
Erfaringsbasert Master i relasjonsbehandling

**Emnekode:
E-MREMAS-1 23H**

Masteroppgave

**Antall ord
16 011**

Tittel

Pasienter med psykosesyntomer og miljøterapeuters erfaringer med hva som fremmer eller
hemmer bedring i psykisk helsevern (PHV)

- En kvalitativ metasyntese.

**Monica Sterken Berglyd
Beate Stange**

Veileder: Første amanuensis Inge Joa

MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING

E-MREMAS MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår – 2024)

FORFATTERE/MASTERKANDIDATER:

Beate Stange og Monica Sterken Berglyd

VEILEDER: Første amanuensis Inge Joa

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Pasienter med psykosesymptomer og miljøterapeuters erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring i psykisk helsevern (PHV) – En kvalitativ metasyntese

Engelsk tittel: Patients with psychotic symptoms and milieu therapists' experiences with how different elements may enhance or inhibit the recovery process in an inpatient setting - A qualitative meta synthesis.

EMNEORD/STIKKORD:

Terapeutisk allianse, bedring, brukermedvirkning, psykose, psykiatrisk avdeling, erfaringer, miljøterapi, systematisk litteratur oversikt

ANTALL SIDER: 105

STAVANGER 16.05.2024

Innhold

1	Introduksjon	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema	7
2	Problemstilling	7
3	Studiens hensikt.....	7
4	Teori.....	9
4.1	Psykose.....	9
4.2	Miljøterapi.....	11
4.2.1	Bedring som prosess.....	13
4.2.2	Relasjoners betydning for bedring	14
4.2.3	Brukermedvirkning	16
4.3	Psykososialt arbeidsmiljø	17
5	Metode og analyse.....	18
5.1	Kvalitativ metasyntese som metode	18
5.2	Litteratursøk	19
5.2.1	PICo-skjema	20
5.2.2	Seleksjonskriterier	20
5.2.3	Databaser	22
5.2.4	Søkene	23
5.2.5	CASP-sjekklisten	24
5.3	Validitet og reliabilitet.....	26
5.4	Forskningsetiske vurderinger	27
5.5	Analyse.....	28
5.5.1	Tolkning i et hermeneutisk perspektiv	28
5.5.2	Forskernes forforståelse	28
5.5.3	Tolkning gjennom flere ledd	29
5.5.4	Analyseprosess i syv trinn.....	30
6	Resultater.....	33
6.1	Miljøterapeuters perspektiv	33
6.1.1	Psykososialt arbeidsmiljø	33
6.1.2	Terapeutisk allianse	34
6.2	Pasientperspektiv.....	35
6.2.1	Miljøet på sengepost.....	36
6.2.2	Brukermedvirkning	37

6.2.3	Pasient-pasient relasjon	38
6.2.4	Relasjon til miljøterapeuter	40
7	Diskusjon.....	41
7.1	Miljøterapeuters perspektiv	41
7.1.1	Psykososialt arbeidsmiljø	41
7.1.2	Terapeutisk allianse	42
7.2	Pasientperspektivet.....	44
7.2.1	Miljøet på sengepost.....	44
7.2.2	Brukermedvirkning	46
7.2.3	Pasient-pasient relasjon	47
7.2.4	Relasjon til miljøterapeuter	48
8	Styrker og svakheter ved studien	49
9	Konklusjon	50
10	Referanser.....	51
11	Vedlegg.....	59
11.1	Vedlegg 1: Søkestrategi	59
11.2	Vedlegg 2: Tabell over inkluderte artikler	60
11.3	Vedlegg 3: Matrise personalperspektiv	65
11.4	Vedlegg 4: Matrise pasientperspektiv.....	75
11.5	Vedlegg 5: Tema matrise	104

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å belyse pasienter med psykosesyntomer og miljøterapeuters erfaring med hvilke elementer som kan fremme eller hemme bedringsprosessen på sengepost. Det er brukt kvalitativ metasyntese som metode i denne kunnskapsoppsummeringen. Gjennom systematisk litteratursøk ble data samlet fra publiserte kvalitative primærstudier. Analysen identifiserte to overordnede tema og seks undertema. Miljøterapeutperspektivet identifiserte erfaringer om hva i arbeidshverdagen som fremmer eller hemmer god pasientbehandling som overordnet tema, mens arbeidsmiljø og terapeutisk allianse utgjorde undertema. Pasientperspektivet identifiserte erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring hos pasienter med psykosesyntomer som overordnet tema, mens miljøet på sengepost, brukervedvirkning, pasient-pasient relasjon og relasjon til personal utgjorde undertemaer. Resultatene viste sprikende pasienterfaringer. Noen studier presenterte pasienterfaringer der pasientene opplevde å bli møtt med engasjement, støtte og respekt. Andre pasienterfaringer viste til dårlig behandling, hvor de ble ignorert og oversett. I relasjonene der pasientene følte seg møtt som likeverdig og verdsatt, fremmet det bedring og håp. Noen studier viste at pasientene ble behandlet empatiløst og som verdiløse, opplevelsene virket hemmende på bedringsprosessen. Miljøterapeutenes erfaringer var mer samstemte. Støtte og samarbeid blant kollegaer bidro til å fremme god pasientbehandling. Veiledning ble beskrevet som viktig, men tilbudet om profesjonell veiledning varierte. Konklusjonen var at relasjonelle kvaliteter er med på å skape en god terapeutisk allianse, noe som er grunnleggende for et vellykket behandlingsresultat. Veiledning og samarbeid mellom miljøterapeutene bidro til å styrke miljøterapeutenes opplevelse av samhold noe som direkte virket positivt inn på pasientbehandlingen. Skadelige relasjoner til miljøterapeuter og medpasienter bidro hemmende i pasientens individuelle bedringsprosess.

Abstract

The aim of this study was to look at the experiences of patients with psychotic symptoms and milieu therapists' experience with how different elements may enhance or inhibit the recovery process in an inpatient setting. Qualitative meta synthesis was chosen as the research method. Through systematic literature searches data was collected from published qualitative primary studies. The analysis identified two overarching themes and six sub-themes. The perspective of the milieu therapists' identified experiences in the work environment that enhanced or inhibited good patient care as the overarching theme, while work environment and therapeutic alliance were sub-themes. From the patient perspective, we identified experiences that

enhanced or inhibited recovery in patients with psychotic symptoms as the overarching theme, while the environment at the ward, service user involvement, patient–patient relations and the relationship between the patient and the health care workers were sub-themes. The results show a large variation in patient experiences. Some studies presented patient experiences where the patients were met with engagement, support and respect. Other patients had negative experiences, where they felt ignored and overlooked. When the patient was met with an attitude of equality and felt valued, it enhanced the feeling of hope and recovery. Some studies showed that when the patients were met without empathy, they felt devalued, and the experience inhibited the recovery process. The experience of the milieu therapists was more uniform. Support and cooperation between coworkers contributed to enhance treatment of the patients. Supervision was described as important, but the offer of professional supervision was varied. In conclusion, relational quality is an important factor in establishing a good therapeutic alliance, which is crucial for a successful treatment outcome. Supervision and support among colleagues contributed to the milieu therapists' feeling of unity and had a positive impact on the patient care. Harmful relations with milieu therapists' and other patients were an inhibiting factor in the patient's individual recovery process.

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to vernepleiere som arbeider på psykiatrisk sengepost på et sykehus i Sør-Norge. Den ene av oss jobber på en akutt sengepost, mens den andre jobber med langtidsbehandling av psykosepasienter. Til sammen har vi 17 års erfaring innen psykisk helsearbeid. Som vernepleiere er vi en del av miljøterapeutene som møter disse pasientene i det daglige på sengeposten. Vi bidrar til behandlingen som foregår i de timene av døgnet der pasientene ikke har samtaler med individualterapeuter. Våre erfaringer viser at det ofte er de små, daglige interaksjonene som kan ha stor betydning for pasientenes trivsel og deres opplevelse av behandlingen som gis. Vi er miljøterapeutene som gjennom et fokus på miljøterapi skal hjelpe pasientene i deres individuelle bedringsprosess. Motivasjonen bak denne studien bunner i en nysgjerrighet om hvilke erfaringer pasienter med psykosesymptomer deler når deres stemme blir løftet fram. Hvordan oppleves det å være innlagt, hvilke erfaringer ved innleggelsen er viktige for disse pasientene å få fram? Hvilke positive eller negative erfaringer bringer de på bordet? Vi ble også nysgjerrig på om andre miljøterapeuter har erfaringer som ligner på våre egne, eller om de viser til helt andre opplevelser. Finnes det elementer i arbeidshverdagen som styrker miljøterapeutene i sin yrkesutøvelse? Vi håper at stemmene til både miljøterapeuter og pasienter kan bidra til å sette lys på hvilke elementer de opplever som fremmende eller hemmende for pasientenes individuelle bedringsprosess.

2 Problemstilling

Denne studien har som mål å belyse pasienter med psykosesymptomer og miljøterapeuters erfaringer gjennom en kunnskapsoppsummering av tidligere forskning. Hensikten er å se på hva de subjektive erfaringene sier om opplevelser som er hemmende eller fremmende for bedringsprosessen innen psykisk helsevern. Problemstillingen er som følger:

Pasienter med psykosesymptomer og miljøterapeuters erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring i psykisk helsevern (PHV) – en kvalitativ metasyntese.

3 Studiens hensikt

Basert på de innledende litteratursøkene, kan det se ut som om det er få studier relatert til pasienter med psykosesymptomer som behandles i PHV og miljøterapeuters erfaringer rundt

bedring. Denne hypotesen ble ytterligere styrket da det systematiske litteratursøket ble gjennomført. Det kan virke som om erfaringer rundt intervensjoner sett fra både pasient- og individualterapeutperspektivet har fått større oppmerksomhet i forskningsfeltet. Treff basert både innledende litteratursøk og det endelige systematiske litteratursøket tyder på at det er behov for mer kunnskap om hvordan rammene rundt innleggelse på sengepost bidrar til, eller hemmer, bedringsprosessen hos pasienter med psykosesyntomer.

I følge Wormnes (2013) trengs det flere kvalitative studier som løfter fram pasientenes erfaringer. Han mener at det er for lite fokus på pasientenes subjektive erfaringer i forskningsfeltet. Det er en oppfatning av at kvalitativ forskning har for lav vitenskapelig status, derfor foretrekkes kvantitativ forskning i større grad i forskningsfeltet. Kvalitativ forskning, med fokus på pasientenes subjektive erfaringer, bidrar med å bekrefte det vi allerede vet: all helsehjelp behandles i relasjoner og relasjonen har en grunnleggende verdi for behandlingsresultatet: "Relasjonen får stor betydning for og makt over individets følelser og holdninger. Følelser og holdninger påvirker kroppen og gir sterke fysiologiske og endokrinologiske reaksjoner hos personen. Dette påvirker sykdommen og behandlingen og influerer dermed sterkt med behandlingsresultatet" (Wormnes, 2013, s. 194).

Forekomsten av psykoselidelser varierer i befolkningen. Menn utvikler oftere psykoselidelser enn kvinner og debutalderen er vanligst mellom 13-30 år. Den gjennomsnittlige forekomsten ligger på rundt 15 per 100 000 innbyggere per år (Helsedirektoratet, 2013, s. 140). Hvordan vi ser på psykoselidelser har endret seg de siste 20 årene. Forståelsen rundt hva som forårsaker og bidrar til alvorlig psykisk lidelse viser en sammenheng mellom både fysiske og psykiske faktorer. Der man på 70-90-tallet så på utviklingen av psykoselidelser som biologiske, altså arvelige sykdommer på lik linje med somatiske sykdommer, har pendelen snudd til at vi nå ser på psykisk lidelse gjennom betingelser i miljøet. På den måten vil faktorer som miljøet rundt pasienten, de relasjonene vedkommende har, både i nåtid og fortid, og ikke minst forebygging være viktige for hvilke tilnærminger i behandling som er hensiktsmessige (Joa & Johannessen, 2021, s. 6). Steinkopf (2004) argumenterer for at den arvelige sårbarheten innebærer at personer som utvikler psykoselidelser genetisk sett har høyere forekomst av kortisol i blodet. Dette fører til økt sensitivitet til stress og redusert evne til selvregulering (Steinkopf, 2004). Behandling av psykoselidelser er en kompleks prosess og bedring handler om mer enn bare fravær av psykosesyntomer (Anthony & Rutman, 1993; Borg & Topor, 2014, s. 31; Topor, 2003, s. 18, 21). Fokuset på den enkeltes opplevelse av bedring hos personer med psykoselidelser er et relativt nytt forskningsfelt. Likevel blir det stadig mer

relevant ettersom personlig bedring vektlegges i større grad enn tidligere i den psykiatriske helsetjenesten (Austin, 2018; Schön et al., 2009). En god terapeutisk allianse danner grunnlaget for god pasientbehandling (Wormnes, 2013, s. 191). Jørgensen & Rendtorff (2017) fant i sin studie at å lytte til pasientene og møte dem på en respektfull måte er grunnleggende for å bygge en terapeutisk allianse (Jørgensen & Rendtorff, 2017). Helsepersonells evne til å motivere og formidle håp om bedring blir sett på som et viktig bidrag til pasientenes personlige bedringsprosess (Jørgensen et al., 2018). På hvilken måte helsepersonell bidrar til å fremme bedring hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse er belyst i flere studier. Studiene beskriver relasjonelle kvaliteter som å lytte til pasienten, gi rom for at de kan uttrykke tanker og følelser, opptre respektfullt, empatisk og legge til rette for brukermedvirkning som viktig (Castro et al., 2016; Jørgensen et al., 2018; Jørgensen & Rendtorff, 2017). Samtidig finnes det fastgrodde holdninger blant helsepersonell som er til hinder for brukermedvirkning og derfor også bedringsprosessen. En ovenfra- og ned holdning er et eksempel på en antiterapeutisk holdning som presenteres i en av studiene (Bee et al., 2015).

4 Teori

I teorikapittelet vil det presenteres relevant forskning og teoretiske perspektiver som belyser problemstillingen. Først omtales psykose for å gi en forståelse av de grunnleggende sidene ved denne lidelsen. Deretter rettes blikket mot bedringsprosesser, hvor miljøterapi og det terapeutiske miljøet spiller en rolle i pasientens individuelle bedringsprosess. Videre belyses brukermedvirkning og relasjoners betydning for behandlingsutfallet. Til slutt beskrives det hvordan det psykososiale arbeidsmiljøet påvirker miljøterapeutenes forutsetninger for å gi god pasientbehandling.

4.1 Psykose

Forståelsen av psykose som fenomen har endret seg gjennom tidene. I dag har vi økt forståelse for hvordan psykiske lidelser utvikles og kan påvirkes av stress. Stressreaksjoner, både fysiske og psykiske, kan spille inn på de indre følelser og igjen komme til uttrykk i form av ytre hendelser. For å gi et best mulig tjenestetilbud er det av stor betydning å kunne forstå de psykiske lidelsene. Noen mener at psykiske lidelser er biologisk arvelig, andre mener det er miljøbettinget. Dersom man ser på en psykose som noe biologisk, vil et utbrudd nesten være uunngåelig. Ser man på psykose som miljøbettinget, vil det være de ytre faktorene og relasjonene som spiller inn. Det har variert gjennom tidene hvordan man ser på årsaken til

psykose. Den moderne psykoseforståelsen viser til at nyere forskning ser at det er et bindeledd mellom arv og miljø, også kalt epigenetikk. Dette har vært avgjørende for moderne forståelse av årsakssammenhengen i psykiske lidelser. En psykoselidelse kan i noen tilfeller debutere tidlig i livet, den kan vare lenge og kan i noen tilfeller påføre et langvarig funksjonstap, men også en betydelig andel blir friske igjen. Flere som utvikler alvorlige psykiske lidelser har ofte hatt symptomer som angst, depresjon og konsentrasjonsvansker opp mot 5 år før diagnostisering (Joa & Johannessen, 2021, s. 6–8).

Psykose er en forvirringstilstand, der det vanligste kjennetegnet er nedsatt eller manglende evne til å skille mellom seg selv og virkeligheten omkring seg. Pasientene har en forvridd virkelighetsoppfatning som forstyrrer og påvirker deres relasjoner til andre mennesker og som kan hindre evnen til å leve et sosialt normalt liv (Joa & Johannessen, 2021, s. 8; Melle, 2015, s. 17; Topor, 2006, s. 251) Psykosesymptomer deles inn i positive og negative symptomer. Positive symptomer inkluderer vrangforestillinger, hallusinasjoner og desorganisering. Mest vanlig er det å høre stemmer som ingen andre kan høre. Vrangforestillinger er feilaktige forestillinger som pasienten holder fast på, selv om han blir forklart at de ikke stemmer. Negative symptomer handler om pasientens funksjonsnivå og går ut på at pasienten har utfordringer med å sette ord på sine følelser og har vanskeligheter for å starte og gjennomføre aktiviteter (Melle, 2015, s. 17–19).

Stress- sårbarhetsmodellen beskriver forholdet mellom stress som følge av utfordrende livshendelser og sårbarhet for å utvikle en psykoselidelse. Den viser at dersom stresset fra en livshendelse overstiger terskelen for sårbarhet er det sannsynlig at personen utvikler en psykotisk episode (Zubin & Spring, 1977, s. 110). Vi takler stress forskjellig gjennom livet. Stress er hormonelt og blir påvirket i svangerskapet og gjennom våre første leveår. Stress i tidlig barndom kan føre til økt reaktivitet i vårt stress-system, slik at man er mer sårbar for stressfaktorer senere i livet. Alle mennesker kan få psykosesymptomer, avhengig av livssituasjon og ytre stressfaktorer. Den mentale påkjenningen kan øke, slik at en til slutt får et sammenbrudd, med forverring eller psykose som neste stadium. For å forstå mer hva en psykisk lidelse er, må en ha kunnskap om hvordan menneskers psykologiske apparat utvikler seg, og kunnskap om følelsenes funksjoner. De viktigste følelsene våre er redsel/angst, sorg, sinne, glede og skam. Følelser kan bli en belastning i en hverdag og dersom det følelsesmessige spennet blir for stort vil vårt psykologiske mestringsapparat bryte sammen, og en kan gå inn i en psykose (Joa & Johannessen, 2021, s. 12–15).

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for psykosebehandling sier at man i behandlingsforløpet skal legge til rette for pasientenes opplevelse av tilfredshet og at pasient - terapeut relasjonen skal være fremmende for bedringsprosessen (Helsedirektoratet, 2013, s. 50, 70). Ifølge Røssberg (2018) er det lite forsket på hvilken behandling som faktisk virker for de mest alvorlig psykisk syke pasientene. Det er likevel sett en sammenheng mellom pasientens opplevelse av miljøet på sengepost og utbyttet av behandlingen (Røssberg, 2018, s. 36). Det er gode prognoser for pasienter med psykoselidelser dersom de får riktig behandling til rett tid. Med rask oppstart av behandling og utredning kan både forløpet forbedres og varigheten av en ubehandlet psykose forkortes (Hegelstad et al., 2012; Johannessen, 2017, s. 19). Behandlingen skal bygge på faglige anerkjente og evidensbaserte tilnærminger og metoder. Tillitsfulle relasjoner over tid mellom behandler og pasient er av stor betydning for bedring i forløpet. Alvorlighetsgraden, symptombilde, sosial situasjon og andre individuelle faktorer er også av betydning. Etter hvert som pasientens helsetilstand og fungering endrer seg, må behandlingen evalueres underveis. Dette gjelder både legemidler og psykologisk behandling, men også grad av kontroll og støtte til egenmestring (Helsedirektoratet, 2013, s. 56–57).

4.2 Miljøterapi

Det finnes flere definisjoner på miljøterapi. Skårderud & Sommerfeldt definerer miljøterapi slik: “Miljøterapi er relasjonsbehandling. Dens viktigste fokus er å anvende relasjoner til å hele relasjonsskader. Miljøterapi er summen av praksis og de systematiske refleksjonene rundt praksis” (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 29). Vandvik (2021) på sin side definerer miljøterapi på denne måten:

Miljøterapi er en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med miljøterapien er å fremme individenes muligheter for læring, mestring og personlig ansvar (Vandvik, 2021).

Skårderud og Sommerfeldt (2013) henviser til Gordon & Palmgren (2011) sin forklaring om at miljøterapi handler om både de indre tanker og det fysiske miljøet rundt. De indre tankene blir påvirket av det fysiske miljøet. Det fysiske miljøet rundt er for eksempel bygninger, arkitektur, innredning, men også de planlagte aktivitetene. Stemningen på sengepost bidrar også til miljøterapien. I sengeposter der miljøterapeutene beskriver et arbeidsmiljø de trives i,

gir pasientene tilbakemelding om at de opplever god behandling fordi miljøterapeutene samarbeider godt (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 36).

For å få en indikasjon på hvilket nivå miljøterapien kan tilpasses den enkelte pasients behandling, er det naturlig å se til Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser: beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Den graderte skalaen tar for seg beskrivelser av symptomer og funksjonsnivå som miljøterapeutene kan bruke for å gi en individuell skår. Skåren sier noe om hvilket nivå miljøterapeutiske tiltak skal legges. En godt tilrettelagt miljøterapeutisk behandlingsplan har et helhetlig og gjennomtenkt syn på pasientens symptom- og funksjonsnivå (Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 29; Thorgaard & Haga, 2014, s. 131–132).

Psykiatriske avdelinger kan i større eller mindre grad forme sin egen miljøterapi og finner sin egen stil, ut ifra deres ressurser, pasientgrupper og fysiske rammer på sengeposten. Det største fokuset for god miljøterapi oppleves for de fleste å være et godt relasjonsarbeid og alliansebygging mellom pasienter og personal (Fredheim, 2009; Røssberg, 2018, s. 41).

En måte å kartlegge på miljøet på sengepost på er å bruke Ward atmosphere scale (WAS) som ble utviklet av Rudolf Moos på slutten av 1960-tallet. I en WAS-måling svarer både pasienter og personale på skjemaet (Røssberg, 2018, s. 38).

Tabell 1. En beskrivelse av variablene i WAS:

WAS subskala	Beskrivelse
Engasjement	Måler hvor aktivt pasientene deltar i avdelingens aktiviteter.
Støtte	Måler i hvor stor grad pasientene blir oppmuntret og støttet av personalet og medpasientene.
Spontanitet	Måler i hvor stor grad pasientene åpent beskriver sine følelser og meninger i posten.
Autonomi	Måler i hvor stor grad pasientene blir oppfordret til å være selvstendige og uavhengige.
Praktisk orientering	Måler i hvor stor grad miljøet legger vekt på at pasientene forbereder seg på å forlate sykehuset.

Personlig problemorientering	Måler i hvor stor grad pasientene blir oppfordret til å tenke på og søke å forstå sine personlige problemer.
Sinne og aggressiv atferd	Måler i hvor stor grad pasientene tretter med hverandre og personalet, samt viser sinne og annen aggressiv atferd.
Orden og organisasjon	Måler i hvor stor grad man vektlegger planlegging og orden i avdelingen.
Programklarhet	Måler hvor klare miljøets forventninger og regler er.
Personalkontroll	Måler i hvor stor grad personalet bruker regler for å holde pasientene under kontroll.
Personalets holdning til uttrykte følelser	Måler i hvor stor grad personalet oppfordrer pasientene til å vise følelser.

(Røssberg, 2018, s. 39).

De studiene som Røssberg (2018) har lagt til grunn for å beskrive betydningen av postatmosfære, finner at støtte, engasjement, praktisk orientering og orden og organisasjon ga økt opplevelse av tilfredshet med behandlingen. I motsatt ende var sinne og aggressiv atferd samt personalkontroll områder som ga mindre tilfredse pasienter. De fleste studiene er ganske gamle, gjort på 1990- tallet og tidlig 2000-tallet. Likevel er det ikke usannsynlig at nye studier gjort i dag ville hatt et lignende utfall, noe som understreker betydningen av slike funn (Røssberg, 2018, s. 40). Å oppleve støtte fra de rundt seg, engasjement til å gjennomføre aktiviteter, hjelp og støtte mot å “klare seg selv” og ikke minst en forutsigbar struktur rundt det hele samtidig som det er lite sinne, aggresjon og “meningsløse” regler for å opprettholde kontroll kan gi en god postatmosfære. En god allianse mellom terapeut og behandler er essensielt for å drive god behandling og miljøterapi, som igjen er med på å skape en god postatmosfære. Det er av betydning at det terapeutiske miljøet baseres på positive holdninger, varme og empati, som bidrar til å forme pasientenes opplevelse i en positiv retning (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 17, 28–29; Røssberg, 2018, s. 41).

4.2.1 Bedring som prosess

Innenfor det psykiske helsefeltet er det flere måter å omtale begrepet recovery på. For eksempel å komme seg, bedring, rehabilitering, ferdigbehandlet med flere. Pasienter med

alvorlig psykisk lidelse blir ofte omtalt som kronisk syke. Likevel er det ikke slik at kronisk er det samme som uten håp om bedring. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse blir ofte møtt med pessimisme knyttet til bedringsprosessen. Symptomer og medisiner vektlegges og man glemmer å se pasientens som en person med livserfaringer, ressurser og drømmer for framtiden (Borg & Topor, 2014, s. 13–14).

Recovery, eller bedring, er et relasjonsbegrep. For at bedring skal kunne finne sted, må det skje i relasjoner (Thorgaard, 2006, s. 43). Bedring handler om å finne seg selv. Det handler ikke alltid om å bli symptomfri, men at symptomene er til å leve med. Bedring handler ikke om å stille klokken tilbake og å bli som før, men det er en utviklingsprosess. En prosess som kan ses i relasjon til individet selv og omgivelsene hans. Pasienten må ta med seg sine erfaringer videre i bedringsprosessen og helsepersonell må være lydhøre for disse erfaringene (Borg & Topor, 2014, s. 31; Topor, 2006, s. 18, 21). Borg (2009) skriver at pasienter med erfaringer innenfor egen bedringsprosess har uttalt seg om at det dreier seg om stor egeninnsats, egne avgjørelser, utholdenhet og å finne måter å leve med deres psykiske problemer. Fokuset var ikke alltid på å bli kvitt symptomene, men å leve et meningsfullt liv (Borg, 2009). En stor systematisk kunnskapsoppsummering som tok for seg 97 studier relatert til bedring fant blant annet at støtte fra meningsfulle relasjoner, håp for framtiden, et positivt syn på egen identitet, livskvalitet og kontroll over eget liv er alle bidrag som til sammen danner en subjektiv opplevelse av bedring fra psykiske lidelser (Leamy et al., 2018). I tillegg til personalet på sengepost sin betydning for bedringsprosessen, så fremhever Anthony (1993) viktigheten av å se på andre faktorer i pasientens omgivelser som kan bidra. For eksempel naturopplevelser, bøker, filmer og medpasienter med lignende bakgrunn kan bidra med innsikt som fremmer bedring (Anthony & Rutman, 1993).

4.2.2 Relasjoners betydning for bedring

Schön et al. (2009) beskriver i sin studie om sosiale relasjoners betydning for bedring at relasjonen til profesjonelle hjelpere i psykiatrien spiller en viktig rolle i bedringsprosessen. Den relasjonelle betydningen personalet har ovenfor pasientene vektlegges i større grad enn intervensjonen i seg selv. Pasientene beskriver at det var mer personlighetstrekk heller enn faglig bakgrunn som avgjorde om personalet ble opplevd som hjelpsomme eller ikke. Personal som strengt fulgte rutiner uten å være personlig engasjert i pasienten ble oppfattet som lite hjelpsomme (Schön et al., 2009, s. 6). Også Wormnes (2013) peker på den

terapeutiske relasjonen som en grunnleggende faktor i profesjonelt psykologisk arbeid. Det å ha god evne til å etablere kontakt er viktig for relasjonen og det øker sjansen for å lykkes i behandlingsforløpet. En relasjon består av holdninger og følelser som partene i behandlingen har overfor hverandre (Wormnes, 2013, s. 191, 200). Studien til Jørgensen et al. (2018) fant at det å oppnå et godt samarbeid med pasientene er en tidkrevende prosess. Det ble det sett på som givende for både helsepersonell og pasient når behandlingsutfallet var vellykket. For at samarbeid skal finne sted er det avgjørende at helsepersonell har ønske, kunnskap og tid til å legge til rette for samarbeid (Jørgensen et al., 2018).

Najavits & Strupp (1994) viser i sin studie at den terapeutiske alliansen styrkes når terapeuten viser relasjonelle ferdigheter som varme, bekreftelse, forståelse, ønske om å hjelpe og beskytte, mens alliansen svekkes dersom terapeuten bagatelliserer, legger skyld på, ignorerer, neglisjerer, angriper og avviser (Najavits & Strupp, 1994). En skadelig relasjon hindrer utbytte av behandling. Det er derfor viktig at en slik behandlingsrelasjon blir avsluttet så raskt som mulig, for å unngå å påføre pasienten ytterligere belastninger (Jensen, 2022, s. 136–137). Wormnes (2013) skriver at de relasjonelle kvalitetene er grunnleggende i behandlingen. Respekt er avgjørende for et godt behandlingsresultat. Det å ha respekt for seg selv og andre står sentralt i arbeidet for en god relasjon (Wormnes, 2013, s. 69–70).

Studier viser at relasjonen mellom pasienter som er innlagt på psykiatriske avdelinger kan virke hemmende eller fremmende på bedringsprosessen. Studiene legger vekt på hvordan interaksjonen mellom pasientene er og hvordan relasjonen kan være begrensende og hjelpende når det kommer til utfallet av behandling. Det å ha en positiv sosial relasjon med andre pasienter på sengepost kan oppleves som viktig, og pasienten kan få en følelse av støtte og fellesskap. Flere pasienter uttalte at de kunne dele erfaringer med hverandre, og det gjorde det lettere for pasientene å snakke sammen. Denne sosiale kontakten ble for flere opplevd som trygg, spesielt når de kunne prate om og dele erfaringer fra lignende situasjoner som bidro til en økt forståelse av egen og andres situasjoner (Gilburt et al., 2008; Thibeault et al., 2010). Den sosiale samhandlingen med andre pasienter skjer via felles aktiviteter og foregår i fellesarealene på avdelingen. I studien til Ludvigsen (2009) kommer det frem at pasientene føler på solidaritet med hverandre. De beskriver en følelse av å ha et samhold i møte med utfordringer på avdelingen. Utfordringer og vanskelige følelser kan være knyttet til miljøterapeutene som jobber der, deres lidelse og den generelle opplevelsen av å være innlagt. Det å lære av andres erfaringer kan redusere angst og usikkerhet i behandlingsforløpet. En god relasjon mellom pasienter kan også bidra til å lette humøret og stemningen på

sengeposten og dette kan videre forsterke pasientenes motivasjon til å engasjere seg i egen behandling (Ludvigsen, 2009). Sosiale relasjoner til andre pasienter er ikke utelukkende positivt og kan føre til konflikter og negative dynamikker. Skadelige relasjoner til medpasienter kan vise seg i form av stress og angst hos pasienten, forverre den psykiske lidelsen og være hemmende for bedringsprosessen (Ludvigsen, 2009; Thibeault et al., 2010). Flere pasienter uttaler seg om frykt for voldelige hendelser fra andre medpasienter, dette i form av trusler, fysisk vold og verbal trakassering. Dette fører til usikkerhet og redsel i miljøet blant pasientene (Gilburt et al., 2008). I studiene til Thibeault et al. (2010) og Ludvigsen (2009) forteller pasientene at mangel på privatliv kan oppleves som utrygt og hemmende når det kommer til personlig trivsel. Det er viktig med en balanse mellom den positive sosiale samhandlingen med andre pasienter, men også støtte den enkelte pasienten til et nødvendig privatliv i bedringsprosessen, noe som krever sensitivitet og respekt for pasientenes individuelle grenser og behov (Ludvigsen, 2009; Thibeault et al., 2010).

4.2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Loven sier noe om pasienters rett til å medvirke i egen behandling. Pasienten har rett på å bidra til å forme sitt eget behandlingstilbud, noe som må tilrettelegges for ut i fra pasientens forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Pasienten har gjennom behandling og brukermedvirkning rett til å ha innflytelse på valg av tjenester som tilbys, og rett til å ta avgjørelser som gjelder deres egen behandling. Dette kan også være med på å styrke pasientens mestring, ettersom aktiv deltagelse fremme selvstendighet og pasienten kjenner sine egne behov best. Med brukermedvirkning skal pasienten bli respektert og anerkjent for dens egne erfaringer og kunnskap. Det å oppleve likeverdighet i et behandlingsforløp er viktig (Storm & Rennesund, 2009, s. 11). Pasienten skal være medvirkende i behandlingsforløpet så langt det lar seg gjøre. Vi skal være åpne for pasientens ønsker, men det er ikke gitt at disse ønskene alltid skal eller blir imøtekommet. Om en pasient er alvorlig syk og avviser et behandlingstilbud, kan pasienten bli lagt inn på tvang, altså «tvunget psykisk helsevern» for å hindre at pasientens tilstand blir enda verre (Storm, 2009). Kriterier for tvangsinnleggelse er beskrevet i «Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern § 3-3» (Psykisk helsevernloven, 1999). Dessverre er ikke brukermedvirkning sikret, selv om lovverket sier at det skal være en del av pasienters behandling (Skjeldal, 2021, s. 14). Studien til Jørgensen et al. (2018) viser at selv om sykepleiere på psykiatriske avdelinger er opptatt av brukermedvirkning, viser de til

organisatoriske utfordringer som hemmer muligheten til å la pasientene medvirke i egen behandling. De forteller at fokuset i stor grad ligger på diagnoser, symptomer og medisiner. Avgjørelser omkring pasientens behandling blir tatt i tverrfaglige møter, på visittunder og i forbindelse med overlevering av rapport og skjer derfor i forum der pasienten ikke er deltagende (Jørgensen et al., 2018). Studien til Bee (2015) viser til problematiske holdninger hos sykepleiere som hemmer brukermedvirkning og direkte motarbeider håp om bedring for pasientene. Holdningene innebærer et “ovenfra og ned” syn på pasientene og en kultur basert på sikkerhet og kontroll som direkte hindrer pasientenes mulighet til å medvirke i egen behandling (Bee et al., 2015).

4.3 Psykososialt arbeidsmiljø

Helsepersonell som jobber innen psykisk helsevern har en arbeidshverdag som kan være uforutsigbar, stressende og innebære komplekse problemstillinger som kan føre til utbrenthet og hyppig utskiftning av personal (McDonough et al., 2024). Relasjonen mellom våre kollegaer er en viktig del av det psykososiale arbeidsmiljøet. Med en god relasjon, utvikles normer og rutiner for hva som er forventet og akseptert av arbeidstakerne på arbeidsplassen. Opplevelse av tilhørighet til arbeidet og et godt klima blant kollegaene er viktige bidrag til et godt arbeidsmiljø. Manglende støtte fra kollegaer og ledelse kan gi negative effekter og belastninger som stress (Jenkins & Elliott, 2004; Jönsson, 2012).

Tverrfaglig samarbeid er en strukturert måte å samarbeide på mellom profesjoner som har en felles oppgave. Det å bygge opp hverandres faglige styrke er viktig, og samspillet mellom forskjellige fagområder kan gi ekstra verdier og fordeler i behandlingen av pasienter. Sammen skapes ny kunnskap mellom samarbeidspartnere som på hver sin måte bidrar med ny kunnskap inn i gruppen. Denne kunnskapen dannes gjennom refleksjon og diskusjon mellom deltagerne der pasientens behov står i fokus, dette fremmer en helhetlig og pasientsentrert tilnærming (Rønbeck, 2018; Willumsen, 2016, s. 39).

Veiledning er nødvendig i psykisk helsearbeid og bidrar til en opplevelse av utvikling og trygghet. Gode rutiner for veiledning på arbeidsplassen stimulerer til et kunnskapsrikt og interessant arbeidsmiljø. Veiledning kan bidra med å redusere arbeidsbelastningen for helsepersonell. Tillit og trygghet mellom deltagerne i en veiledningsprosess er avgjørende for et positivt utbytte som i sin tur øker kvaliteten på pasientomsorgen (McDonough et al., 2024; Wormnes, 2013, s. 23–24). Studien til Bogo et al. (2011) fant at helsepersonell ser verdien i å

få veiledning fra noen de anser som ressurssterke og kunnskapsrike. Profesjonell veiledning gir økt kunnskap som helsepersonell kan bruke i direkte kontakt med pasientene og som har betydning for bedringsprosessen. Veiledning gir en mulighet til å reflektere over eget arbeid og identifisere ubevisste handlingsmønstre knyttet til egen praksis. Helsepersonell så veiledning som en mulighet til å uttrykke egne følelser og utfordringer knyttet til arbeidet og deres evne til å gi god pasientbehandling. Deltagerne i studien vektlegger at tillit og trygghet i veiledningsprosessen er avgjørende for at veiledning skal oppleves nyttig og effektiv i det daglige arbeidet (Bogo et al., 2011).

5 Metode og analyse

I dette kapitlet redegjøres det for den metodiske prosessen i studien. Kvalitativ metasyntese har blitt valgt som metode fordi den er egnet til å belyse problemstillingen. Prosessen er gjennomført slik Kirsti Malterud (2017) beskriver den i boken “Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag”. Det blir redegjort for valg av forskningsmetode og gitt en innføring i prinsipper som kjennetegner denne metoden. Videre beskrives en gjennomgang av litteratursøket, inkludert søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier samt en begrunnelse for endringer gjort underveis. Det gjøres rede for på hvilken måte inkluderte primærstudier er kvalitetssikret, ivaretagelse av validitet og reliabilitet og forskningsetiske vurderinger. I analysedelen av kapitlet gis det en beskrivelse av trinnene i analyseprosessen og den teoretiske forankringen disse har.

5.1 Kvalitativ metasyntese som metode

Kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes ved at den utforsker menneskers erfaringer, meninger, tanker, holdninger eller motiver. Metoden tar sikte på å beskrive hvorfor mennesker handler som de gjør og kan gi oss en dypere forståelse av den enkeltes subjektive perspektiver. Datagrunnlaget i kvalitativ metode kommer fra et skriftlig materiale hentet fra observasjoner eller samtaler (Malterud, 2011, s. 31). Kvalitativ forskningsmetode er fortolkende. Subjektive opplevelser og erfaringer gir oss mulighet til å si noe om det allmenne. Denne måten å drive forskning på handler ofte om å undersøke temaer som ikke tidligere har blitt belyst i særlig grad i forskningslitteraturen (Malterud, 2017, s. 17).

Kvalitativ metasyntese er en forskningsmetode som systematisk oppsummerer kunnskapen fra kvalitative primærstudier. Arbeidet med kunnskapen som forskere har kommet fram til før oss gir oss en mulighet til å finne ny mening i det vi allerede vet. Gjennom systematisk refleksjon og et kritisk blikk på litteraturen kan grunnlaget for ny kunnskap og gjenbruk av forskning dannes. Den systematiske refleksjonen er avgjørende for at studien skal tilfredsstillende vitenskapelige krav (Malterud, 2017, s. 17).

Kunnskap må deles, og kunnskap som ikke gjenbrukes videre kalles for «Research waste», altså sløsing med kunnskap. På bakgrunn av dette vil et grundig litteratursøk som en del av et forskningsprosjekt være hensiktsmessig for å få en oversikt over hvilken kunnskap som finnes fra før og på den måten unngå at vi «finner opp kruttet på nytt» (Malterud, 2017, s. 18).

Kunnskapsoppsummeringer har tidligere ikke hatt noen krav til utvalg, og det var derfor vanlig å plukke ut de studiene som forskeren selv vurderte som relevante. En svakhet ved den typen utvalg er at man risikerer å velge ut studier som bekrefter egen oppfattelse. Derfor skal man gå systematisk til verks, både når det gjelder utvalg, men også for å vurdere kvaliteten på det utvalget man får. Forskingen skal være transparent. Det vil si at leseren får innsyn i prosessen bak studien og på den måten kan utfordre den (Malterud, 2017, s. 23–24). For at resultatene i forskningen skal være troverdig og overførbare, må prosessen være klar og tydelig (Thagaard, 2013, s. 11).

5.2 Litteratursøk

Utvalget i studien er ikke tilfeldig valgte primærstudier, men et resultat av et systematisk litteratursøk i aktuelle databaser. Ved å utføre et systematisk litteratursøk unngår man at forskeren selv plukker ut primærstudier som bekrefter egne synspunkt eller forforståelse. I forkant av det systematiske litteratursøket kan det være lurt å ha sondert terrenget for å se hva som er blitt forsket på før. Dette kan hjelpe forskeren med å identifisere søkeord, men også gi et bilde av hvilken kunnskap som ligger tilgjengelig. Malterud (2017, s. 47–48) legger likevel vekt på at de innledende søkene ikke bør være for omfattende og at det er bedre med smalere og konkrete søk enn brede søk. På den måten kan du redusere antall treff som ikke er relevante for problemstillingen.

5.2.1 PICo-skjema

Litteratursøket er utført under veiledning fra universitetsbibliotekar. I forkant av timen med bibliotekar ble det fylt ut et PICO-skjema. PICO står for population, intervention, comparison og outcome. PICO er et verktøy som skal være til hjelp ved utforming av problemstilling eller forskningsspørsmål. Tradisjonelt i medisinsk forskning bruker systematiske oversikter effektstudier (altså kvantitative studier) for å se på virkning av behandlingstiltak (Malterud, 2017, s. 48–49). I stedet for å bruke PICO, kan man bruke PICo, som er nesten det samme, bare uten «outcome», altså den delen av skjemaet som måler effekt. PICo passer godt til kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2021). PICo-skjemaet presenteres i tabell 2.

Tabell 2

P	I	Co
Population (målgruppen)	Interventions (Hvilke erfaringer?)	Comparison (I hvilken kontekst?)
Inpatient Psychiatric patient Staff Nurse Psychiatric nurse Psychosis Schizofrenia Health care workers Psychotic patients	Milieu therapy Therapeutic relation Therapeutic alliance Recovery	Therapeutic community Hospital Inpatient unit Psychiatric hospital Psychiatric ward

5.2.2 Seleksjonskriterier

5.2.2.1 Kriterier for inklusjon:

- Primærstudier med kvalitativt forskningsdesign.
- Publisert på et av de nordiske språkene (norsk, svensk, dansk) eller engelsk.
- Voksne mellom 18 og 65 år.
- Kvalitetssikret gjennom sjekklisten CASP.
- Primærstudier med et utvalg som inkluderer pasienter med psykose (trenger ikke være hele utvalget).
- Primærstudier som tar for seg miljøterapi, eller beskrivelser som kjenner seg ut som miljøterapi (selv om begrepet ikke er eksplisitt nevnt).
- Primærstudier med ansatt-erfaringer der miljøterapeuter er en del av utvalget.

- Primærstudier med pasienter/ansatte i spesialisthelsetjenesten eller tilsvarende nivå i utlandet.
- Primærstudier med publikasjonsår fra 2013-2023.

5.2.2.2 Kriterier for eksklusjon:

- Studier som baserer seg utelukkende på individualterapeuters erfaringer
- Pasientutvalg der ingen har psykosesymptomer.
- Studier som undersøker behandling som foregår i terapitimer, både individuelle- og gruppetimer med individualterapeuter.

5.2.2.3 Begrunnelse for justering av inklusjonskriterier

Kriteriene har blitt noe justert underveis. Bakgrunnen for endringen har handlet om at kriteriene ga et for smalt datagrunnlag. For eksempel ville vi i utgangspunktet se på studier som tok for seg erfaringer fra pasienter med psykosesymptomer. Det var nesten ingen studier som bare fokuserte på pasienter med psykosesymptomer. Flere studier inkluderte likevel erfaringer fra pasienter med blant annet psykosesymptomer, i tillegg til pasienter med andre alvorlige psykiske lidelser som alvorlig depresjon eller bipolar lidelse. I og med at kvalitative studier som tar for seg erfaringer fra pasienter med alvorlig psykiske lidelser virker sparsomt, så vi på det som nyttig å inkludere studier som ikke begrenser seg til utelukkende psykosesymptomer. Det kan se ut som om pasienter med psykosesymptomer spesielt og alvorlige psykiske lidelser generelt er en pasientgruppe som i liten grad er deltagere i kvalitativ forskning. Bakgrunnen for denne antagelsen er basert på treffene i litteratursøket. Det er ikke usannsynlig at sykdommens alvorlighetsgrad og symptomtrykk kan gi en del etiske utfordringer i forskningen. Blant annet når det kommer til informert samtykke om å delta i studien. Mer om forskningsetiske vurderinger senere i kapitlet.

Det var ønskelig å inkludere studier som undersøkte erfaringer rundt miljøterapi hos både pasienter og personal. Det ble etter hvert tydelig at miljøterapi som begrep ikke forekom i særlig grad i studier utenfor Norden. Likevel hadde flere studier et nyttig datamateriale i sine resultater som sier noe om miljøterapi, men uten å bruke akkurat dette begrepet. Vi har derfor valgt å inkludere studier som inneholder elementer som kjennetegner miljøterapi, selv om miljøterapibegrepet ikke blir nevnt eksplisitt.

Pasienters og miljøterapeuters erfaringer rundt bedringsprosessen er ikke eksplisitt nevnt i kriteriene for inklusjon. Begrunnelsen for det ligger i at intervensjonen, altså miljøterapi, tar sikte på å tilrettelegge for et terapeutisk miljø som bidrar til bedring i seg selv. Det ble derfor ikke vurdert som nødvendig å potensielt begrense søket ytterligere ved å legge det ved som søkeord.

5.2.3 Databaser

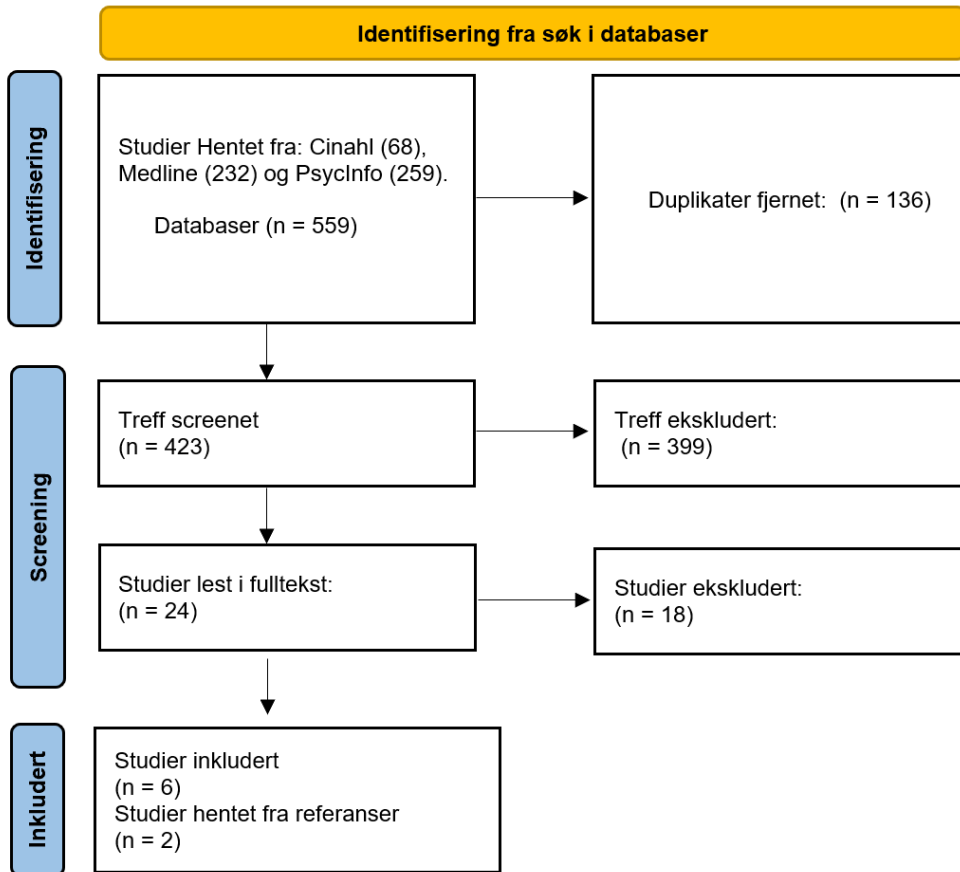
Databasene som er valgt i søket er Cinahl, Medline og PsycInfo. Cinahl er en database som inneholder litteratur fra sykepleiefag og beslektede fag som fysioterapi og lignende. Den har flest tidsskriftartikler og har en del kvalitativ forskning. Medline er en database innen medisin, sykepleiefag og andre helsefag. Den inneholder litteratur fra internasjonale tidsskrifter datert fra 1946 og nyere. PsycInfo er en database for psykologi og har litteratur datert fra 1800- tallet til i dag.

Søkeordene som er brukt i søkene er utformet sammen med en bibliotekar fra Universitetet i Stavanger. Først ble de forskjellige emneordene i de ulike databasene identifisert, og basert på disse ble det utformet et tekstordsøk. Tekstordsøkene ble utviklet basert på de forskjellige emneordsøkene i de ulike databasene. Deretter ble de individuelle emneordsøkene kombinert med tekstordsøk for å sikre at trefflisten på tekstordsøkene dekket både treff på tekstord og emneord. Til slutt ble det lagt til begrensninger på alder, språk, forskningsmetode og publiseringsår. Se vedlegg 1 for utfyllende søkestrategi.

5.2.4 Søkene

Søkene ble gjennomført 24.11.2023. Se figur 1 som viser inklusjon og eksklusjon av artikler i et PRISMA flytdiagram.

Figur 1



(Page et al., 2020).

Etter at søket ble gjennomført, ble det fjernet duplikater gjennom referansehåndteringsprogrammet Zotero. Deretter ble de gjenværende studier gjennomgått på tittel og sammendrag der treff som ikke var relevante ble sortert ut. Til slutt ble vi sittende igjen med et utvalg på 24 studier som ble lest igjennom i fulltekst. Av disse var det 5 studier og en doktorgradsavhandling som tilfredstilte inklusjonskriteriene. En studie ble funnet på Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og en studie ble funnet i referanselisten til en av de inkluderte studiene. Tabell 3 viser en oversikt over inkluderte studier. Mer utfyllende presentasjon av studiene finnes i vedlegg 2.

Tabell 3. Oversikt over inkluderte studier.

Forfatter	Problemstilling
Fernandes et al. (2021)	A conceptual framework to develop a patient-reported experience measure of the quality of mental health care
Odeyemi et al. (2018)	Factors affecting mental health nurses working with clients with first-episode psychosis
Deilgat (2014)	A Phenomenological Examination of Individuals Diagnosed with Schizophrenia
Borge L, Røssberg et al. (2013)	Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis
Ulfseth et al. (2015)	Social relations in everyday activities among patients with persistent mental illness at a psychiatric centre
Muir-Cochrane et al. (2013)	The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding
Berry et al. (2017)	Understanding Outcomes in a Randomized Controlled Trial of a Ward-based Intervention on Psychiatric Inpatient Wards: A Qualitative Analysis of Staff and Patient Experiences
Borge et al. (2013)	Learning through Cognitive Milieu Therapy among Inpatients with Dual Diagnosis

5.2.5 CASP-sjekklisten

For å kunne lage en syntese av eksisterende forskning, må også forskningen som skal inkluderes kunne kvalitetssikres. Kandidatartiklene vil være ulike, både når det gjelder design og teori, men de må likevel oppfylle krav til vitenskapelig kvalitet. For å vurdere den metodiske kvaliteten i primærstudiene finnes det forskjellige sjekklistene man kan bruke. God kvalitet i henhold til sjekklisten er likevel ikke nødvendigvis det samme som at resultatene i studien er presentert på en gjenbrukbar måte. Critical Appraisal Skills Program (CASP) er en sjekkliste som er utarbeidet for kvalitative studier (Malterud, 2017, s. 58–59). Det er den sjekklisten som er langt til grunn for å vurdere den metodiske kvaliteten på inkluderte primærstudier. Sjekklisten presenteres i tabell 4. Spørsmålene som danner utgangspunktet for sjekklisten er på engelsk, men vi presenterer spørsmålene med egen oversettelse.

Spørsmål

1. Kommer det klart fram hva som er formålet med studien?
2. Er kvalitativ metode riktig metode?
3. Er forskningsdesignet passende for å svare på problemstillingen?
4. Er utvalgsstrategien passende for å svare på problemstillingen?

5. Ble datainnsamlingen utført på en slik måte at den adresserer problemstillingen?
6. Har forholdet mellom forskere og deltakere blitt tatt hensyn til?
7. Er etiske utfordringer tatt hensyn til?
8. Er analysen av data gjort rede for på en grundig måte?
9. Er funnene klart presentert?
10. Hvor nyttig er studien?

Svar: Ja, nei eller uklart

Tabell 4. CASP vurdering av inkluderte studier.

	Studie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Fernandes et al. (2021)	J	J	J	J	J	U	J	J	J	Det har ikke vært studert før i Frankrike. Noen av resultatene kan være spesifikke for Frankrike.
2	Odeyemi et al. (2018)	J	J	J	J	J	N	J	J	J	Det er lite forsket på temaet fra et sykepleier-perspektiv. Sykepleiere bidrar til en stor del av behandlingen. Deres synspunkter er derfor viktige å få fram. Studien gjennomført i et område med stor arbeidsløshet, fattigdom og lavt utdanningsnivå. Funnene er kanskje ikke representative for et annet sosiodemografisk område.
3	Deilgat (2014)	J	J	J	U	U	J	J	J	J	Doktorgraden (USA) tar for seg pasienter med schizofreni som er innlagt på tvang, og viktigheten av miljøet rundt og personalets tilnærming, samt behovet for å forbedre tiltakene rundt en tvangsinnleggelse.
4	Borge L, Røssberg et al. (2013) Pasient-perspektiv	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Artikkelen gir en innsikt i effekten av KMT kombinert med fysisk aktivitet, noe det er lite forsket på tidligere.

5	Ulfseth et al. (2015)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Studien utforsker pasienters sosiale relasjoner i hverdagsaktiviteter når de er innlagt på en psykiatrisk sengepost. Studien er begrenset til en avdeling over tid, resultatet er derfor spesifikk for de gjeldende omstendighetene.
6	Muir-Cochrane et al. (2013)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Studien er begrenset til en psykiatrisk enhet i Australia. Studien legger vekt på hvorfor pasienter "rømmer" fra psykiatriske avdelinger, samt hvordan dette kan unngås. Det å rømme fra en psykiatrisk avdeling kan skape alvorlige problemer, både for pasienten selv og andre.
7	Berry et al. (2017)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Det har vært lite studier på det å se pasienten utenom diagnosen i U.K. Under studien ble det rapportert om mindre distanse mellom pasient og personal i et behandlingsforløp i U.K, når de gikk utenfor den såkalte «TAU behandlingen» (Treatment as Usual). Studien har tatt utgangspunkt i effekten av teamformulering på pasient- og ansattforhold på en psykiatrisk avdeling.
8	Borge et al. (2013) Personal- perspektiv	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Det er ikke mange studier innenfor miljøterapi (CMT), spesielt på feltet dobbeltdiagnose. Studien ønsker å fylle kunnskapshull og tilbyr implikasjoner for utforming og gjennomføring av miljøterapeutiske programmer for pasienter med dobbeltdiagnose.

(CASP, u.å.).

5.3 Validitet og reliabilitet

Validitet sier noe om overførbarhet. Ingen studier er overførbare i alle sammenhenger eller under alle omstendigheter. Derfor må vi se på hvilke sammenhenger og omstendigheter resultatene er overførbare i. På hvilken måte er resultatene i studien sanne og for hvem? Intern

validitet tar for seg funnenes gyldighet. Metoden må være relevant for å svare på forskerens problemstilling. Ekstern validitet sier noe om studiens overførbarhet. Kontekst er en viktig faktor i denne sammenheng. For eksempel er det ikke sikkert at erfaringer fra psykiatrien i USA er relevante for norsk psykiatri dersom måten å drive psykiatriske sengeposter på er helt forskjellig (Malterud, 2011, s. 23–24).

Reliabilitet handler i utgangspunktet om at dersom en annen forsker hadde brukt samme metode ville da resultatet blitt det samme? Det viser til at idealet i forskningen er nøytralitet og at resultatet er uavhengig av forskeren og hva som studeres. Reliabilitet i den betydningen er ikke relevant i kvalitativ forskning, fordi resultatene utvikles nettopp gjennom relasjonen mellom forsker og personene som studeres. I kvalitativ forskning må forskeren redegjøre for reliabiliteten gjennom å synliggjøre forskningsprosessen og på den måten redegjøre for kvaliteten til studien og verdien av resultatene som presenteres. Å være transparent, altså å gi en detaljert beskrivelse av forskningsprosessen slik at andre kan vurdere den på alle punkter, styrker reliabiliteten (Thagaard, 2013, s. 202).

Reliabilitet og validitet er ivaretatt i denne studien gjennom steg for steg beskrivelse av forskningsprosessen. Beskrivelse av søkestrategi, flytskjema som synliggjør inklusjon og eksklusjon av treff og ikke minst CASP-sjekklisten som primærstudiene har gjennomgått gjør forskningsprosessen transparent. Screening av studiene etter det systematiske litteratursøket hva blitt gjennomført hver for seg hos forskerne. Det medfører at begge har tatt stilling til om primærstudiene tilfredsstillende inkluderingskriteriene slik Malterud (2017) beskriver det.

5.4 Forskningsetiske vurderinger

De gjeldende forskningsetiske retningslinjene ivaretas av Helsinkideklarasjonen. Det er forskerens ansvar å ivareta etikken i sin forskning (Førde, 2014). Det er ikke nødvendig å søke godkjenninger hos Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) eller Regional etisk komité (REK) når man skal gjennomføre en kvalitativ metasyntese. Det er lite sannsynlig at dette designet medfører risiko for deltagerne i primærstudiene. Gjennom CASP-sjekklisten er det undersøkt at de inkluderte primærstudiene har innhentet nødvendige samtykker og godkjenninger. Selv om godkjenningene ikke er direkte relevante for denne studien, er det likevel nyttig å ha kunnskap om hva disse godkjenningene innebærer og ha disse i bakhodet når man skal jobbe med resultatene fra primærstudiene (Malterud, 2017, s. 136).

5.5 Analyse

5.5.1 Tolkning i et hermeneutisk perspektiv

Hermeneutikken er et fortolkende vitenskapssyn. I dette ligger det at menneskers erfaringer og opplevelser tolkes i sin egen kontekst for å danne meningsfulle data. Målet med hermeneutikken er å danne nye sammenhenger av mening gjennom fortolkning av et allerede eksisterende datamateriale. Kvalitativ forskning har sin forankring i det hermeneutiske perspektivet, og er særlig brukt innen helse- og sosialfaglig forskning. Spesielt innen forskning på profesjonsutøvelse. Det er derfor naturlig at datamaterialet i denne studien har sin forankring i det hermeneutiske vitenskapssynet. Hvordan vi forstår og tolker våre omgivelser bærer i hvilke forventninger vi har. Det kan skje helt ubevisst. Konteksten og dermed også hvilke forventninger som ligger til grunn for tolkningen er en sentral del av det hermeneutiske perspektivet. Likevel skal ikke forskeren tolke helt uavhengig. Forforståelse sitter alltid på skulderen og derfor starter man ikke med “blanke ark”. Det teoretiske utgangspunktet forskeren har, og innholdet i datamaterialet vil ha en gjensidig påvirkningskraft for hvilket forståelsesgrunnlag som dannes hos forskeren. Målet i hermeneutikken er å komme fram til nye måter å forstå et fenomen på, ikke nødvendigvis å forklare hvorfor noe er som det er (Brottveit, 2018b, s. 29, 2018a, s. 32–35; Thagaard, 2013, s. 37).

5.5.2 Forskernes forforståelse

Forforståelsen handler om den bagasjen vi har med oss inn i forskningsprosjektet. Erfaringer, opplevelser og faglighet er med på å danne motivasjonen til å utforske det temaet som studeres. Forforståelsen påvirker hvordan man tolker og leser data. Den vil ha betydning for hvilke deler av det innhentede datamaterialet som legges størst vekt på. Det er derfor noe å ha en bevissthet rundt, slik at vi kan bruke forforståelsen som et verktøy i stedet for at det blir en hindring. Er man ikke bevisst egen forforståelse kan denne føre til at egen overbevisning overskygger det empiriske datamaterialet. Forforståelsen spiller en rolle for hvilke antagelser og teoretisk bakgrunn som ligger til grunn for det man ønsker å studere nærmere (Brottveit, 2018b, s. 35; Malterud, 2011, s. 44–45).

Vi jobber begge to på lukkede psykiatriske sengeposter på et sykehus i Sør-Norge. Vi er utdannet vernepleiere og jobber med en pasientgruppe der psykosesymptomer er en sentral del av sykdomsbildet. Vi er miljøterapeuter og ser pasientene i det daglige og bidrar til

behandlingen utenom de individualterapeutiske samtaler. Vi er nysgjerrige på hva slags erfaringer psykosepasienter har med behandlingen de får i spesialisthelsetjenesten og også hvilke erfaringer miljøterapeutene har om behandlingsforløpet på en sengepost, sett i lys av miljøterapi. Vi opplever at den miljøterapeutiske behandlingen som foregår i avdelingen står i skyggen av den farmakologiske og individualterapeutiske behandlingen. Gjennom arbeidet vårt med pasienter innlagt på sengepost ser vi at å oppleve miljø i sengeposten som trygt og ha gode relasjoner til miljøterapeuter er et viktig bidrag i bedringsprosessen. Samtidig vil et opplevd trygt arbeidsmiljø, tverrfaglig samarbeid og gode relasjoner mellom kolleger føre til at det er lettere å stå i den tidvis krevende jobben det er å arbeide på en psykiatrisk sengepost. Vår erfaring er at trygghet og stødighet i personalgruppen er nødvendig for både trivsel blant personalet og for å gi god pasientbehandling. Gode medisiner og flinke psykologer er ikke nok dersom pasienten ikke opplever seg sett og ivaretatt av miljøterapeutene. Vi ser at gjennom gode relasjoner mellom pasient og miljøterapeut, kan vi bidra til bedre samarbeid i behandlingsforløpet. For eksempel kan pasienter som er skeptisk til å ta imot medisiner likevel gå med på dette fordi de har tillit til miljøterapeuten som tilbyr medisinen. Eller pasienter som har høyt symptomtrykk, er svært redde og derfor kan oppføre seg truende og aggressivt kan roe seg ned når han eller hun møter personal de føler seg trygge på. Problemstillingen ble utformet med bakgrunn i våre erfaringer som miljøterapeuter på sengepost. Vi var nysgjerrige på hva forskningen sier om både pasienter og miljøterapeuters erfaringer ved få eller gi behandling på sengepost, sett fra et miljøterapeutisk perspektiv. Vår opplevelse er at dette er et tema som ikke er utforsket i veldig stor grad tidligere og er i så måte et verdifullt bidrag i kunnskapsbanken når det gjelder behandling av noen av de sykeste blant oss.

5.5.3 Tolkning gjennom flere ledd

Primærstudier tolkes gjennom mange ledd. Når forskeren for eksempel sitter med råmateriale fra transkripsjon av intervjuer har det skjedd tolkning på flere nivå allerede. Deltageren forteller på bakgrunn av sin hukommelse og vurderinger vedkommende har gjort og forskeren inkluderer materialet basert på egen interesse og forståelse. Analysen er det nivået av tolkning der forskeren skal tolke opp mot relevante teoretiske perspektiver og på den måten komme fram til ny kunnskap. Transparens i denne prosessen kan være utfordrende når man skriver en metasyntese fordi vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om de tolkningsnivåene som allerede har blitt gjort i primærstudiene. Malterud refererer til Alfred Schütz beskrivelse av første-, andre-

og tredjeordensbegreper i analyseprosessen. Førsteordensbegreper er rådataene som kommer fram i gruppe- eller individualintervju. Andreordensbegreper er forskerens tolkning av førsteordensbegreper i lys av en teoretisk referanseramme. Resultatene i en kvalitativ primærstudiet av god kvalitet ligger derfor nærmere andreordensbegreper enn førsteordensbegreper. Tredjeordensbegreper er tolkning og syntese av første- og andreordensbegreper (Malterud, 2017, s. 72–73). I denne studien blir primærstudienes resultater presentert som andreordensbegreper mens tolkning og syntese av disse blir presentert som tredjeordensbegreper.

5.5.4 Analyseprosess i syv trinn

Malterud beskriver Noblit og Hare (1988) sin analyseprosess, men poengterer samtidig at mye har skjedd med forskningsmetoder siden Noblit og Hare utviklet metaetnografi som metode. Metaetnografi som metode ble utviklet i en tidsperiode da kvalitativ forskning ikke var anerkjent som forskningsmetode. Likevel beskriver metoden en del analytiske prinsipper som er nyttige å ta med seg, selv om studien ikke følger alle kriteriene for en metaetnografi. Overgangen mellom trinnene kan være flytende og Malterud anbefaler å se på trinnene som veiledende. Trinn 1-3 skjer før selve analyseprosessen. Steg 1 tar for seg det innledende arbeidet som å formulere problemstilling, planlegge søkestrategi og gjennomføre litteratursøket. Steg 2 beskriver hvordan å gå igjennom treff fra litteratursøket, inklusjon- og eksklusjonskriterier, fjerne duplikater, lese kandidatartiklene i fulltekst og presentere utvalgte primærstudier (Malterud, 2017, s. 78–79, 84). Disse stegene er beskrevet tidligere i metodekapittelet. Steg 3 innebærer å identifisere primærstudienes resultater og få oversikt over temaer som presenteres i disse (Malterud, 2017, s. 79). Først ble utvalgte studier skrevet ut og nærlest i fulltekst i flere omganger hvor forfatterne identifiserte mulige temaer relevant for problemstillingen i hver enkelt studie. Det ble markert med markeringspenn og notert i margene. For å synliggjøre temaer identifisert i hver enkelt studie ble det laget en tabell som viser en oversikt over temaene. Temaer relevant for problemstillingen ble fargekodet for å gi bedre visuell oversikt over sammenfallende temaer på tvers av studiene. Se vedlegg 5. Videre i selve analysen skal man i steg 4 organisere primærstudiene, der hver studie har sin kolonne. Hver studie har fått et tall i parentes for å enklere holde oversikt over hvilke forfattere som hører til hvilke studier. Matrisen synliggjør temaer identifisert i studiene, med utgangspunkt i en indeksstudie. Indeksstudien kan være en spesielt innholdsrik studie eller bare den eldste studien (Malterud, 2017, s. 79). I dette tilfellet ble ingen studier identifisert som ekstra

innholdsrik, derfor er indeksstudien i hver matrise den eldste studien. Indeksstudien er plassert til venstre i matrisen. Steg 5 innebærer å systematisk gjennomgå resultatdelene i primærstudiene, identifisere relevante tekstbiter og organisere disse gjennom beslektede tema horisontalt i matrisen slik at likheter og ulikheter synliggjøres (Malterud, 2017, s. 79). Studiene ble delt opp i en matrise for pasientperspektivet og en for miljøterapeutperspektivet. Tekstbiter med sitater, med beskrivende kontekst der det ble vurdert som nødvendig, fra de individuelle studiene ble hentet ut og plassert i matrisen, slik at de horisontale radene inneholder beslektede temaer fra hver studie. Tekstbitene ble gjennomgått i flere omganger og ordlyden i temaer ble endret på etter hvert som forfatterne fikk bedre oversikt over studiene som helhet. Steg 6 handler om å gå igjennom de horisontale radene for å lage en overordnet oversettelse som dekker alle tema og gir et nytt begrep som danner grunnlag for en ny forståelse. Det overordnede begrepet presenteres og gir grunnlaget for en ny selvstendig forståelse. Meningsinnholdet i tekstbitene blir syntetisert og tolket i kolonnen “vår tolkning”. Tabell 5 viser et eksempel fra matrisen fra miljøterapeutperspektivet. Matrisene i sin helhet finnes i vedlegg 3 og 4. I steg 7 skal man formidle resultatene i tekstform gjennom å utdype og begrunne meningsinnholdet i den nye forståelsen (Malterud, 2017, s. 78–79).

Tabell 5

Studier	L. Borge et al 2013 (7)	L.A. Ulfseth et al. 2015 (3)	E. Muir-Cochrane et al. 2013 (4)	K. Berry et al. 2017 (5)	J. D. Deilgat 2014 (6)	S. Fernandes et al. 2021 (8)	Overordnet begrep	Vår tolkning
Andreordens- begrep.	“(…) we are more equal (…) We discuss and talk and share experiences. They are curious. There is no such attitude like “we are the best”. It is very nice that they are competent both in psychiatry and addiction treatment. The staffs are very qualified for their job.”	“Sometimes I got very angry with my contact person at the centre because I had to do all the things in my schedule, although I knew it was for my own good.”	“(…) so you kind of sit there and think ‘I wonder what they’ve put in my notes about me today when clearly they haven’t spoken to me all day, how can they know how I’m going?’”	In particular, patients noticed that staff were being more encouraging and less critical, possibly reflecting increases in staff empathy and understanding. “Just verbally sort of encouraging the patients to be sort of in a good mood, instead of telling them off like they do.”	“I was like, “what happened, what?” I had no idea what happened, nobody in the hospital would answer my questions, you know, I’m like, “nurse, nurse, nurse,”	“I was able to realize that nurses were listening, it’s the relational aspect, and the feeling of being listened to.”	Relasjon til personal	Miljøterapeuter som ser pasientene, lytter og viser omsorg fremmer bedring. Miljøterapeuter som overser pasientene, behandler de som en belastning hemmer bedring.

6 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analyseprosessen. Analysen identifiserer to overordnet tema og seks undertema. Temaene presenteres under sine respektive perspektiver. Det er identifisert et overordnet tema for miljøterapeutperspektivet og et for pasientperspektivet. Undertemaene er temaer identifisert på tvers av studiene som på best måte beskriver fellestrekk opp mot denne studiens problemstilling. Hovedtema og undertemaer er presenter i tabell 6 nedenfor.

Tabell 6.

Perspektiv	Hovedtema	Undertema
Miljøterapeuter	Erfaringer med hva i arbeidshverdagen som fremmer eller hemmer god pasientbehandling	Arbeidsmiljø Terapeutisk allianse
Pasient	Erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring hos pasienter med psykosesymptomer.	Miljøet på sengepost Brukermedvirkning Pasient-pasient relasjon Relasjon til personal

6.1 Miljøterapeuters perspektiv

Erfaringer med hva i arbeidshverdagen som fremmer eller hemmer god pasientbehandling

Miljøterapeut-perspektivet nevner flere bidrag i deres arbeidshverdag som fremmer eller hemmer dem i å gi god pasientbehandling. Miljøterapeutene er opptatt av at et godt arbeidsmiljø bidrar til at de møter pasientene på en god måte. Veiledning og støtte blant kolleger er elementer som miljøterapeutene trekker fram som viktig. Samtidig er det å klare å etablere en god terapeutisk allianse til pasientene et viktig bidrag i opplevelsen av å lykkes i jobben sin.

6.1.1 Psykososialt arbeidsmiljø

Det er flere faktorer som beskriver arbeidsmiljøet på sengeposten. Miljøterapeutene trekker fram at samarbeid mellom kolleger og opplevelse av å jobbe sammen i et team med en felles forståelse for pasientenes behov, styrker samholdet og opplevelsen av et fellesskap i personalgruppen. Samholdet gir rom for å søke råd og støtte hos sine kolleger dersom man

opplever utfordrende situasjoner i arbeidet med pasientene (Berry et al., 2017; Borge, Angel, et al., 2013; Odeyemi et al., 2018). En deltager fra studien til Borge et al. (2013) beskriver dette godt:

“A good climate for cooperation contributed to the staff strengthening each other, as a milieu therapist described: “If we function well together as staff, we have energy to be good to the patients” (Borge, Angel, et al., 2013, s. 232).

Å kunne bidra til å hjelpe pasientene i sin reise mot bedring gjør jobben meningsfull for miljøterapeutene. En annet element som bidro til å gjøre jobben meningsfull var å oppnå en god terapeutisk allianse til pasientene. De beskriver videre at de trives i jobben fordi de opplever at det er håp om bedring for pasientene. En miljøterapeut beskriver det slik:

“I do get fulfilment of seeing somebody actually achieving their goals or kind of may be becoming well from their psychotic symptoms, but also kind of making good recovery” (Odeyemi et al., 2018, s. 427).

Muligheten for å få profesjonell veiledning trekkes fram som et viktig verktøy i arbeidet med å gi god pasientbehandling. I studien til Borge et al. (2013) får miljøterapeutene denne typen veiledning og opplever den som ekstremt viktig og betydningsfull. Samtidig er det tydelig at denne viktige veiledningen ikke er like tilgjengelig alle steder. I studien til Odeyemi et al (2018) forteller alle deltagerne at de opplever profesjonell veiledning som grunnleggende for å kunne gi god pasientbehandling. Likevel tilbys ikke denne typen veiledning til tross av at den har blitt etterspurt i flere år:

“we don't have any formal supervision which I have been fighting for the last however, many years I think it should be compulsory for nurses but it is not” (Odeyemi et al., 2018, s. 428).

6.1.2 Terapeutisk allianse

Studiene beskriver viktigheten av engasjement og omsorg for pasientene. I tillegg er utvikling av empati og forståelse for hvor pasienten kommer fra, og hva i deres historie som kan påvirke pasientens atferd, viktige bidrag til å danne en god terapeutisk allianse. Formidling av håp om bedring og møte pasientene med respekt og ansvarliggjøre dem som voksne individer vektlegges som et viktig element i møte med pasientene. Miljøterapeutenes evne til å skape rom for medvirkning til egen behandling er også viktige bidrag til den terapeutiske alliansen. Miljøterapeutene erfarte at økt fokus på brukermedvirkning gjorde pasientene mer

samarbeidsvillige og mindre pågående i samhandlingen med miljøterapeutene (Berry et al., 2017; Borge, Angel, et al., 2013; Odeyemi et al., 2018). En studie beskriver hvordan økt fokus på brukermedvirkning og mindre fokus på negative atferdsuttrykk førte til at pasienten endret atferd og samarbeidet bedre om behandlingen:

“We started letting him make more decisions, not nagging him as much and the service user seems to be a lot more settled, less intrusive, less demanding of staff time (...)” (Berry et al., 2017, s. 1217).

Økt kunnskap om pasientenes utfordringer gjennom refleksjon sammen med kolleger gir større muligheter til å skape en individuell tilpasset behandling til pasientene. Det fører til at man unngår å “stange hodet i veggen” når man møter på vanskelige problemstillinger (Berry et al., 2017). Studien til Borge et al. (2013) poengterer også viktigheten av at miljøterapeutene er bevisst sine egne holdninger til pasientene. En deltager beskriver at holdningen ble endret etter at vedkommende startet i sin nåværende jobb:

“I have a quite different attitude towards the patients now, a different kind of love and acceptance. I am not afraid anymore. I feel that I have learned a lot since I came here” (Borge, Angel, et al., 2013, s. 232).

En annen deltager i samme studie beskriver sine holdninger slik: “I try to be open- minded, empathetic and caring ... and convey that it is important to think positively (...)”(Borge, Angel, et al., 2013, s. 232).

6.2 Pasientperspektiv

Erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring hos pasienter med psykosesymptomer.

Pasientperspektivet nevner forhold som bidrar fremmende eller hemmende i deres individuelle bedringsprosess. Pasientene beskriver hvordan de fysiske omgivelsene på sengeposten og aktivitetene som tilbys bidrar til deres trivsel eller mangel på trivsel. I hvilken grad de har mulighet til å medvirke i egen behandling påvirker opplevelsen av å være innlagt. Pasientene beskriver hvordan relasjonen til miljøterapeutene og samhandlingen med andre medpasienter bidrar til deres opplevelse av bedring. Pasientene beskriver også hvordan relasjonen til miljøterapeutene og samhandlingen med andre medpasienter bidrar til deres opplevelse av bedring.

6.2.1 Miljøet på sengepost

Studiene har sprikende beskrivelser av hvordan miljøet på sengeposten oppleves. Noen av studiene presenterer erfaringer fra pasienter som beskriver omgivelsene i et positivt lys, mens andre studier presenterer nesten utelukkende negative erfaringer. Likevel finnes det noen fellestrekk. De fleste studier beskriver at pasientene er opptatt av et tilbud om meningsfulle aktiviteter, og at mangel på disse fører til kjedsomhet og misnøye blant pasientene (Borge, Røssberg, et al., 2013; Deilgat, 2014; Fernandes et al., 2021; Muir-Cochrane et al., 2013; Ulfseth et al., 2015). For eksempel i studien til Borge et al. (2013) beskriver en deltager hvordan reiser ut fra sengeposten oppleves som et positivt element i behandlingen:

“We often walk around in the forest and enjoy the nature. We also go to museums and do other cultural activities. (...) We have improved our habits, and that is important in itself” (Borge, Røssberg, et al., 2013, s. 939).

En deltager fra studien til Fernandes et al. (2021) trekker også frem at tilbud om varierte aktiviteter er spesielt viktig for pasienter som er innlagt på tvang. På den andre siden beskriver pasienter i studien til Deilgat (2014) en ganske annerledes opplevelse:

“(...) there was like nothing to do there, nobody to talk to (...)” (Deilgat, 2014, s. 109).

Videre beskriver en pasient hvordan avdelingens forsøk på å tilby en form for aktivitet ikke oppleves som meningsfull for pasienten. I stedet bidrar det til en negativ opplevelse av det fysiske miljøet på sengeposten. Pasienten beskriver at det står en TV i oppholdsrommet og at denne er innglassert i plexi-glass. Pasientene har ikke tilgang på fjernkontrollen og har derfor ikke mulighet til å skifte kanal. Pasienten beskriver sittemøblene rundt denne TVen slik:

“(...) sitting in “these chairs that don’t move, they’re like stationary chairs, and they’re very uncomfortable and you just like sit there and watch this game that nobody’s interested in.”” (Deilgat, 2014, s. 113).

Mangelen på meningsfulle aktiviteter blir igjen tydelig i studien til Muir- Cochrane (2013) der en pasient forteller:

“(...) there’s nothing to do (...) you just smoke cigarettes or think you want to go out and do something.” (Muir-Cochrane et al., 2013, s. 309).

Den generelle opplevelsen av miljøet, atmosfæren på posten, blir også beskrevet av pasientene. Når atmosfæren oppleves som god, fører det til at pasienten har tillit til miljøterapeutene og behandlingen som gis:

“Something is different here from other places. There is something about the atmosphere; it seems very well worked through. They know what they are doing” (Borge, Røssberg, et al., 2013, s. 936).

Informasjon om avdelingens faste rutiner gir også pasientene en opplevelse av forutsigbarhet som de setter pris på:

They take the time to introduce the place to us, to tell us the rules, the meal times, the space where we can smoke if we smoke, medication administration times, the permission times and where we can go if we want to take a permission (Fernandes et al., 2021, s. 9).

I motsatt fall vil en dårlig atmosfære gi helt andre erfaringer. Studien til Deilgat (2014) viser til flere tilfeller der pasienter uttrykker manglende tillit til behandlingen. En pasient går så langt som å si at opplevelsen av å være innlagt var umenneskelig og at miljøet var skremmende:

“Frank deemed the hospital “a scary environment to be in,” and described his hospital experience as “inhumane.”” (Deilgat, 2014, s. 153).

Flere pasienter i samme studie forteller at innleggelsen opplevdes som direkte anti-terapeutisk og at det førte til forverring av deres psykiske lidelse. En pasient beskriver sin opplevelse av å være innlagt på sykehus med sterke ord. Han sier det var et mareritt og sier videre: “I thought they were going to kill me” (Deilgat, 2014, s. 126).

6.2.2 Brukermedvirkning

Pasientene forteller om forskjellige opplevelser med brukermidvirkning. I to av studiene beskriver pasientene at de selv er med på å medvirke i egen behandling gjennom å identifisere egne mål og lage aktivitetsplaner. Pasientene opplever at personalet er støttende og bidrar med

et positiv press i gjennomføringen av mål og planer (Borge, Røssberg, et al., 2013; Ulfseth et al., 2015). I motsatt retning har vi studiene til Muir- Cochrane et al. (2013) og Deilgat (2014) der pasientene beskriver en følelse av maktesløshet og at ønsker og behov ikke blir lyttet til. Muligheten til å medvirke i egen behandling er ikke til stede. Miljøterapeuter bestemmer for eksempel når de får dusje, når de får røyke og når de får gå ut. Opplevelsen av at noen tar total kontroll over livene deres gjør et stort inntrykk på pasientene. Den maktesløsheten som beskrives, illustreres i dette sitatet:

“(...) the feeling of being powerless. To feel that somebody has total control over what you do, when you shower, when you go to bed, when you’re allowed out for a smoke has a massive effect on me, massive effect” (Muir-Cochrane et al., 2013, s. 309).

6.2.3 Pasient-pasient relasjon

Det kommer klart frem i studiene at pasientene har et delt syn på hvordan relasjonene til andre medpasienter på sengepost oppleves og påvirker opplevelsen av å være innlagt. Noen beskriver relasjonene som et positivt bidrag i form av vennskap, hjelpsomhet, støtte og motivasjon mens andre beskriver skremmende opplevelser som fører til redsel og frykt (Borge, Røssberg, et al., 2013; Deilgat, 2014; Fernandes et al., 2021; Muir-Cochrane et al., 2013; Ulfseth et al., 2015). I studien til Fernandes et al. (2021) forteller en pasient om sin positive opplevelse av å være sammen med andre pasienter, det å ha en opplevelse av å ikke være alene, at det finnes andre som står i samme situasjon:

They are beneficial these exchanges (...) I have found very sensitive, very intelligent people, who are listening (...) a good team. In some way, it reassures me because we tell ourselves that we are not the only ones on earth with problems (Fernandes et al., 2021).

To av pasientene i studien til Ulfseth et al. (2015) forteller om lignende opplevelser, de sier at de i begynnelsen av oppholdet på avdelingen følte seg annerledes og ikke velkommen av andre medpasienter. Etter hvert som de ble bedre kjent med andre på avdelingen, følte de seg mer inkludert og mindre forskjellige fra andre medpasienter (Ulfseth et al., 2015). Videre beskriver pasientene at medpasienter bidrar med å være positive, motiverende og ivaretagende overfor hverandre:

“I like the way we take care of each other in this place”(Ulfseth et al., 2015, s. 106). I en treningssammenheng motivere pasientene hverandre til å mestre:

“I am sure you will make it; you have such a strong body. I was also doubtful the first time, and look at me now. I do not have a strong body, but I am doing well” (Ulfseth et al., 2015, s. 106).

En pasient forteller at hun i liten grad oppnår kontakt med medpasienter, men at hun ved sin første innleggelse spurte medpasienter om råd for hva hun kunne si og gjøre for å raskere bli skrevet ut fra sykehuset:

You know, trying to talk to other people, sometimes they talk, sometimes they don't. “How do you get outta here? How do you get outta here? What do I gotta do?” The first time I was doing that, the first time I got hospitalized. They were like “you just gotta play the part, you just gotta tell the doctor you feel great now, you're sorry for what you did you were depressed, but you feel better (Deilgat, 2014, s. 112).

Det å lære fra andre medpasienter som har opplevd det samme eller lignende situasjoner som en selv, går også igjen i Borge et al. (2013) sin studie (Borge, Røssberg, et al., 2013).

Det er variert i hvor stor grad pasientene opplever seg trygg med andre medpasienter, flere forteller at de er redde. Redsel for andre medpasienter har ført til at pasienter har stukket av fra avdelingen, det kommer frem i studien til Muir-Cochrane et al. (2013):

(...) and in came an ambulance with one of the fellows who had a day pass, day release, at that stage came back and he was heavily drugged and had his wrists all bandaged up, he'd clearly tried to suicide and that really frightened me, freaked me out and I thought 'hell I'm not going this way', so I took off (Muir-Cochrane et al., 2013, s. 308).

Utagering skaper også frykt, det kommer frem i studien til Fernandes et al.: (...) “We find people who are very agitated, really very, very agitated, so when there are heavy cases it's a little scary” (Fernandes et al., 2021, s. 7).

Uønsket seksuell oppmerksomhet bidrar også til ubehag og frykt for medpasienter: “(...) also another reason why I've absconded is because, some of the male patients have been sexually, whatever the word is (harassing) (...) and I've been scared.” (Muir-Cochrane et al., 2013, s. 308).

6.2.4 Relasjon til miljøterapeuter

I pasientenes relasjon til miljøterapeuter fremkommer det store forskjeller i erfaringer. Noen studier presenterer erfaringer som beskriver at miljøterapeutene er støttende, motiverende og at de viser engasjement. Pasientene opplever å bli møtt med respekt og de trekker spesielt fram opplevelsen av å bli møtt som likeverdige i relasjonen. Det er viktig for dem at miljøterapeutene ikke oppleves som om de “vet best”. Det verdsettes at miljøterapeutene er åpne om seg selv i relasjonen framfor å være veldig lukket og privat (Berry et al., 2017; Borge, Røssberg, et al., 2013; Fernandes et al., 2021). Miljøterapeutene legger til rette for en god terapeutisk allianse og gir en opplevelse av å være verdsatt. Det gir håp:

“They respected me. They cared for me, more than normal I would say. That people care for me means very much to me. I become important in this life. This gives me hope” (Borge, Røssberg, et al., 2013, s. 937).

Andre studier viser et helt annet bilde av pasientenes opplevelse av miljøterapeutene. Pasientene beskriver miljøterapeuter som ikke er tilstedeværende. De snakker ikke med pasientene, de føler seg oversett og ignorert og de sitter med en opplevelse av at ingen bryr seg om dem. En pasient beskriver at den eneste gangen vedkommende snakket med miljøterapeuter var ved måltid og medisindeling. Flere pasienter beskriver at miljøterapeutene behandler dem som “et nummer i rekken” og de fikk en følelse av å være uten verdi. Pasientene opplever at miljøterapeutene ikke trives i jobben sin og at de neglisjerer pasientene fordi de ikke har empati med dem (Deilgat, 2014; Muir-Cochrane et al., 2013). Miljøterapeutene blir sett på som “fienden” og pasientene beskriver relasjonen dem imellom som preget av “dem og oss”-dynamikker:

Certainly when I was in that situation it was them and us and (...) the nursing staff were the enemy (...) they had the nurses’ station in the middle and it was like a garrison and the nurses didn’t talk with you at all (Muir-Cochrane et al., 2013, s. 308).

En annen pasient forteller om hvordan han opplevde å ikke bli møtt på sine basale behov og at miljøterapeutene behandlet han som “en grønnsak”:

“Sancho expressed that while he was restrained, “you want food, they don’t give you food, they give you whatever they want, they’re treating you like, um, a vegetable”” (Deilgat, 2014, s. 126).

7 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å svare på problemstillingen: Pasienter med psykosesyntomer og miljøterapeuters erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring i psykisk helsevern (PHV). Analysen av resultatene opp mot problemstillingen identifiserte to hovedtema og seks undertema. Resultatene viser at tverrfaglig samarbeid, veiledning, støtte fra kolleger og den terapeutiske alliansen til pasientene er alle forhold som påvirker miljøterapeutens evne til å gi god pasientbehandling. Pasientene på sin side beskriver at miljøterapeutens holdninger og engasjement, omgivelsene i sengeposten og relasjonen til medpasienter er elementer som påvirker deres individuelle bedringsprosess. Det er vanskelig å se på hvert enkelt tema helt isolert, og temaene vil i noen tilfeller flyte over i hverandre. Noen fenomener som beskrives er felles for flere av temaene.

7.1 Miljøterapeuters perspektiv

Erfaringer med hva i arbeidshverdagen som fremmer eller hemmer god pasientbehandling.

7.1.1 Psykososialt arbeidsmiljø

Miljøterapeutene trekker fram at det er viktig med et godt arbeidsmiljø for å kunne gi god pasientbehandling. Opplevelsen av fellesskap og et felles mål for behandlingen styrker samholdet i personalgruppen. Fellesskapet fører til at miljøterapeutene kan bruke hverandre som støtte når de selv opplever arbeidshverdagen som utfordrende eller står i utfordrende situasjoner i arbeidet med pasientene (Berry et al., 2017; Borge, Angel, et al., 2013; Odeyemi et al., 2018). Dette samsvarer med studier som ser på det psykososiale arbeidsmiljøet i psykisk helsevern (Jenkins & Elliott, 2004; Jönsson, 2012). Vår erfaring er at dersom miljøterapeutene har et godt samarbeid i sengeposten, fører dette til en generell positiv stemning og fremmer god kommunikasjon mellom miljøterapeutene som er på jobb. Dersom det generelle arbeidsmiljøet oppleves dårlig, fører dette til mer baksnakking, nedsnakking av andres kompetanse og generell misnøye blant personalet. Vår erfaring er at pasientene påvirkes av stemningen som er blant personalet på sengepost, noe som igjen bidrar til pasientenes generelle opplevelse av å være innlagt. I tillegg vil utfordrende situasjoner med pasienter oppleves enda mer stressende og belastende dersom man ikke opplever kollegene som støttende. Det samsvarer med Skårderud og Sommerfeldts (2013) erfaringer som beskriver at i sengeposter der miljøterapeuter har et godt samarbeidsklima, rapporterer pasientene om at de opplever god behandling (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 36).

Veiledning blir beskrevet av miljøterapeutene som et viktig bidrag for å kunne gi god pasientbehandling, men at det varierer i hvilken grad den typen veiledning tilbys (Borge, Angel, et al., 2013; Odeyemi et al., 2018). Studier viser at veiledning er viktig for både den faglige utvikling på sengepost som helhet, men også viktig for den subjektive opplevelsen av individuell kompetanse. Veiledning gir rom for at miljøterapeutene kan uttrykke følelser knyttet til utfordringer de møter i en trygg arena og noe som kan lette arbeidsbelastningen (Bogo et al., 2011; McDonough et al., 2024; Wormnes, 2013, s. 23–24). Egne opplevelser av veiledning er at det er et viktig bidrag til pasientbehandlingen. Veiledning stimulerer til refleksjon omkring pasientens historie og atferdsuttrykk. Økt forståelse for hvor pasienten kommer fra kan bidra til at miljøterapeutene viser mer empati for pasienten selv om pasientens atferd kan oppleves krevende. På grunn av høy arbeidsbelastning kan tilbudet om veiledning være sårbart, fordi det krever ressurser knyttet til å kunne avse personal. Dersom det er mangel på personal på sengepost, vil veiledning bli nedprioritert er vår erfaring. Dette kan være en av grunnene til at miljøterapeutene i studien til Odeyemi et al. (2018) ikke opplevde å få tilfredsstillende veiledning selv om de etterspurte dette.

7.1.2 Terapeutisk allianse

Behandling foregår i relasjoner og kvaliteten på relasjonen er derfor utslagsgivende for behandlingsresultatet. Kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og pasient danner utgangspunktet for å bygge en terapeutisk allianse. Den terapeutiske alliansen danner grunnlaget for behandling og er i så måte avgjørende for bedringsprosessen. Den terapeutiske alliansen er viktigere enn selve intervensjonen. De relasjonelle kvalitetene og de personlige egenskapene hos miljøterapeutene vektlegges i større grad av pasientene enn faglig bakgrunn (Jørgensen et al., 2018; Najavits & Strupp, 1994; Schön et al., 2009; Thorgaard, 2006, s. 43; Wormnes, 2013, s. 191, 194, 200). Resultatene samsvarer med teorien. Relasjonelle kvaliteter som å vise empati, møte pasienten med respekt, være engasjert og vise omsorg ble sett på som viktige relasjonelle kvaliteter i behandlingsrelasjonen (Berry et al., 2017; Borge, Angel, et al., 2013; Odeyemi et al., 2018).

Bevisstgjøring omkring egne holdninger trekkes fram som et viktig element for å gi god pasientbehandling. En deltager i studien til Borge, Angel, et al. (2013) beskriver hvordan endrede holdninger ga mindre redsel i møte med pasientene og førte til økt forståelse for pasientenes situasjon. Det illustrerer viktigheten av miljøterapeutenes evne til selvrefleksjon. Dette samsvarer med studien til Schön et al. (2009) som beskriver at personlighetstrekk har

større betydning enn faglig bakgrunn. På den annen side kan evnen til selvrefleksjon innebære å identifisere elementer som er skadelige for den terapeutiske alliansen slik Jensen (2022) trekker frem. Dersom man ikke er bevisst prosesser som kan virke hemmende på den terapeutiske alliansen, kan det bidra til dårlig pasientbehandling og hemme bedringsprosessen (Jensen, 2022; Schön et al., 2009). Våre erfaringer viser at noen miljøterapeuter oftere oppnår en god relasjon til pasienter enn andre. Miljøterapeuter som får til å bygge en god terapeutisk allianse til pasienter har ofte egenskaper som varme, empati, er gode til å lytte og bruker humor. De viser en ekte interesse i pasientens historie og er nysgjerrige på pasientens opplevelser. Miljøterapeuter som oppleves som strenge, firkantede og upersonlige skaper i større grad misnøye blant pasientene og bidrar til dårligere samarbeid. Sistnevnte samsvarer med studien til Schön et al. (2009) som beskriver det samme. Noen ganger har pasientene et så høyt symptomtrykk at de har et utfordrende atferdsmønster. Uforutsigbare situasjoner kan bidra til økt stress og fare for utbrenthet hos miljøterapeutene (McDonough et al., 2024). Vår erfaring viser at pasienter som oppleves som krevende kan vanskeliggjøre evnen til selvrefleksjon. Det er lett å vise empati og omsorg for pasienters opplevelser dersom man kjenner seg igjen. Noen ganger hender det at pasientene viser et atferdsuttrykk som skaper avsky hos miljøterapeutene. Man kan oppleve å bli blind for hva som kan ligge til grunn for den atferden pasienten viser. Miljøterapeutene er tross alt bare mennesker de også. Selv miljøterapeuter med gode relasjonelle ferdigheter kan risikere å møte pasienten med avvisning, ignorering eller til og med legger skyld på. Dette skaper en emosjonell avstand og kan bidra til en skadelig pasientrelasjon slik studien til Najavits og Strupp (1994) beskriver. Tverrfaglig samarbeid og profesjonell veiledning fra en utenforstående bidra til å skape forståelse for pasientens atferdsuttrykk. Psykose er en lidelse som forvrenger pasientens virkelighetsoppfatning og gjør sosiale relasjoner utfordrende (Joa & Johannessen, 2021, s. 8; Melle, 2015, s. 17; Topor, 2006, s. 251). Økt kunnskap om pasientenes lidelse kan bidra til refleksjon på gruppenivå og på den måten hjelpe miljøterapeutene til å komme i kontakt med gode relasjonelle egenskaper de allerede besitter. Både tverrfaglig samarbeid og veiledning kan bidra til å øke det kollektive kunnskapsnivået i personalgruppen, men også gi rom for at den individuelle miljøterapeuten har et trygt sted å luften vanskelige følelser og opplevelser knytte til egen praksis. Til sammen utgjør dette kunnskap som bidrar til bedre pasientbehandling (Bogo et al., 2011; McDonough et al., 2024; Wormnes, 2013, s. 23–24).

7.2 Pasientperspektivet

Erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring hos pasienter med psykosesyntomer.

7.2.1 Miljøet på sengepost

Miljøterapi er en sentral del av behandlingen på psykiatriske sengeposter, spesielt når det handler om pasienter med psykosesyntomer. Miljøterapi dreier seg om en systematisk tilrettelegging av fysiske og sosiale forhold som til sammen skal danne et terapeutisk behandlingsmiljø. Fysiske forhold kan innebære valg av møbler og den fysiske utformingen av sengeposten, mens sosiale forhold innebærer relasjoner til personal, medpasienter og de aktivitetene som tilbys (Joa & Johannessen, 2021, s. 6; Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 29, 36). Hensikten med miljøterapi er å gi rom for læring og personlig mestring for pasienten (Vandvik, 2021). Bedring er en utviklingsprosess og målet er ikke nødvendigvis full tilfriskning. Bedring er en prosess der målet for noen kan være å lære seg å leve med og mestre de utfordringene lidelsen bringer med seg (Borg, 2009; Borg & Topor, 2014, s. 31; Topor, 2003, s. 18, 21).

En dimensjon av miljøterapi er de planlagte aktivitetene (Vandvik, 2021). Resultatene viser at pasientene er opptatt av et tilbud om meningsfulle aktiviteter, dette holder motivasjonen oppe i behandlingen og hindrer kjedsomhet og misnøye blant pasientene (Borge, Røssberg, et al., 2013; Deilgat, 2014; Fernandes et al., 2021; Muir-Cochrane et al., 2013; Ulfseth et al., 2015). Vår erfaring på bakgrunn av vårt arbeid på to ulike sengeposter viser at planlagte aktiviteter har betydning for pasientens trivsel. På den ene sengeposten er det lagt opp til en felles tur-dag en gang i uken, mens den andre sengeposten har sporadiske tur-dager alt etter vær og bemanningssituasjon. Erfaringer viser at mange pasienter ser frem til denne tur-dagen fordi det er en felles aktivitet sammen med andre. Felles aktiviteter bidrar til relasjonsbygging både mellom miljøterapeuter og medpasienter. Begrepet "tur" er løst begrep og handler mer om en utflukt ut fra sengeposten og ikke nødvendigvis i betydning fjelltur. Tur-dagen blir tilpasset ut ifra de pasientene som ønsker å delta. Det tas hensyn til behov, ønsker og pasientens individuelle muligheter til å være med. Dersom ingen liker å gå tur, kan en i stedetfor kjøre til stranden å kjøpe is. Likevel er det forutsigbart med en fast aktivitet å se fram til hver uke og det er ett fast personal som er med hver gang. Fordi det på den andre sengeposten ikke er prioritert å ha en fast tur-dag resulterer det ofte i at det ikke blir noe tur. Det kan se ut som om det er lettere å nedprioritere aktiviteter som ikke er en fast rutine.

Våre resultater viser at den enkelte sengepost gjør forskjellig når det kommer til meningsfulle aktiviteter, dette sier også Røssberg (2018) noe om. Han mener at psykiatriske avdelinger for det meste former sin egen miljøterapi og finner sin egen stil, ut ifra ressurser, pasientgrupper og de fysiske rammene på sengeposten (Røssberg, 2018, s. 41). Noen resultater viser at ikke alle avdelinger er like opptatt av å tilby meningsfulle aktiviteter for innlagte pasienter. Pasientene forteller at det ikke er noe å ta seg til og det medfører en opplevelse av lange dager og kjedsomhet (Deilgat, 2014; Muir-Cochrane et al., 2013).

En annen dimensjon av miljøterapi handler om den opplevde atmosfæren på sengeposten. Postatmosfære kan måles gjennom WAS-skalaen og definerer områder som kan bidra til god eller dårlig postatmosfære. Støtte, engasjement, praktisk orientering og orden er elementer som bidrar til god postatmosfære. En god terapeutisk allianse basert på positive holdninger, varme og empati er avgjørende for opplevelsen av postatmosfæren (Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 17, 28–29; Røssberg, 2018, s. 41). Miljøterapi er relasjonsbehandling og psykiske lidelser er ofte et utfall av relasjonsskader som kan behandles gjennom gode relasjoner til både medpasienter og miljøterapeuter på sengepost (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 29). Pasienterfaringene fra resultatene støtter opp om teorien og pasientene sier at en god relasjon til miljøterapeutene bidrar til bedring. De opplever at en god atmosfære og tillit til miljøterapeutene er en viktig del av bedringsprosessen (Borge, Røssberg, et al., 2013). Dette samsvarer også med Helsedirektoratets føringer som sier noe om viktigheten av pasient-terapeut-relasjon for pasientens bedring og tilfredshet (Helsedirektoratet, 2013). I motsatt ende vil sinne, aggresjon og en opplevelse av meningsløse regler og personalkontroll være til hinder for en god postatmosfære og som en konsekvens føre til et mindre terapeutisk behandlingsmiljø (Røssberg, 2018, s. 40–41). Pasientene i studiene til Deilgat (2014) og Muir-Cochrane et al. (2013) opplever manglende tillit til miljøterapeutene og beskriver at miljøet oppleves antiterapeutisk og skremmende.

Våre erfaringer er at det terapeutiske behandlingsmiljøet gjenspeiles i miljøterapeutenes evne til å legge opp individuelle behandlingsplaner. Nivået av miljøterapi sikres gjennom en vurdering av pasientens symptomtrykk og funksjonsnivå. Tilfredsstillende nivå av beskyttelse, støtte og struktur til den enkelte pasient bidrar til et terapeutisk miljø som fremmer bedring. Dette samsvarer med Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser (Thorgaard & Haga, 2014, s. 131–132). Det er derfor ikke overraskende at pasienterfaringene som kommer frem i studiene til Muir-Cochran et al. (2013) og Deilgat (2014) beskriver et anti-terapeutisk behandlingsmiljø. Det virker som om miljøterapi er totalt fraværende i disse

sengepostene (Deilgat, 2014; Muir-Cochrane et al., 2013).

7.2.2 Brukermedvirkning

Retten til å medvirke i egen behandling er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Idealet er at pasienten til enhver tid skal kunne delta i avgjørelser omkring egen behandling og komme med innspill. Bakgrunnen er tanken om at pasienten kjenner sin egen situasjon og egne behov best. Brukermedvirkning bidrar til at pasienten opplever seg likeverdig og har kontroll over retningen behandlingsprosessen tar (Storm & Rennesund, 2009, s. 11). Psykose-teori forteller oss at pasienter med psykosesymptomer har en annerledes virkelighetsoppfatning enn normal befolkningen. De kan være påvirket av hallusinasjoner og det kan være vanskelig for pasientene å skille mellom virkelighet og fantasi (Joa & Johannessen, 2021, s. 8; Melle, 2015, s. 17; Topor, 2006, s. 251). Det er elementer som kan være til hinder for brukermedvirkning. Storm (2009) problematiserer dette og sier at i noen tilfeller er pasienten så syk at den ikke selv er i stand til å gi et informert samtykke. I disse tilfellene kommer tvangsparagrafene i lov om psykisk helsevern inn (Psykisk helsevernloven, 1999). Selv om graden av brukermedvirkning kan variere ut ifra hvor pasienten befinner seg i sitt sykdomsforløp, så betyr ikke det at pasienten aldri kan medvirke noe i egen behandling. For eksempel så beskriver en pasient i studien til Muir-Cochrane et al. (2013) at han opplevde seg totalt maktesløs og at miljøterapeutene hadde total kontroll over alt i pasientens liv (Muir-Cochrane et al., 2013, s. 309). Holdninger både på systemnivå og individnivå har stor betydning for graden av brukermedvirkning. I studien til Jørgensen et al. (2018) beskriver en sykepleier at de har et ønske om å tilrettelegge for brukermedvirkning, men at det er vanskelig på bakgrunn av organisatoriske utfordringer. I dette ligger det at behandlingsmessige valg tas i forum hvor pasienten ikke har tilgang. Dette, samme med et symptom- og medisinfokus, fører til at pasientene i stor grad blir informert om avgjørelser i stedet for å ta del i avgjørelsene (Jørgensen et al., 2018). Bee et al. (2015) problematiserer at "oven fra og ned"- holdninger og en behandlingskultur som vektlegger sikkerhet og kontroll direkte hemmer brukermedvirkning og hindrer håp om bedring (Bee et al., 2015). Også Borg og Topor (2014) problematiserer negative holdninger. I psykiatrien blir ofte symptomer og medisiner vektlagt, og man glemmer å se mennesket bak diagnosen. Det er ofte en pessimistisk holdning knyttet til potensialet for bedring hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse (Borg & Topor, 2014, s. 13–14).

Vår erfaring er at selv pasienter innlagt på tvang har mulighet til å medvirke i egen behandling på noen plan, selv om de ikke kan bestemme alt. Leamy et al (2018) viser til at kontroll i eget liv er en av faktorene som er viktig for pasientens opplevelse av bedring (Leamy et al., 2018). Empirien viser at brukermedvirkning kan tilrettelegges gjennom at miljøterapeutene bidrar til å støtte pasientenes gjennomføring av egne mål (Borge, Røssberg, et al., 2013; Ulfseth et al., 2015). For at brukermedvirkning skal finne sted er pasientene prisgitt at miljøterapeutene legger til rette for det.

7.2.3 Pasient-pasient relasjon

Resultatene viser delte erfaringer når det kommer til relasjoner mellom pasienter som er innlagt samtidig. På den ene siden forteller pasientene om en opplevelse av å være en del av et støttende fellesskap. Relasjonene oppleves som gode når medpasientene er lyttende, imøtekommende og vennlige (Borge, Røssberg, et al., 2013; Fernandes et al., 2021; Ulfseth et al., 2015). Empirien bekreftes av teori der studier viser at gode relasjoner til medpasienter fremmer bedring. Det vektlegges at å kunne snakke med andre pasienter med lignende erfaringer bidrar til en opplevelse av tilhørighet (Anthony & Rutman, 1993; Gilbert et al., 2008; Ludvigsen, 2009; Thibeault et al., 2010). Vi har erfart at pasienter som er godt kjente på sengeposten kan bidra med støtte og motiverende ord til nye pasienter som synes rammene av innleggelse er vanskelige. At pasientene har lignende bakgrunn, kan synes å virke tillitsskapende for nye pasienter. Dette samsvarer med funnene i studien til Ludvigsen (Ludvigsen, 2009). Det kan se ut som om andre pasienters erfaringer veier tyngre enn miljøterapeutenes forklaringer. Spesielt i tilfeller der den terapeutiske relasjonen ikke enda er etablert.

Relasjoner mellom pasienter er ikke alltid behandlingsfremmende. Skadelige relasjoner mellom pasienter kan gi grobunn for konflikter og som en konsekvens forverre pasientens psykiske lidelse (Ludvigsen, 2009; Thibeault et al., 2010). Vår erfaring er at flere medpasienter kjenner hverandre fra før. I hvilken grad deres relasjon bidrar positivt i bedringsprosessen avhenger av hva slags bagasje de har med seg i relasjonen. Mange som innlegges på sengepostene vi jobber på har et pågående rusmiddelbruk av illegale rusmidler. Noen ganger oppstår det konflikter mellom pasienter inne på avdelingen som bunner i at noen skylder penger eller har solgt «dårlig stoff» og lignende. Andre ganger kan samtaletema rundt rusmiddelbruk føre til at medpasienter får et så stort rus-sug at de enten får rusmidler levert på sengepost eller stikker av for å ruse seg. Flere ganger har vi opplevd at pasienter får levert

rusmidler til avdelingen og deler med medpasienter. Dette er direkte hemmende for bedringsprosessen.

Hendelser i avdelingen som utageringer, trusler og trakassering fører til utrygghet og redsel (Gilburt et al., 2008). Resultatene viser at agiterte medpasienter, uønsket seksuell oppmerksomhet fra medpasienter og situasjoner der pasienter er vitne til medpasienter i ekstra sårbare situasjoner (som for eksempel ved selvmordsforsøk) bidrar til redsel og skadelige relasjoner som virker hemmende på bedringsprosessen (Fernandes et al., 2021; Muir-Cochrane et al., 2013).

7.2.4 Relasjon til miljøterapeuter

Pasientene gir sprikende beskrivelser av deres relasjon til miljøterapeuter. Noen studier beskriver pasientopplevelser som viser at miljøterapeutene er støttende, motiverende og har engasjement for pasientene. Pasientene opplever å bli møtt med respekt, deres erfaringer og meninger blir lyttet til og relasjonen oppleves som likeverdige. En god terapeutisk allianse bidrar til håp om bedring for pasientene (Berry et al., 2017; Borge, Røssberg, et al., 2013; Fernandes et al., 2021). Dette sammenfaller med studien til Najavits og Strupp (1994) som legger vekt på at relasjonelle kvaliteter som å vise varme, ha et ønske om å hjelpe og vise forståelse er elementer som styrker den terapeutiske alliansen (Najavits & Strupp, 1994). De relasjonelle kvalitetene og egenskapene hos miljøterapeutene gir viktigere bidrag til behandlingen enn selve intervensjonen (Schön et al., 2009, s. 6). Wormnes (2013) påpeker at den terapeutiske relasjonen danner grunnlaget for all behandling og er av stor betydning for utfallet av behandlingen (Wormnes, 2013, s. 191, 200).

Studiene til Muir-Cochrane et al. (2013) og Deilgat (2014) presenterer et litt annet bilde. Pasientene forteller om opplevelser der de føler seg oversett, ignorert og møtt uten empati. Pasientene har en opplevelse av å være redusert til “et nummer i rekken” og “en grønnsak”. Som verdiløse. Pasientene beskriver miljøterapeutene som “fienden” og at forholdet bærer preg av en “dem og oss”-dynamikk. Disse opplevelsene bidrar til at pasientene betegner innleggelsen som direkte anti-terapeutisk. At den bidrar til å forverre deres lidelse (Deilgat, 2014; Muir-Cochrane et al., 2013). Pasienterfaringene samsvarer med det Najavits og Strupp (1994) beskriver som skadelige relasjoner. Skadelige relasjoner ødelegger for oppbygging av en terapeutisk allianse og hindrer bedring. Slike relasjoner bør avsluttes så raskt som mulig for å ikke påføre pasienten ytterligere lidelse (Jensen, 2022, s. 136–137). De skadelige

relasjonene som beskrives er det vanskelig å kjenne seg igjen i basert på våre erfaringer innen norsk psykiatri. Vår opplevelse er at de som jobber på sengepost har et oppriktig ønske om å hjelpe pasientene og fokuset er på å bygge en god terapeutisk allianse med pasientene. Det betyr ikke at vi alltid klarer å få til en like god terapeutisk relasjon med alle pasientene, men at vi som gruppe klarer å gi god pasientbehandling gjennom gode relasjonelle egenskaper. Noen ganger opplever man å ha ekstra god kjemi mellom miljøterapeut og pasient, og i de tilfellene kan det hende at den individuelle miljøterapeut bidrar litt ekstra i bedringsprosessen til pasienten.

8 Styrker og svakheter ved studien

Kvalitativ metasyntese som metode fungerer godt når formålet er å samle kunnskap fra kvalitative primærstudier. Forskningsmetodens styrke er at den tar sikte på allerede eksisterende kunnskap og bruker denne til å komme fram til ny kunnskap. En styrke ved denne studien er at det har vært to forskere. Det innebærer at det har vært to sett med øyne som tolker og vurderer datamaterialet.

Svakheter ved denne studien innebærer at forskerne har et nært forhold til temaet som studeres. Begge er miljøterapeuter som jobber med pasienter med psykosesyntomer innlagt på sengepost. Vi har gått inn i dette temaet med en forforståelse som farger de brillene vi leser empirien med. Det kan bidra til at resultatene som er vurdert som relevante er farget av forskerens forforståelse, selv om forskeren har forsøkt å ha et bevisst forhold til det. En annen svakhet ved studien er antall studier inkludert. Et større antall studier kunne ført til et bredere datamaterialet og kanskje gitt andre resultater. Det er også en svakhet at søkeord som «recovery» ikke er en del av litteratursøket. Det er mulig vi har gått glipp av noen relevante studier på grunn av det. Et kvantitativt design der en fikk tallfestede data og som belyser andre aspekt ved vår problemstilling ville også kunne beriket funnene våre. Litteratursøkene til denne oversikten ble avsluttet i desember 2023. I metodelitteratur anbefales det å gjøre oppdateringssøk dersom datoen fra litteratursøk til publisering (vår innlevering av oppgaven) er lengre enn seks til åtte måneder. På grunn av tidsbegrensning har vi ikke utført nye oppdateringssøk når vi nå ferdigstiller studien.

9 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å belyse pasienter med psykosesymptomer og miljøterapeuters erfaringer med hva som hemmer eller fremmer bedringsprosessen i psykisk helsevern. Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode er brukt for å løfte fram eksisterende forskning og bidra med en ny forståelse. Studien har identifisert to overordnede tema og seks undertema på tvers av kvalitative primærstudier. Miljøterapeutperspektivet identifiserer “erfaringer om hva i arbeidshverdagen som fremmer eller hemmer god pasientbehandling” som overordnet tema, med psykososialt arbeidsmiljø og terapeutisk relasjon som undertema. Pasientperspektivet identifiserer “erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring hos pasienter med psykosesymptomer” som overordnet tema og miljøet på sengepost, brukermedvirkning, pasient-pasient relasjon og relasjon til personal som undertema.

Resultatene viser at miljøterapeutene er ganske samstemte i sine erfaringer om hva som bidrar til god pasientbehandling. De trekker fram elementer som å bygge en god terapeutisk allianse basert på respekt, empati og omsorg som viktige. I tillegg trekker de frem at godt samarbeid mellom kolleger og tilgang på profesjonell veiledning styrker både den kollektive og individuelle kompetansen hos miljøterapeutene. Et godt arbeidsmiljø bidrar til å styrke og trygge miljøterapeutene i sitt arbeid og dette fremmer god pasientbehandling. Pasientene på sin side viser mer sprikende erfaringer. Det kom tydelig fram at relasjonelle kvaliteter som varme, empati og omsorg bidro til å fremme bedring hos pasientene, mens avvising og ignorering virket hemmende på bedringsprosessen. Pasientene vektlegger i større grad de personlige egenskapene til miljøterapeutene når de beskriver sine erfaringer med hva som fremmer eller hemmer bedring. Å bli sett, lyttet til og bli sett på som likeverdige framstår som essensielle behov som miljøterapeutene må imøtekomme for å bidra til et positivt behandlingsutfall.

Resultatene er ikke spesielt overraskede. Vår erfaring er at gode relasjonelle ferdigheter hos miljøterapeuter er helt avgjørende for å oppnå terapeutisk allianse med pasientene. Å bli sett, lyttet til og behandlet med verdighet er menneskelige behov som er felles for oss alle. Psykiatrisk behandling som utelukkende fokuserer på medisinsk behandling, der den terapeutiske alliansen er fraværende, framstår for oss som en lite hensiktsmessig måte å drive psykiatrisk behandling på.

10 Referanser

- Anthony, W. A., & Rutman, I. D. (1993). *Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*.
<https://psycnet.apa.org/fulltext/1993-46756-001.html>
- Austin, S. F. (2018). Promoting well-being in psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(6), 437–441. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1492016>
- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C., & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1834–1845.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008>
- Berry, K., Haddock, G., Kellett, S., Awenat, Y., Szpak, K., & Barrowclough, C. (2017). Understanding Outcomes in a Randomized Controlled Trial of a Ward-based Intervention on Psychiatric Inpatient Wards: A Qualitative Analysis of Staff and Patient Experiences. *Journal of clinical psychology*, 73(10), 1211–1225. MEDLINE.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22434>
- Bogo, M., Paterson, J., Tufford, L., & King, R. (2011). Interprofessional Clinical Supervision in Mental Health and Addiction: Toward Identifying Common Elements: Clinical Supervisor. *Clinical Supervisor*, 30(1), 124–140.
<https://doi.org/10.1080/07325223.2011.564961>
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5).
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/05/bedringsprosesser-slik-de-leves-i-hverdagslivet-bruker erfaringer-ved-alvorlige>
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. utg.). Kommuneforlaget.

- Borge, L., Angel, O. H., & Røssberg, J. I. (2013). Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: A qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues in mental health nursing*, 34(4), 229–239.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.740766>
- Borge, L., Røssberg, J. I., & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: Experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 932–942.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12090>
- Brottveit, G. (2018a). Hermeneutikk og vitenskap. I L. Del Busso (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 32–45). Gyldendal akademisk.
- Brottveit, G. (2018b). Om vitenskapsteoretiske begreper og gunnsyn. I L. Del Busso (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 16–31). Gyldendal akademisk.
- CASP. (u.å.). *Critical Appraisal Checklists*. Critical Appraisal Skills Programme. <https://casp-uk.net/checklists/casp-qualitative-studies-checklist-fillable.pdf>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Deilgat, J. D. (2014). Involuntary commitment: A phenomenological examination of individuals diagnosed with schizophrenia [Ph.D., Pacifica Graduate Institute]. I *ProQuest Dissertations and Theses*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Dramsdahl, M., & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi: Samarbeid og endring*. Fagbokforlaget.

- Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X., Michel, P., Lançon, C., Berna, F., Schurhoff, F., Aouizerate, B., Henry, C., Etain, B., Samalin, L., Leboyer, M., Misdrahi, D., Llorca, P. M., Coldefy, M., Auquier, P., Baumstarck, K., & Boyer, L. (2021). A conceptual framework to develop a patient-reported experience measure of the quality of mental health care: A qualitative study of the PREMIUM project in France. *Journal of market access & health policy*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20016689.2021.1885789>
- Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(2). <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/02/implementering-av-kognitiv-miljoterapi-i-akuttpost-i-psykisk-helsevern>
- Førde, R. (2014). *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- Hegelstad, W. T. V., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U. H., Joa, I., Johannesen, J. O., Langeveld, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Sundet, K., Vaglum, P., Friis, S., & McGlashan, T. (2012). Long term follow up of the TIPS early detection in psychosis study: Effects on 10-year outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 169(4), 374–380. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030459>

Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser – Nasjonal faglig retningslinje*.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

[9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622–631.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x>

Jensen, M. (2022). Mangt skal vi møte, mangt skal vi mester. I C. Schacht-Magnussen, G.

Haugen Brox, A. Ek, & H. Svein (Red.), *Relasjonsboka – Dynamisk relasjonsarbeid* (s. 128–143). Hertervig forlag.

Joa, I., & Johannessen, J. O. (2021). *Moderne psykoseforståelse: Fra hjernelidelse til stresslidelse*. 6–23.

Johannessen, J. O. (2017). *Hva er psykose?: Introduksjon om psykotiske lidelser for omsorgspersoner, familie og venner* (7. utg.). Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Jönsson, S. (2012). Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians – A follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 236–244. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00924.x>

- Jørgensen, K., & Rendtorff, J. D. (2017). Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 490–501. <https://doi.org/10.1111/scs.12531>
- Jørgensen, K., Rendtorff, J. D., & Holen, M. (2018). How patient participation is constructed in mental health care: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1359–1370. <https://doi.org/10.1111/scs.12581>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2018). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Stematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Ludvigsen, M. (2009). *Patient life in hospital: A qualitative study of informal relationships between hospitalised patients* [Aarhus University]. <https://doi.org/10.13140/2.1.3685.4560>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- McDonough, J. H., Rhodes, K., & Procter, N. (2024). Impact of clinical supervision on the mental health nursing workforce: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 14(3), e078765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078765>
- Melle, I. (2015). Psykotiske lidelser og samfunnet: Trenger vi kunnskap om miljøet i genetikkens tidsalder? I S. R. Aminoff, O. A. Berg, V. T. Lagerberg, C. Simonsen, T. Ueland, & M. Aas (Red.), *Psykose og samfunn* (s. 15–27). Universitetsforlaget.
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A., & Jones, J. (2013). The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding.

- International Journal of Mental Health Nursing*, 22(4), 304–312.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00873.x>
- Najavits, L., & Strupp, H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 114–123. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1037/0033-3204.31.1.114>
- Odeyemi, C., Morrissey, J., & Donohue, G. (2018). Factors affecting mental health nurses working with clients with first-episode psychosis: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(7), 423–431. MEDLINE.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12489>
- Page, M., Mckenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., & Mulrow, C. (2020). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2023-12-20-106). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)—Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/kap3#kap3>
- Rønbeck, A. E. (2018). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

- Røssberg, J. I. (2018). Postatmosfæren -Hva vet vi? I J. V. Strømstad, A. B. E. Torbjørnsen, & A.-M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du?: Miljøterapi i relasjoner* (2. utg., s. 36–48). Hertervig forlag.
- Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *SageJournals*, 336–347.
<https://doi.org/10.1177/0020764008093686>
- Skjeldal, E. (2021). Innledning. I *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* (s. 11–22). Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.
- Steinkopf, H. (2004). Nye modeller for intervensjon ved alvorlige psykiske lidelser hos ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(7).
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/07/nye-modeller-intervensjon-ved-alvorlige-psykiske-lidelser-hos-ungdom>
- Storm, M. (2009). Hva påvirker gjennomføring av brukermedvirkning. I Å. B. Rennesund, M. F. Jensen, & A. Mikkelsen (Red.), *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (s. 38–58). Gyldendal akademisk.
- Storm, M., & Rennesund, Å. B. (2009). Innledning. I M. F. Jensen & Å. Mikkelsen (Red.), *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (s. 11–17). Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). 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. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.07.002>
- Thorgaard, L. (2006). *Individuel mestring og mestring i relation: Bd. B. 4*. Hertervig forlag.

- Thorgaard, L., & Haga, E. (2014). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi: Bd. B. 1* (3. utg.). Hertervig forlag.
- Topor, A. (2003). *Recovery: At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. Hans Reitzel forlag.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper?: Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget.
- Ulfseth, L. A., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2015). Social relations in everyday activities among patients with persistent mental illness at a psychiatric centre. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(2), 99–114.
<https://doi.org/10.1080/15017419.2013.781959>
- Vandvik, I. H. (2021). Miljøterapi. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/milj%C3%B8terapi>
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33–52). Universitetsforlaget.
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker: Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Cappelen Damm Akademisk.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* (1965), 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

11 Vedlegg

11.1 Vedlegg 1: Søkestrategi

Cinahl:

<input type="checkbox"/>	S7	S3 AND S6	Limiters - Publication Date: 20130101-20231231; Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	View Results (68)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S6	S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (8,026)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S5	milieu therap* or milieu treatment* or therapeutic communit* or situational therap* or therapeutic relation* or relation* therap* or therapeutic alliance* or working alliance* or sociotherap* or socioenvironmental therap*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (8,026)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S4	(MH "Socioenvironmental Therapy") OR (MH "Milieu Therapy (Iowa NIC)")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,327)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (57,470)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S2	psychosis or psychoses or psychotic or delusional disorder* or schizophreni* or schizoaffective or paranoid disorder*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (57,470)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S1	(MH "Psychotic Disorders") OR (MH "Organic Mental Disorders, Psychotic")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (15,227)	View Details	Edit

PsycInfo:

<input type="checkbox"/>	1	psychosis/ or affective psychosis/ or delusional disorder/ or paranoid psychosis/ or exp schizophrenia/ or substance induced psychotic disorders/	125894	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	2	(psychosis or psychoses or psychotic or delusional disorder* or schizophreni* or schizoaffective or paranoid disorder*).mp.	209052	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	3	1 or 2	209052	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	4	milieu therapy/ or therapeutic community/ or sociotherapy/ or therapeutic alliance/ or relationship therapy/	10367	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	5	(milieu therap* or milieu treatment* or therapeutic communit* or situational therap* or therapeutic relation* or relation* therap* or therapeutic alliance* or working alliance* or sociotherap* or socioenvironmental therap*).mp.	29154	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	6	4 or 5	29154	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	7	3 and 6	2182	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	8	limit 7 to "qualitative (maximizes sensitivity)"	740	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	9	limit 8 to (danish or english or norwegian or swedish)	634	Advanced	Display Results	More	▼	
<input type="checkbox"/>	10	limit 9 to yrs="2013 -Current"	259	Advanced	Display Results	More	▼	

Medline:

<input type="checkbox"/>	S7	S3 AND S6	Limiters - Publication Date: 20130101-20231231; Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	View Results (232)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S6	S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (13,136)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S5	milieu therap* or milieu treatment* or therapeutic communit* or situational therap* or therapeutic relation* or relation* therap* or therapeutic alliance* or working alliance* or sociotherap* or socioenvironmental therap*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (13,136)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S4	(MH "Therapeutic Community") OR (MH "Socioenvironmental Therapy") OR (MH "Milieu Therapy")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,492)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (239,433)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S2	psychosis or psychoses or psychotic or delusional disorder* or schizophreni* or schizoaffective or paranoid disorder*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (239,433)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/>	S1	(MH "Psychotic Disorders") OR (MH "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders") OR (MH "Schizophrenia, Treatment-Resistant") OR (MH "Schizophrenia, Paranoid") OR (MH "Schizophrenia, Disorganized") OR (MH "Paranoid Disorders") OR (MH "Affective Disorders, Psychotic")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (67,928)	View Details	Edit

11.2 Vedlegg 2: Tabell over inkluderte artikler

Første-forfatter/år	Land	Tittel	Data-innsamling	Kontekst	Deltagere	Hva undersøker studien?
Fernandes (2021)	Frankrike	A conceptual framework to develop a patient-reported experience measure of the quality of mental health care: a qualitative study of the PREMIUM project in France.	Semi-strukturerte intervju	Innlagt på sykehus og poliklinisk.	37 pasienter	Undersøker pasienters erfaringer med psykisk helsehjelp. Tema fra intervjuene: miljøet i posten, kommunikasjon og medisinsk behandling.
Odeyemi (2018)	Irland	Factors affecting mental health nurses working with clients with first-episode psychosis: A qualitative study.	Semi-strukturerte intervju.	DPS	8 sykepleiere	Sykepleieres erfaringer i møte med førstegangspsykose. Tema: pasienters tilgang til helsehjelp, etablere relasjon (pasienten, familien og andre faggrupper) og egen kapasitet i jobben (mye jobb, frykt, veiledning, relasjon mellom kolleger).
Deilgat (2014)	USA	Involuntary Commitment: A Phenomenological	Semi-strukturerte	Innlagt på tvang.	4 pasienter	Pasienters erfaringer med tvangsinnleggelse. Tema: Stigma rundt diagnose (fra leger, politi og

		Examination of Individuals Diagnosed with Schizophrenia.	intervju og observasjon			øvrig personell på post), erfaringer under innleggelse (fratatt frihet, ingen brukermedvirkning, interaksjoner med medpasienter etc.), avdelingens utforming (hva det gjør fysisk og mentalt) og hva kunne gjort opplevelsen og behandlingen bedre.
Borge (2013)	Norge	Learning through Cognitive Milieu Therapy among Inpatients with Dual Diagnosis: A Qualitative Study of Interdisciplinary Collaboration	Semi-strukturerte intervju	Sykehus	24 ansatte	Ansattes erfaring med tverrfaglig samarbeid ved implementering av kognitiv miljøterapi for pasienter med dobbeldiagnose. Tema: - Venenskapelige relasjoner og læringsmiljø (når personalet trives, blir pasientbehandlingen bedre.), - Relasjon og tverrfaglig kunnskap (terapeutisk allianse, trening i ADL ferdigheter, «bli sett»), - Mestring og læring (en felles enighet om metode for behandling, tilpasse metoden til pasientene, pasient delaktig i egne målsetninger).

						- Læring i fellesskap (Veiledning, undervisning, praktisk ferdighetstrening, utfordrende å sette ny kunnskap ut i praksis)
Ulfseth (2015)	Norge	Social relations in everyday activities among patients with persistent mental illness at a psychiatric centre	Observasjon over ett år.	DPS	10 pasienter	Hvordan utvikles sosiale relasjoner i hverdagsaktiviteter blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse? Pasienterfaringer. Observert at faste rutiner og aktiviteter (miljøterapi) fasiliterer sosial trening. Forutsigbare rutiner hjelper pasientene å ha noe meningsfylt å fylle dagene med. Pasientene bryr seg om hverandre og man «hører til».
Muir-Cochrane (2013)	Australia	The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding	Semi-strukturerte intervju.	Sykehus	12 pasienter	Pasienters erfaring med om avdelingen oppleves trygt eller utrygt sted å være og hvordan det påvirker ønske om eller forsøk på å stikke av. Et omsorgsfullt og terapeutisk sted der pasienten beskyttes fra seg selv og

						andre fremmer trygghet, mens følelse av utrygghet økte sjansen for å stikke av. Individuelle, sosiale og fysiske faktorer spiller inn.
Berry (2017)	England	Understanding Outcomes in a Randomized Controlled Trial of a Ward-based Intervention on Psychiatric Inpatient Wards: A Qualitative Analysis of Staff and Patient Experiences	Semi-strukturerte intervju	Sykehus	57 ansatte og 20 pasienter	<p>Ansatte og pasienters erfaringer med å ha vært med i en større studie om behandling i sengepost.</p> <p>Intervensjonen handlet om å sette seg inn i pasientens bakgrunn for å forstå pasientens utfordringer.</p> <p>Kontrollgruppen var «TAU» (treatment as usual).</p> <p>Tema: Intervensjonen ga personal økt forståelse for pasientene, bedre samarbeid og økt forståelse for følelser. Barrierer for å delta i intervensjonen: Innledende usikkerhet rundt intervensjonen, ikke ønske å bli «fortalt hvordan man skal gjøre jobben sin», konkurrerende ressurser i</p>

						avdelingen og ledelsens engasjement for intervensjonen.
Borge (2013)	Norge	Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis	Intervju	Sykehus	20 pasienter	Kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet. Pasienter med dobbeltdiagnose sin erfaring med læring og mestring. Tema: Læringsklima (trygg i avdelingen, respekt, samarbeid, engasjement fra personal), relasjon og mestring (bygge relasjoner, struktur, å få verktøy og forståelse for metoden), spenning i læringsklimaet (balanse mellom kjedsomhet og aktivitet, mellom frihet og kontroll, motivasjon og demotivasjon, ambivalens), læring i fellesskap (undervisning, familie/nettverk), fysisk aktivitet som personlig læring (substitutt (for rus), nye vaner, frihet, mening og mestring, personlig motivasjon og meningsfullt).

11.3 Vedlegg 3: Matrise personalperspektiv

Tema	L. Borge et al. 2013 (2)	C. Odeyemi et al. 2018 (1)	K. Berry et al. 2017 (5)	Overordnet begrep	Vår tolkning
Andreordens -begrep	<p>A good climate for cooperation contributed to the staff strengthening each other, as a milieu therapist described: “If we function well together as staff, we have energy to be good to the patients.”</p> <p>The milieu therapists emphasized the importance of humor: “One needs some crazy humor to prevent burnout among staff.”</p> <p>Basic human values were seen in the idealism, caring attitude, and courage of the manager of the unit, which contributed to</p>	<p>Majority of participants (...) reported that having the opportunity to help young people gave them a great sense of job fulfilment: «you know it’s very good working with them, I think it’s great to catch them when they are young»</p> <p>Most participants expressed they enjoyed working with their clients because they believed there was hope for the clients. (...) «I do get fulfilment of seeing somebody actually achieving their goals or kind of may be</p>	<p>Developing a shared understanding of patients’ needs was viewed as a key method of improving communication on the ward (...) «It pulled us all together as a team, so it felt like it was more of a team approach, rather than sometimes it can feel like you’re standing alone.»</p> <p>«Sometimes I don’t feel as good as others, I’m the most inexperienced and the last one in, so to speak, so to hear that I was having some of the same ideas as them, I wasn’t questioning my judgment as much»</p>	Psykososialt-arbeidsmiljø	God trivsel på jobb for personalet fremmer et godt behandlings-miljø for pasientene.

	<p>motivating the staff in their work: “Our leader is an idealist. This is contagious (...) It contributes to the working spirit of the team.”</p> <p>“There is a lot of humor, laughter, and support from each other”</p> <p>“We have a nice basic attitude here. We have respect for each other (...) The patients are taken seriously.”</p> <p>“Supervision is extremely important. The supervision has been supportiv and enriching.”</p> <p>“It could be very good if every profession did what they were trained</p>	<p>becoming well from their psychotic symptoms, but also kind of making good recovery»</p> <p>A minority of the participants reported feeling anxious while dealing with the clients but got some relief after discussing the cause of anxiety during some informal meeting with colleagues: «I could you know bring kind of my concerns or anxieties or achievements, to that forum and talk about it in a kind of safe place»</p> <p>All participants acknowledged that clinical supervision is a very significant process of carrying out</p>	<p>«Some people think they don’t know, but they actually do; so to hear somebody say what they’re thinking really helps their confidence.»</p>		
--	--	--	--	--	--

	<p>to do more specifically. This would improve the continuity.”</p> <p>The professionals described the working place as nice and supportive with interpersonal involvement. The atmosphere was friendly, with a basic attitude of respect, tolerance, and concern for each other, as well as a sincere interest and engagement in helping the patients. “There is more tolerance here than in other places I have worked. One does not reject or discharge the patients when they abuse drugs. It is a more humane approach here than in other places. Confrontation is rare. The conflict level is</p>	<p>their duties, but for many, it was only done on an informal basis and usually with their peers. Participants saw this as unsatisfactory: «we don’t have any formal supervision which I have been fighting for the last however, many years I think it should be compulsory for nurses but it is not»</p> <p>However, they stated that they got some help and support from their colleagues, which substituted in some ways: «I have a good team, good support from other nursing staff even if it is only on an informal basis»</p> <p>Participants also noted that working within a</p>			
--	---	---	--	--	--

	<p>lower; it is safer and less aggressive. There have been fewer problems of suicidality and violence than I have been used to.”</p>	<p>good team helped them achieve better outcomes for their clients. This enabled nurses to utilize a “checking in” function with each other, which has allowed them to view their clients within a wider context, thus contributing to effective therapeutic relationships: «Yeah well I think kind of working on a really good team has enhanced things, so I kind of, where I am working currently, there is really a strong team.»</p> <p>«The other thing that we would be very aware of would be looking at the other professionals within the team and making</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>sure that they have a proper assessment of their social needs, of their recreational needs, of their work needs»</p> <p>The nurturing of this therapeutic relationship was perceived as a factor leading to better job satisfaction: «A good relationship always enhances working with your clients, a good relationship with your client and a good relationship with their families. I think in particular of their carers, whoever the people that are closest to them»</p>			
Andreordens- begrep	The milieu therapists experienced a humane approach in the caring attitude of the staff and	Noncompliance in other words resulted in disengagement with the services and a	Formulation helped to increase staff awareness of patients' previous experiences and thus	Terapeutisk allianse	Omsorg, engasjement og forståelse fra personalet bidrar

	<p>in the way that patients were given the opportunity to contribute to their own treatment. The challenge for professionals was to inspire patients and create conditions for engaging them in changing their attitudes and behaviors.</p> <p>Through care and engagement it was possible to build good alliances and create a hope of improvement. This can be illustrated in the following statement: «If they don't get their life back on track, at least they have got some good input. They have experienced some good months here, good food, and got a taste of another life. This keeps up much of my personal</p>	<p>breakdown of the therapeutic relationship, “And because of the medication that they are on, quite an awful lot of them have negative side effects.”</p> <p>However, despite these challenges, participants found that, when available, psychoeducation on medication compliance was very helpful: «if you have got that good kind of trust and engagement piece up and going, provide that bit of psychoeducation (...) probably improve adherence a little bit»</p> <p>The nurturing of this therapeutic relationship was perceived as a factor</p>	<p>improved staff understanding of the factors that might be influencing patients' behavior on the ward. This ultimately increased staff capacity to empathize with patients, an effect that was reflected in discussions outside of the formulation meetings. I think «I got to appreciate the patients a bit better and understand what they've been through and why they might be feeling like they are or acting like they do now»</p> <p>Increased understanding also helped staff to identify new and more creative ways of working: «I've certainly seen people approaching issues and problems in a</p>		<p>til å skape en god terapeutisk allianse.</p>
--	--	---	---	--	---

	<p>motivation.”</p> <p>“I try to be open-minded, empathetic and caring ... and convey that it is important to think positively and focus on coping adequately ... whether it concerns personal characteristics, communication, relations, physical activity, or creativity.”</p> <p>For patients who were able to take care of themselves, it was considered important to meet them as “responsible and normal adults.”</p> <p>This was occasionally challenging, especially when patients had low motivation. The importance of staff</p>	<p>leading to better job satisfaction: «A good relationship always enhances working with your clients, a good relationship with your client and a good relationship with their families. I think in particular of their carers, whoever the people that are closest to them»</p> <p>Participants also noted that working within a good team helped them achieve better outcomes for their clients. This enabled nurses to utilize a “checking in” function with each other, which has allowed them to view their clients within a wider context, thus contributing to effective therapeutic</p>	<p>way that I haven’t seen them do previously. There’s one person in particular who seems to be able to think much more creatively about some of the issues that we face»</p> <p>«The main thing was actually having chance to take stock of what we’re doing with patients and where we’re going and ways of working with patients in the future, because with some patients you end up hitting a brick wall doing the same things»</p> <p>«We started letting him make more decisions, not nagging him as much and the service user seems to be a lot more settled, less intrusive, less</p>		
--	--	---	--	--	--

	<p>working with their own attitudes was emphasized. (...) "I have a quite different attitude towards the patients now, a different kind of love and acceptance. I am not afraid anymore. I feel that I have learned a lot since I came here."</p> <p>"We have much to offer the patients. A great engagement."</p> <p>"We push ourselves pretty far for the patients here."</p> <p>"Important to show that we never give up. Give hope."</p>	<p>relationships: «Yeah well I think kind of working on a really good team has enhanced things, so I kind of, where I am working currently, there is really a strong team.»</p> <p>«The other thing that we would be very aware of would be looking at the other professionals within the team and making sure that they have a proper assessment of their social needs, of their recreational needs, of their work needs»</p>	<p>demanding of staff time and I guess a lot of it comes from the sessions.»</p> <p>«I see patients are now more comfortable approaching staff. Well, they must have seen a change in staff. I think, there has been more patience with patients, from staff.»</p>		
Tredjeordens -begrep	Godt samarbeid mellom kollegaer oppleves	Personalet liker jobben sin og har håp om	En felles forståelse for pasientenes behov fører	Arbeidsmiljø	Opplevd støtte fra kolleger er et

	<p>viktig og bidrar til bedre pasientbehandling. Toleranse og respekt mellom kollegaer bidrar til økt trivsel på jobb. God støtte fra ledelse i kombinasjon med god veiledning gir et godt behandlingsmiljø. Bruk av humor hindrer utbrenthet hos personalet.</p>	<p>bedring for pasientene sine. De ser på veiledning som en viktig del for å kunne gjøre en god jobb, men at muligheten for veiledning ikke er tilfredsstillende. Samarbeid og refleksjon sammen med kolleger hjelper litt når veiledning mangler. Å etablere en terapeutisk allianse med pasientene gir økt trivsel på jobb.</p>	<p>til et styrket samhold i personalgruppen. Støtte mellom kolleger gir større trygghet til personal med mindre erfaring og gjør at de føler seg mindre alene.</p>		<p>viktig bidrag for trivsel på jobb.</p>
Tredjeordens-begrep	<p>Omsorg og engasjement fra personalet bidrar til at pasientene medvirker i egen behandling. Gjennom å etablere en god terapeutisk allianse motiveres pasientene til endring og gir håp om bedring. Det er viktig at personalet er bevisst hvilke holdninger til har til pasientene.</p>	<p>En god terapeutisk allianse øker sjansene for at pasienter samarbeider om behandlingen. I tillegg er personalet mer tilfredse på jobb når de har en god allianse med pasientene. Godt samarbeid med kollegaer bidrar til økt forståelse for</p>	<p>Økt felles forståelse for pasientenes bakgrunn gir personalet et bedre grunnlag for å forstå og vise empati for pasientenes atferd. Kunnskapen fører til mer kreativ behandling og nye løsninger. Økt fokus på brukermedvirkning og mer tålmodighet hos</p>	<p>Terapeutisk allianse</p>	<p>Etablering av terapeutisk allianse ses på som et viktig bidrag i bedringsprosessen.</p>

		pasientene og derfor en bedre allianse.	personalet skaper en bedre terapeutisk allianse og til bedre behandlingsutbytte for pasienten.		
--	--	---	--	--	--

11.4 Vedlegg 4: Matrise pasientperspektiv

Tema	L. Borge et al. 2013 (7)	L.A. Ulfseth et al. 2015 (3)	E. Muir-Cochrane et al 2013 (4)	K. Berry et al. 2017 (5)	J. D. Deilgat 2014 (6)	S. Fernandes et al. 2021 (8)	Overordnet begrep	Vår tolkning
Andreordensbegrep.	<p>“Something is different here from other places. There is something about the atmosphere; it seems very well worked through. They know what they are doing.”</p> <p>“The weekends are boring. Very little happens (...) the staffs try a little harder to make us do</p>	<p>“Here at the centre I can’t just sleep until the afternoon because I have so much to do. In the beginning I thought it was impossible to get out of the bed so early in the morning, but it is not impossible”</p>	<p>“So basically, I don’t like going into the closed ward, but I’m safe (...) I felt safer and I felt more secure, I mean I didn’t like being in a lock-up ward but as I got more insight I could recognize that that was probably the best place for me to be.”</p> <p>“(…)there’s nothing to do (...) you just</p>		<p>“(…) there was like nothing to do there, nobody to talk to (...)”</p> <p>“(…) you do a lot of pacing, there’s nobody there to talk to, it’s just really, really stressful, you know?”</p> <p>“you’re just stuck watching sports all day long on, on a TV in a</p>	<p>Patients hospitalized under constraint emphasized the need to have a well-equipped environment offering various activities (...) “Food, being in a single room, it’s true that it’s a luxury (...) that it’s clean, there is free TV, I think it’s not bad (...) that’s very important and</p>	Miljøet på sengepost	Post-atmosfære påvirker bedringsprossessen

	<p>things together. Sometimes it is very boring here and the patients start complaining.”</p> <p>“For me, it is very important that they treat the mental and physical simultaneously. This has given me strength, physically as well as mentally, and contributed to my fast recovery.”</p> <p>“Physical activity</p>		<p>smoke cigarettes or think you want to go out and do something.”</p>		<p>Plexiglas box,” sitting in “these chairs that don’t move, they’re like stationary chairs, and they’re very uncomfortable and you just like sit there and watch this game that nobody’s interested in.”</p> <p>“It was not beneficial being there at all, it just made it worse.”</p> <p>“they would give you no food for a</p>	<p>allows us to relax, it’s not noisy.”</p> <p>Patients hospitalized under constraint emphasized regularity and availability of health care professionals (...) “It’s quite well organized, there’s even someone if you need them at any time, I don’t know how it’s handled but it’s well organized (...) we are going to be asked how we are feeling</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

	<p>means a lot. It helps me keep going (...)"</p> <p>"We often walk around in the forest and enjoy the nature. We also go to museums and do other cultural activities. (...) We have improved our habits, and that is important in itself."</p>				<p>couple days, just juices . . . I needed to use the restroom and they didn't let me go use the restroom. So I was with feces for two weeks in my diaper, they put a diaper on me and just left me restrained." Sancho talked about how he was in the rubber room and, subsequently, "in a room by myself for six to eight months, no talking to nobody."</p>	<p>regularly. And apparently it's a lot of meetings and then they go to see everyone."</p> <p>"They take the time to introduce the place to us, to tell us the rules, the meal times, the space where we can smoke if we smoke, medication administration times, the permission times and where we can go if we want to take a permission."</p>		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

					<p>(...) resulted in greater impairment, as being committed “messed me up with my schizophrenia.”</p> <p>(...) asked if any facet of treatment was helpful during hospitalization, Marie reported, “um, no, I can’t I can’t . . . I can’t, I can’t think of one.”</p> <p>“There wasn’t much that I liked.”</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>“I was always on the locked unit, regardless if I was voluntary or involuntary, I was always on the locked unit so that’s, not being able to go outside, not being able to see sunlight for, you know, a couple weeks at a time.”</p> <p>Their effort to keep patients clean with bars of soap about this big [demonstrate</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					<p>s an object the size of a quarter with his hand] . . . hard bristled toothbrushes that you know jabbed your gums when you brushed your teeth. Lack of water pressure . . . and cheap 79 cent rolls of toilet paper that . . . scraped skin off the back of your butt.”</p> <p>Frank deemed the hospital “a scary environment</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					to be in,” and described his hospital experience as “inhumane.” “I thought they were going to kill me.”			
Andreordensbegrep.	“I feel that they (the staff) emphasize the right things: to start being active and practicing cognitive therapy, to work with myself and make an individual plan, to identify goals and to do	Some patients identified the milieu-staff’s support in making patients follow the routines and their individual planned schedule as ‘positive pressure’. As Helena said: “I, after all, put the	“Some reasons (for absconding) are probably the feeling of being powerless. To feel that somebody has total control over what you do, when you shower, when you go to bed, when you’re allowed out for a smoke has a massive effect		When asked to specifically identify what freedoms and choices were revoked, Frank stated, “medication . . . resources . . . what doctor you want . . . when you go in the hospital you’re assigned a		Brukermedvirkning	Ivaretagelse av brukermedvirkning fremmer bedring, det motsatte hemmer bedring.

	things together with others in society.”	schedule together along with the staff.”	on me, massive effect.”		<p>doctor, you know, you don’t really get to choose.”</p> <p>“nobody listens and that’s why you learn to just say, what you, you know, you know what to say . . . it’s not really how you’re really feeling, but you know what to say because . . . you’re not heard.”</p>			
Andreordens- begrep.	“We can always learn something from other	“I like the way we take care of each	“(…) also another reason why I’ve absconded is		“I was like “wow, what the hell?” I’m like, I’m in	“They are beneficial these exchanges (...)	Pasient- pasient relasjon	Gode relasjoner mellom pasienter

	<p>people who have experienced the same things. We can learn from each other.”</p>	<p>other in this place.”</p> <p>One patient encouraged a fellow patient who resisted joining the fitness group at the centre by affirming and praise giving: “I am sure you will make it; you have such a strong body. I was also doubtful the first time, and look at me now. I do not have a strong body, but I am doing well.”</p>	<p>because, some of the male patients (sic) have been sexually, whatever the word is (harassing) (...) and I’ve been scared.”</p> <p>“(…) and in came an ambulance with one of the fellows who had a day pass, day release, at that stage came back and he was heavily drugged and had his wrists all bandaged up, he’d clearly tried to suicide and that really</p>		<p>here with all these, “what’s wrong with these people,” you know that were like either really medicated or they were just like, acting out, and I’m like, “What the? How long am I here for?”</p> <p>Lorraine did report that she engaged with other patients in order to solicit information about what to expect from</p>	<p>I have found very sensitive, very intelligent people, who are listening (...) a good team. In some way, it reassures me because we tell ourselves that we are not the only ones on earth with problems.”</p> <p>(...) if some patients are agitated or in conflict with others. (...) patients reported a feeling of insecurity or danger. “We find people who are very</p>		<p>fremmer bedring. Skremmen de situasjoner mellom medpasienter hemmer bedring.</p>
--	--	---	--	--	---	--	--	---

		<p>Further on, Anne told Brit, who was always knitting and had knitted different decorations placed around the living room: «You are making the living room so nice with your knitting Brit, I wish I could knit like you» Brit answered: «Knitting is the only thing I can do». Anne then went to Brit and gave her a pat on the shoulder,</p>	<p>frightened me, freaked me out and I thought ‘hell I’m not going this way’, so I took off.”</p>		<p>being hospitalized (...) “You know, trying to talk to other people, sometimes they talk, sometimes they don’t. “How do you get outta here? How do you get outta here? What do I gotta do?” The first time I was doing that, the first time I got hospitalized. They were like “you just gotta play the part, you just gotta tell the doctor you</p>	<p>agitated, really very, very agitated, so when there are heavy cases it’s a little scary.”</p>		
--	--	---	---	--	--	--	--	--

		<p>smiled and told her that her knitting was highly valued by the people using the living room.</p> <p>Or when Fritz, a young man who was new to the centre, was standing alone in the lobby (...) One patient looked at Fritz and shouted: 'Hello Fritz, come and join us in Trivial Pursuit'! Fritz looked at them,</p>			<p>feel great now, you're sorry for what you did you were depressed, but you feel better."</p> <p>He expressed the perception that patients were like "the undead walking the earth inside the hospital, you know, just seemed like zombies roaming around."</p> <p>Frank also stated the other patients were "just spaced out</p>			
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		<p>smiled and went into the lounge where the game was ‘He is a living encyclopaedia, I know because I played with him yesterday,’ Siri told the others, and smiled at Fritz when he entered the room. With a happy smile, Fritz nodded politely to the others and joined the game. (...) patient came into the living room and went</p>			<p>drooling,” and “there’s no, oh interaction” with them.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

		<p>directly to the computer without saying hello. She looked upset, cursed loudly and looked around the room while stamping her foot on the floor. Suddenly, she ran off, then two fellow patients looked at each other, and without saying a word, they went after her. After a while, they came back with the upset patient</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		<p>and went to the computer with her. It did not take long before they concluded by telling her: "You have to take bus number 9 to get to the place, and the bus is coming in ten minutes."</p> <p>The upset patient smiled at the helpful fellow patients and said: "Thanks, I am not used to taking the bus in this area."</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>“In the beginning I thought that they were totally different from me, I was afraid of them and I did not want to go into the living room when they were sitting there. But after a while, I began to go into the living room more and more because some of the patients were really nice to me and I felt included. In the end I also made a close</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		<p>friend on the ward.”</p> <p>It was a shock for me, I was afraid, everybody but me seemed to be mates. I felt that I was alone and different from the others. But now I am not afraid anymore, I like being with the other patients at the centre”</p> <p>Here you can tell a fellow person the same thing over and over again, and still get</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		sympathy, whereas others usually get tired and do not listen to you anymore.”						
Andreordens- begrep.	“(…) we are more equal (….) We discuss and talk and share experiences. They are curious. There is no such attitude like “we are the best”. It is very nice that they are competent both in psychiatry and addiction treatment. The staffs are	“Sometimes I got very angry with my contact person at the centre because I had to do all the things in my schedule, although I knew it was for my own good.”	“(…) so you kind of sit there and think ‘I wonder what they’ve put in my notes about me today when clearly they haven’t spoken to me all day, how can they know how I’m going?’ “(…) you know that you’re going to get discharged before you’re well enough to actually	In particular, patients noticed that staff were being more encouraging and less critical, possibly reflecting increases in staff empathy and understandin g. “Just verbally sort of encouraging the patients to be sort of in a good	“I was like, “what happened, what?” I had no idea what happened, nobody in the hospital would answer my questions, you know, I’m like, “nurse, nurse, nurse,” “You had an incident” but nobody could tell me what the incident was and I had	“I was able to realize that nurses were listening, it’s the relational aspect, and the feeling of being listened to.” Respect for privacy and equality in the therapeutic relationship were the most important aspects for patients hospitalized under	Relasjon til miljø-terapeuter	Personal som ser pasientene , lytter og viser omsorg fremmer bedring. Personal som overser pasientene , behandler de som en belastning hemmer bedring.

	<p>very qualified for their job.”</p> <p>“They respected me. They cared for me, more than normal I would say. That people care for me means very much to me. I become important in this life. This gives me hope.”</p> <p>“A turning point for me was when I left the ward to abuse substances, and how warmly I was met by the</p>		<p>manage (...) I guess if you feel like there’s no hope or no purpose of you being there it’s ‘why don’t I just go home now and I’ll deal with the consequences if I live or die’ and you’re kind of like ‘I don’t care.”</p> <p>“(…) if they stop being treated the way they are and they get treated like an adult they won’t leave, I mean I would stay willingly. If I felt I needed to be detained</p>	<p>mood, instead of telling them off like they do.”</p> <p>“I think the staff recently have been more open in talking about things with us. And talking not just recreationally but talking about your problems.”</p>	<p>no way to call anybody, I had no phone, I was cuffed to the bed, I was pissed, I was pissed.”</p> <p>“nobody cares.”</p> <p>“The only interaction you had with um nurses or staff was meal time and meds, that was it.”</p> <p>“they just like totally ignore you . . . like totally blow you off.”</p>	<p>constraint “A bad care would be that [. . .] I hope they just have in mind that we are not numbers, I would really like to think that we are in the human dimension.”</p> <p>“Respect is being in front of therapists who don’t feel superior and who don’t abuse their powers.”</p> <p>“They take the time to introduce the place to us, to tell us the rules, the meal</p>		
--	---	--	--	---	--	---	--	--

	<p>staff afterwards. Then I dared to let myself loose.”</p> <p>“People like us need to be pushed to participate in physical activity. They try to motivate us and they do this in a nice way. This makes us feel that we want to exercise; it is not just something we have to do. This requires a competent and enthusiastic staff.”</p>		<p>and they treated me like a human being I would stay.”</p> <p>“Certainly when I was in that situation it was them and us and (...) the nursing staff were the enemy (...) they had the nurses’ station in the middle and it was like a garrison and the nurses didn’t talk with you at all.»</p> <p>Interviewer: “Can I ask why you were desperate to get out?”</p> <p>Respondent:</p>		<p>“you knock on the nurse’s window and ask them to change the channel and they just like totally ignore you . . . and they just all like huddle in the nurse’s station. They all huddle in there.”</p> <p>“(...) And [staff] avoided my visits. I couldn’t go talk to other people to ask for help.”</p> <p>Sancho expressed</p>	<p>times, the space where we can smoke if we smoke, medication administration times, the permission times and where we can go if we want to take a permission.”</p>		
--	---	--	--	--	---	---	--	--

			<p>“Because there was no help whatsoever, none whatsoever”</p>		<p>that while he was restrained, “you want food, they don’t give you food, they give you whatever they want, they’re treating you like, um, a vegetable.”</p> <p>“treat me equal, like instead of some kind of unhuman being, you know, treating me like a human being, that would help my situation.”</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>“talk to them, to treat them like human beings, if they’re mentally ill, to treat them like a normal person. Don’t treat them like they are a retard.”</p> <p>(Staff should) “be more patient, and not treat you like a vegetable,”</p> <p>“I was not treated nicely, I guess, it was like I was um, like I wasn’t, I</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>didn't have value."</p> <p>Marie indicated that she felt she was treated "like a psych patient, like, I like was just like a number or like um just another . . . crazy, I guess."</p> <p>Marie reported that she felt "disregarded" by hospital staff (...) Marie also recalled that one staff member at the hospital</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					<p>was “snippy” with her.</p> <p>“just locking me up and showing me that they could, you know that . . . they had the power to take everything away, and they took me, you know, ahh, from my family, they took me from my home and it like proved it to me.”</p> <p>“I don’t remember if somebody threatened that they were gonna</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>tell the doctor, or said that I was, you know, not participating, and, that, that it wasn't gonna look good if I'm not participating, whatever it was, I felt forced to play this stupid game.”</p> <p>Marie stated staff could have been more helpful, proclaiming that staff had “no clue what’s going on inside a person’s</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>head”; therefore, staff should “treat ’em, you know, that everybody deserves to be treated with respect, and um, especially when you don’t know what, you know, what the situation is.”</p> <p>“The people that worked there are not happy with what they do . . . they’re just sort of neglecting the patients . .</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					. they don't smile half the time . . . they treat you like an imbecile . . . because you're mentally disabled . . . I don't even know why they were in the business . . . they just didn't seem like they had any compassion for people with disabilities"			
Tredjeordensbegrep.	Varierte og meningsfulle aktiviteter i posten bidrar til bedringsprosessen.	Forutsigbare rutiner bidrar til at pasientene er mer delaktige	Pasientene opplever å bli innlagt som noe negativt, noe de ikke liker. Det er		Miljøet på sengeposten oppleves anti-terapeutisk og	Pasienter innlagt på tvang opplever at forutsigbare rutiner og aktiviteter er	Miljøet på sengepost	Måten miljøet i posten er organisert på legger grunnlaget

	Kjedsomhet og lite å gjøre stimulerer til mer misnøye hos pasientene.	i aktivitetene på sengepost.	ingen meningsfulle aktiviteter i avdelingen. Likevel kan det oppleves trygt å være innlagt og at det er en nødvendig forbedring.		umenneskelige. Vonde møbler, bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler over uker og måneder. Ingen tilbud om meningsfulle aktiviteter.	viktig for trivsel. I tillegg til at personalet er lett tilgjengelig.		for pasientopplevelsen under innleggelse.
Tredjeordensbegrep.	Støtte fra personalet bidrar til at pasientene selv kommer fram til mål i egen behandling.	Pasientene er med på å påvirke de daglige aktivitetene og rutinene. Noe som motiverer til deltagelse.	Den opplevde personalkontrollen og mangel på brukermedvirkning oppleves som en stor belastning for pasientene.		Opplevelse av å ikke kunne medvirke til egen behandling på noen plan fordi man ikke opplever å bli hørt.		Brukermedvirkning	Opplevd brukermedvirkning er en viktig faktor i bedringsprosessen.
Tredjeordensbegrep.	Å lytte til andre pasienters erfaringer kan bidra til læring.	Pasientene opplever relasjoner til andre pasienter som nyttige og de	Skremmende og grenseoverskridende opplevelser forårsaket av medpasienter		Kontakt med medpasienter oppleves vanskelig og lite hensiktsmessig	Pasientene synes det er en fordel å prate med andre medpasienter, de setter pris	Pasientpasient relasjon	Relasjoner til andre pasienter kan være nyttige bidrag i

		tar vare på hverandre og opplever seg sett, forstått og inkludert i miljøet.	fører til at pasientene blir redde som øker risikoen for at pasientene ikke tørr å være på avdelingen.		g fordi medpasienter virker sterkt medisineret. I den grad kontakt med andre pasienter ses på som hensiktsmessig handler dette om hva som må til for å bli utskrevet. Hvordan man skal lure legen til å skrive ut.	på at de ikke er alene med problemene sine. Likevel kan det være skremmende når medpasienter viser utagerende atferd.		bedringsprosessen, men det avhenger av kvaliteten på relasjonen.
Tredjeordensbegrep.	Personalet viser respekt overfor pasientene, de er i møte-kommende og strukturerte. Pasientene	Rutiner og aktiviteter kan oppleves vanskelig å gjennomføre, selv om de også oppleves som en nyttig del	Pasientene opplever å ikke bli sett eller lyttet til. De opplever at personalet ikke er interessert i å hjelpe pasientene og	Når personalet er mer motiverende, åpne og deler egne erfaringer og opplevelser med	Personalet beskrives som at de ikke bryr seg om pasientene, pasientene opplever at de ikke har	Det er viktig for pasientene å føle seg sett og hørt. At personalet tar seg tid til dem. De skal ikke misbruke sin maktposisjon.	Relasjon til miljø-terapeuter	Hvordan personalet møter pasientene er en avgjørende faktor for det opplevde

	føler seg sett og forstått.	av behandlingen når personalet er støttende.	at de behandler pasientene respektløst og ikke som et menneske. Personalet blir sett på som fienden og at de har en «dem og oss» holdning.	pasientene, så oppleves relasjonen mer likeverdig.	noen verdi. Personalet viser ingen omsorg for pasientene. De oppholder seg sammen på vaktrommet og er ikke til stede i avdelingen. Pasientene opplever at de blir ignorert og oversett og blir behandlet uten respekt og «som en gal». Personalet snakker sjeldent med pasientene.			utbytte av behandlingen.
--	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--------------------------

11.5 Vedlegg 5: Tema matrise

Artikkel	Odeyemi et al. (2018)	Borge et al. (2013)	Ulfseth et al. (2015)	Muir-Cochrane et al. (2013)	Berry et al. (2017)	Deilgat (2014)	Borge L, Røssberg et al. (2013)	Deilgat (2014)
Tema personal	Manglende tidlig intervensjon Stigmatisering Terapeutisk allianse Recovery Tverrfaglig samarbeid Veiledning Arbeidsbelastning Støtte fra kolleger Felles behandlingsmetode	Postatmosfære Støtte fra kolleger Terapeutisk allianse Støttende ledelse Miljøterapi Veiledning Recovery Tverrfaglig samarbeid Brukermedvirkning Felles behandlingsmetode Arbeidsbelastning			Terapeutisk allianse Veiledning Brukermedvirkning Støtte fra kolleger Støttende ledelse			
Tema pasient			Pasient-pasient relasjon Miljøterapi	Postatmosfære Terapeutisk allianse Pasient-		Stigmatisering Maktmisbruk Isolering Traumatisering	Miljøterapi Terapeutisk relasjon	Terapeutisk relasjon Postatmosfære Miljøterapi

			Terapeutisk allianse Bruker- medvirkning Postatmosfære	pasient relasjon Manglende frihet Symptomtrykk Manglende miljøterapi		Ikke- terapeutisk postatmosfære Unngår å søke hjelp Manglende bruker- medvirkning Ingen terapeutisk relasjon Lite pasient- pasient kontakt Manglende frihet Recovery Manglende miljøterapi	Bruker- medvirkning Postatmosfære Manglende frihet Pasient- pasient relasjon Recovery	Bruker- medvirkning Pasient- pasient relasjon Recovery Rusbehandling Tverretatlig samarbeid Familie/ Nettverk relasjon
--	--	--	--	--	--	--	---	---