



Moderne miljøterapi

Per Jørgen Langø Kristiansen

Masteroppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

November 2010

FORORD

Det har vært et privilegium å fordype seg i litteraturen om miljøterapi. Spesielt inspirerende har det vært å lære noe nytt om noe gammelt. Arbeidet med denne oppgaven har vært en reise som har gått fra *mythos* til *logos*. Mange myter og illusjoner har gått i tusen knas, men på en god måte. Jeg vil først og fremst rette en takk til min kjære Siril. Du har vært mer enn tålmodig med meg siden denne galskapen allerede startet på vår bryllupsreise. Uten dine råd ville nok dette prosjektet vart mye lengre. Jeg vil også rette en takk til min familie som har måtte tåle min knapphet i telefonen. Nina, Camilla, mamma og pappa: Takk for all støtte i denne tiden. Jeg må selvfølgelig også rette en spesiell takk til min firbente venn, Mira. Du har mer enn en gang hjulpet meg å innse at jeg trengte en pause fra skrivingen. Bent-Roar Hansen skal også takkes, spesielt for sine innsiktsfulle kommentarer og gode råd. Mine informanter skal også ha en stor takk for at de stilte opp. Uten dere hadde aldri dette prosjektet blitt gjennomført. Sist, men ikke minst, vil jeg takke min veileder Geir Fagerjord Lorem. Tusen takk for en enorm støtte og hjelp.

Tromsø 2.november 2010

Per Jørgen Langø Kristiansen

Sign

SAMMENDRAG

Denne studien tar for seg behandlingsmetoden *miljøterapi* som benyttes innenfor det psykiske helsevernet i Norge. Miljøterapi ble utviklet i etterkant av andre verdenskrig, da det oppstod en økt interesse for miljøets betydning i forhold til psykiske problemer og psykisk sykdom. Egne terapeutiske samfunn ble etablert, der det terapeutiske målet var å fjerne og kontrollere miljømessige faktorer som kunne skape psykiske problemer. Behandlingsstrategien innenfor disse samfunnene ble kalt miljøterapi. Grunnlagstenkningen innenfor de terapeutiske samfunnene var preget av sosialpsykiatrisk tenkning. De terapeutiske samfunnene representerte en motreaksjon mot den biomedisinske psykiatrien. Dette innebar at ingen var tvangsinnlagt ved de terapeutiske samfunnene. Det skulle heller ikke brukes tvang mot pasientene i behandlingen. Demokratiske prosesser mellom pasienter og personal var et sentralt mål i behandlingsstrukturen. I Norge ble det opprettet flere terapeutiske samfunn, men fra midten av 1980-tallet var alle nedlagt. Til tross for at de terapeutiske samfunnene nå er forsvunnet, benyttes fortsatt begrepet miljøterapi om behandlingen som gis ved psykiatriske sykehus.

Psykiatrien har i de siste tiårene vært gjenstand for kritikk fra flere hold. Kritikken omhandler hovedsakelig bruk av tvang og ensidig fokus på medikamentell behandling. Denne kritikken står i sterk kontrast til miljøterapibegrepets opprinnelige innhold. Det kan derfor være grunn til å spørre om moderne miljøterapi kan ses på som et brudd med begrepets opprinnelige innhold. Problemstillingen i denne oppgaven ble derfor formulert som: *Hvordan forholder dagens miljøterapeuter seg til miljøterapiens opprinnelige sosialpsykiatriske tenkning, og hvilke relasjoner har de til andre behandlingsformer?* Formålet med studien er å øke bevisstheten rundt begrepet miljøterapi og dermed bedre den miljøterapeutiske praksisen.

Studiet er en kvalitativ undersøkelse basert på dybdeintervju av fire helsearbeidere med flere års arbeidserfaring fra psykiatriske sykehus. Utvalget var strategisk og informantene ble rekruttert fra fire ulike avdelinger ved et psykiatrisk sykehus i Norge. Informantene hadde stillingsbetegnelse som miljøterapeut, og alle fire hadde

grunnutdanning som vernepleier. Temaene som ble dekket i intervjuene var pasientkontakt, samhandling, arbeid/aktivitet, medbestemmelsesrett, makt, selvopplevelse, og relasjoner.

Studiens resultater indikerer at moderne miljøterapi representerer et brudd med den historiske betydningen av begrepet. Moderne miljøterapi har kun overfladiske likhetstrekk med den miljøterapien som hadde sitt utspring i de terapeutiske samfunnene. Miljøterapiens faglige begrunnelser er preget av en paternalistisk, pragmatisk og formålsrasjonell tilnærming til pasientene, og det er tydelig at den er påvirket av biomedisinsk tenkning. Det kommer også frem at pasientene ikke blir informert om at de mottar miljøterapi. Det kan se ut som informantenes miljøterapi er en støttende funksjon til den medisinske behandlingen ved institusjonen.

Nøkkelord: Miljøterapi, biomedisin, makt, aktivitet, relasjoner, brukervedvirkning, sosialpsykiatri, terapeutisk samfunn.

ABSTRACT

This study describes the psychiatric treatment *milieu therapy* within the Norwegian health service. After Second World War, there was an increased interest for the significance of milieu in relation to mental problems and illnesses. There were established specific therapeutic communities which purpose was to remove and control environmental factors that could create mental health problems. They called this strategy for milieu therapy. Social psychology was the fundamental idea within these communities. They represented a counter reaction against the biomedical psychiatry. The therapeutic communities emphasized the meaning of democratic processes between patients and employees. They were based on voluntary conviction, and did not use force on their patients. Several societies were established in Norway, but they were all closed down by the mid 1980s. Despite the fact that all these communities are now gone, the concept "milieu therapy" are still used to describe the treatment psychiatric hospitals are offering their patients today.

The psychiatry has been the subject of criticism from several holds in the past few decades. The criticism mainly criticise the use of force and having too much focus on medical treatment. This criticism is in strong contrast to the original meaning of milieu therapy. This gives the reason to ask if the modern milieu therapy is in conflict with the concepts original meaning. The study problem definition will therefore be expressed as: How do today's milieu therapists relate to the original thinking of social psychiatry, and how do they approach other psychiatric treatments? The objective of this study is to increase awareness of the concept of milieu therapy and thereby improve its practice.

This study is a qualitative study based on in depth interviews of four health care workers, which had several years experience from psychiatric hospitals. The sample was chosen strategically by recruiting informants from four different wards at a Norwegian psychiatric hospital. All informants had working title as milieu therapists, and their basic education was as social educators. The interview themes were contact with the patients, cooperation, work/activity, co-determination, power, self-experience, and relations.

The results of this study indicate a conflict between modern milieu therapy and the historical meaning of the concept. Modern milieu therapy has only superficial similarities to the milieu therapy that had its projection from the therapeutic societies. The modern milieu therapy arguments give a pragmatic and rational approach to the patients. It's also obviously influenced by biomedicine thinking. The informants describes a paternalistic attitude to the patients. The milieu therapy does not seem to function as an independent treatment. This indicates that treatment works as a supportive function to the medical treatment in psychiatric hospitals.

Key words: Milieu therapy, biomedicine, power, activity, relationships, client participation, social psychiatry, therapeutic communities.

INNHold

INNLEDNING	9
TEORETISK UTGANGSPUNKT	13
MILJØTERAPIENS HISTORIE	13
SOSIALPSYKIATRI OG ANTIPSYKIATRI	17
SOSIALPSYKIATRISK OG BIOMEDISINSK SYKDOMSFORSTÅELSE	18
NYERE FORSKNING PÅ MILJØTERAPI	20
DEN RELASJONELLE BEHANDLINGSMODELLEN	21
MAKTTEORI	21
FYSISK AKTIVITET OG HELSEPROBLEMER	25
PASIENTRETTIGHETER OG DEN NYE PASIENTROLLEN	26
METODE.....	28
FORSKNINGSDESIGN	28
FORSKNINGSMETODE	28
FORFORSTÅELSE OG REFLEKSIVITET	32
UTVALGET	34
TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET	36
TEMAGUIDE	37
GJENNOMFØRING AV INTERVJUET.....	38
TRANSKRIBERING	39
DATAANALYSE	40
STUDIETS RELIABILITET OG VALIDITET	43
ETISKE BETRAKTNINGER.....	46
RESULTAT	48
RELASJONER I MILJØTERAPIEN.....	48
AKTIVITET OG STRUKTUR SOM MILJØTERAPI	51
INFORMASJON OG ÅPENHET	56
MAKT	58
BRUKERMEDVIRKNING	61
DISKUSJON	64
RELASJON SOM TERAPI	64
AKTIVITET	67
INFORMASJON OG ÅPENHET	74
BRUKERMEDVIRKNING OG MILJØTERAPI.....	76
MAKT OG MILJØTERAPI.....	78
AVSLUTNING.....	81

SVAKHETER VED STUDIEN	84
IMPLIKASJONER	85
LITTERATURLISTE	86
VEDLEGG 1: REKS VURDERING AV STUDIET.....	90
VEDLEGG 2: NSDS BEHANDLING AV STUDIEN	91
VEDLEGG 3: FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET	92
VEDLEGG 4: SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN	95
VEDLEGG 5: TEMAGUIDE	96

INNLEDNING

I denne studien vil jeg ta for meg spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern. Det er særlig behandlingsmetoden miljøterapi jeg vil belyse. I Følge Einar Kringlen, norsk professor i klinisk psykiatri, har miljøterapi sitt utspring i ideer om hvordan et godt sykehusmiljø kan virke helbredende. Ideene om miljøterapi kom til Norge ved slutten av 1950-tallet, og var da behandlingsfilosofien innenfor de terapeutiske samfunnene som oppsto i Storbritannia etter andre verdenskrig (Kringelen, 2001). De terapeutiske samfunnene kan ses på som en sosialpsykiatrisk motreaksjon mot datidens biomedisinske paradigme innenfor institusjonspsykiatrien. Utover 1960-tallet var også den antipsykiatriske bevegelsen en inspirasjonskilde for utviklingen av de terapeutiske samfunnene.

Nylig avdøde professor Bertil Sundin kom i 1972 ut med boka *Individ institusjon ideologi: anstaltens sosialpsykologi*. Her tar han blant annet for seg grunnlagstenkningen til Maxwell Jones terapeutiske samfunn. Sundin (1972) hevdet at miljøterapi måtte ses på som en behandlingsprosess som utnytter det systemet av sosiale relasjoner som utgjør organisasjonen. Han understreker at miljøterapi forutsatte et behandlingsmiljø der pasientene var frivillig innlagt, der forholdet mellom ansatte og pasienter var preget av demokratiske prosesser og at vang og maktmisbruk var fraværende. Kringlen (2001) vektlegger at de terapeutiske samfunnene representerte en egalitær og kollektivistisk modell med åpenhet og konfliktløsning som idealer. Andersen (1997) påpeker at utbredelsen av terapeutiske samfunn i Norge var avgrenset til enkelte avdelinger. Populariteten til de terapeutiske samfunnene innenfor psykiatrien var på topp fra slutten av 1960-tallet til slutten av 1970-tallet, og fra begynnelsen av 1980-tallet blir de siste terapeutiske samfunnene nedlagt. Kringlen (2001) hevder at de terapeutiske samfunnene hadde stor innflytelse på norsk psykiatri til tross for sin begrensede utbredelse.

Selv om de terapeutiske samfunnene nå er avviklet, så benyttes fortsatt begrepet miljøterapi om behandling som gis ved psykiatriske sykehus. Solfrid Vatne, rektor ved Høgskolen i Molde og forfatter bak boka *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*, hevder at miljøterapi i dag utøves av de som har 3-årig

helsefaglig eller sosialfaglig bakgrunn. Det er vanlig at ulike yrkesgrupper som vernepleiere, sykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer innehar stillinger som kalles miljøterapeut. Miljøterapi omfatter altså ikke den individualterapi som gis av psykiatere og psykologer, men behandlingstilbudet pasientene får fra resterende personal (Vatne, 2006). Øye et al., (2009) påpeker at miljøterapi representerer per i dag den mest anvendte betegnelsen på behandling gitt ved psykiatriske sykehus i Norden.

Det foreligger en betydelig kritikk av den behandlingen som gis av spesialisthelsetjenesten innenfor det psykiske helsevernet. Kritikken kommer hovedsakelig fra pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner (Skorpen, et al., 2009). Kritikken handler i hovedsak om bruk av tvang, mangel på brukermedvirkning og for stor vektlegging av medikamentell behandling. Denne kritikken står i kontrast til den opprinnelige miljøterapiens sosialpsykiatriske grunnlagstenkning. På bakgrunn av dette forholdet kan det være grunn til å spørre om den moderne miljøterapien kan ses på som et brudd med den historiske betydningen av begrepet. Forutsetningen for å kunne svare på dette danner grunnlaget for problemstillingen i studiet:

Hvordan forholder dagens miljøterapeuter seg til miljøterapiens opprinnelige sosialpsykiatriske tenkning, og hvilke relasjoner har de til andre behandlingsformer?

Formålet med studien er å øke bevisstheten rundt bruken av begrepet miljøterapi, for derigjennom bedre den miljøterapeutiske praksisen. Dette studiet er tilknyttet den fenomenologiske og hermeneutiske forskningstradisjonen. Studien legger vekt på å få fram informantenes opplevelser og tolkninger av sin praksis som miljøterapeuter. Målet er å få frem nærhetsperspektivet til den enkelte, men samtidig avdekke strukturer og allmenne trekk i disse opplevelsene.

I følge Øyen & Skorpen (2009) finnes det svært lite forskning om miljøterapi av nyere dato. Det finnes en del nyere litteratur om miljøterapi, men denne litteraturen bærer preg av rapportering av praktisk erfaring og ikke forskning. Den nyeste forskningen som

tematiserer miljøterapi i Norge er doktorgradsarbeidet til Aina Skorpen og Christine Øye fra 2009. Dette innebærer at det har vært lite forskningsbasert litteratur å støtte seg på i forhold til nyere beskrivelser av miljøterapi. Studiet til Skorpen og Øye er et etnografisk studium som er gjennomført ved to psykiatriske avdelinger. De konkluderer blant annet med at den miljøterapien som de undersøkte fremstod som usystematisk og til dels uklar i sin ideologi og sine begrunnelser. De påpeker at miljøterapien måtte betraktes som en støttefunksjon til det medisinske regimet på avdelingen.

I teoridelen har jeg måttet bruke litteratur fra 1970- og 1980-tallet. Spesielt benyttes Sundin (1972), Jones (1976) og Gunderson (1983). Denne litteraturen har vært nødvendig for å vise sentrale sider ved den opprinnelige miljøterapien. Kringelen (2001) og Wifstad (1997) har også vært viktig for å kunne vise historiske endringer. Den nyeste forskningsbaserte litteraturen om moderne miljøterapi som er benyttet er doktoravhandlingen til Øye & skorpen, (2009). Sentralt i denne oppgaven står den franske filosofen/ historikeren Michel Foucault og hans teorier om mak.

I metodedelen har jeg hovedsaklig lagt vekt på fenomenologisk og hermeneutisk metodelitteratur. Kvale, et al., (2009) har vært en sentral inspirasjonskilde, særlig i forhold til arbeidet med intervjuene. Malterud (2003) har jeg støttet meg på i forhold til reliabilitet og validitet. Thagaard (2009) og Polit og Beck (2008) har blitt brukt som støttelitteratur. Når det gjelder analysedelen har jeg valgt å la meg inspirere av den amerikanske sosiologen Kathy Charmaz. Charmaz (2006) har skrevet en praktisk guide i kvalitativ analyse med fokus på grounded theory. Min tilnærming har vært pragmatisk, og jeg vil vektlegge at jeg har brukt en del av hennes allmenne råd i forhold til å analysere intervjuene.

Oppgavens empiri var en kvalitativ intervjuundersøkelse basert på dybdeintervju av fire miljøterapeuter. Utvalget ble gjort for å sikre at informantene hadde relevant erfaring i forhold til spørsmålsstillingen i oppgaven. Informantene måtte ha stilling som miljøterapeut, og minst to års erfaring fra institusjonspsykiatrien som miljøterapeut. Det ble rekruttert fra fire ulike avdelinger ved samme institusjon. Forfatteren foretok

dybdeintervjuene i 2009. En temaguide ble brukt for å sikre at de sentrale spørsmålene i oppgaven ble ivaretatt. Temaguiden inneholdt følgende tema: *pasientkontakt, Samhandling, Arbeid/aktivitet, medbestemmelsesrett, makt, selvopplevelse og relasjoner*. Min rolle som intervjuer var å få informantene til å reflektere fritt over de oppgitte tema, samtidig være lydhør for ulike aspekter ved de ulike tema.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og transkribert. Måten tekstene ble analysert på begynte med en nøye gjennomlesning for å danne meg oversikt over materialet. Deretter ble det gjennomført linje for linje koding. Hver setning i teksten ble kategorisert med et kort kodenavn. Neste steg i analysen var å få frem resonnementene i datamaterialet, og se en større sammenheng i fortellingene til informantene. Deretter ble det gjennomført en tematisk opprydding i de gjenværende kodene. De temaene som til slutt utkrystalliserte seg danner grunnlaget for resultatet i oppgaven. Resultatene ble tolket opp mot relevant litteratur, og sammenlignet med lignende forskning. Oppgaven vil kunne ha relevans for miljøterapeuters forståelse av egen praksis og andre som interesserer seg for miljøterapi. Oppgaven peker også på behovet for ytterligere forskning på området, spesielt i forhold til et pasientperspektiv på miljøterapi.

TEORETISK UTGANGSPUNKT

Når man går inn i litteraturen om miljøterapi så er det iøynefallende hvordan tilblivelsen av miljøterapi ser ut til å bli drevet frem av historiske prosesser. Ulike relasjoner begrunnet i ideologiske, etiske og medisinske overbevisninger er med på å skape ideer om miljøet som en helbredende faktor. Tanker om miljøets betydning for behandling av psykiske lidelser kan man spore tilbake fra 1700-tallet og frem til nedleggelsen av de terapeutiske samfunnene på begynnelsen av 1980-tallet. Jeg vil derfor vise noen eksempler på noen ulike bidragsytere gjennom historien. Deretter vil jeg beskrive hvordan miljøterapien ble formet av etterkrigstidens sosialpsykiatriske bevegelse, og influert av den antipsykiatriske bevegelsen. Jeg vil også vise hvilke behandlingsstrategier dagens biomedisin og sosialpsykiatri har. Den historiske delen av dette kapittelet avsluttes med en redegjørelse av nyere forskning på miljøterapi. Dernest vil jeg se på relasjoner og makt som fagets selvkritikk, og hvordan disse to begrepene får betydning i forhold til de dilemmaene som oppstår på grunn av den asymmetriske maktrelasjonen mellom personalet og pasientene. Jeg vil også belyse hvordan fysiske helseplager hos pasientene kan være med på å påvirke behandlingsfokus innenfor det psykiske helsevernet. Problematikken rundt overvekt og diabetes blant psykiatriske pasienter representerer både faglig bekymringer og selvkritikk. Avslutningsvis vil jeg belyse hvordan samfunnet gjennom lovgiving krever et samspill mellom helsepersonalet og pasientene, og hvordan samfunnets krav om brukermedvirkning inkorporerer kritikken mot den asymmetriske maktrelasjonen i føringer og rammer for behandlingen.

Miljøterapiens historie

I følge Kringlen (2001) kan man spore miljøterapiens røtter tilbake til slutten 1700-tallet. Den engelske legen *William Tuke* og den franske legen *Phillipe Pinell* var begge ansvarlige for reformtiltak over for de psykisk syke. Sentralt for begge tenkning var at et godt miljø rundt pasienten var en viktig del av det å få pasienten helbredet/frisk. Reformtiltakene kan forstås ut fra opplysningstidens humanitære ideer. Tuke sitt asyl, *The Retreat*, ble bygget etter en familiemodell som hadde sitt utspring i den religiøse kvekerbevegelsen (Wifstad, 1997). Tuke sine pasienter ble sett på som villfarne barn som trengte å følge guds lover. Kvekerne mente at sinnslidelser kunne kureres gjennom å reetablere den brutte kontakten mellom pasienten og det guddommelige. Dette fordi

sinnslidelsen hadde sitt opphav i manglende personlig kontakt med det guddommelige. Rent praktisk skulle pasienten oppdras som et barn, og til å frykte og elske gud. Dette måtte foregå med en kombinasjon mellom kjærlighet og fasthet. Hvis man tar samtidens behandling av psykisk syke i betraktning, fremsto Tuke sitt asyl som humanistisk, og med gode behandlingsresultater. The Retreat var mer som en liten landsby, der hver pasient hadde sin spesielle arbeidsoppgave

Kringlen (2001) vektlegger den franske legen Phillippe Pinell sitt bidrag. Pinell utdannet seg som lege i Montpellier, etter hvert flyttet han til Paris der han kom i kontakt med den revolusjonære bevegelsen. Det var det revolusjonæres engasjement som vekket en interesse for humanitære spørsmål hos Pinell, og under revolusjonen ble han etter hvert ansvarlig for *galehuset* Bicêtre. Pinell sin grunntanke om sinnslidelser var at lidelsene skyldtes mangel på frihet, hygiene og frisk luft. Derfor beordret han at pasientene skulle løses fra sine lenker, og få tilgang på lys og ren luft samt at de skulle møtes med en vennlig holdning. Pinell forbød bruk av straff og andre fysiske behandlinger som årelating og neddykking i vann. Pinell sin forståelse av psykisk sykdom tok utgangspunkt i en somatisk forståelse, men han var også opptatt av at oppdragelse og uregelmessig livsførsel kunne føre til sykdom. Pinell ble forkjemper for en mer psykologisk behandlingsform også kalt *traitement moral*.

I følge Kringlen (2001) blir Pinell og Tuke blir sett på som viktige reformatorer innen for behandlingen av psykisk syke i sin tid. Linken opp mot miljøterapi må ses i forhold til at begge var opptatt av hvordan et godt miljø var viktig for pasientenes psykiske helse. Historien om psykiatrien er omfattende, og det er ikke mulig i denne oppgaven å beskrive alle retningene som har påvirket det vi i dag kaller miljøterapi. Jeg velger derfor å gjøre et hopp frem til rundt 1930. Gunderson, et al., (1983) beskriver arbeidet til den amerikanske psykiateren Harry Stack Sullivan (1892 – 1949) som var sentral i utviklingen av det som senere skulle bli miljøterapi. De vektlegger at Sullivan foreslo en sosio-psykiatrisk behandling som skulle øke bevisstheten rundt pasientens sosiale problemer. Sullivan mente at pasientens omgivelser hadde avgjørende betydning for pasientens helbred. Sentralt for Sullivan var også kampen for at pasientenes omgivelser måtte være preget av kjærlighet og intimitet istedenfor hat, ydmykelse og fornedrelse.

Selv om Sullivan formulerte tanker om omgivelsenes betydning for helbredet så brukte han ikke begrepet miljøterapi. Kringlen (2001) vektlegger Sullivans bidrag i forhold til å omskape psykiatrien til et samfunnsfag, og i dette arbeidet hadde Sullivan et nært samarbeid med antropologen Edward Sapir. Sapir var på denne tiden tilknyttet til det som siden skulle bli Chicago School of Sociology.

I følge Sundin (1972) fikk den skotske psykiateren Maxwell Jones (1907 - 1990) stor betydning for utviklingen av begrepet miljøterapi og dets innhold. Jones (1976) beskriver selv hvordan han tidlig i sin karriere følte opprør mot det han kaller den ortodokse psykiatrien. Den ortodokse psykiatrien han beskriver er sterkt preget av biomedisinsk tenkning, med terapiformer som insulinsjokk-terapi og elektroshokk-terapi. Hans første erfaring med gruppebehandling fikk han rett etter andre verdenskrig. Der han fikk ansvaret for behandlingen av soldater som hadde vært i fangeleirer. Hans grunnfilosofi var preget av sosialpsykiatri. Selv hevder han at sosialpsykiatrien distanserte seg fra patologiens og medisins felt og mot betydningen av sosiale problemer og psykologi. Sundin (1972) påpeker at Maxwell Jones nye behandlingsfilosofi innebar en radikal endring av institusjonenes funksjon. Institusjonenes miljø måtte ha en terapeutisk funksjon, og grunntanken var å skape det motsatte av et skadelig miljø, altså et terapeutisk miljø. Ideen om en humanisering av de psykiatriske institusjonene var viktig, og han kalte de transformerte avdelingene for *Therapeutic Community*. De terapeutiske samfunnene skulle være preget av demokratiske prosesser og en demokratisk struktur. De demokratiske prosessene innebar at både personal og pasienter jobbet mot et felles mål i forhold til behandling og administrative spørsmål. Den demokratiske strukturen kom til uttrykk gjennom *allmannamøter*, og dagen i de terapeutiske samfunnene startet med et slikt møte. Sundin (1972) beskriver allmannamøtene på følgende måte:

”Allmannamøtet dreier seg mest om hverdagshendinger og administrative problemer. Det er ikke *spesifikt* terapeutisk. Derimot er håpet at den frie kommunikasjonen vil bidra til å skape en terapeutisk kultur og til å eliminere forskjellige misforståelser og spenninger. En annen primærhensikt med allmannamøtene er at de skal fungere som læringssituasjoner. På disse møtene

kan både personalet og pasientene bli mer bevist om grunnene til at de oppfører seg slik de gjør” (Sundin, 1972, s. 160).

I følge Andersen (1997) hadde de terapeutiske samfunnene en del sentrale prinsipper for behandlingen. De mest sentrale var frivillig innleggelse, åpen kommunikasjon, tillit, likhet og solidaritet. De terapeutiske samfunnene skulle være en miniatyrtgave av storsamfunnet. I tillegg skulle man også fjerne uheldige sider med storsamfunnet fra de terapeutiske samfunnene. I følge Sundin (1972) var miljøterapien den behandlingsprosessen som utnytter det systemet av sosiale relasjoner som utgjør organisasjonen. Hensikten med miljøterapien var å hjelpe klienten til en gjennomgripende læring av sosialt samliv, gjennom å påvirke klientens innstilling til seg selv og sine medmennesker.

Kringlen (2001) forteller at det første terapeutiske samfunnet i Norge ble opprettet så tidlig som i 1955, men at de fleste ble etablert mellom slutten av 1960-tallet og begynnelsen av 1970-tallet. Fra slutten av 1970-tallet og et stykke utover 1980-tallet forsvant de terapeutiske samfunnene. Det er flere forhold som kan forklare hvorfor de terapeutiske samfunnene ble nedlagt. Andersen (1997) hevder at de terapeutiske samfunnene ble motarbeidet av enkelte profesjonsgrupper, som psykiatere og psykologer. Dette kom av den sterke demokratiske funksjonen som preget de terapeutiske samfunnene, noe som førte til at psykiatere og psykologer ble likestilt med sosisonomer, hjelpepleiere. I følge Vatne (2006) var individualterapiens økende popularitet også en viktig årsak til at de terapeutiske samfunnene mistet sin oppslutning. Individualterapi innebar at psykiatere og psykologer flyttet behandlingen fra fellesmiljøet og inn på sine kontorer. De gjenvant sin posisjon som hoved-behandlere og miljøterapien ble et tillegg til den definerte behandlingen. Andersen (1997) påpeker at på 1980-tallet oppsto stadig økende kritikk av institusjonene. Kritikken førte til økt avinstitusjonalisering av psykiatrien. Avinstitusjonalisering medførte at flere av pasientene skulle behandles ved distriktpsykiatriske sentere og i sine hjemkommuner. Denne prosessen var med på å undergrave behovet for de terapeutiske samfunnene.

Sosialpsykiatri og antipsykiatri

Politiske omveltninger fra andre verdenskrig og opp mot slutten av 1960-tallet har hatt stor betydning for utviklingen av psykiatrien. Sosialpsykiatriens fremvekst i Storbritannia fikk stor betydning for det internasjonale fagmiljøet, og denne tenkningen fikk etter hvert stor betydning for hvordan de psykiatriske pasientene ble behandlet i hele vesten. Antallet pasienter i de tradisjonelle asylene falt betydelig utover 1950-tallet i store deler av Europa. De terapeutiske samfunnene var den delen av den britiske sosialpsykiatrien som fikk mest oppmerksomhet i utlandet, men andre deler av denne bevegelsen hadde også betydning for en stadig humanisering av psykiatrien. Den skotske psykiateren Thomas Freeman sin bok *Chronic Schizophrenia* var en innflytelsesrik bok om sosialpsykiatrisk behandling av schizofrene. Boka var basert på flere års klinisk arbeid og fikk stor betydning for behandlingsoptimismen for de mest kronisk psykisks syke. (Kringlen, 2001). Motstanden mot de psykiatriske klinikkene vokste i de fleste vestlige land utover 1960-tallet. Reformen innenfor psykiatrien ble viktige politiske kampsaker som i Italia, der kommunistene vant oppslutning ved å satse på reformer innenfor de psykiatriske institusjonene (Haugsgjerd & Engelstad, 1976).

Kringlen (2001) beskriver 1960-årene som ideenes tiår innenfor psykiatrien. I Frankrike skrev filosofen og historikeren Michel Foucault om galskapens historie og fremveksten av disiplinerende institusjoner. I USA kritiserte sosiologen Irving Goffman asylenes og deres funksjon på mennesket. I Norge kom sosiologen Yngvar Løchen med sitt klassiske studium av institusjonskultur. 1960- og 70-tallet var også den perioden der man fikk fremvekst av det som blir beskrevet som den antipsykiatriske bevegelse. Crossley (1998) vektlegger at den antipsykiatriske bevegelsen var en mangeartet og uhomogen bevegelse der det grunnleggende var kritikk av den bestående psykiatrien. Han fremholder at et annet kjennetegn var radikale politiske holdninger. De mest markante skikkelsene innenfor den antipsykiatriske bevegelsen var den skotske psykiateren Ronald David Laing og den amerikanske psykiateren Thomas Szasz. Sentralt hos Laing var hans kritikk av måten den etablerte psykiatrien forholdt seg til det språklige uttrykket hos psykotiske mennesker. Han mente at innholdet ikke måtte ses på som symptomer, men snarere som levd erfaring.

Thomas Szasz sin bok *The Myth of Mental Illness* fra 1960 tar et oppgjør med begrepet mental sykdom, og hevder at begrepet er en myte. I følge Szasz (1961) lar vi oss svindle av psykiatrien og han hevder at man ikke kan ha en sykdom i et abstrakt begrep. Sykdom finner man i biologisk materie og ikke i begreper. Begrepet mentale lidelser er i følge Szasz (2008) med på å kontrollere mennesker og holde vanskelige mennesker nede. I følge Crossley (1998) må den antipsykiatriske bevegelsen ses på som et bidrag i den moderne sosiale bevegelse generelt.

Kringlen (2001) fremhever at antipsykiatrien hadde både positiv og negativ innflytelse på psykiatrien. Den positive siden av antipsykiatriens kritikk kan forstås opp mot den holdningsendringen den var med på å skape blant psykiatere og annet personell. Holdningsendringene var relatert til skadevirkningene av den biomedisinske behandlingen, som for eksempel lobotomi og ECT (Electroconvulsive therapy). Antipsykiatrien støttet også opp om sosiale terapiformer som kunne hjelpe mennesker gjennom en mer human behandling. Den mer negative siden av antipsykiatrien kan man se ved Laings oppfatning av psykoser. Laings ble kritisert for å beskrive psykoser som en romantisk reise til en indre verden, og hvordan han dermed underkjenner syke menneskers opplevelse av smerte og sosialt forfall. Antipsykiatriens ekstreme politiske holdninger, og underkjennelse av menneskelig lidelse medførte at bevegelsen mistet sin oppslutning og spilte seg selv utover sidelinjen. I følge Wifstad (1997) har den biologiske psykiatrien hatt sterk innflytelse på psykiatrien også i Norge siden 1970-tallet.

Sosialpsykiatrisk og biomedisinsk sykdomsforståelse

Sosialpsykiatrien og biomedisinen har hatt betydning for utviklingen av miljøterapien. Miljøterapiens fremvekst må forstås som en motreaksjon mot etterkrigstidens biomedisinske behandlingsformer, som insulinsjokkbehandling og lobotomi. Disse behandlingsformene benyttes ikke lengre. Det er derfor sentralt å se på hvilke behandlingstilbud biomedisinen benytter i dag. Sosialpsykiatrien har også utviklet seg og jeg vil her beskrive hvilken funksjon den har i dag.

Brandt (2004) beskriver at den sosialpsykiatriske tenkningen legger vekt på at sosiale forhold har betydning for psykisk sykdom. Eksempler på dette er statistiske sammenhenger mellom psykisk sykdom og fattigdom, utdanning, kjønn, etnisitet og sosial arv. Den sosialpsykiatriske behandlingsmodellen handler om å påvirke samfunnet slik at de sosiale problemene avskaffes. Menneske må forstås i en sosial kontekst. Mennesker lever ikke i et sosialt vakuum, og blir heller ikke syke i dette vakuuet. Betydningen av det relasjonelle arbeidet mellom hjelper og klient er sentralt innefor sosialpsykiatrien, og sosialpsykiatrien vektlegger at relasjonen har betydning i seg selv. Målet i hjelpearbeidet ligger ikke i en endring av personen, men i interaksjonen mellom hjelper og klient. Fokuset på endring av klienten tilhører en objektiviserende holdning der avvik skal endres. Den sosialpsykiatriske tradisjonen vektlegger en tilnærming der det enkelte menneske skal lære å forstå sine omgivelser og derigjennom hankses med sine problemer.

Den biomedisinske sykdomsforståelsen av alvorlig psykisk sykdom er i følge Malt, et al., (2003) forstyrrelser i hjernens fysiologiske og biokjemiske prosesser. Enten kan prosessene i hjernen foregå på en normal måte eller en patologisk måte. Behandlingen som gis i den biomedisinske modellen handler hovedsakelig om medikamenter, og målet er å rette opp eller endre den ubalansen som er oppstått i hjernens biokjemiske prosesser. Det anvendes også elektrostimuleringsbehandling mot alvorlige depresjoner. Det er viktig å bemerke at elektrostimuleringsbehandling (ECT) ikke lengre gis mot pasientens vilje i Norge. Pasienten må selv undertegne at han mottar denne behandlingen frivillig. Indikasjonene for å tilby pasienten ECT er som sagt alvorlige depresjoner, spesielt hos eldre har denne behandlingsformen vist seg å være svært effektiv. I forhold til psykoselidelser som *schizofreni* anvendes antipsykotiske medikamenter. Disse medikamentene ble oppdaget på begynnelsen av 1950-tallet og er stadig under utvikling. Alle antipsykotiske medikamenter virker inn på biokjemiske signalstoffer i hjernen, hovedsakelig ved å blokkere for et signalstoff som heter dopamin. Antipsykotisk medisin har ikke kurativ effekt, men lindrer symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger. I tillegg har de en uspesifikk effekt som er sedativ.

Statens helsetilsyn legger sterke føringer for bruk av medikamenter til mennesker som har fått diagnosen schizofreni. Behandling med antipsykotiske medikamenter ses på som det viktigste enkeltelement i behandlingsopplegget ved schizofreni (Løvdahl, 2000.). Den biomedisinske forståelsen av psykisk sykdom har i stor grad vært preget av tilfeldigheter, spesielt i forhold til oppdagelser av medikamenter (Rund, 2005). I følge Malt, et al., (2003) er denne situasjonen under endring, nyvinninger innen biokjemi og ulike måter å fotografere hjernens aktivitet har medført mer sikker viten om hvordan hjernen fungerer. Dette har medført at den biologiske måten å forstå psykiske lidelser har fått økt oppslutning. Mechanic & Rochefort (1992) er sosiologer og representanter ikke biomedisin, men de påpeker at medikamentell behandling av alvorlige psykiske lidelser har båret frukter. Flere pasienter kan bo hjemme, og generelt sett klarer de alvorligst psykisk syke seg langt bedre i dag enn før de antipsykiatriske medikamentene ble introdusert.

Nyere forskning på miljøterapi

Selv om de terapeutiske samfunnene i sin opprinnelige former er borte i dag, så brukes fortsatt miljøterapibegrepet, og det er særlig i de nordiske landene at vi finner en stor utbredelse av begrepet (Andersen, 1997). Et forhold som Øye, et al., (2009) peker på er at det finnes lite forskning på hva som ligger i dagens bruk av begrepet miljøterapi, og hva det betyr for behandlingen av pasientene. Det finnes betydelig litteratur om miljøterapi, men litteraturen er i liten grad preget av forskning. Eksempler på denne typen litteratur er Andersen (1997) og Vatne (2006). En del av denne forskningssvake litteraturen tar utgangspunkt i arbeidet til den amerikanske psykiateren John G. Gunderson. Gunderson, et al., (1983) kritiserer de terapeutiske samfunnene, og ønsket seg en ny type miljøterapi som skulle være tilpasset tradisjonelle institusjoner, og primært for pasienter med diagnosen schizofreni. I motsetning til de terapeutiske samfunnene er det lite forskning som er gjort på Gunderson sin alternative miljøterapi. Gunderson avsluttet selv sitt arbeid med miljøterapi på midten av 1980-tallet, og har siden skrevet en rekke bøker om personlighetsforstyrrelser.

Den relasjonelle behandlingsmodellen

Vatne (2006) hevder at den relasjonelle behandlingsmodellen er en fellesbetegnelse på ulike behandlingsmodeller som har det til felles at de ser på relasjonen som det sentrale både i utvikling og bedring av psykiske lidelser. Dette kan forstås på som kritikk mot psykiatriens fokus på medikamentell behandling. De relasjonelle modellene har historiske og ideologiske røtter til sosialpsykiatrien, og har vokst frem som faglig selvkritikk. Disse modellene bygger på en forståelse av subjekt – subjekt – relasjon. De relasjonelle modellene fordrer en gjensidighet mellom pasient og hjelper, og at denne gjensidigheten først kan oppnås når hjelperen og pasienten har en relasjon der begge anerkjenner hverandre som subjekter. Subjekt – subjekt – relasjonen står i motsetning til subjekt – objekt – relasjonen, som preger den delen av psykisk helsearbeid som fokuserer på diagnosesettingen og biomedisinsk tenkning. Sentralt i forståelsen av å bygge en relasjon er hjelperens evne til å skape trygghet, være aktivt lyttende til pasienten, anerkjennende og empatisk.

Vatne (2006) knytter de relasjonelle modellene til den fenomenologiske og hermeneutiske vitenskapsteorien, og vektlegger at relasjonelt arbeid må bygge på en erkjennelse av pasienten som et menneske, som har en mening og hensikt bak sine handlinger. Hun setter en fenomenologisk holdning i kontrast til den medisinske avviksmodellen, som hun mener er reduksjonistisk, og som ikke anerkjenner pasientens opplevelse. De relasjonelle modellene representerer dermed en kritikk av biomedisinsk tenkning. Hun setter også relasjonens betydning i sammenheng med dagens miljøterapi og fremhever relasjonelt arbeid som en viktig side av miljøterapi.

Maktteori

Begrepet makt er sentralt i forhold til den kritikken som har vært rettet mot måten man behandler mennesker med psykiske lidelser, helt fra *moral treatment* bevegelsen på slutten av 1700-tallet og frem til i dag. Sentralt i dagens kritikk av den psykiatriske behandlingen er bruk av makt og tvang. Kritikken kommer ikke bare fra pasientene, men også fra psykiatriens eget fagfelt (Kringlen, 2001). Maktbegrepet kan forstås på ulike måter. En mye brukt definisjon av makt ble gitt av den amerikanske statsviteren Robert A. Dahl i 1957, og lyder som følgende: “*A has power over B to the extent that he*

can get B to do something that B would not other wise do” (Dahl, 1957, s. 202). Dahl (1957) sin definisjon av makt berører sentrale sider med kritikken av det psykiske helsevernet, men den mangler et saksforhold som er sentralt i relasjonen mellom personal og pasienter i det psykisk helsevernet. Definisjonen beskriver ikke det som skjer når B ikke gjør som A vil. Den franske filosofen/historikeren Michel Foucault påpeker at der det er makt er det alltid motmakt (Foucault, 1995). Dahl (1957) sin definisjon av makt forutsetter et stabilt asymmetrisk maktforhold mellom to parter. Denne asymmetrien kan settes på prøve eller forskyves hvis den underlegne parten utøver motmakt.

Kompleksiteten i maktrelasjonene mellom personal og pasient innenfor det psykiske helsevernet fordrer maktteorier som tar høyde for kompleksiteten. Derfor velger jeg å vise noen av Michel Foucault sine betraktninger om makt. Studiet henter også inspirasjon fra artikkelen ”*Omsorgsmakt*” skrevet av Truls I. Juritzen og Kristin Heggen. Denne artikkelen knytter en forståelse av Foucaults maktbegrep opp mot omsorg. Selv om Juritzen og Heggen (2006) retter sitt fokus på omsorg i geriatrien har begrepsbruken deres en klar overføringsverdi til det asymmetriske forholdet mellom miljøterapeut og pasient innenfor psykisk helsevern. Utgangspunktet for å tematisere maktbegrepet dreier seg i all hovedsak om nettopp det asymmetriske maktforholdet mellom personal og pasienter, og hvordan ulike dilemmaer oppstår på grunn av dette forholdet.

Schaaning (2006) påpeker at Michel Foucault ikke oppfatter seg selv som en maktteoretiker. Foucault sitt mål var ikke å beskrive makromakten i historiske perspektiver der konger og statsledere innehar makten. Derimot forsøker han å nå maktens kapillærnivå, der makten kommer til uttrykk. Foucaults motiver for å nå maktens nedslagsfelt var å redegjøre for oppkomsten av bestemte vitendisipliner. For Foucault er kunnskap og sannhet knyttet til makt, fordi måten kunnskap ble brukt på var gjennom å regulere og normalisere individer. Sentralt i Foucault (2006) sin analyse av psykiatrisk makt var asyllets tautologi som han definerer på følgende måte: ”So, giving power to reality and founding power on reality is the asylum tautology” (Foucault,

2006, s. 157). På denne måten viser han hvordan makt blir legitimert ved at asylet representerer virkeligheten. Foucault viser et eksempel på hvordan denne legitimiteten kunne brukes selv overfor konger. Han viser til historien om hvordan man behandlet den engelske kongen George III. I historien beskriver Foucault hvordan kongen hentes og oppbevares i et polstret rom. En dag får kongen besøk av sin lege. I sin sykdom kaster kongen avføring på legen. Umiddelbart blir kongen lagt i bakken, og etter hvert tvangsvasket. Under oppholdet i isolatet snakker ikke pleierne med kongen, tausheten blir sett på som en del av behandlingen. Når kongen begynner å samarbeide får han etter hvert komme tilbake til sitt virke som konge. Foucault viser her hvordan en eneveldig konge kunne disiplineres med bakgrunn i at kongen ikke hadde grepet om virkeligheten. De som representerte virkeligheten hadde makt selv over den eneveldige kongen. Sentralt for hans eksempel er psykiatriens disiplinerende makt med legitimitet i virkeligheten (Foucault, 2006).

Foucault (1995) utviklet også en teori som han kalte for *Biopolitikk*. Foucault vender her fokuset bort fra disiplineringen, og retter sin oppmerksomhet mot befolkningen. Han hevder at regjeringene etter hvert ble klar over at befolkningen kunne ses på som en resurs som kunne forvaltes, og sykkelighet, fødselsprosent, ernæring og boligforhold ble viktig mål for hvordan det stod til med den nye resursen som *befolkningen* representerte. Danaher, et al., (2000) understreker betydningen av relasjonen mellom helsepolitikk og biopolitikk. Det å sørge for en friskest mulig befolkning handler ikke bare om humanistiske verdier, men også en pragmatisk tilnærming til å påse at befolkningen kunne yte mest mulig. Foucault sin måte å bruke begrepet makt er flertydig. Hans forståelse av makt handler om at makten ikke eies av den suverene, men at den er å finne over alt og at den er produktiv.

Juritzen & Heggen (2006) tar for seg den relasjonelle makten i omsorgsfeltet, og kritiserer hvordan tidligere maktutredninger har undersøkt maktforhold ned til relasjonsnivået uten se på den makten som utspiller seg mellom pasient og pleier. De beskriver også hvordan Foucault sin idé om at makt må forstås; makt er ikke bare er noe som brer seg fra et maktsenter, men kan også ses på som oppadstigende fra de mest ubetydelige mekanismer mellom mennesker, og hvordan man kan følge disse

mekanismenes historie, teknikker og taktikker. De poengterer også at Foucault sin måte å se på makt medfører en nedtoning av ideologienes betydning, og hvordan Foucault fokuserer på kappelærnivået istedenfor hvem som er mektig eller hvem som har makt. De viser med eksempler fra en pasient case hvordan makt også medfører motmakt, og at makt kan forstås som noe som finnes i alle relasjoner. Makt er noe som flyter og sirkulerer i relasjonene og kan forstås som noe som ingen eier.

Hem (2008) påpeker i sin doktorgradsavhandling at sykepleiens altruistiske omsorgsideal kan kamuflere at sykepleierne også bruker makt. Hun argumenterer videre for at sykepleierens ideal også kan beskytte dem mot kritikk. Hem kritiserer også den norske omsorgsfilosofen Kari Martinsen og hennes begrep *svak paternalisme* som er basert på ideen om at sykepleiere må bruke makt i det godes tjeneste. Hun stiller seg spørrende til om denne maktbruken er forstått på en tilstrekkelig måte i forhold til alle de relasjonelle prosessene som skjer mellom pasient og pleier i psykiatrien (Hem, 2008). På sin side hevder K. Martinsen (1990) hvordan det etiske prinsippet om respekt for pasientens autonomi kan føre til at pleieren unndrar sin forpliktelse til å gi omsorg. Hun hevder at paternalisme kjennetegnes av en distansert og objektiviserende holdning til pasienten, og en form for bedrevitenhet fra pleierens side over for pasienten. Martinsen hevder at det er nødvendig med en autoritetsstruktur i sykepleierens relasjon til pasienten, dette fordi sykepleieren har nødvendig kunnskap som pasienten ikke har. På bakgrunn av den nødvendige autoritetsstrukturen introduserer Martinsen begrepet ”*svak paternalisme*” og definerer det på følgende måte:

”En autoritetsstruktur som bygger på en svak paternalisme, forutsetter at sykepleieren vet bedre enn pasienten selv hva som er best for han, men bare ut fra et engasjement og en sensitivitet om å gjøre den enkelte pasient mest mulig. Sensitiviteten og interessen for den andres velbefinnende fordrer skjønnsmessig vurderinger av situasjonen og hindrer paternalistisk maktutøvelse” (K.Martinsen, 1990, s. 75)

Martinsen hevder også at jo mer sykepleieren blir kjent med pasienten, desto vanskeligere blir det for sykepleieren å manipulere og ta herredømme over pasienten.

Martinsen sier videre at dypere kjennskap mellom pasient og pleier også innebærer at det blir lettere for sykepleieren å handle til beste for pasienten (K. Martinsen, 1990).

Et av de mest sentrale saksforholdene innen psykiatrien er det asymmetriske maktforholdet mellom ansatte og pasienter. Odd Gaare, rektor ved kongsbakken videregående skole i Tromsø, fikk i 2000 Skjervheimprisen for essayet: *Jevnbyrdighet hos Skjervheim*. I essayet vektlegger han den norske filosofen Hans Skjervheim sitt arbeid i forhold til det moralske problemet med asymmetri mellom mennesker. Han legger særlig vekt på Skjervheims distinksjon mellom det å overtale og det å overbevise den andre. (Gaare, 2002). Skjervheim (2002) Vektlegger at det å forsøke å overtale en person egentlig handler om å manipulere den andre. Skjervheim mener at man heller må søke overbevise den andre da det åpner opp for et subjekt/subjekt forhold der man respekterer den andre. Skjervheims fokus på et jevnbyrdig subjekt til subjekt forhold har klare paralleller til de relasjonelle modellene og de demokratiske prosessene i de terapeutiske samfunnene. Skjervheims fokus på jevnbyrdighet blir sentralt i forhold til det asymmetriske forholdet som psykiatrien har vært kritisert for.

Fysisk aktivitet og helseproblemer

Fysiske helseproblemer hos mennesker med psykoseproblematikk har i de senere årene blitt tematisert (Martinsen, et al., 2004). Pasienter med schizofreni har økt kroppslig sykkelighet, og gjennomsnittlig levealder er 10–20 % lavere enn hos normalbefolkningen. Dødsårsaker, som selvmord og ulykker, står for 1/3 av den økte dødeligheten. Men det er viktig å legge merke til at 2/3 av overdødeligheten skyldes naturlige dødsårsaker, slik som sukkersyke, lungesykdommer og kreft, men med hjerte- og kar sykdommer som den klart viktigste naturlige dødsårsaken (Andreassen & Bentsen, 2004). Hva som er årsaken til dette forholdet er usikkert, men flere forhold spiller sannsynligvis inn. Studier gjort i England viser at menn økte sin kroppsvekt med ca 10 kg i snitt, for kvinner nesten 13,5 kg ved utskrivelse fra psykiatrisk sykehus (Tetlie & Norgils, 2008). Røyking ses også på som en faktor som er med på å forkorte levealderen i denne gruppen (Martinsen, et al., 2004). I følge Hert & Winkel (2006) er det en økende forekomst av type 2 diabetes blant mennesker med alvorlige sinnslidelser. Det er usikkert hva dette skyldes, men mye tyder på at de moderne antipsykotiske

medikamentene spiller en medvirkende rolle. Martinsen, et al., (2004) hevder at denne utviklingen etter hvert har påvirket behandlingsformene på ulike psykiatriske institusjoner, og fokuset på fysisk aktivitet har økt. Tiltakene som blir skissert mot helseproblemer til pasienter med alvorlige psykiske sykdommer er regelmessig fysisk aktivitet. I følge Sundin (1972) var aktivitet og arbeid sentrale elementer i de terapeutiske samfunnene. Arbeidets primære funksjon var å forsøke å gi pasientene muligheten til å lære nye måter å samhandle med andre mennesker på, samtidig som at arbeidet hadde en preventiv funksjon i forhold til inaktivitet.

Pasientrettigheter og den nye pasientrollen

I følge Wisløff, et al., (2005) har pasientens rolle endret seg i den vestlige delen av verden, fra en passiv, autoritetstro og underdanig part til en mer aktivt medvirkende og bevisst part. Utviklingen bærer preg av økte juridiske rettigheter for pasientene, parallelt med økt fremvekst av brukerorganisasjoner. I Norge er pasientrettighetsloven sentral for å sikre de juridiske rettighetene til pasientene. I *Lov om pasientrettigheter* (pasientrettighetsloven) av 1.januar 2001 nr. 63, er lovens formål (§1-1) å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Loven fremmer tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og belyser viktigheten av å ha respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Politiske prosesser på slutten av 1990-tallet satte søkelys på pasienters rettigheter, og brukermedvirkning ble sentralt når pasientens rettslige stilling skulle lovreguleres (Storm, et al., 2009). Det er spesielt lovens § 3.1 som regulerer pasienters *rett* til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp.

I følge Wisløff, et al., (2005) fikk det økte fokuset på pasientrettigheter og bruker medvirkning betydning for utarbeidelsen av den nye psykisk helsevern loven. I *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven) av 1.januar 2001 nr. 62. I § 3-9 legges det vekt på at pasienten har rett til å uttale seg om etablering av tvunget observasjon, tvungen psykisk helsevern og hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Et annet sentralt forhold i psykisk helsevernlov er pasientens rettigheter under det tvungne vernet:

”Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket” (Psykisk helsevernlov § 4-2).

De juridiske bestemmelsene viser en endring i oppfattelsen av pasienters rettigheter. I tillegg til juridiske endringer har norske myndigheter igangsatt en tiårig opptrappingsplan innen psykisk helse (Vigerust, 2010). Brukernes medvirkning og innflytelse hadde en helt sentral plass i planen, og den innebar en økning i bevilgningene til helsevesenet på rundt 24 milliarder (Sverdrup, et al., 2007). Til tross for den politiske satsingen kan det imidlertid virke som om ikke alle mål er nådd. I følge Skorpen, et al. (2009) ligger Norge på Europatoppen i bruk av tvang overfor psykiatriske pasienter, og brukerorganisasjoner kritiserer de psykiatriske sykehusene for uverdige forhold for pasientene. I følge Sundin (1972) var de terapeutiske samfunnene opptatt av demokratiske prinsipper i sin behandling. De terapeutiske samfunnene representerte tenkning og behandling som i høyeste grad er forenelig med de moderne pasientrettighetene. Spørsmålet er om dagens miljøterapi har bevart noe av denne ideologien.

METODE

Dette kapitlet redegjør for forskningsdesign, hvilke metodiske valg som er gjort, og forklarer hvordan studiet er gjennomført. Det vil også bli presentert en gjennomgang av studiets reliabilitet og validitet, og vil avslutningsvis gi noen etiske betraktninger.

Forskningsdesign

Studiet er knyttet til den fenomenologiske og hermeneutiske forskningstradisjonen i et helsefagperspektiv. Denne tradisjonen undersøker menneskers erfaringer i deres livsverden og tolker individenes meninger og erfaringer (Polit & Beck, 2008). I følge Bryman & Bell (2007) er begrepene forskningsdesign og forskningsmetode er lett å forveksle. Designet gir rammeverket for innsamlingen og analyse av data, mens metoden er teknikken man bruker for å samle inn data. Studiets design er eksplorerende. Dette kom av problemstillingens utforming, som har til hensikt å fremskaffe kunnskap om dagens miljøterapi. Brink & Wood (1998) fremholder at eksplorerende design kjennetegnes ved at det har som mål å undersøke lite utforskede fenomener, og hvordan disse fenomenene manifesterer seg. Det eksplorerende designet retter også fokus mot hvilke underliggende prosesser som er knyttet til fenomenet. Problemstillingen i dette studiet er knyttet til det eksplorerende designet fordi forskerspørsmålet ikke bare er ute etter å beskrive fenomenet, men også undersøke underliggende prosesser og relasjoner. Designet til studiet er induktivt med et interpersonalt fokus.

Forskningsmetode

I følge Thagaard (2009) har kvalitative studier en tradisjon for induktiv tilnærming, noe som innebærer at det teoretiske perspektivet utvikles på bakgrunn av en analyse av data. Studiet benytter kvalitativ metode. Årsaken til at kvalitativ metode ble valg var først og fremst på grunn av mangel på kunnskap og forskning om dagens miljøterapi. Malterud (2003) hevder at kvalitativ metode er spesielt nyttig for å eksplorere lite utforskede sosiale fenomener. Kvalitative forskningsintervju ble valgt for å få tilgang til innformantenes erfaringer av miljøterapeutisk praksis og tolkning av disse erfaringene. Målet med dette var å oppnå en forståelse av miljøterapi som et sosialt fenomen, få klarhet i hva som kjennetegner moderne miljøterapi og dens relasjon til biomedisinen.

Andre metoder kunne ha vært brukt i dette studiet. En kvantitativ spørreundersøkelse kunne ha vært et alternativ. Spørreundersøkelser har sin styrke ved at man kan nå mange mennesker på kortere tid (Polit & Beck, 2008). Et større utvalg vil øke generaliserbarheten til dataene. Men denne metoden ble ikke valgt av flere grunner. Hovedårsaken til dette var mangelen på detaljert kunnskap om moderne miljøterapi. Denne mangelen ville ha vanskeliggjort prosessen med å finne relevante spørsmål for et spørreskjema. Informasjon fra spørreskjema har en tendens til å bli overfladisk hvis man bruker lukkede spørsmål (Polit & Beck, 2008). Dersom man hadde benyttet *åpne* spørsmål i et spørreskjema ville det innebære at informanten måtte ha skrevet lengre svar, noe som ofte har vist seg vanskelig å få informanten til å gjøre (Polit & Beck, 2008). En spørreundersøkelse vil derimot være en av flere måter å følge opp dette studiet, spesielt med tanke på å bruke funn fra oppgaven som grunnlag for spørsmål i en fremtidig spørreundersøkelse.

Andre kvalitative metoder ble vurdert. Ved å bruke observasjon kunne man ha dannet seg et bilde av miljøterapeutisk praksis. Samspillet mellom pasienter og miljøterapeuter kunne bli synliggjort. Studiets intervjubaserte tilnærming vil derfor mangle den dimensjonen som observasjon ville ha gitt. Årsaken til at observasjon ikke ble benyttet var først og fremst studiets fokus på miljøterapeutenes selvforståelse. Observasjon vil ikke få tak i bakenforliggende tanker om miljøterapi som behandlingsfilosofi. Målet for studien er ikke en deskriptiv tilnærming for hvordan den miljøterapeutiske praksisen trer frem, men den søker miljøterapeutenes opplevelser og forståelse av sin egen praksis. Styrken til studiets design og metode ligger i at det henvender seg til primæraktøren for miljøterapi, samt å forstå hva miljøterapeuten legger til grunn for sin praksis. Moderne miljøterapi vil være vanskelig å forstå uten å la miljøterapeutene komme til orde.

Gruppeintervju i en fokusgruppe ville vært en annen måte å la primæraktørene komme til orde. Malterud (2003) fremhever at gruppedynamikken i fokusgrupper kan mobilisere assosiasjoner og dermed få frem historier som man ellers ikke hadde fått frem ved å intervju enkeltpersoner. Kvale, et al., (2009) påpeker at denne metoden er egnet for eksplorative studier. De fremhever også hvordan diskusjonen i gruppen øker

tilfanget på ulike synspunkter. Gruppeintervju i en fokusgruppe ville derfor ha vært en egnet metode for dette studiet. Årsaken til at dette ikke ble valgt ligger i ønsket om å få frem mest mulig divergens i datamaterialet. Malterud (2003) hevder at gruppedynamikken i fokusgrupper kan sperre for avvikende synspunkter. Fordelen med individuelle intervjuer er at informantene forblir anonyme, og enklere kan komme med avvikende synspunkter i forhold til arbeidsplassens kultur og praksis. En annen styrke til intervju som metode er den muligheten man har til å forfølge utsagnene til informantene. Et gruppeintervju gir ikke den samme muligheten fordi intervju situasjonen er mer komplisert. Under et individuelt intervju blir ikke informanten forstyrret, og har god tid til å reflektere over de ulike temaene.

I forbindelse med valg av analysemetode ble det foretatt en del utfordrende avgjørelser. Forut for studiet ble det gjennomført et pilotintervju av en kollega. Dette intervjuet ble gjort for å få erfaring med den planlagte metoden. Kvale, et al., (2009) ble først forsøkt brukt som veiledende litteratur, men deres beskrivelser av analyse er lite detaljert og var av liten nytte i forhold til hvordan man gjennomfører en analyse. De fenomenologiske analysemetodene til Malterud (2003), Dahlberg, et al., (2001), Polit & Beck (2008), Lindseth & Norberg (2004) og Giorgi (1997) ble testet. Resultatene av disse forsøkene var triviell og uinteressant. Miles & Huberman (1994) påpeker at fenomenologiske metoder for analyse bruker få etablerte redskap, og at en betydelig del av analysen hviler på forskers intuisjon. Det å forske på eget fag og praksis er i utgangspunktet problematisk i forhold til *kulturblindhet*. Kanskje ble pilotintervjuet intetsigende fordi jeg manglet distanse. Den fenomenologiske og hermeneutiske litteraturen vektlegger forforståelsens betydning og problematiserer dette i forhold til forskning (Dahlberg, et al., 2001). Beskrivelsene av hvordan man jobber med sin forforståelse opplevde jeg som vanskelig å omsette i praksis.

Jeg besluttet å nærme meg problemet med analyse på en mer pragmatisk måte. Polit & Beck (2009) påpeker at det ikke finnes universelle regler for kvalitativ dataanalyse, og at det finnes nesten er like mange analysestrategier som det er kvalitative forskere. Riessman, (2008) påpeker at det er likheter mellom tematisk narrativ analyse, fortolkende fenomenologisk analyse og grounded theory. Det er selvfølgelig betydelige forskjeller innenfor de ulike kvalitative retningene, men i forhold til analyse av tekst er

det håndverksmessige likheter. Jeg valgte derfor å se nærmere på arbeidet til den amerikanske sosiologiprofessoren Kathy Charmaz, og hennes praktiske guide til kvalitativ analyse. Charmaz (2006) arbeider innenfor *Grounded theory*. Det å benytte hennes teori fullt ut er problematisk i forhold til den fenomenologisk tilnærmingen som jeg ønsket å benytte, siden hun representerer konstruktivismen. Selv sier hun at mennesker, inkludert forskere, konstruerer den virkeligheten de deltar i, og vektlegger at konstruktivister anerkjenner at tolkningen av et fenomen også er en konstruksjon. Denne grunnlagstenkningen står i tydelig kontrast til fenomenologien. Fenomenologer vil hevde at enkeltmenneskets subjektive erfaring regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2003). Den fenomenologiske virkelighet finnes i livsverden til mennesket og ses ikke på som en konstruksjon. Lorem (2008) vektlegger fenomenologiens perspektiv på subjektive erfaringer, men fremholder at enkeltmenneskers erfaringshorisont må knyttes til allmenne og strukturelle trekk. Han sier videre at dette kan knyttes direkte til de overordnede ideer ved fenomenologisk metode, som bygger på den overbevisning at det finnes en essemiell erfart virkelighet.

Selv om Charmaz (2006) sin konstruktivistiske posisjon ikke er forenelig med en fenomenologisk tilnærming, så er en del av hennes analyseteknikker allmenne og pedagogiske. Pilotintervjuet ble derfor forsøkt analysert gjennom en Charmaz inspirert metode. Allerede ved første steg i arbeidet med å kode materialet kom det frem perspektiver som hadde vært usynlig ved bruk av de tidligere nevnte fenomenologiske analysemetodene. Paley (2000) kritiserer fenomenologisk sykepleierforskning fordi deres kategorier og definisjoner blir såpass allmenne at de til forveksling ligner på dem man finner i ordbøker. Mine grep i forhold til analyse var også et forsøk på å unngå å havne i den posisjonen som Paley (2000) kritiserer. Ved å åpne opp for nyanser i materialet gjennom intern validering, samt å legge vekt på å lete etter kontraster, moteksempler og sammenhenger i materialet har jeg forsøkt å unngå å havne i en posisjon der resultatene av analysen blir intetsigende. Dette handler også om å være åpen i forhold til å skildre generelle og allmenngyldige strukturer for å unngå å bli fanget i en beskrivelse av det partikulære. Lorem (2008) påpeker at fenomenologisk forskning kan havne i en relativisme der forskningsresultatene blir enkeltstående historier uten mulighet til å skape et sammenligningsgrunnlag. De perspektivene som tredde frem kunne linkes til min forforståelse. Først og fremst er det grunn til å anta at

den Charmaz inspirerte analyseteknikken gav meg et mer praktisk og systematiske verktøy for å analysere. Beskrivelsene for hvordan man koder var nyttige, men hjelpespørsmålene hun introduserer var også hjelpsomme for å tvinge frem ulike perspektiver. En del av disse spørsmålene hadde en nær relasjon til konstruktivisme og ble derfor byttet ut med fenomenologiske begreper som *mening*, *opplevelse* og *selvopplevelse*. Disse hjelpespørsmålene tvingte frem perspektiver som jeg intuitivt ikke la merke til. Det å få frem perspektiver og informasjon som jeg ellers ville ha oversett på grunn av egne fordommer er i tråd med fenomenologiske og hermeneutiske grunntanker. Et annet poeng som ble tydelig for meg var hvordan Grounded Theory også måtte forholde seg til den hermeneutiske sirkelen. Måten Charmaz anbefaler at man skal jobbe med teksten på har en tydelig sirkulær struktur, delene forstås ut fra helheten og omvendt.

Min konklusjon var at Charmas (2006) kunne brukes som inspirasjonskilde for analysen. Jeg valgte å la meg inspirere av de hun kaller for *initial koding*. Her valgte jeg å følge hennes råd om koding, og etablerte navn på hver enkelt linje gjennom teksten. Neste steg var en mer helhetlig tolking av de ulike kodene, og avsluttet med en tematisk opprydding. I underkapittelet *Dataanalyse* kommer jeg tilbake til hvordan jeg i praksis gjennomførte analysen. Det er viktig å understreke at jeg har en pragmatisk tilnærming til Charmas analyseteknikk. Min tilnærming tar tak i de allmenne rådene hun gir i forhold til fortolkning- og skriveprosessen hvor deler av innholdet har relevans utover rammene av Grounded Theory.

Forforståelse og refleksivitet

Allerede i planlegningsfasen av dette studiet begynte jeg å fokusere på problemer tilknyttet til min posisjon som forsker. Det feltet jeg skulle undersøke grenser opp til mitt eget virke som psykiatrisk sykepleier. Mitt utgangspunkt var at jeg og mine fremtidige informanter måtte ha mange like erfaringer fra praksis, og institusjonspsykiatrien kan ses på som en kultur som vi har felles. Thagaard (2009) påpeker at likt erfaringsgrunnlag hos forsker og informant kan skape mangel på distanse og evne til å se kritisk på informantens fortellinger og utsagn. Dette forholdet omhandler studiets reliabilitet (pålitelighet). Gadamer (2004) fremhever derimot at

forforståelse/fordommer er en nødvendighet for å kunne forstå. Menneskets forståelse vil alltid være betinget av ens individuelle og historiske utgangspunkt. Lægreid & Skorgen (2006) påpeker at forståelse blir som en sirkel, og at man ikke kan tre ut av denne sirkelen. Man er henvist til å gjøre sine valg på bakgrunn av de erfaringene og kunnskapen man allerede har. Dette medfører at objektivitet blir en illusjon. I forhold til mitt ståsted ville jeg altså få problemer med å kunne se noe nytt ved miljøterapien. Gaddamer (2004) har en løsning på problemet med forståelsens sirkel, eller den hermeneutiske sirkel som den også kalles. Hans råd er å være bevist om sin forutinntatthet. Først når vi blir bevist vår forkunnskap har vi muligheten til å korrigere våre egne forkunnskaper om en sak.

Problematikken rundt forforståelse ble tydelig for meg allerede i det innledende arbeidet til studiet. Under transkriberingen ble jeg klar over hvor mye som ble sagt uten at jeg reagerte på det. Ord og vendinger som ble brukt under intervjuet ble ikke grepet tak i. Denne erfaringen ble enda tydeligere når jeg begynte å analysere intervjuene. Et eksempel som kan belyse dette var utsagnet om at pasienten oppholdt seg *i miljøet*. Hvilket miljø var det informanten siktet til? Jeg viste at informanten siktet til at pasienten oppholdt seg i fellesarealene på avdelingen, men problematiserte ikke. Det samme skjedde da informanten sa: *vi som jobber i miljøet*. Thagaard (2009) forklarer slike fenomen med at forsker har problemer med å se det som synes selvsagt innenfor en kultur. En forsker uten erfaring fra institusjonspsykiatrien ville legge merke til disse begrepene og fulgt dette opp under intervjuet. Dette forholdet gjorde meg klar over at min forforståelse kunne hindre meg i å oppdage viktige perspektiver ved miljøterapien. Jeg opplevde at prosessen med å lese teksten, linje for linje, for så å gi hver linje et navn som hjelpsom. Charmaz (2006) kaller dette for *line- by- line coding*. Årsaken til at jeg ble mer bevisst begreper som ”*i miljøet*” var nettopp fordi denne prosessen tvang meg til å reflektere over innholdet i setningen. Jeg måtte gi setningen et navn, og jeg gikk igjennom en liste med spørsmål. Et av disse hjelpespørsmålene var: ”*hva skjer her, og hvordan kan man definere det*”. Kodingen og hjelpespørsmålene endret mitt fokus og min forforståelse ble tydelig for meg. Uten den måten å analysere på ville begrepet forblitt utematisert som del av min forforståelse.

For å kunne motvirke de problemene som oppsto med min forforståelse valgte jeg en tilnærming der jeg reflekterte og skrev ned forhold som kunne bli problematiske, og hente dette frem under hele forskningsprosessen. Under hele studien hadde jeg en egen *logg* der jeg skrev ned forskjellige forhold som kunne påvirke forskningen. Sentralt i min tilnærming sto Malterud (2003) sin beskrivelse av refleksivitet. Hun beskriver refleksivitet som en aktiv holdning der forskeren ikke skal vente på overraskelser, men heller lete etter forhold som kan være problematiske i forhold til posisjon, kulturbblindhet og forforståelse. Thagaard (2009) vektlegger også at det også er fordeler med å kjenne til den kulturen man skal forske på. Min forforståelse av miljøterapi er motivasjonen for å undersøke dette fenomenet. Forkunnskaper om institusjonpsykiatriens lukkede verden bidro til å frigjøre informasjon om forhold som for en uinnvidd kanskje ikke ville ha blitt tematisert. Spesielt kan spørsmålet, *ang. informasjon til pasientene om miljøterapi*, være et eksempel på hvordan min forforståelse og kjennskap til praksis frigjorde informasjon.

Et sentralt anliggende i min refleksive posisjonen var å kartlegge hvilke forventninger jeg hadde til hva jeg vil finne i forskningsfeltet. Jeg var klar over at min forforståelse og forventninger kunne overskygge funn i empirien. Eksempler på mine forventede resultater var blant annet antagelsen om at informantene kom til å svare på spørsmålene med henvisninger til miljøterapeutiske teoretikere, noe som jeg fikk bekreftet i pilotintervjuet. Denne antakelsen viste seg å ikke stemme i de reelle intervjuene. Dette var positivt for studiet, fordi jeg hadde fryktet at deler av intervjuene kunne komme til å handle om beskrivelser av kjent litteratur. Den antakelsen som stemte med informantens uttalelser var antakelsen om at de ikke fortalte pasienten om miljøterapi. Denne forventningen ble skapt på bakgrunn av egne erfaringer fra psykiatriske institusjoner.

Utvalget

Studiets empiri bygger på et strategisk utvalg. Det betyr at utvalget av informanter er gjort for å finne de personene som ved sin bakgrunn og kompetanse er best egnet for å kunne svare på studiets spørsmål (Thagaard, 2009). Utvalgskriteriene var at informanten måtte ha stilling som miljøterapeut, og minst to års erfaring fra

institusjonspyskiatrien som miljøterapeut. Årsaken til at miljøterapeuter ble valgt handler først og fremst om at de er direkte involvert, og man kan regne med at de har et reflektert forhold til sin egen virksomhet. Den andre gruppen som er direkte involvert i miljøterapi er pasientene. For å få svar på problemstillingen i studiet så ble det besluttet å ikke bruke pasienter som informanter. Mitt anliggende var at det mangler studier som spesifikt går på hva som kjennetegner miljøterapi ut fra perspektivet til miljøterapeutene.

Det at informanten måtte ha jobbet i minst to år, som miljøterapeut, bygger på et ønske om at informantene i størst mulig grad har erfaring nok til å kunne svare reflekter på spørsmålene i intervjuet. Det ble ikke lagt noen føringer for kjønn i utvalget. I utvalgsstrategien lå det et ønske om å finne miljøterapeuter som var opptatt av miljøterapi og som ønsket å delta på et intervju. Informantene som ble valgt hadde alle flere års erfaring med å jobbe med miljøterapi, og de sitter inne med den praktiske erfaringen om hvordan miljøterapien drives i praksis. Forskningsspørsmålet søker kunnskap om hva som kjennetegner dagens miljøterapi, og informantene har førstehåndserfaring med hvordan miljøterapi drives i 2009. Deres erfaringer representerer eksempler på hva som kjennetegner dagens miljøterapi.

Malterud (2003) påpeker at kvalitative studier sjeldent består av mange informanter, og at fire til sju informanter kan gi et rikt datagrunnlag. Videre sier hun at gode strategiske utvalg kan utvikle beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som blant annet forteller om kjennetegn og mening. Disse kjennetegnene og meningene har relevans for sammenhenger utover den konteksten studiet ble gjennomført. På den andre siden er det slikt for få informanter ville ha begrenset innholdet i dataene. Ut fra studiets omfang og metode ble det vurdert at det var tilstrekkelig med fire informanter. Det ble vurdert å benytte flere informanter, men Malterud (2003) hevder at det ikke er slik at overførbarheten øker proporsjonalt med antall informanter. Hun hevder videre at innenfor kvalitative studier kan et for stort antall informanter medføre at materialet blir lite oversiktlig og analysen overfladisk. Hvor mange informanter man skal benytte er også en pragmatisk avgjørelse. Utvalgets størrelse ble ikke vurdert i forhold til *metningspunkt*. Metningspunkt i forhold til kvalitative intervjuer handler om å nå et

punkt der studiet av flere intervjuer ikke synes å gi ytterligere forståelse av fenomenet (Polit & Beck, 2008). Begrepet metning har sin opprinnelse innenfor Grounded Theory, men begrepet er blitt mer eller mindre allment innenfor kvalitativ forskning. Antallet informanter i denne oppgaven er fire, og deres opplevelser og meninger om miljøterapi er ikke representativ eller overførbare til alle miljøterapeuter, men deres erfaringer og beskrivelser kan fortelle noe om hva som kjennetegner dagens miljøterapi. De beskrivelsene som informantene kommer med representerer en bestemt kontekst og gir et grunnlag for bedre å kunne nærme seg feltet, som er lite utforsket, i en fremtidig studie.

Tilgang til forskningsfeltet

Arbeidet med å skaffe informanter til studiet startet med å vurdere hvor undersøkelsen skulle gjennomføres. Jeg valgte å gjøre studiet i en annen landsdel enn der jeg jobber. Årsaken var at fagmiljøet innenfor institusjonspsykiatrien i min landsdel er såpass lite og oversiktlig at faren for at jeg skulle kjenne til informantene var tilstede. Institusjonen som ble valgt var en av flere som la særlig vekt på at de drev med miljøterapi. Det ble sendt en søknad med prosjektbeskrivelse til ledelsen ved institusjonen, der det ble forespurt om lov til å intervju ansatte. Søknaden ble godkjent og forskningsansvarlig ved institusjonen ble tilsendt godkjenningene fra Norsk samfunns vitenskaplige datatjeneste¹ og vedtaket fra Regional etisk komité², samt samtykkeerklæring³. Forskningsansvarlig ved institusjonen bisto også i rekrutteringsarbeidet ved at han kontaktet fire avdelingsledere som hver fikk i oppgave å plukke ut en ansatt miljøterapeut som ønsket å delta på studiet. Forskningsansvarlig sendte en e-post som inneholdt navn, e-postadresse og telefonnummer til fire miljøterapeuter ved institusjonen. De fire ble kontaktet via telefon og det ble avtalt tid og sted for

¹ Se vedlegg nr. 2

² Se vedlegg nr. 1

³ Se vedlegg nr. 4

intervjuene. De ble også tilsendt prosjektbeskrivelse og skriv om forespørsel om deltakelse⁴ i studiet.

Temaguide

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en temaguide⁵. Målet med temaguiden var å holde fokuset på de temaene som informanten skulle reflektere over, samt å sikre konsistente data og variasjon over de temaene som ble tatt opp (Kvale, et al., 2009). Temaguiden⁶ ble konstruert ut fra kjerneområdene i litteraturen om miljøterapien fra de terapeutiske samfunnene. Sundin (1972) tematiser pasientkontakt, samhandling, arbeid, relasjoner og medbestemmelsesrett som sentrale forhold i miljøterapien. For å forstå den moderne miljøterapien ble disse plukket ut som tema for temaguiden. Tanken var at disse temaene kunne belyse den moderne miljøterapiens eventuelle forankring tilbake til de terapeutiske samfunnene, eller eventuelt avdekke endringer. Sentralt i de terapeutiske samfunnene var også tanken om å forlate en psykiatri der makt og tvang var sentrale elementer. Siden miljøterapi, rent historisk, må ses på som en motreaksjon mot tvang ble det hensiktsmessig å tematisere *makt* i temaguiden. Studiets problemstilling handler om hva som kjennetegner dagens miljøterapi, og maktperspektivet har vært sentralt i kritikken av moderne psykiatri i Norge. Det å tematisere makt vil være sentralt både i et historisk perspektiv og i forhold til den dagsaktuelle situasjonen. *Selvopplevelse* ble det siste punktet i temaguiden. Det å få frem selvopplevelsen til informantene åpner opp for perspektiver der man kan få innblikk i hvordan informanten forstår seg selv i forhold til dagens miljøterapi. Miljøterapeutene i de terapeutiske samfunnene var delaktig i en motreaksjon mot den tradisjonelle psykiatrien som var preget av biomedisinen. Hvordan miljøterapeutene opplever seg selv kan frigjøre ny kunnskap om hva som kjennetegner dagens miljøterapi og dens relasjon til biomedisinen. Temaguiden ble brukt i et uformelt pilotintervju med en kollega. Intervjuguiden viste seg å åpne opp for refleksjon, og

⁴ Se vedlegg nr. 3

⁵ Se vedlegg nr. 5

temaene ansporet til betydelig refleksjon over miljøterapiens vesen. Temaguiden ble derfor beholdt i sin opprinnelige form.

Gjennomføring av intervjuet

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av fire dager i desember 2009. Intervjuene ble gjennomført på ulike møterom utenfor avdelingen til informantene. Møterommene var skjernet for støy og uro. Samtlige intervju ble gjort i informantens arbeidstid. Alle intervjuene startet med generell informasjon om prosjektet, gjennomgang av samtykkeerklæring og signering. Informanten ble forklart hensikten med intervjuet og hvordan lydopptaket skulle transkriberes. Informanten ble også oppfordret til å komme med spørsmål hvis det var noe han lurte på eller om noe av det jeg sa var uklart. Ved innledningen av hvert intervju ble det lagt vekt på å skape en setting som i størst mulig grad åpnet opp for kommunikasjon. Den kommunikative settingen ble etablert gjennom å fokusere på å skape en trygg ramme før intervjuet startet, samt å sikre at informanten og jeg hadde en felles forståelse av formålet med intervjuet.

Under intervjuene var det viktig å få informanten til å komme med eksempler fra praksis for å belyse de ulike temaene. Generelt kom informantene med færre praktiske eksempler enn antatt. Temaguiden ble i hovedsak fulgt kronologisk, men ved enkelte tilfeller kom informanten inn på de ulike temaene før de ble tematisert. Dette gjaldt spesielt temaet *relasjoner*. Under intervjuene ble det lagt vekt på å la informantene få tid og ro til å reflektere over temaene, og det ble fokusert på å ikke overstyre informanten. Oppfølgingsspørsmål og klargjøringer ble bare stilt når informanten gjorde en pause. Behovet for å avgrense informanten var sjeldent nødvendig, i all hovedsak var informantene opptatt av temaene i en relevant kontekst. De tilfellene der informanten pratet seg ut av tema var det lett å finne tilbake til tråden ved oppfølgingsspørsmål som: ”*kan du si noe mer om det vi begynte å prate om?*” Generelt virket det som om informantene hadde tenkt godt igjennom de ulike temaene før intervjuet. I god tid før intervjuene hadde informantene fått tilsendt temaguiden. Dette medførte at man fikk sikret felles struktur på dataene, og at alle tema ble belyst av flest mulig. Informantene ble også spurt om det var sider med miljøterapien som de mente var sentral, men som ikke var tematisert i temaguiden. Dette spørsmålet åpnet

opp for flere interessante refleksjoner. Intervjuene ble avsluttet med at informanten fikk muligheten til å komme med tanker de hadde gjort seg om miljøterapi under intervjuet. Etter at intervjuet var gjennomført ble mine opplevelser av intervjuet skrevet ned. Erfaringer fra intervjuene ble gjenstand for refleksjon før neste intervju ble gjennomført, dette for å unngå å gjenta feil, og for å ta med nye ideer til neste intervju.

Transkribering

Prosessen med å transkribere intervjuene fra lydfiler til tekst begynte med at det måtte foretas noen valg. Polit & Beck (2008) fremhever viktigheten av at intervjuene skrives ordrett, men dette bydde på et sentralt problem. Problemet besto i at informanten pratet dialekt. For å sikre informantens anonymitet ble intervjuene transkribert på bokmål. Dette innebærer idiomatisk korrekt gjengivelse. Kvale., et al (2009) påpeker at transkripsjon har stor betydning for studiets reliabilitet. Min strategi for å sikre påliteligheten i gjengivelsen av det informanten har sagt i intervjuene, har vært om å oversette hvert ord fra dialekt til bokmål. Denne prosessen var møysommelig, og enkelte ord har krevd konsultasjon med personer som behersker denne dialekten. Det å diskutere meningen med enkelte ord med noen som behersker dialekten, samt ordbøker har sikret gjengivelsen av intervjuene.

Under transkripsjonen ble det lagt vekt på å gjengi og tegnsette pauser, lydord, lydhermede ord og utropsord. For at den skriftlige gjengivelsen av intervjuene skulle være så nøyaktig så mulig, ble teksten lest samtidig som jeg hørte på intervjuet. Denne teknikken avslørte en rekke unøyaktigheter som ble rettet opp i. Enkelte setninger som ikke gav mening ble beholdt i transkripsjonen, men ble fjernet under analysedelen. Det å gjengi talespråk skriftlig er ikke uproblematisk. Det var flere tilfeller der det var vanskelig å høre hva informanten sa. Generelt var opptakene av god lyd kvalitet, men dialekt og stemmevolum vanskeliggjorde enkelte ord. Noen ganger ble hele setninger vanskelig å forstå fordi informanten hoppet i tema, tid og rom. Men etter å ha hørt i gjennom disse setningene flere ganger kom meningen frem.

Transkripsjon medførte flere valg, og disse valgene kan være gjenstand for kritikk. Hvor og når man skal sette komma og punktum kan få stor betydning for tolkningen av

teksten (Kvale, et al., 2009). Flere av de ovennevnte problemene med dialekt, stemmevolum og ufullstendige setninger kan skape unøyaktigheter som har betydning for resultatet av prosjektet. For å klare å gjengi informantene på en skriftlig måte som gir tekst tilrettelagt for analyse kreves det et stort fokus på nøyaktighet.

Dataanalyse

Første steg i analysearbeidet var å lese de transkriberte intervjuene grundig for å få en helhetlig oversikt over datamaterialet. Deretter begynte arbeidet med å etablere koder som i praksis er beskrivelser av meningsinnholdet i materialet både på detaljnivå, setning for setning, og helhetlige resonnement. I forhold til det fenomenologiske perspektivet var det viktig å fokusere på det å entre den hermeneutiske prosessen på rett vis, det vil si at helhet og delforståelse får samvirke. Det ble sentralt å utvikle en forståelse av materialet og dermed informantens fortellinger. Charmaz (2006) definerer koder som det å kategorisere segmenter av dataene med et kort navn. Koding må også forstås som det å foreta analytiske tolkninger av teksten. Den første delen av arbeidet med koding blir av Charmaz (2006) beskrevet som ”*initial koding*”. Initial koding kan gjøres på ulike måter, jeg valgte en metode som kalles ”*Line-by-Line Coding*”, nettopp for å fokusere på detaljene i teksten. Måten denne kodingen ble gjennomført på var å ta for seg setning for setning. Hver setning ble gjennomgått i forhold til hjelpespørsmål, dette er eksempler på noen av hjelpespørsmålene: ”*Hvilke prosesser er aktuelle her, hvordan kan jeg definere dem og Hvordan utvikler disse prosessene seg?*” I tillegg brukte jeg en del hjelpespørsmål som fikk frem et fenomenologisk perspektiv. Eksempler på dette er: ”*Mening, opplevelse og selvforståelse*. Det å etablere en kode til en setning ble gjort ved å gjennomgå setningens mening samt å reflektere over setningen i forhold til hjelpespørsmålene. Et eksempel kan være denne setningen:

”*Uansett hvilke metoder du bruker, tilnærminger, perspektiv så tror jeg at den relasjonen rundt som du skaper til pasienten som til syvende og sist betyr det meste*” (informant 1).

Denne setningen fikk kode navnet: ”*Relasjonen som du skaper betyr mest*”. Koden løfter frem det perspektivet at det er informanten som *skaper* relasjonen. De hjelpespørsmålene som ble brukt til å etablere denne koden var: ”*Hvem er involvert, hvem initierer handling og hvem har nytte av prosessen?*”

Målet med denne måten å kode på er å tvinge seg til å forbli åpen til dataene og de nyansene som er i teksten. Min erfaring var at det å kode setning for setning gav en mye dypere forståelse av hva informanten sa. Denne måten å kode på åpnet opp andre perspektiver som jeg ikke fikk med meg under intervjuene, transkriberingen eller i den initiale lesningen av intervjuene. Min forståelse av teksten ble endret og selvfølgeligheter ble gjenstand for refleksjoner. Det gav også nyttige korrektiv, sånn som ved eksempelet om begrepet miljø, som ville hatt betydning hvis jeg skulle foretatt flere intervjuer. Prosesser som først var usynlige tredde etter hvert frem. Under arbeidet med ”*Line-by-Line Coding*” ble det tydelig hvordan dette arbeidet inngår i en hermeneutisk fortolkningsprosess. Kvale, et al., (2009) beskriver at den hermeneutiske fortolkningsprosessen starter med en uklar og intuitiv forståelse av teksten som helhet. Ved å fortolke dens forskjellige deler settes delene på ny i relasjon til helheten. Linje for linje koding bryter teksten ned i små meningsenheter som igjen må forstås opp mot helheten i intervjuet. Neste steg i analyseprosessen var den ”*fokuserte kodingen*”. Charmaz (2006) definerer fokusert koding på følgende måte:

”Focused coding means using the most significant and/or frequent earlier codes to sift through large amounts of data. One goal is to determine the adequacy of those Codes. Focused coding requires decisions about which initial codes make the most analytic” (Charmaz, 2006, s. 57).

I prosessen med fokusert koding ble det forsøkt å få frem resonnementene i datamaterialet, samt å se de store linjene i informasjonen og fortellingene til informantene. Under arbeidet ble det klart at flere av de initiale kodene ble forkastet. Større sammenhenger trådte frem. Dette var til hjelp i forhold til nærme seg informantens selvforståelse og tolkning av sine erfaringer, uten å blande mine egne

antagelser om feltet inn i tolkningen. Dette ble særlig viktig fordi jeg var dus med sjargongene og hadde lett for å hoppe til konklusjoner om hva informanten snakket om.

Neste steg i min analyseprosess var *Aksial koding*. Med dette menes en opprydding i temaer. Gjentakelser slås sammen og kodene organiseres i tematiske sammenhenger med hverandre. I dette arbeidet begynte mine hovedfunn å komme til syne. De forskjellige kodene ble en del av et større byggverk. Kategorien *makt*, for eksempel, består av kodene: ”*hjelp til selvhjelp*”, ”*hjelp til å forstå sitt eget beste*”, ”*struktur*” og ”*ikke så positivt med en gang*”. Etter at flere kategorier var etablert begynte jobben med å sammenligne dem innbyrdes, beskrive konsekvenser og under hvilke forhold er disse kategoriene aktuelle. Charmaz (2006) vektlegger viktigheten av å forstå sammenhengen mellom den initiale kodingen og den aksial koding. Der den initiale prosessen handler om å bryte ned datamaterialet til separate deler, mens den aksiale kodingen handler om å bringe delene sammen til en koherent helhet. Dette er nok et eksempel på hvordan den frem- og tilbakeprosessen mellom deler og helhet absolutt er til stede og hvordan Grounded Theory også må forholde seg til den hermeneutiske sirkelen.

Charmaz (2006) beskriver flere steg i analyseprosessen. Innenfor *Grounded theory* er *teoretisk koding* og *teoretisk sampling* sentralt. Begge disse begrepene beskriver prosesser som omhandler det å skape teorier. Jeg valgte å ikke benytte meg av teoretisk koding og sampling. Årsaken til dette er at jeg i utgangspunktet var ute etter et verktøy som kunne hjelpe meg i analysearbeidet. Jeg ønsker ikke å benytte Grounded theory for å skape teorier. Jeg fant ut at dette valget ga meg større frihet i forhold til å holde på et fenomenologisk perspektiv. Resultatet av analysearbeidet viser en beskrivelse av fenomenet miljøterapi som jeg var sikker på sto i forhold til informantenes fortellinger, og den kompleksiteten miljøterapeutisk praksis innebærer.

I prosessen med å analysere teksten begynner en tankeprosess, ideer og sammenhenger kommer huler til bulter. Charmaz (2006) beskriver et mellomtrinn i prosessen fra å samle inn data og selve skrivingen, og dette mellomtrinnet kaller hun for ”*Memo-writing*”. Memo skriving handler om å bruke kodene som disposisjon. Denne

tilnærmingen til analyseprosessen var spennende og meningsfull. Prosessen med å skrive memoer gikk fra brainstorming rundt kodene og kategoriene til litteratursøk og lesning. Begreper i og rundt kodene måtte forstås og defineres. Hjelpespørsmålene, som ble beskrevet under den initiale fasen var også nyttige i dette arbeidet. Denne prosessen gav meg en kjærkommen anledning til å utforske mine ideer om de kodene som etter hvert kom til syne. Skrivningen av memoer pågikk i hele prosessen, og en rekke av memoene mine dannet direkte grunnlag for teksten i oppgaven, men mange memoer ble også forkastet da de viste seg å være blindveier. Prosessen med ”Memo-writing” går fra det enkle til det mer komplekse. Charmaz (2006) beskriver det første stadiet som ”*Early memos*”, og denne fasen handler om å rapportere om hva som skjer i dataene. I dette stadiet var det en rekke spørsmål som var nyttig å stille. Eksempler på noen av de spørsmålene som jeg brukte var, *hva gjør folk, hva sier de*, og ikke minst, *hva er det i informantens handlinger og uttalelser som de tar for gitt?* Andre spørsmål som ble relatert til memoene var: *Hva opplever informanten og hvordan beskriver han sine opplevelser?* Avslutningsvis satte jeg memoene i sammenheng med annen teori og forskning. Store deler av kladden til oppgaven har sitt opphav i memoer. Arbeidet med analysen ble avsluttet når alt av data var kodet og inngikk i en kategori, og at det ikke oppstod nye kategorier.

Studiets reliabilitet og validitet

I følge Vallgård & Koch (2007) handler validitet og reliabilitet om forskningskvalitet. I dette kapitlet har jeg allerede redegjort for en del grep som er gjort for å øke kvaliteten på studiet. Jeg finner det allikevel nødvendig å redegjøre for disse to begrepene. Begrepet *reliabilitet* anvendes i forskning for å si noe om forskningens pålitelighet (Thagaard, 2009). Reliabilitets begrepet kan forstås på ulike måter, innenfor naturvitenskap og positivistisk forskning vil repliserbarhet være sentralt nå reliabilitet skal beskrives (Thagaard, 2009). Dette studiet kan ikke møte kravene om repliserbarhet. Den primære årsaken til dette er at intervjuobjektene oppfatning av spørsmålene ikke er statiske. Over tid kan mennesker skifte mening og holdning. Det å gjenta intervjuene og få nøyaktig samme svar er urealistisk.

Et sentralt forhold i dette studiet er forskers posisjon. De grep som ble gjort i forhold til forforståelse, distanse og kulturblindhet handler om å sikre studiets kvalitet, og er konkrete grep som er gjort i forhold til reliabiliteten til studiet. Sentralt for studiets pålitelighet er hvilken kvalitet intervjuene har (Kvale, et al., 2009). I forhold til intervjuene er reliabiliteten ivaretatt ved flere tiltak. Først og fremst har informanten fått intervjuguiden tilsendt på forhånd, dette for at de skal være forberet på hvilke spørsmål som skulle stilles. Informantene fikk også tilsendt prosjektbeskrivelsen, noe som ble gjort for å sikre at studiets hensikt var kjent for informanten. Disse tiltakene var ment å forebygge tilfeldige svar, og heller gi informanten mulighet til å formidle sine meninger på en mest mulig gjennomtrengt måte. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert i etterkant. Dette sikrer at intervjuene gjengir det informanten sa.

Under intervjuet ble det lagt vekt på sikre at spørsmålene ble forstått korrekt, dette ble ivaretatt ved oppfølgingsspørsmål som: ” *forstår jeg deg rett når du sier at...?* ” Malterud (2003) fremhever viktigheten av nettopp det å sjekke ut med informanten om det man oppfatter er informantens mening. Kvale (2009) påpeker at sistnevnte forhold er viktig for intervjuets reliabilitet. I transkripsjonsprosessen ble det fokusert på å unngå misstolking av ord. Polit & Beck (2008) fremhever at mistolking av ord er en vanlig feil. Det ble også fokuser på kvalitetssikring av en del dialektord og deres mening. I forhold til gjennomføringen av intervjuet var det forhold med utvalget som tredje frem. Informantene virket ikke nervøse eller utilpass, og det var lett å få i gang intervjuene. Dette kan tilskrives informantenes kompetanse. Det var tydelig at informantene hadde erfaring med å føre ordet og de viste gode verbale fremstillingsevner. Informantenes evne til å reflektere over temaene bar preg av at informantene hadde trening i å reflektere, dette forholdet er med på å styrke studiets pålitelighet i forhold til at informantene fikk fortalt det de ville.

I analyseprosessen er det lagt vekt på å ikke bruke upresise utsagn fra informantene. Bare klare, tydelige og logiske utsagn er blitt gjenstand for min fortolkning. Dette er gjort bevist for å unngå tolkningsfeil som senker studiets pålitelighet. Informanten sine utsagn blir presentert tematisk for å vise datagrunnlaget, slik at leseren selv kan vurdere min argumentasjon opp mot informantens utsagn. Min arbeidserfaring fra

institusjonspsykiatrien innebærer at jeg og informantene deler en del erfaringer og kunnskapsbakgrunn. Thagaard (2009) problematiserer dette forholdet, og påpeker at felles kunnskapsbakgrunn kan medføre at forskeren får problemer med å stille spørsmål ved forhold som er *selvsagte* innenfor denne kulturen. Dette temaet har vært sentralt under hele prosessen.

Under analysearbeidet ble jeg klar over enkelte utsagn fra informantene som burde ha vært fulgt opp under intervjuet. Oppfølgingsspørsmål under intervjuene ville ha klargjort enkelte begreper, men i intervjusituasjonen ble min forforståelse styrende. I ettertid ser jeg at dette kunne ha vært unngått ved å transkribere intervjuene fortløpende, noe som kunne hindret at lignende feil oppstod i neste intervju. Det er allikevel slik at denne *blindheten* ikke ble synlig før analysen ble foretatt.

I følge Vallgård & Koch (2007) er *validitet* et begrep som benyttes innenfor forskning for å si noe om studiets *gyldighet*. Det at forskningen er valid handler om at den faktisk måler det den gir seg ut for å måle. Validitet kan forstås på flere måter. En type validitet er den *interne validiteten*. Dette beskriver i hvilken grad undersøkelsens resultater er gyldig for den gruppen som undersøkes. I dette studiet vil miljøterapeuter være den gruppen som den interne validiteten retter seg mot. Dette studiet benytter fire miljøterapeuter som informanter, og studiets resultater er ikke allmenngyldig for alle miljøterapeuter. Studiets intensjon er å vise eksempler på den moderne miljøterapien, og er på ingen måte en uttømmende beskrivelse av all miljøterapi. Selv om eksemplene ikke er allmenngyldige så er de hentet fra miljøterapeuter, og sier noe om den miljøterapeutiske konteksten.

Malterud (2003) bruker begrepet *pragmatisk validitet*. Dette går ut på om kunnskapen som studiet genererer er brukbar og relevant. Om dette studiet genererer kunnskap som kommer til nytte for noen er vanskelig å si på forhånd. Studiets formål er å øke bevisstheten rundt bruken av begrepet miljøterapi, for derigjennom bedre den miljøterapeutiske praksisen. Miljøterapi er den mest anvendte behandlingsformen til pasienter som er på psykiatriske sykehus (Øye., et al 2009). Siden det er forsket så lite

på dette temaet har studiet relevans i forhold til at det mangler kunnskap om moderne miljøterapi. Det området studiet tar for seg har sin relevans i at det angår behandlingen av psykisk syke mennesker som i utgangspunktet er en marginalisert gruppe. Det er også trolig at miljøterapeuter kan ha nytte av studiens problematisering av den moderne formen for miljøterapi i lys av dens opprinnelse.

Etiske betraktninger

Studiet tematiser sider av behandlingen som blir gitt ved norske psykiatriske sykehus. Et viktig poeng med studiet er å få frem informasjon om det som ligger til grunn for en behandlingsmetode som blir gitt til mennesker som er innlagt på tvang. All behandling som gis mot pasienters vilje bør være gjenstand for forskning. Pasienter i psykisk helsevern er spesielt utsatt og marginalisert gruppe. Den type makt som er delegert til de psykiatriske sykehusene har en spesiell posisjon i vårt demokrati. Det å nærme seg miljøterapi handler også om å forstå maktens nedslagsfelt. Med tanke på den retten miljøterapeuter er gitt til å utøve tvang så er det merkelig at praksisen ikke har vært gjenstand for mer forskning. De studiene som er gjort ser ut til å mangle en beskrivelse av måten miljøterapeuter tenke på gjennom miljøterapien. Deres stemme kommer sjeldent frem i media eller i forskning. I dette studiet har det vært lagt vekt på å behandle informantene på en etisk korrekt måte. Jeg vil nå beskrive hvilke tiltak som ble gjort for at dette studiet skal møte de etiske kravene som stilles til forskning.

Informantenes anonymitet ble sikret gjennom å aidentifisere informantene, og ved å påse at ingen informasjon blir brukt på en slik måte at noen kan gjenkjenne informanten. Informanten vil ikke stå i noe avhengighetsforhold til forsker. Intervjuene blir gjort i en annen del av landet enn der forsker jobber, bor og studerer. Dette for å unngå faren for at informanten blir gjenkjent. Det legges også særlig vekt på at informanten ikke kan gjenkjennes gjennom forskningsdataene. I oppgaven formidles informantenes uttaleser med sitater. Informantene blir anonymisert ved bruk av nummer istedenfor navn. Sitatene blir heller ikke gjengitt på informantens dialekt, men skrives på bokmål for å øke graden av anonymitet. Hvor intervjuene er gjennomført blir også behandlet konfidensielt. Det legges også stor vekt på tredjepart i undersøkelsen. Ingen pasienthistorier blir gjenfortalt slik at det er noen fare for gjenkjennelse. Informantene ble informert slik at det ikke var tvil om hensikten med forskningsprosjektet.

Deltakelsen var frivillig og det ble ikke utøvd noe press for å delta. Informanten signerte samtykkeerklæring, der studiets hensikt var beskrevet samt at informantene ble informert om muligheten for å trekke seg fra studiet. Studiet retter seg bare mot dem som har samtykkekompetanse.

Studiet ble godkjent av NSD før det ble igangsatt. Studiet ble også vurdert av Regional etisk komité (REK). Studiet ble vurdert til å falle utenfor komiteens mandat. Informanten ble gjennom intervjuet ikke utsettes for press og intervjuet kom ikke inn på informantens private liv. All informasjon fra informanten er blitt behandlet strengt konfidensielt. Alle persondata ble anonymisert og oppbevart innelåst. Forskningsdataene vil ikke bli gjenstand for gjenbruk. Personidentifiserbare data lagres ikke elektronisk. De elektroniske dataene vil vise til referansenummer. Etter at prosjektet er ferdig vil intervjuene slettes sammen med ”nøkkelen” til referansenummer. Alle data som viser til intervjuene og personidentifiserbare slettes.

RESULTAT

I dette kapitlet vil jeg presentere mine funn. Informantenes svar og refleksjoner er tematisert, og blir fremstilt i sitatform. Sitatene vil bli utdypet og forklart fortløpende av forsker. Følgende tema kom ut av analysearbeidet:

- Relasjoner i miljøterapien
- Aktivitet og struktur som miljøterapi
- Informasjon og åpenhet
- Makt
- Brukermedvirkning

Relasjoner i miljøterapien

Begrepet relasjon ble introdusert av informantene før de ble spurt om relasjonens betydning i miljøterapien. Informantene brukte i liten grad andre begreper for å beskrive eller erstatte begrepet relasjon. Begreper som allianse og behandlingsallianse blir ofte brukt innen for psykiatrien (Vatne, 2006), men disse begrepene blir ikke brukt av informantene. Det foreligger heller ingen bruk av begrepet terapeutisk relasjon, som er et vanlig synonym for allianse (Vatne, 2006). Det virket som begrepet relasjon var godt innarbeidet hos informantene. Selv om begrepet relasjon er det gjennomgående begrepet så introduserte en informant begrepet *posisjon*:

”Så posisjoner eller relasjoner, det har noe med posisjonen til å gi den hjelpen som de har behov for og det gjør vi gjerne med å skape relasjoner, så det er viktig” (Informant 4).

Posisjon er ikke et typisk synonym for relasjon, men snarere hvor man befinner seg. Informanten beskriver en mulig prosess eller forløp der hans plassering i forhold til pasienten endres til å komme så nær pasienten at han har mulighet til å gi hjelp. Sitatet tydeliggjør informantens fokus på å hjelpe pasienten. Relasjonens betydning løftes frem som det viktigste i arbeidet med å hjelpe pasientene:

”Uansett hvilke metoder du bruker, tilnærminger, perspektiv så tror jeg at den relasjonen rundt som du skaper til pasienten som til syvende og sist betyr det mest” (informant 1).

Forholdet mellom hjelper og pasient blir her det viktige, og danner basis for all annen virksomhet. Informanten vektlegger at det er *de* som skaper relasjonen. Pasientens bidrag i det å skape relasjonen utelates. Informantene kommer ikke med noen beskrivelser av relasjonsteorier, men de beskriver en praktisk tilnærming til begrepet. De er tydelig på at gode relasjoner er formålstjenelig:

”Ja, det er absolutt noe som jeg prøver å bygge med alle pasientene, for opplevelsen min er at har man en god relasjon med en pasient, så kan man komme så utrolig mye fortere av gårde og mye lengre, enn visst den ikke eksisterer. Det er mye mer å spille på og registeret blir straks mye, mye større for alt man får i gang og ikke minst for hvordan du får motivere pasientene” (Informant 3).

”Har du en god relasjon så er det litt enklere å motivere både til aktivitet og i forhold til medisiner. Det tror jeg er kjempe viktig” (Informant 1).

Den ”gode relasjon” blir av informantene brukt på en implisitt måte. Det at relasjonen blir beskrevet som ”god” blir ikke forklart, men blir knyttet til effektivitet og enklere arbeidsforhold for informantene. Informant 3 påpeker at en god relasjon øker hastigheten på arbeide, og informant 1 hevder at motiveringsarbeidet blir enklere. Ut fra ovenstående sitater vil det motsatte av en ”god relasjon” handle om et mer tidkrevende arbeid og vanskeligere motiveringsarbeid. Informant 1 vektlegger relasjonens betydning i forhold til motivasjon. Å motivere kan handle om det å få pasientene til å gjøre noe de ikke vil gjøre, som å være med på aktiviteter eller ta sine medisiner. Den gode relasjonen fører til mindre motstand fra pasientenes side. Det å skape relasjoner blir beskrevet som en prosess. Prosessen med å skape relasjoner til pasientene er pågående:

”Jobber med å få gode relasjoner til dem, og jeg tenker at det gjør vi så å si hele tiden” (Informant 4).

Proessen med å skape relasjoner innebærer at informanten tilbringer mye tid sammen med pasientene:

”Egentlig i alle aktivitetene våre er vi tett på pasienten og det er der relasjonsarbeidet er” (Informant 2).

”Alle måltidene, når jeg har med meg matpakke, så spiser jeg sammen med pasientene. Så alt vi gjør, gjør vi ofte sammen med pasientene” (Informant 1).

Det beskrives også at det kan være vanskelig å skape relasjoner:

”Det er gjerne sårbare pasienter som kanskje ikke har så mange som de er knyttet til, og derfor har de ikke så lett for å knytte seg til personalet heller” (Informant 4).

Konsekvensen av å skape relasjoner til de som ikke har så mange relasjoner ellers i livet kan være at relasjonen får stor betydning. Relasjonen kan dermed bli viktig å bevare for pasienten. Pasientens sårbarhet i forhold til relasjoner kan medføre en asymmetri i relasjonen, der en av partene i relasjonen har mer å tape enn den andre. Informantene kommer også med beskrivelser av forhold som underminerer den relasjonelle prosessen:

”Der har du selvpplevelsen, det føles ikke veldig godt når du hver 14 dag må ta en pasient å holde han med makt for å sette en injeksjon. Relasjonen går jo ad undas, og den bruker man lang tid på å bygge opp igjen” (Informant 2).

Sitatet beskriver et dilemma for informanten. Informanten må gjennomføre tvangsmedisineringen fordi det er en del av jobben han er pålagt. Samtidig er det å bygge relasjoner også en del av jobben. Sitatet løfter også frem to ulike tilnærminger til

pasienten som virker uforenelig, men som det blir satset på. Den relasjonelle prosessen til pasienten blir beskrevet som det mest sentrale i arbeidet med å hjelpe pasienten. Relasjonene oppstår i samværet mellom pasient og informant. Det å skape en *god* relasjon, til pasienten, blir beskrevet som en sentral del av det å lykkes med jobben. Utgangspunktet for å skape en god relasjon blir beskrevet som vanskelig på grunn av pasientens sårbarhet. Arbeidet med å skape en relasjon kan beskrives som en kontinuerlig prosess. Tvangsmedisinering blir av informantene trukket frem som et forhold som vanskeliggjør det å skape og opprettholde en god relasjon til pasienten. En god relasjon blir beskrevet som en relasjon der pasienten samarbeider om behandlingen. Relasjonens betydning kan forstås som formålstjenelig for informantene. Pasientenes nytte av relasjonene blir i liten grad tematisert av informantene.

Aktivitet og struktur som miljøterapi

Mengden med utsagn om aktivitet er betydelig i datagrunnlaget. Begrepet gjennomsyrrer de fleste sidene av miljøterapien. Aktivitet er sentralt når de redegjør for hvordan de oppfatter miljøterapibegrepet:

”Det er det å gjøre aktiviteter sammen med pasienter” (Informant 2).

”(...) så er det jo det der med klare forventninger og en struktur i hverdagen og aktiviteter, som jeg mener er alfa og omega” (Informant 3).

”Vi har noe et veldig fint bygg bak her da, et aktivitetsbygg. All aktiviteter gjør vi jo sammen med pasientene, være seg trening i gymsal, svømming eller arbeid på snekkerverksted” (Informant 4).

Informantene forankrer ikke eksplisitt sine ideer om aktivitet i en spesiell teori, men knytter aktivitetene til behandling og behandlingssideer:

”Her på huset er det lagt veldig stor vekt på det å være i aktivitet. Det er sett på som et virkemiddel for å bedre symptomer og tilstanden hos pasientene. For alle pasientene som har mulighet og som kan, så forventes det at de skal delta på strukturerte aktiviteter på dagtid på hverdager” (Informant 3).

Aktivitet blir beskrevet som en behandlingsform som bedrer symptomer hos pasientene. Informant 3 beskriver aktivitet som behandling og som en behandlingside institusjonen har. Ikke alle institusjoner vektlegger aktivitet:

Andre plasser blir pasientene i større grad mer stillesittende, kaffedrikkende og røykende. Her er det mer struktur. Det er mer likt livet mitt, altså at det forventes ting av meg, det er ting jeg må delta på. Det har jeg troen på, det er noe som virker altså” (Informant 3).

Informant 3 knytter aktivitet til begrepet struktur, og sier at det forventes at pasienten deltar på ”strukturerte aktiviteter”. Aktivitetene blir strukturert av personalet og blir lagt til dagtid på hverdager. Institusjonens struktur blir sammenlignet med informantens privatliv. Den måten informant 3 beskriver aktivitetens struktur ligner mye på det ”normale” samfunnet vi lever i. Arbeidet foregår hovedsakelig på dagtid og de fleste har fri i helgene. Det betyr at strukturen kanskje er et forsøk på å simulere eller etterligne et normalt samfunn. Informant 3 beskriver andre institusjoner som har mindre struktur. Mindre struktur medfører mer passivitet og usunn livsstil, ulikt en mer ”normalisert” livsstil. Informantenes aktivitetsbegrep rommer alt fra fysisk arbeid som matlaging og vedhugging til fotball, billiard og kafébesøk:

”For de som har anledning til å delta på aktiviteter her, så er det aktiviteter hver dag på ukedagene, og da er det to til tre dager med gym og idrett, også er det to dager med det som kalles arbeidsterapi som kan bestå av snekring, vedarbeid, håndarbeid, kjøkken type matlaging, sånne ting” (Informant 3).

Aktivitet blir beskrevet som et forløp med motivering av pasienten. Fra pasienten kommer til avdelingen til pasienten blir integrert i de daglige rutinene. Informant 3 beskriver denne prosessen som ”ikke så positiv” i starten, men at den blir ”bra” etter hvert:

”Men situasjonen til de pasientene som jeg møter, der mener jeg at det er viktig at man kommer i gang med aktiviteter, og at de får litt forventinger fra miljøet rundt. Jeg ser stadig at det er positivt. Det er ikke så positivt med en gang man starter på, men det blir bra etter hvert” (Informant 3).

Forutsetningen for at informantene skal lykkes med arbeidet sitt legges til det å gjøre aktiviteten sammen med pasientene, og at de gjør de samme arbeidsoppgavene som pasientene:

”Vi gjør akkurat det samme som pasientene. Det tror jeg er en av grunnene, til at vi på en måte lykkes veldig godt da” (Informant 1).

Informanten 1 forteller at aktivitet er med på å skape en situasjon der han mener at personal og pasienter er likesinnet:

”Jeg har ikke med meg ”walkie,” har ikke på meg alarm eller noen sånne ting. Alt blir på en måte lagt til side. Da er vi likesinnet i den aktiviteten. Vi spiller fotball, Landhockey uansett hvilken type fysisk trening det er, og vi gjør det sammen med pasienten” (Informant 1).

Spørsmålet blir om opplevelsen av aktiviteten overskygger det faktum at informanten er ansatt og pasienten er innlagt på tvang. Opplevelsen av å spille fotball i pasientrollen kontra det å spille fotball i miljøterapeutrollen kan være ulik. Informant 1 vektlegger at aktivitetene tilpasses slik at pasientene opplever mestring:

”Det er ikke slik at vi skal vinne i fotball, vi lar også pasienten vann. Veldig viktig at de føler mestring” (Informant 1).

Utsagn som dette viser også at aktiviteten har føringer i behandlingsideer og at likhetsidealet tydeligvis viker for behandlingshensynet. Det er en tydelig forskjell på pasient og miljøterapeut. Informantene er også veldig tydelig på hvilke rammevilkår aktiviteten skjer under:

”Pasientene er innlagt på tvang og har også ofte vedtak om tvangsmedisinering og veldig mange begrensninger ellers i livet sitt” (informant 1).

Likhetsidealet må også ses i relasjon til tvangsinnleggelse som er et sentralt forhold mellom pasient og institusjonen. Det å forene tvang med et likhets ideal setter informantene i et vedvarende dilemma.

Prosessen med å integrere pasienten i et aktivt fellesskap kan også være problematisk slik informant 2 beskriver det:

”Man kan godt se at pasienten føler avmakt når du står der og sier at du skal ut i dag, det er 30 varmegrader ute og vi må ut av avdelingen fordi det her koktett her inn. Vi tømmer avdelinga og enten du vill eller ikke så skal vi ut. Alle de andre pasientene vil ut, men du står her og nekter, det er makt da. Det kan man jo bli veldig lei av å føle på, men så kan det være et glimt der du opplever at pasienten kommer og takker deg for dette et halvt år senere for det hjalp meg å komme meg videre” (Informant 2).

Ovenstående sitat peker tilbake på tanken om struktur, informanten legger premissene for hva som skal skje, og prinsippet er her at alle skal ut. Strukturen blir forsøkt opprettholdt selv om pasienten ikke vil. Informanten rettferdiggjør handlingen ut fra hans erfaring med positive tilbakemeldinger fra pasienter. Igjen ser vi hvordan informantene formidler ulike dilemmaer. Hvis en pasient får velge å være inne vil det gå utover de andre pasientenes tur fordi noen av personalet må bli igjen. Turens lengde og

destinasjon avhenger at de er tilstrekkelig med personal med på turen. Uansett hvilke valg informanten gjør så blir det ubehagelig. Sitatet viser ikke bare et dilemma, men også hvordan informanten opplever det å måtte velge mellom to onder. Informant 3 sier følgende om hva som skjer hvis pasienten ikke ønsker å delta på aktiviteter:

”De har jo muligheten til å boikotte eller nekte, men vi har jo også muligheten til å overtale, så vi forsøker etter beste evne og vi lykkes stort sett med det”
(Informant 3).

Informanten legger vekt på effekten av å overtale pasienten når pasienten ikke vil rette seg etter personalets ønsker. Informanten utdyper ikke hva han legger i det å overtale, men Informant 1 mener at aktiviteten må forstås i forhold til hele mennesket:

”Da tenker jeg at det som er viktig for meg er å tenke på alle sidene ved mennesket. Psykisk, fysisk, sosialt, åndelig også hvilke arena de beveger seg i også veldig opptatt av forhistorien, her og nå og selvsagt også fremtiden”
(Informant 1).

Informant 1 viser at mennesket kan forstås fra ulike perspektiver. Informanten introduserer også tid der han påpeker at menneske har fortid, nåtid og fremtid. Informant 3 fremhever pasientenes behov for støtte og hjelp til å bli aktiv.

”Jeg har en opplevelse av at det er mange pasienter som har dårlige forutsetninger for å ta vare på livene sine på en fornuftig måte. Det at en person velger å bli totalt pasifisert ville jeg lettere respektert dersom det var en person som var med sine fulle fem, og at han hadde hatt gode argumenter for å ta de rette valgene”(Informant 3).

Informant 3 påpeker at mange pasienter har problemer, og introduserer begrepet fornuft i forhold til hvordan han mener pasienten skal leve sine liv. Han trekker frem passivitet som en uheldig måte å leve på. Aktivitet og forventninger fra omgivelsen blir trukket frem av informantene som tiltak for å motvirke passivitet. Aktivitet blir beskrevet som sentralt i måten informantene oppfatter miljøterapibegrepet. De beskriver arbeidet med aktivitet som en prosess. Det vektlegger at både personalet og pasientene skal være med på aktivitetene, og at aktivitetene er strukturerte. Informantene beskriver at de opplever aktivitet som grunnleggende positivt, men forteller også at pasientene bruker å nekte å delta på aktiviteter. Dette skaper dilemmaer for informantene. Det kommer frem eksempler på hvordan disse dilemmaene skaper frustrasjon. Prosessen med å få pasientene med på aktiviteter beskrives som problematisk i starten, men at forløpene som oftest blir positivt etter hvert. Arbeidet med aktivitet kan forstås som en behandlingsprosess.

Informasjon og åpenhet

Informantene ble spurt om de forteller pasientene om miljøterapi. Informantene svarte følgende:

”Egentlig så er man ikke så mye inne på det. Vi har aktiviteter, og det pasienten sitter igjen med er aktiviteten, ikke at vi har et stort formål for det. Etter min mening så er det rett å gjøre dette også, så pasienten ikke føler seg overvåket, det føler jeg på” (Informant2).

Sitatet åpner opp for flere perspektiver. Først og fremst kan det se ut som om informantene ikke ser pasienten som et subjekt i saken, men snarere et objekt i en type kausalitet. Informantene begrunner også sitt valg ut fra pasientens beste. Informasjon om bakgrunnen for aktivitetene vil avsløre at dette er tenkt som behandling/terapi, og ikke bare *normale* aktiviteter. Kanskje ville pasientene protestere mer mot aktiviteter hvis de fikk vite at dette var behandling. Hvis informantene mener at aktiviteter er behandling oppstår en spesiell situasjon. Det er vanskelig å forestille seg at man kunne ha iverksatt behandling på et somatisk sykehus uten å informere pasienten om det. Det kan derfor

virke som at informanten egentlig ikke ser på aktivitet som behandling, men som meningsfulle aktiviteter i hverdagen.

”Jeg tror nesten aldri at jeg har pratet med en pasient om miljøterapi i kraft av det verktøyet. Det er bare noe jeg bruker for og forsøker å få det beste ut av de situasjonene som er” (Informant 3).

Dette sitatet viser den praktiske tilnærmingen informanten har til miljøterapi, og viser hvordan informanten søker løsninger på de hverdagslige utfordringer. Dette sitatet medfører at man på nytt kan stille spørsmål ved om informanten egentlig ser på aktiviteter som terapi.

”Det hender seg at jeg kommer inn på det. Det kommer helt an på pasienten, hvor han er i verden og hvor mye han forstår av det, men samtidig så trekker jeg ofte meg selv frem som et eksempel. Jeg må opp om morgenen jeg også. Jeg forklar min situasjon i forhold til at jeg har 3 små unger, jeg er ikke redd for å si noe om meg selv. For det er ikke bare du som må ha deg opp om morgenen. Du må opp senest opp kl. 8 – 08.15. Jeg må stå opp kl. 06 om morgningen jeg også” (Informant 1).

Informant 1 har en annerledes tilnærming. Han bruker eksempler fra sitt eget liv som beskrivelse av miljøterapi. Informanten viser ”normalitet” til pasienten. En del av informantens argumentasjon overfor pasienten viser til at det er en likhet for alle angående det å måtte stå opp om morgenen. Informanten har minst to gode grunner til å stå opp om morgenen, ungene og jobben. Det kan se ut som om informanten ikke tar høyde for at pasienter kan mangler både arbeid og barn, og at pasienten er i en spesiell livssituasjon. Informantene informerer ikke pasienten om miljøterapi som et teoretisk fenomen, men de beskriver en praktisk tilnærming. Informantene fremtrer løsningsorientert og er forsiktige med å informere pasienten om bakenforliggende behandlingstanker, da de hevder at dette kan skape engstelse hos pasientene. En av

informantene hevdet at de gav pasienten aktivitet og at det var aktivitet pasienten satt igjen med. Dette kan forstå som et ønske om kausalitet i tilnærmingen til pasienten. Informantene presenterer også praktiske eksempler på hvordan de bruker sitt eget liv som rettesnor overfor pasienten.

Makt

Informantene ble spurt om hva de tenkte om begrepet makt i forhold til deres miljøterapeutiske praksis. En av informantene sier følgende:

”(...) så det er veldig viktig at vi tilstreber minst mulig bruk av tvang. Jeg prøver i alle fall å gjøre det, men samtidig så er jeg bundet av reglene som er her på institusjonen. Jeg mener selv jeg vi er veldig flinke for mange av pasientene som kommer hit sier noe om dette selv. Hvis de kommer fra andre sykehus så har de ofte ligget i reimseng. Det er uhyre sjeldent at vi bruker reimseng her på huset. Det skjer veldig sjeldent, men samtidig er det en del bruk av tvangsvedtak, det er jo maktbruk” (Informant 1).

Sitatet viser hvordan informanten ønsker å unngå å bli assosier med makt. Han viser til regler som han ikke har kontroll over. Han sammenligner sin institusjon med andre institusjoner som bruker mer tvang. Han avslutter med å koble makt til tvangsvedtak, og slike vedtak blir fattet av psykiatere eller psykologspesialister. Informanten setter også likhetstegn mellom makt og tvang. Informant 2 beskriver sitt forhold til makt slik:

”Vi har egentlig lite av det, men det er mer sånn hjelp til selvhjelp for at pasienten kanskje ikke har forståelse av hvor viktig det er med aktivitet i hverdagen. Det kan bli klinsj hvis han bare ønsker å være tilbaketrukket, noen ganger kan det være det eneste riktige at han forblir tilbaketrukket. Men det kan bli en trend, og det ønsker vi å bryte. Det er på en måte mak” (Informant 1).

Informant 1 beskriver lien bruk av fysisk makt, og skifter ut begrepet makt med andre ord: ”hjelp til selvhjelp”. Informanten rettferdiggjør bruk av makt ved å vise til pasientens behov for aktivitet. Det blir gitt aksept for at pasienten enkelte ganger trekker seg tilbake fra aktivitetene, men hvis dette blir en tendens konfronteres pasienten. Det er ikke klart hva informanten mener med begrepet klinsj. Klinsj kan forstås som fysisk bruk av makt, men det kan også beskrive en verbal konfrontasjon. Informanten viser til et dilemma. Det å la pasienten være inaktiv blir et problem i forhold til behandlingsmål, og det å få pasienten aktiv kan innebære bruk av makt. Informant 3 sier dette om begrepet makt:

”Det er litt vanskelig å svare på egentlig på så generell basis som det der, men det er selvfølgelig noe man alltid forsøker å unngå. Mener jo det at i alle fall mine kollegaer, og det miljøet jeg er med på er veldig bevisst på å styre unna det. Det er alltid siste utvei når alle andre ting er prøvd. Det spørres jo i hvilken sammenheng også. Det er jo ikke noe poeng i å utøve makt ovenfor filleting eller skape storm i et vannglass. Mens man i andre situasjoner hvor det vil være påkrevd, så man må vurdere ut i fra tilfelle til tilfelle for det er så totalt ulik” (Informant 3).

Informanten omtaler makt i generelle vendinger, men er tydelig på at makt bare brukes når det er nødvendig. Uttalelsen om ”storm i vannglass” er interessant, fordi den kan tolkes som en understrekning av at informanten ønsker å vise at han ikke er rigid. Også her blir begrepet makt relatert til fysisk bruk av tvang. Informant 4 vektlegger begrepet makt på følgende måte:

”Makt blir brukt. Når det er nødvendig tenker jeg da. Jeg vet ikke hva jeg skal si mer om det. Målet er hele tiden på en måte å unngå og bruk makt og det tenker jeg at vi er flink til. Men enkelte ganger så blir pasientene så sint eller syk at vi faktisk er nødt til å gripe inn fysisk, både for deres og andres beste. Men det blir ikke hyppig brukt nei” (Informant 4).

Informant 4 virker å ha et avslappet forhold til spørsmålet. Han er direkte og forsøker ikke å pynte på virkeligheten. Han formidler bruk av fysisk makt og begrunner den, samt at han understreker at fysisk makt ikke blir brukt i utrensmål. Begrepet makt ble tematisert av informantene uten om de direkte spørsmålene, som disse sitatene viser:

”Vi tømmer avdelinga og enten du vill eller ikke så skal vi ut, alle de andre pasientene vil ut, men du står her og nekter, det er makt da. Det kan man jo bli veldig lei av å føle på(...)” (Informant 2).

”Der har du selvpplevelsen, det føles ikke veldig godt når du hver 14 dag må ta en pasient å holde han med makt for å sette en injeksjon. Relasjonen går jo ad undas, den bruker man lang tid på å bygge opp igjen” (Informant 2).

Informanten beskriver en situasjon der han forsøker å få en pasient med ut på tur. Alle de andre pasientene på avdelinga vil ut og turens omfang blir styrt av at alle må være med. Hvis noen pasienter blir igjen må også personal bli igjen, og hvis dette skjer blir turen kortere. Situasjonen blir ekstra frustrerende for informanten fordi han vet at om han ikke klarere å få med den pasienten som ikke vill, så vil de andre pasientene bli sint og frustrert både på han og pasienten som ikke vil. Informanten avslører ikke hvordan situasjonen ble løst, men han hentyder at makt ble brukt for å få pasienten ut av avdelingen. Informanten går ikke inn på hvilke strategier de velger, men sitatet viser at pasienten føyer seg. Informant 2 er tydelig på at fysisk makt blir brukt når han beskriver tvangsmedisineringen. Informanten formidler et ubehag ved situasjonen og påpeker at situasjonen er uheldig for relasjonen. Det at informanten blir stående over for et dilemma blir tydelig. Informantene knytter begrepet makt til hendelser der maktbruken er åpenbar, som tvangsmedisinering og konfrontasjoner med pasienter som ikke vil delta på aktiviteter. Informantene vektlegger at makt bare brukes når det er nødvendig. Makt blir sidestilt med begrepet tvang, og blir også satt i relasjon til det å hjelpe pasienten. Informantene beskriver seg selv som flinke til å unngå å bruke makt, og hevder at de benytter mekaniske tvangsmidler i mindre grad enn andre institusjoner. Det virker som om de krav de stiller til pasienten om aktivitet medfører konflikter der de

beskriver bruk av makt. Informantene forteller hyppig om situasjoner der de står i et dilemma. De bruker ikke selv begrepet dilemma, men viser det gjennom beskrivelser fra praksis. Det å overtale pasienten til å delta på aktiviteter blir ikke definert som makt. Det blir også beskrevet frustrasjon og ubehag med bruk av fysisk makt.

Brukermedvirkning

Informantene ble spurt om hva de tenkte om brukermedvirkning i sin praksis. Informant 1 beskriver sitt forhold til brukermedvirkning på denne måten:

”Ja det synes jeg og det er veldig viktig å tilstrebe den biten her fordi pasientene er fratatt veldig mye selvbestemmelse. Jeg er veldig opptatt av empowerment bevegelsen som jeg har litt i bakhode, men tilstrebe brukermedvirkning så langt det er mulig. Og det tror jeg er kjempeviktig på en plass som dette her. Pasientene er innlagt på tvang og har også ofte vedtak om tvangsmedisinering og veldig mange begrensninger ellers i livet sitt” (Informant 1).

Informanten anerkjenner pasientens behov for medbestemmelse, men kommer ikke med noen eksempler på en praktisk anvendelse av brukermedvirkning. Informant 2 vektlegger denne siden av brukermedvirkning:

”Det er ikke alltid så store rom for det, men egne meninger har de jo. Pasientene har mange ønsker. Vi prøver jo å få la dem få vinn litt. Selv om vi må ha det i enkelte rammer så får de bestemme. De skal ha den følelsen at de har vært med på å bestemme noe, men må kanskje legg føringer på dem så det blir litt vinn, vinn” (Informant 2).

Informanten vektlegger begrensningene for brukermedvirkning, og beskriver forholdet til pasientene med en kampmetafor: ”Vi prøver å la dem få vinne litt.” Sitatet fra informant 2 kan forstås dit at det er en pågående maktkamp mellom personalet og

pasientene. Brukermedvirkning blir altså beskrevet som det å vinne. Videre sier han at pasientene skal ha en følelse av å vær med på å bestemme noe, altså ikke reell innflytelse, men snarere en opplevelse. Informant 2 beskriver også praktiske problemer som vanskeliggjør brukermedvirkningen:

”Så brukermedvirkning det ønsker vi å ha, men det er kanskje ikke så lett alltid. Vi har ikke så mye brukermedvirkning på grunn av sprikene i pasientgruppa, men før så var det mye mer brukermedvirkning. De hadde mer bestemmelser i hverdagen. Hva de skulle gjøre, og legge opp dagen mer selv, men som det er nå er det er ikke rom for at pasientene får være så mye ute og trekke med ting inn på grunn av at andre kan misbruke det, dette er veldig synd, men vi har ikke resurser. Vi skulle hatt flere avdelinger og ha hatt enkelte grupper”(Informant 2).

Her formidler informanten at økonomiske nedskjæringer hemmer mulighetene til å gjennomføre brukermedvirkningen. Måten informanten beskriver brukermedvirkning på kan tolkes som et ekstratilbud. Informanten hevder også at pasientenes handlinger kan være med på å vanskeliggjøre brukermedvirkning. Informant 3 retter fokuset mot pasientens psykiske tilstand:

”Jo, det prøver jeg å ta hensyn til, og prøver å ha med meg alltid. Men det varierer etter min mening i forhold til tilstanden til den enkelte pasienten. Er det en pasient som er veldig syk og åpenbart ikke i stand til å styre over eget liv, så kan det være vanskelig å være delaktig i store viktige avgjørelser, som man kanskje ut i fra ulike motiv er veldig uenig i. Men forsøker alltid at pasientene skal være medvirkende i egen situasjon. Jeg mener at det også har stor innflytelse på den følelsen de har i å være inkludert” (Informant 3).

Informanten fremhever pasientens sykdomstilstand som avgjørende for brukermedvirkningen. Han avgrensner medvirkningen mot pasientens evne til å ta valg. Informantene sier de tar brukermedvirkning på alvor, men viser ingen eksempler på

hvordan brukervedvirkningen gjennomføres i praksis. Generelt fremstilles brukervedvirkning som problematisk. Problemene blir blant annet beskrevet som økonomiske, og denne uttalelsen peker i retning av at brukervedvirkning forstås som et ekstratilbud til behandlingen. Et annet problem som blir beskrevet er pasientens psykiske tilstand, som kan vanskeliggjør pasientens valg. Informantens bruk av kampfmetaforer kan tolkes mot en forståelse der brukervedvirkning handler om en maktkamp mellom personal og pasient.

DISKUSJON

I dette kapitelet vil funnene bli diskutert i forhold til relevant litteratur, og plassert inn i en teoretisk kontekst. Kapitlet avsluttes med en diskusjon av metodekritikk.

Relasjon som terapi

Det å skape en relasjon til pasienten blir av informantene beskrevet som den viktigste metoden for å komme i posisjon til å hjelpe pasienten. Informantens fokus på relasjoner har likhetstrekk med den miljøterapien som de terapeutiske samfunnene beskrev. Men når informantene beskriver hvordan relasjonen blir brukt til å hjelpe pasienten så kommer det frem grunnleggende ulikheter. Informantene beskriver en pragmatisk og formålstjenelig tilnærming til det relasjonelle arbeidet. Dette står i kontrast til grunnlagstenkningen til de terapeutiske samfunnenes miljøterapi, og dermed også sosialpsykiatriens grunntanker. Brandt (2004) fremhever betydningen av relasjonens egenverdi. Den samme diskrepansen ser man i forhold til Vatne (2006) sin beskrivelse av den relasjonelle behandlingsmodellen. Informantene beskriver ikke relasjonene som terapeutisk i seg selv. Relasjonene blir brukt til å få pasienten til å samarbeide om en medisinsk behandling, i en klar formålsrasjonalitet. I den forbindelsen er det interessant å se på måten informantene snakker om relasjonens kvalitet. Måten informanten bruker, *gode relasjoner*, indikerer at relasjonen først blir *god* når pasienten samarbeider.

Informantenes påstand om at relasjonelt arbeid er det viktigste i deres miljøterapeutiske praksis blir problematisk når de må tvangsmedisinere pasienter. Sitatet som omhandler tvangsmedisinering viser at relasjonen ofres for at pasienten skal få medisin. Dette viser at medikamentell behandling går foran relasjonelt arbeid. Selv om det er miljøterapeutene som gjennomfører tvangsmedisineringen så er det psykiaterne som bestemmer at det skal gjennomføres. Dette fører miljøterapeutene inn i et dilemma. Det å skape en relasjon blir beskrevet som vanskelig, og tidkrevende. Informantene ser også på relasjonsarbeidet som sitt fremste ”verktøy”. Samtidig må de gjennomføre en tvangsbehandling som undergraver det arbeidet som er gjort, og som vanskeliggjør det fremtidige arbeidet med å skape en ny relasjon. Denne typen dilemma er naturlig nok ikke et tema i litteraturen om de terapeutiske samfunnene. Det er tydelig at den moderne

formen for miljøterapi blir berørt av den biomedisinske behandlingen. Relasjonelt arbeid fremstår som vanskelig når det blir brukt tvang. Et annet viktig poeng i dette saksforholdet er hvem som bestemmer. Miljøterapeutene er ikke behandlingsansvarlig, det er overlegen som bestemmer behandlingen. Dette medfører at miljøterapi formelt sett er underordnet biomedisinen.

På bakgrunn av de dilemmaene som oppstår for informantene kan det være grunn til å stille spørsmål ved teorien bak de relasjonelle modellene. Det å ta avstand fra biomedisins avvikstenkning er forholdsvis enkelt på et teoretisk plan, men informantene må forholde seg til psykiatrenes krav om at pasientene skal behandles med medikamenter. De statlige føringene for behandling av schizofreni vektlegger bruken av antipsykotisk medisin (Løvdahl, 2000). Det kan være nyttig å sammenligne informantens situasjon med den kritikken Horsfall (1997) rettet mot psykiatrisk sykepleie. Han hevdet at den psykiatriske sykepleien er preget av å være prisgitt den medisinske psykiatrien. Informantenes situasjon kan forstås på samme måte. Om informantene ønsket å jobbe etter en relasjonell modell, ville behandlingen allikevel bli preget av den medikamentelle behandlingen som de behandlingsansvarlige bruker. Dette kommer tydelig frem når informant 2 beskriver tvangsmedisineringen. Informantene beskriver sitt relasjonelle arbeid som pragmatisk og formålstjenelig. Kanskje er det slik at de biomedisinske rammebetingelsene blir førende for hvordan det relasjonelle arbeidet utføres.

Hvilken nytte har informantene av det relasjonelle arbeidet? Nytteverdien for informantene ble tydelig beskrevet. Den ”*gode relasjonen*” medførte at pasienten var mer villig til å ta sine medisiner og delta på aktiviteter. Nytteverdien ligger altså i en enklere hverdag der samarbeidet går glatt uten konflikter. Hvilken nytte pasientene hadde av det relasjonelle arbeidet kom ikke så tydelig frem. Den beskrivelsen av pasientenes nytteverdi som blir tydeligst omhandler medikamenter og aktiviteter. Fremstillingen av antipsykotiske medikamenter på begynnelsen av 1950-tallet har gitt mange alvorlig psykisk syke mennesker et bedre liv, og mulighet til å leve utenfor institusjonen (Mechanic&Rochefort, 1992). Ut fra dette perspektivet vil det relasjonelle

arbeidet medføre en nytteverdi for pasienten. Her fremtrer en link mellom moderne miljøterapi og biomedisinen, der det felles mål blir å få pasienten til å ta medisinerne.

Informantene beskrev et profesjonelt forhold med klare motiver om å oppnå samarbeid om behandling. For å kunne oppnå en relasjon må informanten ha en type kompetanse. Det finnes mange eksempler i litteraturen på hvilke egenskaper en god relasjonsbygger må ha, og eksempler på disse egenskapene kan være: *trygghetskapende, lyttende, validerende og empatisk* (Vatne, 2006). Egenskapene som beskrives har en positiv valør. Disse begrepene blir sjelden knyttet til makt. Det å få pasienten til å skifte mening om det å ta medisiner kan forstås som makt. Det er ikke den store og voldelige makten som her kommer til uttrykk, men den stille, nærmest usynlig makten som Foucault (2002) beskriver. Det å skape en relasjon kan da forstås som en sofistikert teknikk for å få pasienten til å samarbeide. Foucault (1980) hevder at makt er produktiv, og at makt ikke må ses på som noe negativt i seg selv. Ut fra et biomedisinsk perspektiv har pasientene stor nytte av å ta sine medisiner. Når makt og relasjoner kobles sammen handler det mer om å være bevist hva som skjer. Den relasjonelle modellen er tilknyttet så mange positive konnotasjoner at man raskt kan gå i den fellen å tro at alle bruk av relasjoner er positivt, og den troen kan også medføre at maktperspektivet kan bli utelatt. Koblingen mellom makt og relasjoner ble kun løftet frem i forbindelse med eksempler på tvangsmedisinering.

Informant 2 sin beskrivelse av tvangsmedisineringen, og det påfølgende sammenbruddet i relasjonen kan forstås på flere måter. Først og fremst vektlegger informantens sin egen opplevelse av situasjonen. Han påpeker at selvopplevelsen ikke føles god. Det paradoksale i å bruke tvang for å hjelpe blir tydelig. Sekundært ødelegger tvangsmedisineringen for relasjonen. Denne situasjonen kan forstås som et brudd i tilliten mellom personal og pasient. Grimen (2001) skriver at en som gir tillit skaper en relasjon, men denne relasjonen er risikabel fordi den åpner for makt. Han påpeker også at den som gir tillit løper en risiko fordi den som mottar tillit vil ha makt over den som gir tillit. Sammenbruddet i relasjonen og tillitsforholdet vil dermed også kunne medføre tap av makt for hjelperen. Det formålstjenelige ved relasjonen opphører, og tilliten mellom pasient og hjelper må reetableres.

Aktivitet

Informantene sin forståelse av miljøterapi handler i stor grad om ulike sider av aktivitet. Fokuset på aktivitet finner man også igjen i de terapeutiske samfunnene. Aktivitet hadde en sentral plass i de terapeutiske samfunnene, men blir ikke trukket frem som det mest sentrale når miljøterapien skulle redegjøres for (Sundin, 1972). Informantene forteller at aktiviteten ses på som et virkemiddel for å bedre symptomene til pasientene. I utgangspunktet kunne man tenke at aktivitet, som symptomlindring, hadde utspring i biomedisinsk tenkning. Men den biomedisinske litteraturen støtter ikke tanken om at aktivitet i seg selv bedrer symptomer på alvorlige psykiske lidelser som schizofreni (Malt, et al., 2003). Ideen om at aktivitet bedrer symptomer er interessant fordi den kombinerer elementer fra to ulike paradigmer. Det å skulle bedre symptomer har en klar biomedisinsk klangbunn, men at aktivitet i seg selv skulle bedre patologiske prosesser i hjernen tilhører ikke biomedisinsk tenkning. Aktivitetens betydning for pasienten var et fokus for de terapeutiske samfunnene, men ikke som ren symptomlindring. Tanken var at aktivitet i felleskap med andre skulle lære pasientens sosiale ferdigheter for derigjennom endre pasientens måte å forholde seg til seg selv og omverden (Sundin, 1972). Utsagnene om aktivitet som virkemiddel mot symptomer fremtrer som en ny måte å se aktivitet på. Kanskje kan denne måten å tenke på illustrere den moderne miljøterapien, der noe nytt blir skapt gjennom en sammenblanding av ulike teoretiske paradigmer.

Informantene fremholdt ulik erfaring fra andre institusjoner, og beskriver pasientene der som *passive* og *røykende*. Helsefarene med røyking og inaktivitet er godt dokumentert, og at dette er et betydelig problem blant mennesker med alvorlige sinnslidelser (Martinsen, et al., 2004). Mennesker med diagnosen schizofreni har som gruppe større helseproblemer og lavere gjennomsnittlig levealder enn normalbefolkningen (Andreassen & Berntsen, 2004). Fysiske helseproblemer hos pasientene er noe som engasjerer informantene, og de tematiserer det de opplever som ukloke valg fra pasientens side. Ut fra den kunnskapen som finnes om psykiatriske pasienters helse så er informantenes bekymringer forståelig. Informantene er helsepersonell og vil nok føle at de er forpliktet til å hjelpe pasienten til å leve et helsefremmende liv. Det kan se ut som om et nytt dilemma trer frem i denne sammenhengen. På den ene siden ser de hva som skjer når pasientene bestemmer sin egen livsstil. På den andre siden er alternativet

konfrontasjoner og bruk av makt. Informantene beskriver at de løser dette dilemmaet med at pasientens autonomi settes til side for å nå målet om aktivitet. Aktivitet blir altså sett på som så viktig at det berettiger inngrep i pasientens integritet. Informanten beskriver denne prosessen som problematisk i begynnelsen, men at den ender på en positiv måte. Informanten bruker begrepet miljøterapi om arbeidet med å få pasientene aktiv. Det er tydelige forskjeller mellom måten informantene bruker miljøterapibegrepet og det som er beskrevet om miljøterapi fra de terapeutiske samfunnene. Den tydeligste forskjellen, i forhold til aktivitet, handler om bruk av makt. I utgangspunktet var miljøterapi en behandlingsform i et system som skulle endre bruken av tvang og makt. Måten informantene løser dette dilemmaet på strider derfor med grunnlagstenningen innenfor de terapeutiske samfunnene.

Bruken av makt blir berettiget ved å vise til at inaktivitet skaper helseproblemer for pasienten, og at informantene handler til beste for pasienten mot pasientens vilje. Denne måten å handle på kan beskrives som paternalistisk. Paternalisme er en forutsetning man tar hvor man overtar det ansvaret mennesket har ovenfor seg selv. Pasientens autonomi blir satt til side, ved at pasienten blir utsatt for personalets idé om hva som er til beste for han/henne. Informantene beskriver at deres motiver handler om å gjøre en god handling overfor pasienten. Denne måten å argumentere på er ikke informantene alene om å innta. Den norske omsorgsfilosofen Kari Martinsen fremhever behovet for å benytte, det hun kaller for, svak paternalisme. Hun argumenterer for at det etiske prinsippet om å respektere pasientens autonomi kan medføre at man unndrar seg plikten til å dra omsorg for andre (K. Martinsen, 1990). Hun hevder at svak paternalisme forutsetter at hjelperen vet bedre enn pasienten selv hva som er til beste for han/henne. Informantene hevder også at de vet hva som er til beste for pasienten, og begrunner bruk av tvang med at pasienten trenger å være aktiv. Informantene brukte ikke begrepet paternalisme om sitt arbeid, men virket så overbevist om nytteverdien som pasienten har av aktivitet at midlene kommer i bakgrunnen. Problemet med informantenes argumentasjon og Kari Martinsens svake paternalisme er at den dekker til åpenbar bruk av makt. Ved å ensidig fokusere på nytteverdien av handlingen glemmes maktaspektet i handlingen som fører til det ønskede målet.

På den andre siden kan man si at psykiatriske pasienter av forskjellige grunner av og til velger å handle uhensiktsmessige, og det vil ofte vise seg at deres atferd kan være skadelig for dem selv. K Martinsen, (1990) ankepunkt mot autonomiens prinsipp er at den kan føre til likegyldighet over for andres lidelser. Informantene var heller ikke så tydelige på hvor mye makt de brukte overfor pasientene. Kanskje handlet det om lett motivasjon og det kan også tenkes at pasienten ble fornøyd med sin nye aktive livsstil. Problemet med Kari Martinsen og informantens tilnærming er utelatelsen av maktperspektivet. Juritzen & Heggen (2006) fremhever at maktbruk kan skjules ved å velge andre ord som har bedre konnotasjoner. Positivt ladete ord som aktivitet og trening kan vende fokuset bort fra hva som virkelig skjer innenfor en praksis. Svak paternalisme høres bedre ut enn fysisk tvang.

Informantens fokus på aktivitet har viktige sider ved seg. Studier gjort i England viser at pasienter ved psykiatrisk sykehus hadde betydelig problemer med vektøkning etter lengre innleggelse (Tetlie & Norgils, 2008). Det kan virke som om det å være tvangsinnlagt ved en psykiatrisk institusjon kan være negativt for den fysiske helsen til pasientene. Et annet perspektiv er hvordan vi ser på avvik. Det er mange mennesker som er mentalt friske som velger å leve sine liv inaktivt og som røykende. Mennesker som har alvorlige sinnslidelser skal også kunne gjøre personlige valg, uten at alle negative valg må tillegges noe sykelig. Informant 3 setter fokus på debatten om normalitetsbegrepet. Diskusjonen om normalitet kan fort bli en dikotomi der man mister pasientens ve og vell av syne. Man skal ikke glemme at mange mennesker med psykiatriske diagnoser lider overlast og har åpenbare problemer. Den norske filosofen Geir Lorentz sier følgende:

”Det er ønskelig med en mellomløsning, en posisjon hvor vi ikke taper problembeskrivelsen av syne, men hvor vi samtidig anerkjenner enkeltindividets behov for og rett til et ”unormalt” levesett” (Lorentz, 2006 s.136)

Pasientens behov for aktivitet blir definert av personalet, og blir beskrevet som behandling. Derfor kan det være hensiktsmessig å spørre hvem som har nytte av fokuset på aktivitet? Inaktiviteten blant pasientene handler om flere forhold, og det å bli

tvangsinnlagt på et psykiatrisk sykehus vil i utgangspunktet begrense pasientens muligheter til å være aktiv, for eksempel gå turer i skog og mark. Et annet forhold som Malt et al., (2003) påpeker er de antipsykotiske medikamentenes uspesifikke sedative og hypnotiske effekt. Summen av det å være innesperret og medisinerert medfører en inaktivitet som er påført pasienten. Dette betyr at man innskrenker pasientens mulighet til å dekke sitt grunnleggende behov for aktivitet, for så å gi det tilbake i form av behandling. Til dette kan det sies at det er uheldige sider ved den psykiatriske behandlingen som man forsøker å rette opp igjen med å motivere pasienten til aktivitet. Inaktivitet handler ikke bare om sykdom. Det kan også handle om en protest mot det å bli behandlet med tvang. Øye, et al., (2009) sin forskning viser dette, og de beskriver dette fenomenet på denne måten:

”However, patients could resist techniques of normalization by “choosing” a different lifestyle standard that differed from the standards of those in charge of trying to socialize and discipline them. This was demonstrated when patients refused to participate in the expected activities” (Øye, et al., 2009, s.156).

Denne protesten øker kompleksiteten i relasjonen, og pasienten kan ende opp med å motarbeide noe som i utgangspunktet er til pasientens beste. Dette viser hvordan tvang er med på å ødelegge forholdet mellom hjelper og den hjelpetrengende, og kan forstås som makt og motmakt. Resultatet kan bli en pågående maktkamp. Det er god grunn til å tro mennesker med alvorlige psykisk sykdom har et ekstra behov for fysisk aktivitet, spesielt de som er innlagt på psykiatriske sykehus over tid. Et annet perspektiv er at de psykiatriske institusjonene også har nytte av økt fokus på aktivitet. Det er ikke uproblematisk at pasientene pådrar seg helseproblemer mens de er under behandling på et sykehus. Hert & Winkel, (2006) hevder at mennesker med schizofreni har en høyere forekomst av diabetes type-2 enn normalbefolkningen. Det er usikkert hva dette skyldes, men mye tyder på at de nye antipsykotiske medikamentene spiller en medvirkende rolle. Fokus på aktivitet kan forstås som et økt fokus på fysiske helseproblemer, og miljøterapien som informantene beskriver får en dreining mot biologisk tenkning. Informantene sitt fokus på aktivitet kan forstås som en prioritering av fysisk helse. Informantene er tydelig på at de stiller strenge kravene til pasienten om

deltakelse. Flere utsagn peker i retning mot bruk av tvang for å få pasienten med på aktivitet. Pasientens autonomi settes til side, og det virker som om dette inngrepet blir berettiget ved å argumentere for nytteverdien pasienten har av fysisk aktivitet. Praksisen blir pragmatisk, miljøterapeutenes handlinger blir akseptable fordi målet om god fysisk pasienthelse er godt.

Informantene forteller om hvordan de opplever de konfliktene som oppstår når pasienten ikke vil delta på aktivitetene. En av informantene sa at han var lei av å føle på denne konflikten, mens andre sier det er greit fordi det blir så positivt etter en stund. Informantene kommer med få beskrivelser av hvordan pasienten opplever denne konflikten. En av informantene sa at pasientene følte avmakt. Den måten informantene formidlet sin miljøterapi viser en ny ansvarsfordeling som man ikke finner igjen i litteraturen om de terapeutiske samfunnene. Det kan se ut som om informantens miljøterapi har fått pasientens kropp som ansvarsområde, og psykologene og psykiaterne har tatt ansvaret for pasientens mentale problemer. Fokuset på psykiatriske pasienters fysiske helse er viktig med tanke på den kunnskapen man har om de alvorlige helseproblemene denne gruppen har. Problemet med tilnærmingen som informantene beskriver er bruken av tvang for å løse helseproblemene.

Foucault (2002) sin beskrivelse av ”*biopolitikk*” kan tjene som en forklaring som løfter problematikken opp på et samfunnsnivå. Foucault peker på maktprosesser i samfunnet som er rettet mot den menneskelige kroppen, sunne og friske mennesker er en resurs som er interessant for staten. På et nivå kan man si at de psykiatriske pasientenes fysiske helse må bedres for pasientens egen skyld, men på den andre siden medfører dårlig helse økonomisk belastning for staten. I følge Danaher, et al., (2000) mente Foucault at helsepolitikk ikke bare handler om å gjøre gode gjerninger mot det enkelte menneske, det gagnar også staten å ha en friskest mulig befolkning. Følger man denne tankegangen vil informantens fokus på aktivitet tjene flere interesser enn bare pasienten selv. Som tidligere nevnt er det også problematisk å forsvare en behandlingsform som kan medføre helseproblemer hos pasienten. Økt fokus på aktivitet kan ses på som et tiltak som er med på å sikre institusjonens berettigelse som behandlingsarena.

Som tidligere nevnt skiller bruken av tvang, for å få pasienten til gjennomføre aktiviteter, seg fra de idealene for miljøterapi som blir beskrevet i de terapeutiske samfunnene. Informantenes pragmatiske holdning til aktivitet står i kontrast til grunnlagsidealene som den sosialpsykiatriske bevegelsen frontet gjennom miljøterapi. I følge Sundin (1972) var demokratiske prosesser et sentralt anliggende i de terapeutiske samfunnene.

Et annet særtrekk ved de terapeutiske samfunnene var fellesmøter der pasienter og personal, ideelt sett, skulle komme frem til felles løsninger på ulike utfordringer. Informantenes beskrivelser av måten de jobber på inneholder i liten grad eksempler på demokratiske prosesser. Det er allikevel eksempler der informantene forteller om et mer likeverdig forhold mellom personal og pasient. Historien som om hvordan personal og pasienten blir ”likesinnet i aktiviteten” illustrerer dette. Informanten forteller at forut for fotballspill legger personalet fra seg alarmer og kommunikasjonsutstyr. Videre forteller han at det å spille fotball skaper en situasjon der forskjellen på pasient og personal forsvinner. Informanten beskriver at fotball har noe allment over seg, og at både pasienter og personal blir, ideelt sett, bundet av de samme reglene; hands er hands. Vil det asymmetriske maktforholdet mellom pasient og personal kunne bli satt i parentes under fotballspillet? I neste setning endrer informanten fokus og presiserer følgende:

”Det er ikke slik at vi skal vinne i fotball, vi lar også pasienten vinne. Veldig viktig at han føler mestring ” (Informant 1)

Informanten går nå bort fra ideen om det ”likesinnede” til en mer terapeutisk holdning. Det er tydelig at tanken om terapi er gjennomgripende, og at det å være likesinnet i aktiviteten kanskje ikke er så reel allikevel. Det å la et barn vinne i sjakk eller ludo, for at de skal oppleve mestring, må ses på som noe allment, men forholdet stiller seg noe annerledes når det blir gjort mot et voksent menneske. Øye, et al., (2009) problematiserer hvordan voksne psykiatriske pasienter blir behandlet som barn, og beskriver dette på følgende måte:

”The patients are not children; they have lived outside the hospital for years. Confronted with a model based on parental and fostering ideas, patients may be socialized and may even experience the milieu therapeutic efforts as both infantilizing and patronizing” (Øye, et al., 2009, s. 157).

Det å gjøre aktiviteter sammen med pasienten endrer ikke maktforholdet mellom miljøterapeuten og pasienten. Rollefordelingen er avklart, og det å la pasienten vinne understreker bare det asymmetriske forholdet mellom miljøterapeut og pasient.

Informantene knytter begrepet struktur til aktiviteter. En av informantene sammenligner andre institusjoner han har jobbet ved med den han jobber ved nå, og sier videre at forskjellen handler om struktur. Mangel på struktur ved de andre institusjonene medførte, i følge informanten, at pasientene blir passiv og røyker mer. Han fortalte videre at strukturen på hans nåværende institusjon var mer lik hans eget liv. En måte å tolke dette på er at struktur representerer et ”normalt” levesett. Der man har faste, produktive og meningsfulle gjøremål. I følge Øyen, et al., (2009) kan man spore tanken om et strukturert og meningsfylt liv for psykisk syke mennesker tilbake fra *moral treatment* bevegelsen på 1700-tallet til dagens politiske målsetninger. Ut fra informantenes uttalelser opplever de fleste pasientene strukturen som positiv. Det aktivitetstilbudet informantene beskriver fremstår så variert at det er god grunn til å tro at mange pasienter finner glede i disse aktivitetene. Sport, spill, fysisk arbeid og friluftsturer er i utgangspunktet lystbetonte aktiviteter. Opplevelsen av hvilke aktiviteter som er meningsfulle vil selvfølgelig variere. Noen foretrekker fotball mens andre liker sjakk.

Den tidligere pasienten, nå psykolog, Arnhild Lauveng, fremhever i sin selvbiografiske bok ”*I morgen var jeg alltid en løve*” behovet for meningsfulle aktiviteter (Lauveng, 2005). Hun kritiserer psykiatrien for å tilby meningsløse aktiviteter til pasientene. Denne kritikken kan vanskelig gjelde det aktivitetstilbud som informantene forteller om. Det som derimot fremtrer som problematisk er tanken om å tvinge pasienten til å delta på strukturerte aktiviteter. De terapeutiske samfunnene hadde også en strukturert plan

over dagen (Sundin, 1972). Forskjellen mellom informantenes miljøterapi og de terapeutiske samfunnene blir her bruken av tvang. Informanten viser til at deres pasienter hovedsakelig er tvangsinnlagt på institusjonen. Frivillighet var et sentralt forhold i de terapeutiske samfunnene (Sundin, 1972). Hvis en pasient var missfornøyd med noe i de terapeutiske samfunnet hadde pasienten mulighet til å forlate institusjonen, denne muligheten har ikke informantenes pasienter. Dette innebærer at pasientene er prisgitt den strukturen som institusjonen har. Informantene fremhever ikke bare aktivitetene som viktig for pasientene, men også strukturen eller måten aktivitetene er lagt opp på. Informantene bestemmer altså hvor, når og hvordan aktivitetene skal gjennomføres.

Informasjon og åpenhet

Informantene forteller lite til pasientene om miljøterapien som behandlingsmetode. Først og fremst er dette problematisk i forhold til pasientenes juridiske rettigheter. I ”*Pasientrettighets loven*” det følgende:

”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.” (Pasientrettighetsloven § 3–2).

Dette forholdet vil ikke bli gjenstand for diskusjon i denne oppgaven, men det er verdt å merke seg at dette muligens er et uavklart forhold som kan være av juridisk interesse. Fraværet av informasjon om miljøterapi er et interessant forhold, dette fordi grunntankene i den opprinnelige miljøterapien nettopp var demokratisering og fri flyt av informasjon (Sundin, 1972). I intervjuet sa informant 2 at han ikke informerte pasienten om miljøterapi fordi dette kunne føre til at pasienten følte seg overvåket. Hvis informantens påstand er riktig så er det forståelig at man unngår å informere. Men det er vanskelig å tenke seg at pasientene på de ulike avdelingene til en hver tid skulle være så syke at de ikke kunne mota informasjon om miljøterapi. Hva er det med miljøterapien som skulle være så skremmende for pasientene? Informantens beskrivelser av

miljøterapi handler jo hovedsakelig om aktiviteter, og fokuset på aktivitet virker å være eksplisitt for pasientene.

En annen måte å se dette på er ved å anvende Foucault sitt maktperspektiv på kunnskap. Kunnskap og makt er uløselig knyttet hos Foucault, og Espen Schaanning, professor i idéhistorie ved universitetet i Oslo, gjengir Foucault:

”Ingen makt utøves til gjengjeld uten utvinnelsen, tilegnelsen, fordelingen eller tilbakeholdelsen av en viten” (Schaanning, 2006, s. 331).

Kan dette bety at informantene hadde gitt fra seg makt hvis de hadde informert pasientene om miljøterapien som behandling? For å kunne svare på dette spørsmålet må man kunne forestille seg hvilken nytte pasienten kunne ha hatt av denne informasjonen, og ikke minst hva informasjonen skulle bestå av. Informasjon om det relasjonelle arbeidet kunne ha vært mer problematisk. Det hadde vært absurd å fortelle pasientene at man forsøkte å skape en god relasjon til dem for å få dem til å ta sine medisiner. Den tilnærmingen ville ha skadet tiliten mellom pasient og informant. Det er derfor godt mulig at informant 2 hadde rett når han antok at pasientene ville ha følt seg overvåket hvis de fikk informasjon om miljøterapiens bakenforliggende filosofi.

Forskjellen mellom den opprinnelige sosialpsykiatriske miljøterapien og informantenes miljøterapi blir åpenbar i forholdet rundt informasjon. Miljøterapien som informantene driver vektlegger ikke informasjon på samme måte som de gjorde i terapeutiske samfunnene. Dette innebærer at informantenes miljøterapi ikke oppnår den desentraliseringen av makt, som den opprinnelige miljøterapien mente var viktig for miljøterapiens effekt på pasientens lidelse. Kanskje må fraværet av informasjon forstås som en konsekvens av at pasientene behandles mot deres vilje. Hadde pasientene vært innlagt etter eget ønske ville de kunne sagt seg uenig i behandlingen og dratt fra institusjonen, men det kan ikke pasienter som er innlagt på institusjonen med tvang. Informantene må leve med den spenningen som oppstår når pasientene er uenig i

behandlingen og tvangsvedtakene. Hadde de vært åpne om miljøterapien kunne det gitt næring til mer pasientprotest.

En av informantene påpekte at miljøterapi bare var noe han bruker for å få det beste ut av situasjonen. Denne uttalelsen kan tolkes på flere forskjellige måter. En måte å forstå uttalelsen på er ved å se på muligheten for at informanten er usikker på begrepet miljøterapi. Sundin (1972) påpekte allerede på begynnelsen av 1970-tallet at begrepet miljøterapi hadde blitt et moteord med diffust innhold. Informantenes måte å fremstille miljøterapi på spenner fra aktivitet til eksempler fra sitt eget liv. Kanskje er begrepet miljøterapi så diffust at det vanskelig lar seg formidle til pasientene på en lettfattelig og hensiktsmessig måte. Selv om begrepet kanskje ikke er så lett å formidle så vil det allikevel være mulig å si noe mer spesifikt om tanken bak miljøterapi som behandling. Det er problematisk å gi behandling til pasienter uten å fortelle pasienten at han mottar behandling. Denne typen praksis er så avvikende fra resten av helsevesenet at man kan stille seg spørrende til om informantene virkelig ser på miljøterapi som behandling.

Brukermedvirkning og miljøterapi

I utgangspunktet var de terapeutiske samfunnene tidlig ute med det man i dag kaller brukermidvirkning. Mang tiår før pasientene fikk rettigheter gjennom lovverket hadde de terapeutiske samfunnene vist at de kunne drive en behandling som vektla demokratiske prinsipp. Det politiske målet for brukermidvirkning handler i stor grad om at brukerne skal trekkes aktivt med i egen behandling (Sverdrup, et al., 2007). Informantene uttrykte at de var kjent med begrepet *brukermidvirkning*, og at dette var noe de ønsket å strebe etter. Men de mente også at bruk av tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering vanskeliggjorde brukermidvirkningen. Vatne (1998) peker på at brukermidvirkning innebærer et ønske fra politikerne om at grupper som tradisjonelt er blitt fratatt myndighet skal få større innflytelse. De gruppene hun sikter til er de med alvorlige psykiske lidelser og psykisk utviklingshemmede. Brukermidvirkning innebærer at de som er hjelpere må gi i fra seg makt (Vatne, 1998). Informantene tilkjenner at brukermidvirkning er vanskelig innenfor de rammene praksisen drives. Problemet informantene beskriver kan handle om institusjonens struktur. Økt brukermidvirkning handler ikke bare om den enkelte miljøterapeuts ønsker, men i stor grad også om institusjonens behov for sikkerhet og kontroll.

Tvangsmedisinering blir trukket frem som eksempel på et forhold som vanskeliggjør brukermedvirkning. I første omgang kan denne forklaringen virke litt spesiell. Bruk av tvangsbehandling innebærer bare at pasienten ikke har anledning til å avslå behandling, men pasienten skal kunne høres og kunne medvirke i sin behandling. Dette betyr at tvangsmedisinering ikke skal sette begrensninger for annen brukermedvirkning. Et forhold som kan forklare hvorfor informantene trekker frem tvangsmedisineringen er graden av konflikter som oppstår i forbindelse med tvangsmedisinering. Foucault (1995) påpeker at der det er makt er det alltid motmakt. Pasientenes reaksjoner på for eksempel tvangsmedisinering kan medføre at pasientene utøver den makten de kan utøve. I følge Øye, et al., (2009) er det å nekte å delta på aktiviteter en vanlig reaksjon. Informantene gav også eksempler på denne typen reaksjoner fra pasientene. Dette forholdet kan tyde på at brukermedvirkning vanskeliggjøres på grunn av en mer eller mindre kontinuerlig maktkamp.

Økonomiske nedskjæringer ble også brukt som eksempel på forhold som vanskeliggjør brukermedvirkning. Måten informantene fremstiller brukermedvirkning kan tolkes som om brukermedvirkning skulle være et ekstra aktivitetstilbud til pasientene. Brukermedvirkning er ikke initiert som et økt fritidstilbud eller ekstratilbud, men er ment fra myndighetenes side som en deltakelse i beslutningene og gjennomføringen av den behandlingen som gis (Wisløff, et al., 2005). Denne misforståelsen kan skyldes flere forhold, men et moment som trer frem er forståelsen av den nye pasientrollen. I følge Wisløff, et al., (2005) omhandler den nye pasientrollen en pasient som ikke er passiv og autoritetstro, men er snarere en som stiller krav og hevder sine lovpålagte rettigheter. Ut fra informantenes utsagn kan det virke som om deres praksis ikke er tilpasset de endringene som de politisk ansvarlige fordrer. Endringer tar tid og den pasientgruppen informantene jobber med passer kanskje inn i den nye pasientrollen. Perspektivskiftet fra pasient til bruker blir sett på som en viktig endring i pasient og behandlerrollen (Wisløff, et al., 2005). Det kan stilles spørsmålsteget med *brukerbegrepet*. Det er en del forutsetninger som må være tilstede for at man skal kunne hevde sin rett som bruker av en tjeneste. Kanskje vil de resurssterke gruppene få mer og bedre helsehjelp nettopp gjennom deres overlegenhet. Det er mulig å se for seg at mindre resurssterke grupper vil tape kampen om resurser hvis det å være pasient blir for krevende.

Informantene eksemplifiserte i liten grad hvordan brukermedvirkning kom til syne i deres praksis. En av informantene beskrev hvordan en pasienten fikk bestemme hvilken type antipsykotisk medisin han skulle bruke i samarbeid med psykiateren. Dette eksempelet ble ikke introdusert når informantene snakket om brukermedvirkning, men tilfelle er et godt eksempel på brukermedvirkning. Det er derfor grunn til å anta at informantene muligens fokuserte for mye på begrensningene de ser når de skal snakke om brukermedvirkning. Samtidig var brukermedvirkning noe som de ønsket å være delaktig i, og kanskje er en del av de dilemmaene som kommer frem særegne for virksomhetsområdet. Makt og motmakt i en pågående prosess kan vanskeliggjøre et samarbeid, og brukermedvirkning dreier seg egentlig om et velfungerende samarbeid mellom pasient og helsepersonell.

Makt og miljøterapi

Informantenes refleksjoner om bruk av makt i egen praksis inneholder flere perspektiver. Et mer typisk trekk var måten informantene forsøkte å unngå bli assosiert med bruken av begrepet makt. En av informantene vil ikke kalle det han gjør for makt, men heller *hjelp til selvhjelp*. I følge Foucault er makt til stede i alle relasjoner (Danaher, et al., 2000). Svært få vil vel hevde at makt aldri må brukes. Problemet oppstår når man forsøker å dekke til maktbruken gjennom å bruke andre ord med positive konnotasjoner. Juritzen & Heggen (2006) fremhever hvordan maktens ubehag avtar når man utelater begrepet *makt*. Det mest hensiktsmessige er kanskje at maktbruk alltid innebærer ubehag hos dem som utfører makten. Forhåpentligvis vil det medføre at man aldri glemmer hva man holder på med. En annen informant påpekte at maktbruk ofte var knyttet til tvangsvedtak. Informantene står ikke ansvarlig for å fatte vedtakene om bruk av tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering, dette ligger hos de psykiaterne.

Informantene forstår makt som den fysiske store og lett synlige typen makt. Makt kan også forstås som mindre dramatiske. Den stille hverdagslige maktbruken kan lett overses, men dens effekt har betydning for de menneskene som er utsatt for den. Et eksempel på den hverdagslige bruken av makt finner vi igjen når en av informantene forteller hvordan de reagerer på pasienter som ikke vil delta på aktiviteter. Informanten beskriver at de *overtaler* pasienten til å delta på aktiviteten. Umiddelbart kan dette virke

tilforlatelig og trivielt, men Skjervheim (2002) problematiserer det å overtale en person. Han lager en distinksjon mellom det å overtale og det å overbevise. Den som forsøker å overtale behandler den personen som skal overtales som et objekt, og dermed oppstår det et subjekt/objekt-forhold. Det å overtale en person bli for Skjervheim en måte å manipulere den andre personen på. Han mener at måten en skal møte et annet menneske på er gjennom å overbevise personen, og gjennom overbevisning oppstår det et subjekt/subjekt-forhold. Gjennom overbevisning bevarer den andre sin frihet og det oppstår en dialog. Distinksjonen mellom de to begrepene kan med første øyekast virke bagatellmessig, men som Skjervheim (2002) påpeker så ble problematikken allerede reist av Platon i dialogen Gorgias, og har vært kjent i over 2000 år. Poenget med å trekke frem denne distinksjonen handler om å forstå hvordan forholdet mellom pasient og informant er preget av asymmetri. Gaare (2002) vektlegger betydningen av relasjonen mellom Skjervheims distinksjon og asymmetriske forhold mellom mennesker. Det å bli bevist på maktstrukturer er viktig for de som skal jobbe med andre mennesker. Makt innefor det psykiske helsevern handler ikke bare om tvang, men også om små de nyansene i hvordan man møter mennesker.

I forbindelse med brukermedvirkning ble distinksjonen mellom pasient og bruker trukket frem, denne distinksjonen har en overføringsverdi til forskjellen mellom det å overtale kontra det å overbevise. Solfrid Vatne fremholder følgende:

”I den tradisjonelle hjelperelasjonen er pasienten objekt for hjelpen, det vil si en person som hjelperne gjør noe med. Ved brukermedvirkning er alle likeverdige deltakere i en gjensidig prosess som stadig er i utvikling” (Vatne, 1998, s. 108).

Vatne viser her hvordan subjekt/objekt-forholdet dårlig lar seg forene med brukermedvirkning. Problemet for informantene er at de alene ikke kan avvikle det asymmetriske maktforholdet som er mellom dem og pasientene. Informantene sier de har fokus på den type makt om kan beskrives som fysisk og lett synlig, og de er tydelig på at de gjør mye for å unngå å bruke den typen makt. Det forholdet som i større grad bør aktualiseres er den hverdagslige og lite synlige formen for makt.

Før dette kapittelet avsluttes ønsker jeg å samle noen tråder. Begrepets miljøterapi har sinn opprinnelse i de terapeutiske samfunn utviklet av bla. den skotske psykiateren Maxwell Jones (Gunderson, et al., 1983). Hva som er skjedd med begrepet og dets innhold etter at de terapeutiske samfunnene forsvant finnes det lite forskning på, men det man *vet* er at begrepet forstasatt blir benyttet. I lys av miljøterapiens historiske opphav er det vanskelig å se hvorfor begrepet miljøterapi blir brukt om informantenes praksis. En innlysende fordel ligger i det å bli assosiert med opphavet til miljøterapien. Begrepet *miljøterapi* blir bærer av det positive og moralske i den motkulturen som lå til grunn for de terapeutiske samfunnene. Kanskje overlever begrepet miljøterapi nettopp fordi det assosieres med så mye positivt. Hem (2008) påpeker at de profesjonelle idealene innenfor sykepleie kan beskytte praksisen mot kritikk. Kanskje er dette også tilfellet med miljøterapi. Miljøterapi er assosiert med så mye positivt at det blir vanskelig å kritisere, og derfor velegnet til å bruke om sin praksis.

En annen funksjon som kan leses ut av miljøterapi begrepet er budskapet om terapi. Begrepet terapi har også positive konnotasjoner. Det å benytte tvang blir kanskje enklere å akseptere når det knyttes opp mot terapi. Wifstad (1997) hevder at psykiatrien, sammenlignet med somatisk medisin, har liten behandlings suksess. Det kan derfor synes litt paradoksalt at man innenfor psykiatrien har så lett for å gripe til ordet *terapi* om det man *gjør*. Kanskje motvirker terapibegrepet mye av den pessimismen og håpløshet som eksisterer innenfor psykiatrisk behandling.

AVSLUTNING

Jeg vil nå oppsummere den foreliggende studien. Svake sider ved studien vil bli presentert, og avslutningsvis vil jeg gi noen forslag til videre forskning.

Arbeidet med å skape relasjoner til pasientene blir beskrevet som det mest sentrale for utøvelsen av moderne miljøterapi. Både den sosialpsykiatriske miljøterapien og informantenes miljøterapi vektlegger relasjonelt arbeid, men innholdet i det relasjonelle arbeidet er ulikt. Den opprinnelige miljøterapien fokuserte på relasjonens egen verdi mens informantene beskriver en pragmatisk og formålsrasjonell tilnærming. Målet med relasjonen blir å få pasienten til å samarbeide om å ta sine medikamenter og delta på strukturerte aktiviteter. Selv om det relasjonelle arbeidet blir beskrevet som det viktigste, så beskriver informantene at de må utføre tvangsmedisinering som undergraver den relasjonen de har skapt til pasienten. Denne situasjonen setter informantene i dilemmaer som blir beskrevet som frustrerende. Gjennomføring av biomedisinsk behandling blir altså overordnet miljøterapien.

Måten informantene beskriver sitt relasjonelle arbeid kan forstås som en sofistisert maktteknikk, når målet med relasjonen blir å få pasienten til å gjøre noe han i utgangspunktet ikke vil. Informantene beskriver at deres miljøterapi hovedsaklig handler om aktivitet. Arbeid og ulike former for aktivitet hadde en viktig plass innenfor de terapeutiske samfunnene, og var ment som arena for læring av sosiale ferdigheter. Informantenes fokus på aktivitet har to hovedbegrunnelser. De beskriver at institusjonen som de jobber ved ser på aktivitet som et virkemiddel for å bedre symptomene til pasientene. Forskjellen mellom begrunnelsen for å fokusere på aktivitet blir tydelig, og fremtrer som divergens mellom sosialpsykiatri og biomedisinsk psykiatri. Den andre begrunnelsen for å fokusere på aktivitet handler om å unngå at pasienten blir inaktiv. Informantene kom med eksempler fra andre sykehus de hadde jobbet ved, og beskriver at pasienten der hadde en usunn livsstil. Sett i lys av de dokumenterte helseplagene og økte dødeligheten blant psykiatriske pasienter kan informantens fokus på en aktiv livsstil forstå ut fra en velbegrunnet bekymring. Informantene kommer i et dilemma der

de velger å sette pasientens autonomi til side for at pasienten skal være aktiv. Denne måten å forholde seg til pasientene er paternalistisk. Informantene overtar det ansvaret pasientene har overfor seg selv. Et dilemma har ingen gode løsninger, for den opprinnelige miljøterapiens grunnlagstenkning ville pasientens autonomi veie tyngst. Forskjellen mellom den opprinnelige og den moderne miljøterapien vil her handle om bruk av makt.

Et annet perspektiv er om pasienten alene kan lastes for sine helseproblemer. Summen av medikamentenes bivirkninger og det å være tvangsinnlagt medfører i utgangspunktet en inaktivitet som er påført pasientene av institusjonen. Denne problematikken løses ved å gi pasientene aktivitet som behandling. Dette kan forstås som å gi tilbake noe man har tatt. Komplexiteten øker når pasientene motsetter seg aktivitet som en protest mot tvangen. Konsekvensen kan bli en pågående maktkamp mellom de ansatte og pasientene. Informantene og institusjonens fokus på aktivitet kan også forstås ut fra det paradoksale fenomenet at pasientene ved psykiatriske sykehus får dårligere fysisk helse av å være innlagt. Begrunnelsen for å øke aktiviteten hos pasientene kan også ses på som en måte å sikre institusjonenes berettigelse som behandlingsarena.

Informantene ble spurt om de forteller pasientene om miljøterapi. De svarer at de ikke informerer pasientene om miljøterapi. Begrunnelsene som blir gitt for dette varierer. En av informantene mente pasienten kunne føle seg overvåket, en annen informant mente at det pasienten skulle sitte igjen var aktivitet. På dette punktet er det en betydelig forskjell på den opprinnelige miljøterapien og den miljøterapien informantene beskriver. Åpen kommunikasjon og demokratiske prosesser var sentrale postulatet innenfor de terapeutiske samfunnene. Det er vanskelig å forestille seg at noe tilsvarende kunne skje innenfor andre deler av helsevesenet. Kanskje kan dette skje fordi man egentlig ikke ser på miljøterapi som behandling.

Informantene ble spurt hva de tenker om brukermedvirkning. Alle informantene sier at de ønsker brukermedvirkning, men at det er vanskelig å få til brukermedvirkningen pga. utstrakt bruk av tvang. En måte å forstå informantene på er ved å se på hvordan bruk av

tvang kan skape konflikter mellom personalet og pasientene. En av informantene brukte kampmetaforer når han beskrev brukervedvirkning. Kanskje kan en pågående maktkamp mellom personal og pasienter vanskeliggjøre brukervedvirkning. Et annet forhold som informantene trakk frem og som de mente vanskeliggjorde brukervedvirkning var økonomiske nedskjæringer. Dette indikerer at informanten har misforstått ideen bak brukervedvirkning. Brukervedvirkning er ikke fritidstilbud, men er initiert fra myndighetene for å øke pasientens deltakelse i egen behandling.

Informantene ble bedt om å fortelle hva de tenkte om makt i forbindelse med miljøterapi. De ønsket i liten grad å bli assosiert med begrepet makt. Makt ble omskrevet til f.eks. ” *hjelp til selvhjelp*”. Måten de beskrev begrepet makt viste til en fysisk forståelse av begrepet, og de sidestilte makt med fysisk tvang. Makt var synlig i en rekke av informantens beskrivelser av miljøterapi. Spesielt tydelig kom maktbruken frem i forbindelse med beskrivelser av situasjoner der pasienten nekter å delta på aktiviteter. Generelt kan det virke som om informantene stod overfor mange dilemmaer i sin hverdag. Det virket også som om en del av disse dilemmaene ble løst ved bruk av en eller annen type makt.

Problemstillingen i denne studien var: *Hvordan forholder dagens miljøterapeuter seg til miljøterapiens opprinnelige sosialpsykiatriske tenkning, og hvilke relasjoner har de til andre behandlingsformer?* På bakgrunn av den informasjonen som jeg har fått av mine informanter kan det tyde på at dagens miljøterapi er et brudd med den historiske betydningen av begrepet og dens tenkning. Moderne miljøterapi har kun overfladiske likhetstrekk med den sosialpsykiatriske miljøterapien som hadde sitt utspring i de terapeutiske samfunnene. Den miljøterapien informantene beskriver er preget av en pragmatisk og formålsrasjonell tilnærming til pasientene, denne tilnærmingen står i sterk kontrast til miljøterapiens opprinnelige ideologiske tenkning. Den moderne miljøterapien fremtrer som tydelig påvirket av biomedisinsk tenkning. Informantene beskriver også en paternalistisk holdning over for pasientene. Informantenes miljøterapi virker ikke å være en selvstendig behandlingsmetode. Det kan se ut som informantenes miljøterapi er en støtende funksjon til den medisinske behandlingen ved institusjonen.

Svakheter ved studien

Det er grunn til å spørre seg om studiets funn representerer moderne miljøterapi. En klar svakhet med studien er at den er gjennomført ved bare en institusjon, informantene representerer riktignok 4 forskjellige avdelinger, men det er grunn til å anta at institusjonen har en felles kultur som preger de ulike avdelingene. Derfor sier denne studien bare noe om hva fire miljøterapeuter fra en institusjon mener om den moderne miljøterapien. En annen svakhet med studien er utvalget. De som stilte opp som informanter var alle vernepleiere. Dette innebærer en fare for at andre faggruppers perspektiver på miljøterapi ikke har kommet frem. Måten utvalget ble gjennomført på tok ikke hensyn til divergensens røst. De som meldte sin interesse for å delta på intervjuet kan ha vært de som var mest positiv og interessert i miljøterapi. Thagaard (2009) problematiserer skjevheter i utvalget, og påpeker at personer som ikke velger å delta kan ha informasjon som er viktig å forstå fenomenet.

Studiet har ikke som mål å gi et helhetlig bilde av moderne miljøterapi, men snarere starte arbeidet med å undersøke hva moderne miljøterapi er. Gjennom å løfte frem fenomenet miljøterapi i forhold til sitt historiske opphav har studiet kun antydning av en del problematiske sider ved bruken av miljøterapibegrepet. Selv om funnene ikke er overførbare er de eksempler på den moderne miljøterapien. Om disse eksemplene er relevant for større deler av miljøterapeutisk praksis kan bare videre forskning svare på.

I forhold til studiets interne validitet kan man i følge Malterud (2003) også spørre om det man har funnet ut er relevant. Først og fremst kan årsaken til at det er forsket lite på moderne miljøterapi skyldes at begrepet miljøterapi ikke er relevant. Hva miljøterapeutene gjør og hvordan pasientene opplever dette kan nok ses på som mer relevant enn å utforske hva miljøterapeuter mener om begrepet miljøterapi. Selv om det å danne seg et bilde av hva som skjer er viktig så mener jeg at det også er viktig å forstå hvorfor man fortsatt bruker begrepet miljøterapi. Det å akseptere dette begrepet uten å stille spørsmålstegn ved bruken av det kan medføre at man går glipp av viktig informasjon. Begrepets utbredelse og det faktumet at begrepet inneholder ordet terapi burde i seg selv vekke interesse hos forskere, spesielt når miljøterapi gis til mennesker mot deres vilje. Studiet er også relevant for miljøterapeutene som yrkesgruppe.

Det å få et økt innblikk i hva som kjennetegner den praksis som drives under begrepet miljøterapi bør være av interesse for miljøterapeuter.

En annen metode som kunne ha utvidet kunnskapen til denne oppgaven er å kombinere intervjuene av personalet med nye intervju med pasientene, samt observere de i praksis. Observasjonene kunne ha blitt sammenlignet med informantenes opplevelser og dannet et mer nyansert bilde av dagens miljøterapi. Imidlertid, faller dette utenfor avgrensningen i oppgavens forskningsspørsmål.

Implikasjoner

Det ville vært interessant å utføre videre forskning på moderne miljøterapi ved å presentere oppgavens resultater for en fokusgruppe på den institusjonen der dette studiet ble gjennomført. Der kunne deltakerne av fokusgruppen diskutere funnene og utvidet og problematisert de funnene som fremkom i denne studien. Det ville også vært av interesse å utføre en pasientundersøkelse som tar opp funnene som indikerer at pasientene ikke får informasjon om miljøterapi. Fremtidige studier bør rette seg mot pasientenes opplevelse. Spesielt interessant vil det være å sammenligne pasientenes opplevelser av miljøterapi med miljøterapeutene.

LITTERATURLISTE

- Andersen, A.J.W. (1997). Uten fasit: perspektiver på miljøterapi. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Andreassen, O.A., & Bentsen, H. (2004). Metabolske og kardiovaskulære bivirkninger av Moderne antipsykotika. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124(Nr. 2 – 23 januar 2004), 181-182.
- Brandt, P. (2004) *Socialpsykiatri: psykiatri på humanistisk grundlag* (2udg). København: Munksgaard.
- Brink, P. J., Wood, M. J. (1998). Advanced design in nursing research (2nd ed.). Thousand OaS, Calif: Sag Publications.
- Bryman, A. & Bell, E. (2007). Business research methods. Oxford: Oxford University Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Crossley, N. (1998).RD Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis. *Social science & medicine* 47(7), 877 – 889.
- Dahl, R. A. (1957). The concept of Power. *Behavioral science*, 2(3), 201 - 215
- Dahlberg, K., Drew, N., & Nyström, M. (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Danaher, G., Webb, J. & Schirato, T. (2000). *Understanding Foucault*. London: Sage
- Foucault, M., & Lagrange, J. (2006) *Psychiatric power: lectures at the Collège de France, 1973-74*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2002). *Power*, London: Penguin Books.
- Foucault, M., & Schaanning, E. (1995). Seksualitetens historie, 1, Viljen til viten. Halden: EXIL.
- Foucault, M., & Gordon, C. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972 – 1977*. Brighton: Harvester Press.
- Gadamer, H. G. (2004). Sandhed og metode/ Grundtræk af en filosofisk hermeneutik. Århus: Systime.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology* 28(2), 235 – 246.
- Gaare, O. (2002). Jevnbyrdighet hos Skjervheim. *Nytt Norsk Tidsskrift* 1(1), 77 – 82.

- Grimen, H. (2001). Tillit og makt – tre sammenhenger. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121(30), 3617.
- Gunderson, John G., O.A.W., Loren R. Mosher (Ed.). (1983). *Principles and Practice of Milieu Therapy*. New York: Jason Aronson.
- Haugsgjerd, S., & Englestad, F. (1976). *Seks samtaler om psykiatri: samtaler med Mario Alvisi, Paolo Serra, Paolo Tranchina, Helm Stierlin, Janine Chasseguet-Smirgel, Luce Irigaray, Alfred Lorenzer, Serge Leclair*. Oslo: Pax.
- Hem, M. H. (2008). *Mature care?: an empirical study of interaction between psychotic Patient and psychiatric nurses*. Oslo: Unipub.
- Hert, M. D., & Winkel, R. v. (2006). Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and Metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(14), 1- 10.
- Horsfall, J. (1997). Psychiatric Nursing: Epistemological Contradictions. *Advances in Nursing Science*, 20(10), 56 - 65 .
- Jones, M. (1976) *Maturatin of the therapeutic community: an organic approach to health and mental health*. New York: Human Sciences Press.
- Juritzen, T., Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt: Relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36(3), 61 – 80.
- Kringelen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlag.
- Kvale, S., Rygge, J., Brinkmann, S., & Anderssen, T.M. (2009). *Det kvalitative Forskningsintervju* (2. utg. ed.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Lindseth, A., Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching Lived experience. *Skandinavian Journal of caring sciences*.18(2), 145 153.
- Loem, G. F. (2006). *Samspill i psykisk helsearbeid/forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Loem, G. F. (2008). Nærhet uten distanse versus distansen uten nærhet. En fenomenologisk tilnærming på erfaringsnær forskning. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 4(2), 66 – 80.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven) av 1.januar 2001 nr. 62. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>. Lest 31.oktober 2010.

- Lov om pasientrettigheter* (pasientrettighetsloven) av 1.januar 2001 nr, 63. URL: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>. Lest 31.oktober 2010.
- Lægreid, S., & Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk: en innføring*. Oslo: Spartacus.
- Løvdahl, H. (2000). *Schizofreni: kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Malt, U.F., Dahl A.A., Retterstøl, N. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg. ed.) Oslo: Universitetsforlag.
- Martinsen, E.W., Moe, T., Borge, L., Moser, T., Johannesen, B., & Kaggestad, J. (2004). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlag.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg I Sykepleien – en moralsk utfordring. I. Jensen & G. Engelsrud (Eds.), *Moderne omsorgsbilder* (pp. 234 s.). Oslo: Gyldendal.
- Mechanic, D. Rochefort, D.A. (1992). A policy of inclusion for the mentally ill. *Health Affairs*, 11(1), 128 – 150.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Paley, J. (2000). Against meaning. *Nursing Philosophy*, 1(2), 109 – 120.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles: Sage
- Ruud, B.R. (2005). *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Scaanning, E. (2006). *Perspektiv: 17 x 24. fortiden i våre hender, Foucault som vitenshåntør Bind 1*. Oslo: Unipub forlag.
- Skjervheim, H. (2002). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skorpen, A., Øye, C., Bjelland, A. K. (2009). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 28(4), 19- 23.
- Storm, M., Mikkelsen, A., Jensen, M.F., & Rennesund, Å.B. (2009). *Brukermedvirkning i Psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Sundin, B. (1972). *Individ institusjon ideologi: anstaltens sosialpsykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Sverdrup, S., Myrvold, T.M., & Kristofersen, L.B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk Helsearbeid: idealer og realiteter* (Vol. 2007:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.
- Szasz, T. (2008). *Psychiatry. The Science of Lies*. Syracuse University Press.
- Tetlie, T., & Norgils Eik-Nes, M. (2008). The Effects of Exercise on Psychological & Physical Health Outcomes Preliminary Results from a Norwegian Forensic Hospital. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(No 7), 39 – 43.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring I kvalitativ metode* (3. utg. ed.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Vallgård, S., & Koch, L. (2007). *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab* (3.udg. ed.). København: Munksgaard.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendals akademisk.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først?: om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen - Sandviken: Fagbokforlaget.
- Vigerust, I. (2010). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008. URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864 Lest. 31.oktober 2010.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri: en filosofisk Undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wisløff, N.F.; Helse- og omsorgsdepartementet og Utvalget for å vurdere samhandling innen Helsetjenesten (2005). *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste: Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003: avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Øye, C., & Skorpen, A. (2009). *Dagliglivet i en Psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Det psykologiske Fakultet, UiB.
- Øye, C., Bjelland, A.K., Skorpen, A. & Norman, A. (2009). Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 151–158.

Vedlegg 1: REKs vurdering av studiet

Fra: Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Dokumentreferanse: 2009/1763-4

Dokumentdato: 17.11.2009

MODERNE MILJØTERAPI - INFORMASJON OM VEDTAK

Komiteen behandlet søknaden i møte 29.10.2009. I referatet heter det:

Prosjektleders prosjekttale: Intensjonen med prosjektet er å forstå den moderne miljøterapien i forhold til yrkesutøverens selvforståelse, erfaringer og virksomhet. Miljøterapi er en behandlingsform som har vært brukt på norske psykiatriske institusjoner siden 1960-tallet. Miljøterapi er en behandlingsprosess som utnytter det systemet av sosiale relasjoner som oppstår på en psykiatrisk avdeling. Det som kjennetegner utviklingen innen for institusjonspsykiatrien i dag er nedbygging, og et system der pasienten skal være innlagt i kortest mulig tid. Denne endringen har forandret på rammevilkårene for miljøterapi. Behandlingsformen står under press og formålet med dette prosjektet blir å undersøke om endrede rammevilkår har påvirket miljøterapiens grunnlagstenkning. Problemstillingen er hvilken grunnlagstenkning preges dagens miljøterapi av og hvordan den oppfattes i relasjon til den biomedisinske tradisjon. Hensikten er å beskrive og analysere de endringene miljøterapien har gjennomgått og vurdere faglige ideal opp mot dagens praksis.

Merknad : De prosjekt som skal godkjennes av REK er medisinsk og helsefaglig virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Det omsøkte prosjektet har som mål å finne svar på hvilken grunnlagstenkning som preger den moderne miljøterapi gjennom å beskrive og analysere de endringer miljøterapien har gjennomgått og vurdere faglig ideal opp mot dagens praksis.

Prosjektet faller utenfor komiteens mandat.

Prosjektet må meldes personvernombud.

Vedtak: Prosjektet behandles ikke

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Eventuell

klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll

Sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare

Førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge

REK NORD. Postadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø

telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post: post@helseforskning.etikkom.no

Vedlegg 2: NSDs behandling av studien

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Geir Lorem
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 25.11.2009

Vår ref: 22734 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.10.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22734	<i>Moderne miljøterapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Geir Lorem</i>
Student	<i>Per Jørgen Langø Kristiansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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


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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Per Jørgen Langø Kristiansen, Baldsfjordvinden 68, 9006 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

MODERNE MILJØTERAPI

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å få frem kunnskap om moderne miljøterapi, og dens grunnlagstenkning innenfor voksenpsykiatrien. Årsaken til at nettopp du forespørres om å delta i denne studien er din kompetanse innenfor miljøterapi til voksne i institusjonspsykiatrien. Intervjuet av deg inngår som en del datagrunnlaget til min masteroppgave i helsefag.

Hva innebærer studien?

Grunnlaget for studien er intervjuer med miljøterapeuter. De gjennomføres som dybdeintervjuer. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband. Intervjuene vil bli skrevet ut som teks og tolket. Ditt bidrag blir å svare på spørsmål og reflektere omkring dine erfaringer som miljøterapeut. Ingen andre enn undertegnede og veileder vil ha tilgang til intervjuene. Undersøkelsen er frivillig og du kan trekke deg fra studiet når som helst uten noen som helst begrunnelse, se kap. A for detaljert redegjørelse.

Mulige fordeler og ulemper

Ved å delta i studien bidrar du med kunnskapsutvikling og fokus på miljøterapi og miljøterapeutens selvopplevelse. Ulempen med deltakelse er tidsforbruket ved å stille til intervjuer. Det er avgrenset til selve intervjuet. Det krever ingen for- eller etterarbeid..

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli lagret uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Alle informantene gis et referansenummer og vi har en informantnøkkel som gjør det mulig å identifisere dine data. Dette er relevant hvis du for eksempel ønsker å trekke deg fra studien, eller ønsker å se dine bidrag til studien. Informantnøkkelen vil oppbevares separat fra dataene. Begge deler vil holdes innelåst og utilgjengelig for uvedkommende. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Data vil bli lagret i anonymisert form etter prosjektslutt med tanke på evt. oppfølgingsstudie. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg i forhold til arbeidsgiver eller lignende. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten nærmere begrunnelse. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Geir Fagerjord Lorem tlf. 77 64 65 33, geir.lorem@uit.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse: Prosjektet retter seg mot miljøterapeuter som har arbeidserfaring innenfor psykisk helsearbeid for voksne. Deltakere bør ha minst to års erfaring.

Studiet: ”Moderne miljøterapi” er en kvalitativ studie om miljøterapi, og er min mastergradoppgave i helsefag ved universitetet i Tromsø. Hensikten med studiet er å få frem informasjon om hvilken grunnlagstenkning som preger dagens miljøterapi og hvordan den oppfattes i relasjon til den biomedisinske tradisjon.

Tidsskjema: Intervjuene vil bli gjort i uke 48 fra og med 24.11 til og med 27.11 då. Oppgaven vil være slutført i løpet av desember 2010.

Mulige fordeler: Fordelen for informanten er det fokus studiet setter på miljøterapeutens fag. Det finnes lite kvalitativ forskning på miljøterapeuters selvpplevelse. Flere av de nyeste studiene om miljøterapi utelater miljøterapeutens perspektiv. Jeg håper å få frem sider ved miljøterapeutenes grunnlagstenkning som i liten grad har vært tematisert i nyere forskning. Forhåpentligvis vil studien være med på å øke kunnskapen om moderne miljøterapi, og at dette kan komme miljøterapeuter til nytte.

Mulige ubehag/ulempes: De ulempen studiet medfører er den tiden informanten må bruke på å sette seg inn i forespørselen om deltakelse i forskningsprosjektet og gjennomføringen av intervjuet.

Studiedeltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke deltakerens villighet til å delta i studien

Studiedeltakeren skal opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deres deltagelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt

Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er navn og adresse. Personopplysninger om deg vil bli linket til et nummer som følger det utskrevne intervjuet. Etter at du er tilsendt min masteroppgave vil alle personopplysninger slettes. Under studien vil ditt navn og adresse kun finnes i en datafil som er passordbeskyttet. Datafilen oppbevares på en minnepinne som er forsvarlig nedlåst.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Datagrunnlaget skal ikke brukes til annen forskning.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studiet er uavhengig i den forstand at den er egenfinansiert som en del av min mastergrad i helsefag ved universitetet i Tromsø

Informasjon om utfallet av studien

De som deltar som informanter i studien vil få tilsendt oppgaven i papirform.

Vedlegg 4: Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5: Temaguide

INNLEDNING

- Presentasjon av meg og min rolle som forsker.
- Hvordan intervjuet er tenkt gjennomført.

HOVEDEMNE

- Pasientkontakt. (Hvor mye tid tilbringes sammen med pasienten)
- Samhandling. (Praktiske gjøremål sammen med pasienten)
- Arbeid/aktivitet
- Relasjoner
- Medbestemmelsesrett