



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**"Kva inneberer det å nytte personsentrert perspektiv overfor ein pasient med psykose-, aggresjon og rusproblematikk innlagt i lukka, psykiatrisk avdeling?"**

Lene Bjørlo Overå

Totalt antall sider inkludert forsiden: 31

Molde, 15.04.2012



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Karl Yngvar Dale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 15.04.2012

**Antall ord: 8783**

## **Samandrag**

Eg vil i denne oppgåva sjå inn på korleis ein som miljøterapeut kan oppnå god relasjon til pasientar med samtidig psykose, rus og voldsproblematikk. Oppgåva er bygd rundt ein pasient som eg har kalla Anne. Ho er innlagt i psykiatrisk avdeling, lukka post.

I teoridelen vil eg sjå inn på omgrepa psykose, aggresjon og rus. Humanistisk tenking er svært sentral i denne oppgåva og eg ønskjer å vise korleis humanismen gradvis har fått meir plass i psykisk helsevern. Eg viser til psykisk helsevernlova og endringar som er skjedd opp igjennom åra. Vidare har eg tatt for meg den mest sentrale mannen innan humanistisk psykologi, Carl Rogers og hans personsentrert perspektiv. Til slutt tar eg for meg ulike omgrep som kan vise forståing for interaksjonen opp mot denne pasientgruppa.

I diskusjonsdelen er problemstillinga sett opp mot teorien og eg vil belyse refleksjonar og eigne opplevde erfaringar frå klinisk praksis. Eg vil her svare på tre delproblemstillingar som igjen gir svar på hovudproblemstillinga. Den humanistiske tenkinga er sentral i oppgåva og ligg bak det meste av tiltaka og holdningane som vert utøvd overfor pasienten.

Oppgåva vert avslutta med eit kapittel med konklusjonar der eg viser kor viktig den humanistiske psykologien og personsentrerte terapien er i arbeidet med Anne. Eg vel også å nemne nye tankar og problemstillingar som kan vere aktuelle for framtida.



# Innhold

<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>Problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
Psykose, aggresjon og rus .....	4
Schizofreni og psykose: .....	4
Aggresjon og vold: .....	4
Dobbeldiagnose og rusmisbruk: .....	4
Humanismens framvekst innan psykisk helsevern .....	5
Før og no, vegen mot eit meir humant psykisk helsevern: .....	5
Psykisk helsevernlova, heile tida under revisjon: .....	6
Brukarmedverknad: .....	7
Humanistisk psykologi: .....	8
Personsentrert terapi: .....	8
Modell for forståelsen av interaksjon .....	10
Makt, motmakt, avmakt: .....	10
Miljøterapi, struktur og forutsigbarhet: .....	10
Grensesetting: .....	11
<b>Empiri</b> .....	<b>11</b>
<b>Diskusjon</b> .....	<b>12</b>
<b>Konklusjon</b> .....	<b>21</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>24</b>

## Introduksjon

Eg har arbeidd innen psykisk helsevern i mange år og har fått moglegheit til å følgje med i utviklinga av psykiatrien og korleis vi i denne tida har møtt pasienter med alvorlig psykiske lidingar. Myndighetene har dei siste 20 åra sett det psykiske helsevernet på dagsorden i form av ei rekke tiltak som opptrappingsplaner og nylig samhandlingsreformen. Staten har gått frå å vere passiv og villrådig til å handle (Almvik og Borge 2000). Eg ser vi har blitt betre på å behandle og møte pasientene, men eg meiner vi framleis har potensial til å utvikle oss mot meir brukarvennlig og humanistisk tenking. Ei utfordring i psykiatrien har vore den auka gruppa pasienter med kombinert psykiatri og rusproblematikk. Vi har ikkje klart å møte denne gruppa i den grad vi skulle og dei har lidd unødige mykje då vi ikkje har klart å behandle begge lidingane samtidig. Disse pasientene har ofte enda opp som svingdørspasienter der livssituasjonen har blitt forverra i staden for at den skulle bli betre. Eg ynskjer i denne oppgåva å sjå nærare inn på korleis vi kan møte pasientar med ein alvorleg psykisk lidning og samtidig rus og voldsproblematikk. Eg har valt å bruke personsentrert perspektiv (Haugsgjerd m.fl.2009) då eg meiner at dette er ein god måte å møte denne gruppa på. Empati, ekthet, vise forståing, bekreftelse og anerkjennelse er viktige omgrep i møtet med pasienten. Lære å forstå via den andre og respektere vedkomande, hans situasjon og opplevelse av situasjonen (Haugsgjerd m. fl. 2009). Forskning viser at god relasjon mellom terapeut og pasient er avgjerande for at behandlinga skal lukkast. Det er kanskje ikkje så overraskende då positive resultat gjerne innebærer endringer, endringer forutsett motivasjon, motivasjon heng saman med trygghet, sosial bekreftelse og stimulans. Eg tenkjer det er viktig at pasienten får medverknad i si eiga behandling. Dette reduserer samtidig krenking og kan gi raskare betringssprossar (Almvik og Borge, 2006).

Menneskjer med rus- og psykiatriproblematikk er generelt ei ressurs svak gruppe og ei gruppe som ofte skaper frustrasjonar i hjelpeapparatet då vi føler at vi kjem til kort. Det dreier seg ofte om unge menneskjer som lever eit liv prega av kaos, som ruser seg aktivt og som ofte vert utnytta i rusmiljøet. Vold, prostitusjon og kriminalitet er ein del av livet for mange. Dei er i varierende grad i stand til å halde seg til rutinar og forventningar og har store problem å holde på bustad. Dei lev ofte i stor sosial nød og vandrar ofte ut og inn av akuttpost og fengsel. Desse har ofte ukritisk omgang med rusmidlar. Dei brukar ofte det dei får tak i. Øydelagde relasjonar til familiemedlemmer, venner og hjelpeapparatet er ofte

meir regelen enn unntaket. Symptoma og problema kjem lett i fokus og utfordringa vert å rette merksemd mot moglegheiter, ressursar og interesser (Randby 2010).

Helse Midt-Noreg RHF set stort fokus på brukarmedverknad og har utarbeidd eit styringsdokument som vert overordna for korleis vi i føretaket skal jobbe opp mot pasientane. Det er svært viktig at det politisk vert satsa på myndiggjering, brukarmedverknad og redusering av tvang. Ei overordna holdning rundt desse emna, skaper holdning vidare ned mot dei som arbeider nærmast pasienten. Eg meiner humanistisk tenking i miljøterapien og i den individuelle behandling av pasientane er moderne psykiatri. Og er vegen å gå for psykiatrien i framtida. For å kome dit, bør Carl Rogers personsentrerte terapi nyttast i større grad. Han meinte at det er viktig å vere empatisk, ekte og positiv i møtet med pasienten. Ved at pasienten blir møtt på denne måten, vil pasienten utvikle eit godt sjølvbilete, føle seg trygg, respektert og akseptert. Dette vil vere ei føresetnad for positiv betringsprosess (Haugsgjerd et al. 2009).

Psykisk helsevernlova blir ofte involvert i arbeidet med ein pasient med alvorleg psykisk lidning. Dette er noko som kan gjere det vanskelig å jobbe personsentrert. Å oppnå god relasjon til pasienten er svært elementært i behandlinga og eg ønskjer å sjå korleis ein kan gjere dette mogleg.

## **Problemstilling**

Hovudproblemstilling:

*”Kva inneberer det å nytte personsentrert perspektiv overfor ein pasient med psykose-, aggresjon og rusproblematikk innlagt i lukka, psykiatrisk avdeling?”*

Eg har avgrensa denne oppgåva til å konsentrere meg om relasjonsbygging til ein pasient som eg kallar Anne, i ein lukka, Forsterka Rehabiliteringsseksjon. Situasjonen til pasienten er stabilisert og ho har etter eit opphald ved Brøset Regionale Sikkerhetsavdeling, blitt diagnostisert og er adekvat medisinerert. Anne er under § 3-3 etter psykisk helsevernlova og det er også fatta medisineringsvedtak. Ofte er slike vedtak viktige å fatte for at ein skal kome i posisjon for å tilnærme seg pasienten, danne relasjon og sette i gong betringsprosessar. Desse vedtaka kan samtidig gi utfordringar for relasjonsbygginga mellom Anne og miljøpersonalet. Ved å nytte humanistisk tenking og personsentrert



terapi, ønskjer eg å sjå på om denne måten å tilnærme seg Anne på, trass bruk av tvang, kan gi god oppleving for henne.

Anne har ei alvorleg psykisk lidning samtidig som rusmisbruket er svært framtreidande, noko som har påverka hennar fungering ute i samfunnet. Arbeid med dobbeldiagnosepasientar er ofte utfordrande då ein bør ha fokus på begge lidingane samstundes. Anne har i tillegg ein åtferd med voldsutøving, dette gjer arbeidet med pasienten endå meir utfordrande.

I drøftingsdelen vel eg å sjå på relasjonsbygging mellom Anne og miljøpersonalet og i kva grad relasjonen vert utfordra av tiltaka vi set i gong opp mot pasienten. Eg ønskjer å sjå på utfordringane ein kan stå overfor når tvang og maktbruk er nødvendig å nytte. Delproblemstillingane ser også på om humanistisk tenking og tilrettelegging av meir brukarmedverknad vil kunne føre til raskare betringsprosessar. Og korleis kan myndiggjering og respektfull korrigeringsgi tillit og respekt.

Delproblemstillingar:

- *På kva måte kan personsentrert terapi bidra i relasjonsbygginga i eit lukka institusjonsmiljø og korleis klare å etablere den gode samtalen hjå pasientar med alvorleg psykisk lidning?*
- *Vil tvang og tvangsmiddel bidra til å gjere det problematisk å arbeide humanistisk og personsentrert?*
- *Korleis kan ein få til større grad av myndiggjering og brukarmedverknad i behandlinga til pasientar i lukka, psykiatrisk avdeling?*

## **Teori**

### ***Psykose, aggresjon og rus***

**Schizofreni og psykose:** I 1911 valgte Eugen Bleuler å bruke betegnelsen schizofreni, som på gresk betyr spaltet sinn. Ein ser på schizofreni som ein alvorlig psykisk lidelse. Symptomene sin art og langvarighet gjer at dei representerer ein alvorlig trussel mot personens mulighet til rik livsutfoldelse. Diagnosen vert stilt der ein person lid av omfattande og typiske forandringar i oppfattinga av verkelegheita og tenking. Han har ofte ein sterk tendens til tilbaketrekning frå kontakt (autisme), er initiativlaus, følelsesflat og tanketom. Vrangførestillingane kan vere av bisarr karakter, usamanhengande tale, syn og hørselhallusinasjonar og tenkinga kan vere av magisk-symbolisk type. Ved paranoid schizofreni er det vrangførestillingane som dominerer ofte ilag med hallusinasjonar. Vrangførestillingane er faste og systematiske, og er prega av det bisarre og med ein tendens til å gripe om seg. Psykotiske tilstander har eit mildare og eit meir forbigåande preg enn schizofreni (Haugsgjerd et al. 2009) .

**Aggresjon og vold:** Aggresjon er åtferd som er retta inn på for å påføre fysisk skade på eit anna individ. Vold er åtferd retta inn mot å påføre alvorleg fysisk skade på eit anna individ (Bjørkly 1997). I følgje Bjørkly er der ulike indikatorar som inngår i ei vurdering av aggresjonspotensiale. Indikatorane er til dømes: yngre enn 40-45 år, gjentakande tilfeller av aggresjon i nær forhistorie, schizofreni, stoffmissbruk, aggresjonsfremjande paranoide vrangførestillingar, befalande stemmer og hallusinasjonar. Ingen enkeltstående indikatorar kan sei noko om pasienten vil vise aggressiv åtferd eller ikkje. Har pasienten fleire av indikatorane er risikoen for aggresjon større (Bjørkly 1997).

**Dobbeldiagnose og rusmisbruk:** Når ein har ei alvorleg psykisk liding og samtidig eit rusmissbruk, vert det kalla å ha ein dobbeldiagnose. Når ein har eit rusmisbruk vil det sei at ein misbruker illegale stoff, legale legemidlar og alkohol, som har vart over tid (Randby 2010).

## ***Humanismens framvekst innan psykisk helsevern***

### **Før og no, vegen mot eit meir humant psykisk helsevern:**

På 1700-talet vart det oppretta egne interneringsstadar for dei ”galne”. Det vart oppretta bygningar i tilknytning til allereie eksisterande sjukehus der dei sinnslidande skulle forvarast. Desse stadene fekk namnet ”dollahus”, ”dårehus” eller ”dårekister”. Dollhusa hadde ingen form for behandling, kunn innesperring og oppbevaring. Dei vart integrerte som ein del av fattigpleia. På 1800-talet utvikla psykiatrien seg som fagområde, der Herman Wedel Major kom til å spele ei viktig rolle. Han kartla pleiesituasjonen og levekåra til dei sinnsjuka og fastslo at pasientane hadde svært vanskelige levekår. I 1848 vart det innført ” *lov om Sindsykes Behandling og Forpleining*”. No skulle pasientane med alvorleg psykisk lidning vere ei oppgåve for det statlige helsevesen. I 1855 blei Gaustad sjukehus oppretta som det første statlige sjukehus for dei psykisk sjuke. Major etterlyste pleie og la vekt på human behandling av dei sjuke. Asylet vart drive av psykiater og dei sjuke både budde, arbeidde og hadde si fritid på denne staden. Dei sjuke skulle få fred og ro og var omgitt av naturen. Gausdal fekk nasjonal og internasjonal annerkjenning og vart rekna som eit moderne sjukehus. Fysiske tvangsmidlar vart redusert og det vart retta meir fokus på arbeid og utdanning. Fleire sjukehus vart bygde i tida fram til 1920 og heilt fram til 1950-talet vart desse stadig utvida. Det viste seg å bli eit stort problem med overbelegg som gjorde at sjukehusa bevegde seg i to retningar. Den eine var sinnssjukehus som fungerte som behandlingsinstitusjonar og den andre var pleieheim, som var langtidsinstitusjon for personar ein såg på som uhelbredelige. Her vart pasientane buande livet ut.

På midten av 1900-talet begynte ei nedbygging av institusjonane. Dette skjedde på grunn av store endringar i behandlingssideologien til profesjonane i psykiatrien. Mennesket hadde sjel i tillegg til kropp. Freud inspirerte til å få ei forståing av at sinnsliding vart tolka som ein konsekvens av sjelelege påkjenningar. På 1940-talet vart også psykiske lidningar sett i samanheng med relasjonar til familie og vennar. Det vart retta kritikk til institusjonsbehandlninga og lagt større vekt på at pasientane skulle skape relasjonar utanfor institusjonen. 1950-talet markerte starten på den moderne farmakologi. Medikament i kombinasjon med annan behandling førte til at mange fleire kunne klare seg i større grad ute i samfunnet. I 1961 kom *Lov om psykisk helsevern*. Sjukehusa skulle no ha ansvar for

dei sjukaste og elles skulle kommunen ivareta dei friskaste. I slutten av 1960-talet hadde vi 11 000 institusjonsplassar. I 1997 hadde vi ca 5 500 plassar.

På 1990-talet vart reformene bevisst sett på dagsordenen som eit resultat av regjeringa si satsing på modernisering av offentlig sektor. I 1998 kom ein åtteårig Opptappingsplan for psykisk helse. 25 milliardar kroner skulle innfri måla i stortingsmelding 25, ”åpenhet og helhet”, der ein skulle oppjustere tenestetilbodet til menneskjer med psykisk lidning. Dette er den største helsereforma i Noreg nokon gong. Pasientane skulle vere busett i heimkommunane og ikkje i lukka institusjonar. Via samanhengande og samordna tilbod på tvers av ulike etarar og forvaltningsnivå, skulle ein jobbe mot førebygging, behandling og rehabilitering. Ein skulle styrke ”alle ledd i tiltakskjeden” (Høgeli 2009).

Samhandlingsreforma tredde i kraft i januar 2012. Denne reforma set større krav til at kommunen skal ta meir ansvar for pasientbehandlinga.

Reitgjerdet, etablert i 1923, var landsdekkande innan sikkerhetspsykiatri i Noreg fram til 1987. På grunn av omfattande kritikk av pasientbehandlinga vart Reitgjerdet avvikla i 1987. Brøset vart oppretta og noko seinare vart Sandviken og Dikemark også etablerte og gitt regionale funksjonar om å behandle særleg farlege sinnslidande pasientar. Elles skulle ein desentralisere behandlinga av pasientane til fylkeskommunane. I dag er det Helseføretaka som har dette ansvaret.

([http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086). 4.2.2).

**Psykisk helsevernlova, heile tida under revisjon:** Psykisk helsevernlova, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62, inneheld detaljerte regler for innlegging og behandling under tvang av personar med psykisk sjukdom. Psykisk helsevernlova erstatta lov om psykisk helsevern av 1961. Kritikk av psykisk helsevern og enkelte store skandalar, som Reitgjerdet-skandalen rundt 1980, låg bak kravet om ny lovgivning med bedre rettssikkerhetsgarantier for pasientene.

([http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086). 4.2.2)

Reglane om tvungent psykisk helsevern finn ein i kapittel 3. Det tvungne psykiske helsevernet kan delast inn i ein kortvarig observasjonsperiode og ein behandlingsperiode

av ubestemt lengde. Observasjonsperioden er maksimalt 10 dagar, § 3-2. Målet med observasjonen er å få klarhet i om vilkåra for tvungent psykisk helsevern er til stede.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern, § 3-3, kan bli brukt overfor ein person som har ei alvorlig sinnsliding. Først og fremst vil det være psykose, men også enkelte andre tilstander vil kunne falle inn under omgrepet, som til dømes store karakteravvik med tap av evna til å mestre tilværelsen. Dessuten må personen på grunn av sinnslidelsen bli hindra i sine muligheter til å bli helbreda, til å bli vesentlig bedre eller det må være stor sannsynlighet for at personen blir vesentlig forverra dersom han ikkje kjem under behandling. Alternativt må personen på grunn av sinnslidelse utgjere en nærliggende og alvorlig fare for eige eller andre sine liv eller helse.

I loven er det også adgang til tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon, dersom dette blir sett på som et bedre alternativ for pasienten, § 3-5. Pasienten kan bu i eigen bolig, men med pålegg om å møte til behandling. Dersom pasienten unnlater dette, kan avhenting gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Pasienten kan påklage vedtaket til fylkeslegen uten oppsettjande verknad.

Kapittel 4, gjennomføring av psykisk helsevern, § 4-4, behandling uten eige samtykke.

Under bokstav a, kan pasienten bli behandla med legemiddel uten eige samtykke.

Pasienten eller nærmaste pårørende kan påklage vedtaket til fylkeslegen.

Ein kan fatte § 4-3, skjerming, dersom pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd under opphold gjer det nødvendig at pasienten vert holdt heilt eller delvis adskilt frå andre medpasienter eller personell.

§ 4-1, individuell plan. Institusjonen skal utarbeide ein individuell plan for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tilbod. Institusjonen skal samarbeide med andre tenesteytarar om planen for å bidra til eit heilt tilbod for pasientane. (Psykisk helsevernlova 2010).

**Brukarmedverknad:** Brukarmedverknad er eit omgrep som handlar om den innflytelse ein brukar har på slutningsprosessar og utforming av tenestetilbod der han sjølv er med i. Brukarmedverknad er eit samarbeid mellom pasientar og profesjonelle om behandlinga. Brukaren har best innsikt i eige liv og difor bør han ha rett til å bestemme

korleis livet skal utformast og levast. Han bør ha rett til å definere seg sjølv og sine problem og ha mynde til å medverke til å finne løysingar på dei (Vatne 2006).

**Humanistisk psykologi:** Omgrepet humanisme har lange historiske tradisjonar og starta som ein filosofisk og litterær bevegelse i Italia på slutten av 1500-tallet. Det filosofiske grunnlaget står sentralt i humanistisk forståelse av mennesket og dets psyke. Humanisme innebærer ei måte å forstå verda på og behandle på. Vi lærer og gjennom det kan vi bli frie. Mennesket vert sett på som fritt og er ansvarlig i forhold til handling og vurdering. Mennesket er eit meiningssøkjande og veljande vesen som ”skaper seg sjølv” gjennom vala sine. Det er ingen absolutt sanning om livet. Mennesket er eit medviten og opplevende vesen som sjøl erfarer verkelegheita. Mennesket er verken godt eller vondt. Mennesket skal følge sin natur som det å tilfredsstille lyst og unngå lyst. Mennesket er eit individ som er udelelig og særregent. Humanistisk psykologi er sterkt prega av hermeneutikken og fenomenologien (Haugsgjerd et al. 2009).

Carl Rogers vert regna som talsmann for humanistisk psykologi og er grunnleggjaren av personsentrert terapi. Han legg meir vekt på pasientens nåtid og framtid enn om årsaksforklaringar frå fortida (Aadland 1998).

**Personsentrert terapi:** Carl Rogers (1902-1987) hadde stor interesse for selvet. Hans utgangspunkt var at selvet kan berre vere fenomenologisk gitt og at selvet kan bli gjort til gjenstand for empirisk forskning og bli brukt som forklaringsbegrep. Rogers meinte at selvet alltid arbeider med å skape overensstemmelse mellom erfaringsverden og jeget. Ein slik overeinsking dannar grunnlaget for ein ytre og indre fridom og fråver av angst. Rogers ønskte å møte klienten som eit subjekt. På 1950-tallet utvikla han prinsipp for ein modenhetsfremjande behandling, som vart kalla personsentrert terapi. Han såg at klienten hadde evne til innsikt, forståelse og mulighet til forandring. Meininga med det nye omgrepet var å understreke at pasienten og hans eigen opplevelse av sin situasjon alltid stod i sentrum for tilnærminga. Dette blei viktige prinsipp for Rogers. Rogers vektla høgt at terapeuten skulle vere tilbakeholden i forhold til sin klient. Klienten skal omgi seg med ei varm, positiv og aksepterende atmosfære. Terapeuten skal rette oppmerksomheten sin inn mot klienten og han skal bevisst avspeile og reflektere klientens måte å vere på og

resonnere på. På denne måten blir klienten bevisst sine egne ubevisste følelser og motiv, opptreden både verbalt og nonverbalt (Haugsgjerd et al. 2009).

#### Sentrale punkt i det terapeutiske samarbeidet:

- Empati: Rogers meinte at terapeuten må kunne vere herre over følelsene slik at han kan vere til støtte for den andre. Han peikar på at ein god terapeut både opplever og gjenkjenner klienten sine følelser og samtidig vise mulighet til å komme seg vidare.
- Ekthet: Terapeuten må vere åpen for alle følelsene i seg sjøl som angår pasienten sin situasjon. Når terapeuten reagerer på følelser som egoisme hjå pasienten, må han kunne uttrykke det. Terapeuten må kunne akseptere pasienten og oppleve varm interesse for han slik at pasienten kjenner at terapeuten lever med i hans situasjon.
- Kongruens: Adferd og følelser må stemme overens. Det må vere samsvar mellom det han sei og det han gjer i forhold til andre. Når terapeuten har høg grad av kongruens vil han samtidig sjøl oppleve menneskelig vekst. Han lærer seg sjølv å kjenne og kan øve seg i å sjå seg sjølv og andre. Terapeuten kan både gi uttrykk for egne følelser og kunne ta imot andre sine følelser.
- Bevissthet om følelser: Gjennom bekreftelse hjelper terapeuten pasienten til å sjå og oppfatte det han er i dag.
- Frigjering og vekst: Pasienten opplever eit meir riktig og ekte forhold til seg sjøl og sine følelser. Terapiprosessen frigjer og gir vekstmuligheter til potensialer som pasienten har. ”Ved å bringe fram følelser og opplevsar knytta til meningen med livet, skapes selve meningen med livet” (Haugsgjerd et al. 2009, 262).

Rogers meinte at individet hadde ein medfødd muligheit til personleg vekst og utvikling og at ein har ein naturleg tendens til å ville verkeleggjere desse ressursane. Ifølge Rogers trenger barnet å bli møtt med kjærlyghet og varme. Barnet har behov for å bli møtt med avkorta respekt og aksept og et behov for å bli elska. Om dette behovet vert tilfredstillt og barnet føler seg verdsatt og forstått, vil barnet utvikle eit sunt og godt sjølvbilette, utfolde seg sjølv og vere i stand til å forholde seg til andre på ein god og harmonisk måte. Viss barnet sin naturlege utviklingsprosess vert forstyrta, viss det vert forskjell mellom det barnet føler og kva det kan tillate seg å føle, vil barnet føle seg trua og ubevisst holde ekte følelser vekke. Dette kan fortsette inn i voksen alder også. Dette kan igjen føre til ulike

reaksjoner hjå individet, til dømes kan aggresjon bli automatisk måte å forholde seg til angst og engstelse (Eide og Eide 2004).

### ***Modell for forståelsen av interaksjon***

**Makt, motmakt, avmakt:** I arbeidet med pasienten er det viktig at pasienten forstår korleis vi tenker og kvifor dei ulike tinga er slik dei er. Personalet og pasienten bør har same forståelse for det som vert gjort. Vi må gjere vårt ytterste for å få til dialog med pasienten og det skal skje på ein respektfull og skikkelig måte. ”Ein skal gjere mot andre det ein ønsker andre skal gjere mot ein”. Tidlegare tenkte ein ikkje nødvendigvis over måten ein handterte pasienten på, men reagerte meir utifrå ei norm i avdelingskulturen. Dette skapte utryggleik hjå pasienten som igjen skapte situasjonar med aggresjon og vold. Respekt for menneskeverdet er ein overordna verdi for omsorgsarbeidet. Det å behandle pasienten med respekt vil sei å kunne sjå pasienten som eit menneske, eit menneske som er lik ein sjølv, trass avvikande åtferd (Vatne 2006).

Makt er å ha kapasitet til å handle, og ha styrke og innflytelse til å gjennomføre noko. Men det betyr også å ha evne til å endre holdningar og åtferd hjå andre. Makt kan også bli brukt for å hjelpe andre til å bli myndige. Ved konstruktiv makt kan pasienten føle reel omsorg og respekt som igjen gir tryggleik. Viss pasienten opplever devaluering og makt kan han reagere med motreaksjon. Motmakt er derfor ein reaksjon som er situasjonell og relasjonell. I arbeidet med ein pasient med psykisk liding kan ein kome i ein situasjon der personalet får problem med samarbeidet og alliansen. Viss ein stadig misslykkast overfor pasienten, gir det frustrasjon, følelse av å vere handlingslamma og kjenne på avmakt. Dette er ein svært vanskelig situasjon å vere i (Vatne 2006).

**Miljøterapi, struktur og forutsigbarhet:** Miljøterapi handlar om å legge til rette for og arbeide med miljøet eller forhold som har med pasientane sitt daglege liv å gjere. Dette kan til dømes vere søvn, måltider og aktivitetar ute og inne. Miljøterapi er ein aktivitetsorientert behandlingsform retta mot å betre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheiter. Dette betyr også å betre pasienten sin sjølvfølelse og oppleving av mestring. Miljøet bør vere prega av god struktur og støttande relasjonar, der pasienten blir møtt med respekt, varme, tillit, empati og ikkje-dømmende tilbakemeldingar. Miljøterapi



er ressursfokusert der ein ønskjer å fremje pasientens muligheit for læring, mestring og ansvar. Miljøterapien skal vere i ei atmosfære som gir tryggleik og omsorg nok til at pasienten kan prøve og feile, samt nok motstand eller utfordring til at det er noko å vekse i forhold til. I miljøterapien arbeider ein individuelt med pasientane, men den individuelle utviklinga må også tilpassast gruppa sitt behov (Vatne 2006).

**Grensesetting:** Grensesetting er ein viktig metode i det miljøterapeutiske arbeidet. Ei grense vert knytt både til det å avgrense eit område og det å begrense graden eller styrken av noko. I vid tyding vil avgrensing og begrensing innehalde restriksjonar mot eller innskrenking av åtferd. Når ein snakkar om grensesetting er det spørsmål om grenser for kven og for kva. Grensesetting vil bety innskrenking av ein persons valmuligheter, anten det er frivillig eller med makt. Tvang vil falle innanfor definisjonen av grensesetting, der ein skjerper inn og begrenser åtferd (Vatne 2006).

## Empiri

Narrative er henta frå klinisk praksis og pasienten som er nytta er anonymisert.

Anne er 23 år og vart første gong innlagt i psykiatrien for omtrent fire år sidan. Ho vart då innlagt med diagnose rusutløyst psykose. Ho hadde eit kort opphald og vart utskriven til eigen bustad. Kort tid etter vart ho på nytt innlagt med same problematikk. Denne gongen varte psykosen lengre og ho vart overført til ein sengepost som kunne handtere psykosen og sjå nærare inn på om det var andre ting ein ikkje såg ved første innlegging. Anne vart etter nokre veker betre og blei utskriven med oppfølging av psykisk helseteam i kommunen. omtrent ein måned etter vart Anne på nytt innlagt i Psykiatrisk avdeling med diagnosen rusutløyst psykose. Ho hadde denne gongen rasert bustaden sin og vist farleg åtferd overfor foreldre og politi. Pasienten vart denne gongen overført til Forsterka rehabilitering for vidare behandling under § 3-3 i PHL. Seksjonen sette i gong eit større arbeid knytt opp mot diagnostisering, innhenting av opplysningar, aktivisering, rehabilitering og arbeid mot bemanna bustad.

I samtale med pårørande viste det seg at Anne har hatt sosiale problem og åtferdsproblem heilt sidan ho kom til Noreg som 6 åring. Ho er adoptert frå eit anna europeisk land. Allereie då viste ho utagerande åtferd mot søsken og foreldre, og fortsette med dette vidare

i oppveksten. Ho starta med alkohol og narkotiske midlar i 12 års alderen, ho hadde ingen venner og vart opplevd som ei ”urokråke” på skulen. Anne har aldri klart å halde på ein kjæraste, jobbforhold vart fort oppløyst og ho hadde dårleg buevne.

Det vart observert at Anne hadde vrangførestillingar og ho viste trekk på å vere mistenksam på personalet. Ho hadde ved fleire anledningar slege og drapstrua personalet. Etter ei tid meinte ein at der var behov for ei vurdering frå Brøset, som er ein regional sikkerheitspost i Helse Midt-Noreg. Pasienten hadde der eit opphald på 12 veker. Det vart starta opp med medisiner som hadde god effekt og ho fekk etter ei tid diagnosen paranoid schizofreni. Då pasienten vart overført til vår seksjon, var ho mindre mistenksam, vrangførestillingane var meir dempa, ho var høfleg mot personalet og medpasientar og var meir mottakeleg for samtalar og aktivisering.

## **Diskusjon**

### **På kva måte kan personsentrert terapi bidra i relasjonsbygginga i eit lukka institusjonsmiljø og korleis klare å etablere den gode samtalen hjå pasientar med alvorleg psykisk lidning?**

I arbeidet med Anne er det viktig for behandlinga og det vidare samarbeid at ein oppnår ein god relasjon tidleg og at ein heile tida set fokus på dette. Anne har det ein reknar som den mest kompliserte diagnosesamansettinga, ei alvorleg psykisk lidning i tillegg til rus og voldsproblematikk. Dette kan by på mange utfordringar der samarbeid og relasjonsarbeidet med pasienten stadig kan verte sett på prøve. Anne er innlagt i lukka, psykiatrisk avdeling og er under tvangsparagraf og tvangsbehandling. Dette gir også mange utfordringar for relasjonsbygginga. I følgje Vatne er det viktig at ein har ein strukturert og forutsigbar miljøterapi i avdelinga. Personalet må vise at dei er samkjørte og at behandlingsplanen som er lagt vert følgt opp av alle. Er dette utydelig, kan Anne bli usikker på kva som er gjeldande for henne som igjen kan føre til relasjonsbrot mellom personale og pasienten.

I møtet med Anne er det nødvendig å få ei heil forståing av hennar psykiske, fysiske, sosiale og åndelige livsverden. Dette fordrar at personalet er personorientert i holdninga og

tilnærminga. Å bli sett og respektert er viktige moment i den personsentrerte terapien. (Haugsgjerd et al. 2009). Det at Anne opplevde å bli sett og opplevde at ein er eit viktig menneske for andre, er av stor betydning for pasienten si sjølvfølelse og oppleving av å bli rekna med. Det at andre bryr seg om og ønskjer å hjelpe slik at pasienten får det betre. Slike opplevingar kan få verknad for sjølv betringsprosessen og forståing for at ein er meir enn berre ein pasient.

Anne fekk tildelt primær og sekundærkontakt då ho vart innlagt. Når ein skal gjere ei slik tildeling er det viktig at det er godt planlagt. Personalet som får denne oppgåva må vere motivert for å begynne arbeidet med denne pasienten, men det er også viktig at ein ser på om dei ”passar” i hop. Det har vore vanleg i psykiatrien at det skal mykje til før ein gjer eit skifte på kontaktpersonane, men utifrå humanistisk tenking er det viktigare at Anne får ein kontaktperson som ho har ein god relasjon til, er trygg på og har tillit til, heller at ein fortset med ein kontaktperson som relasjonsmessig ikkje fungerer ilag med Anne. Det viste seg at Anne fekk ein god relasjon til primærkontakta si og også til behandlande lege i seksjonen. Primærkontakta brukte mykje tid på samtalar, viste stor interesse for situasjonen hennar og la til rette for at Anne fekk delta i opplegget rundt si eiga behandling. Dette meiner eg gjorde at Anne fekk tillit til kontaktpersonen spesielt og miljøpersonalet generelt.

Når ein skal jobbe ut ifrå ein personsentrert tilnærming opp mot Anne er det viktig å nytte Rogers sentrale punkt i det terapeutisk samarbeidet. Ein skal vise empati og varme, vere omtensksam og vise genuin interesse. Vise respekt, forståing og lytte til det ho sei. Ein skal tørre å vise nærhet, omsorg og tørre å vere personlig. Det er viktig å ta tak i ting som gir sjølvtilitt og glede, ting som betyr noko for akkurat denne pasienten. Det å vere medmenneskelig. Vise at ein kanskje ikkje forstår kva som skjer, men at ein ikkje gir opp pasienten. Ein skal samtidig vere bevisst den nonverbale kommunikasjonen som blikkontakt, sittestilling, kroppsholdning, ansiktsuttrykk, stemmen og tonefallet. Rogers la stor vekt på subjekt-subjekt-relasjon. På denne måten viser ein pasienten anerkjennelse og respekt. Vi er to mennesker som kommuniserer i lag, der læring og innsikt går begge vegar. Det er viktig å kunne likestille seg med pasienten. At den profesjonelle kan sei noko om likheta mellom seg og pasienten. At dei kanskje har hatt nokre av dei same erfaringane, kjenner på dei same tinga og at ein trass ulikheta har noko felles. Terapeuten kan gjerne sei noko om det han sjølv ikkje er god til og at han heller

ikkje er perfekt. Ofte kan det her vere lurt å bruke egne livserfaringar for å hjelpe pasienten (Haugsgjerd et al. 2009).

Det er viktig å få til ein god personkjemi, sjå og høyre pasienten. Berre vere der for henne, lytte og kommentere, utan å gjere dei store forandringane. Dette arbeidet krev tid og at personalet må vere tilgjengelige. Det er viktig at personalet tar initiativet til kontakt. Det å gjere noko ein ikkje hadde trengt å gjort eller noko ein ikkje gjer for alle. Men ein skal vere klar over at det kan opplevast urettferdig viss ein gir mykje til ein pasient og ikkje til dei andre. Dette kan skape splitting i miljøet. Ein må vere bevisst og tydelig på kva ein gjer og kommunisere opent om dette i personalgruppa. Ein kan også oppleve personale som bevisst bryt reglane for pasientens skuld. I enkelte tilfelle kan ein kanskje sjå mellom fingrane på nokre ting men ein skal vere klar over kva ein tillet.

Vi ønskjer å etablere ein relasjon som formidlar håp om betring og eit ønskje om å oppnå frigjering og vekst. Gjensidighet viser seg å vere viktig. Personalet ser her på pasienten som eit menneske meir enn ein pasient. Eit menneske med evner og som eit samansett individ. Det er viktig at begge partar får noko ut av møtet og dette engasjementet kan vere ein avgjerande faktor for betring.

I samtale med Anne ønskte ein å legge vekt på at terapeuten var ekte og kongruent. Ein ønskte at Anne beskreib si subjektive oppleving av seg sjølv og sin livssituasjon. I samtalen var ein opptatt av å stille spørsmål som knytte seg til korleis Anne forstår livet sitt her og no, kva som prega livssituasjonen hennar, korleis ho ser føre seg framtida si og kva følelsar ho knytt opp mot den. Kva type hjelp ser ho for seg at ho treng og kven kan vere sentrale personar for å muliggjere prosessen? Opplever ho sjølv at livssituasjonen er ei livskrise som er vanskelig å handtere? Kva følelsar har ho rundt dette? Ved å snakke om situasjonen sin og livet sitt kan det gi ho ein ny forståing. Forståing av at ho er i ein prosess og at ho faktisk har hatt ein positiv progresjon over tid.

I samtale med pasienten kan ein gi rom for at ho kan få erfare psykosen og bli kjent med sitt psykotiske landskap. Vi skal la ho få dele det psykotiske innhaldet og ikkje stoppe symptoma. Vi skal bidra til at pasienten lærer å ikkje frykte psykosen men mestre den. Likeverd innebærer respekt for den andre sin rett til å oppleve verden på sin måte. Dette er ein føresetnad for at det skal skje endringer i følelser og opplevingar. Som personale må vi

vere forsiktige med å fastslå kva som er riktig å oppleve. Dette kan skape sinne og motstand hjå pasienten. Realitetsorientering kan altså trigge aggresjon heller enn å dempe. Dette heng saman med at vi ikkje møter pasienten på sine følelser som ho prøver å uttrykke (Almvik og Borge 2006).

Mange rus og psykiatripasientar har ofte alvorlige relasjonskader og bruker tid til å opparbeide seg tillit til nye mennesker. Hjelparane vert ein viktig del av nettverket og utgjer ofte det einaste rusfrie nettverket for pasienten. Anne sine foreldre ønskte ikkje å ha kontakt med henne på bakgrunn av den åtferda ho hadde vist overfor dei. Dei var slitne, redde og hadde eit behov for å halde avstand. Etter kvar Anne viste betring kom ei søster og ein onkel på besøk. Dei tok med seg Anne på turar og heim på middag. Vi såg at dette gjorde at Anne vart i godt humør, meir glad og meir delaktig i miljøet. Anne hadde elles ingen venner. Dei vennane ho hadde hatt tidlegare, hadde ho øydelagt relasjonen til. Dermed vart nettverket hennar lite. Men dei få personane ho hadde, betydde mykje for henne. Eg tenker at det er viktig å legge til rette for å styrke kontakta med pårørande, dette også med tanke på at dei kan bli ein viktig faktor for at Anne skal lukkast i å fungere ute i samfunnet.

Teoretisk kan ein tenke seg at Rogers humanistiske psykologi er ein ideell teori, der ein vektlegg det optimale terapeut-klient-forholdet. Men i nokre situasjonar er det kanskje ikkje tilstrekkelig å kunn ha ein god relasjon til terapeuten. Pasienten treng også ein viss grad av styring og leiing. Det er difor viktig at ein som terapeut er nøktern og realistisk i krava ein set seg sjølv. Ein kan ikkje krevje av seg sjølv at ein skal skape ein god relasjon ut av eit kvart forhold, men at ein kan jobbe med si evne til å lytte, til å leve seg inn i den andre, til å forstå, fortolke og kommunisere, og at ein i møtet med pasienten brukar ferdighetane sine på best mogleg måte. Ein må også ha i tankane kor nøytral ein kan vere, og vurdere nærhet opp mot distanse. Ein kan lett engasjere seg for mykje når ein skal arbeide personsentrert, det er difor viktig med evaluering og gi råd til kvarandre undervegs i behandlinga.

## **Vil tvang og tvangsmiddel bidra til å gjere det problematisk å arbeide humanistisk og personsentrert?**

Bruk av tvang og tvangsmiddel vert ikkje rekna som humanistisk behandling eller handtering av ein pasient. I humanismen vert mennesket sett på som fritt og er ansvarleg i forhold til handlingar og vurderingar. Der er mennesket eit meiningssøkande og veljande vesen. Men det er heller ikkje i humanistisk ånd at ein ser eit menneske gå berserk og skader seg sjølv eller andre. Når Anne ikkje er medisinerert eller ikkje er tilstrekkelig medisinerert, vil ho ha ei fungering som gjer at ho ikkje kan reknast som ansvarleg i forhold til handlingane og vurderingane sine. Med diagnosen paranoid schizofreni i tillegg til rusmisbruk og voldsproblematikk, stiller det forventningar til det omkringliggende samfunn at dei tar ansvar og hjelper Anne til eit forhåpentlegvis betre liv. Då Anne frivillig ikkje ønskte hjelp frå helsevesenet, måtte ein på bakgrunn av den observerte tilstanden hennar legge henne inn på § 3-3 etter Psykisk helsevernlova. Ein observerte vrangførestillingar og at ho ikkje hadde betring trass ho ikkje brukte rusmidlar. Anne nekta å ta imot medikament frivillig og ein vurderte det som nødvendig å fatte vedtak på tvangsmedisinering, § 4-4 etter Psykisk helsevernlova (Psykisk helsevernloven 2010).

Eg ser at det kan vere problematisk å jobbe humanistisk og personsentrert når ein bestemmer over ein person som ikkje ønskjer hjelp. Tvang kan opplevast som krenkande, urettferdig, gi følelse av oppgittethet, som igjen kan føre til reaksjonar som sinne og aggresjon. Det kan vere vanskelig å bygge gode relasjonar til ein pasient som har mista tillit til personalgruppa og behandlarteamet. Særlig også i tilfellet med Anne som er mistenksam på omgivnadene. Eg meiner at det i nokre tilfeller er viktig å bruke tvang og tvangsmiddel for å kome i posisjon for å hjelpe pasienten. Vi skal ikkje unnlate å bruke tvang der det er særlig nødvendig å gjere det. I beste tilfelle vil Anne kanskje etter ei tid sjå at det var nødvendig at tvang vart brukt. I behandlinga vert det viktig å leite etter muligheiter der ein, trass tvang, kan gi Anne oppleving av at ho er med å bestemme litt likevel. Dette kan vere at ho får bli med på å bestemme tidspunkt for setting av injeksjonen, i løpet av dagen. At ho kan vere med å bestemme injeksjonsstad. At vi viser forståing for situasjonen hennar og er empatiske og lyttande vil vere ei humanistisk tilnæringsmåte. Små val kan vere store for henne. Sjølv om Anne var imot medisineringa og klaga på dette til Fylkeslegen, set Anne seg ikkje imot sjølve settinga av injeksjonen. Dermed slapp ein å bruke tvang under medisineringa. Tvangsbruk i tillegg ville her blitt opplevd som endå meir krenkande for Anne og som miljøpersonell ville ein følt at

relasjonen til Anne vart øydelagt og at ein kanskje måtte begynne på nytt med å få tillit hjå henne i den vidare behandlinga. Det kan vere lurt å planlegge at andre enn primærkontakta setter injeksjonen, dette for å unngå at den personen pasienten har ein god relasjon til ikkje skal bruke tvang overfor pasienten. Viss pasienten viser at ho ikkje er enig med personalet, er det viktig at vi ”ruller med motstanden”. I samtale betyr dette at vi anerkjenner følelsene og respekterer synspunkta henna. Vi bør også gi ei grundig forklaring på kvifor vi gjer det vi gjer.

Grensesetting er ein naturleg integrert del i ein strukturert behandlingstilnærming. Men grensesetting kan opplevast som maktbruk ved at ein til dømes får avslag på ønskjer, ulike tvangstiltak og press til å utføre noko ein ikkje vil. Ved grensesetting må ein som personale unngå å bli opplevd som autoritær og unngå å signalisere makt overfor pasienten. Ein bør vise fleksibel kommunikasjon som har konsistens og som er forutsigbar. Overfor og ned holdning kan bli opplevd som provoserande på pasienten og ein kan misse tillit. Det er viktig at ein øver på ulike typar kommunikasjon når ein skal korrigere pasienten (Vatne 2006).

Personalet må vere samkjørt ved at vi gjer det same, som til dømes gode rutinar i miljøterapien, koordinert, synkronisert, at vi er rasjonelle og har eit mål med det vi gjer. Det er viktig at vi har høg og rett kompetanse i personalgruppa og at vi er profesjonelle på alle måtar. Vi må vise overfor pasienten at vi veit kva vi held på med og at vi er trygge i arbeidet vårt. Presis bruk av verkemidlar bør vere basert på konsekvens og som ikkje er uvilkårlege. Den nonverbale kommunikasjonen er også noko ein må ta omsyn til. Ein må tenke over at blikk-kontakta ikkje er stirrande, at ein står litt sidevendt og at armane er ledige. Dette kan vere med å ufarleggjere situasjonen og ikkje provosere meir enn nødvendig (Bjørkly 1997).

Anne hadde i forkant av opphaldet på Brøset, brukt vold overfor nokre i personalgruppa. I det eine tilfellet måtte eit personale grensesette henne på at ho ikkje haldt eigenskjerminga. Anne likte ikkje å bli grensesett og ho valde å slå til personalet i hovudet. Ho vart raskt ført til skjerminga og det vart fatta skjermingsvedtak etter § 4-3 i PHL. I samtale med pasienten like etter, kommuniserte vi tydelig og på ein respektfull måte at slik åtfærd ikkje vert akseptert. Pasienten vart spurt kva oppleving ho hadde i situasjonen. I dette tilfellet

måtte vi bruke tvang overfor Anne, men trass det vil eg sei at personalet handterte det på ein respektfull og humanistisk måte.

Eg har tenkt mykje på om det var kunn medisinerings som hjelpte Anne då ho var på Brøset. Brøset er det øvste nivået innan sikkerhetspsykiatri i vår region og er bemanna med omsyn til det både når det gjeld miljøpersonell og på spesialistsida. Miljøterapien er streng og forutsigbar, og avdelinga er godt bemanna. Det å vere i eit slikt miljø kan ha dempende effekt og ein tanke om at her er det ingen vits i å prøve seg. Ein kan også kjenne på tryggleik ved at miljøet er forutsigbart og der er klare husreglar og avtaler. Det er tydelig at her er det er lite slingringsmonn, men bruken av tvang er ikkje nødvendigvis stor. Det kan også vere at ho fekk god relasjon til enkelte av personalet der. Uansett var det noko som hadde god effekt og då Anne kom tilbake til vår avdeling hadde det skjedd store endringar med henne.

Då Anne var på Brøset vart det utført ei kartlegging av aggresjon og vold som er viktig å gjennomføre på pasientar som utøvar vold. Denne vurderinga er viktig å ha med seg vidare i behandlingssopplegget også med tanke på å førebygge utagging, omsyn ein må ta i kommunikasjon og i relasjon med pasienten (Bjørkly 1997).

### **På kva måte kan ein få til større grad av myndiggjering og brukarmedverknad i behandlinga til pasientar i lukka, psykiatrisk avdeling.**

Helse Midt-Noreg RHF vedtok i 2007 ein overordna strategi for brukarmedverknad i Helse Midt-Noreg. Visjonen ”På lag med deg for din helse” er ein verdi for føretaket og ”brukernes erfaringer og kompetanse skal nyttast i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud for å oppnå betre kvalitet på tenestene” (Strategi for brukarmedverknad i Helse Midt-Norge 2007). Brukarmedverknad er også eit helsepolitisk satsingsområde og det er lovpålagt i Lov om pasientrettigheter. Det er bra at vi set stort fokus på dette området i dag, for tidlegare var vi ikkje flinke til å ta pasienten med i si eiga behandling. Vi bestemte stort sett det meste, alt i frå kva type medisin pasienten skulle ha til kva som skulle til for at han skulle bli frisk. Utan å spørje pasienten sjølv kva tankar, følelsar og meiningar han hadde rundt dette. Vi hadde lite eller ingen kontakt med pårørande, noko vi ser i dag betyr mykje for pasienten. Eg tenkjer dette kan vere mykje av grunnen til at vi



hadde pasienten lengre på skjerma eining, belteseng vart hyppigare brukt og generelt hadde pasienten lengre opphald i sjukehus.

I arbeidet med pasienten meiner eg det er viktig, trass tvangsparagrafen, at ein prøver så langt det er mulig å myndiggjere Anne. Myndiggjering er ein kjernefaktor i betringsprosessen der pasienten kan føle at ho får tilbake kontrollen i livet sitt. For å kunne snakke om brukardeltaking er det heilt grunnleggjande at erfaringane og kunnskapen til menneska med psykisk lidning bli anerkjent og respektert. I dette arbeidet må vi kjenne til korleis verden og kvardagen vert opplevd frå deira ståstad. Og vi må ta omsyn til kva pasienten sjølv meiner vil bidra til betring (Vatne 2006).

Pasienten kan ha behov for å bli verdsett som ein likeverdig partner når behandlingstilbod vert planlagt og gjennomført. Dette kan vere heilt grunnleggande for menneskjer som har opplevd psykisk krise og mista fofeste i livet sitt. Ut i frå visse rammer fekk Anne delta i utforminga av vekeplanen. Vekeplanen vart laga veka i forkant ilag med primærkontakta, der ho til dømes fekk vere med å bestemme kva dag ho ville gå på kino, kor tid på dagen ho ville trene i gymsalen, kor ho å ønskte å gå tur, vere med å gi alternativ til felles turdag, alternativ til kva ein skulle ha til felleskos på laurdagskvelden og kva ho ville lage på treningskjøkkenet. Vekeplanen er eit reiskap som kan vere med å gi ansvar til pasienten og at ho kan få følelsen av å vere med å bestemme i si eiga behandling. Anne opplevde vekeplanen som viktig for henne og ho hadde ein følelse av meistring som førte til auka sjølvkjensle. Eit individuelt tilpassa behandlingsopplegg er viktig i arbeidet med pasienten. Det som er viktig for Anne er kanskje ikkje så viktig for ein annan pasient, difor må ein leggje til rette slik at pasientane får eit behandlingsopplegg som er spesielt tilpassa dei.

Allereie frå starten av opphaldet bør ein begynne å utforme individuell plan. Etter kvart bør pasienten få delta i denne planen. Viss pasienten får deltaking, vil ho føle eigarforhold til planen og det vert lettare å få henne med på å følgje den. Den individuelle planen er eit reiskap for pasienten og hjelparane, og noko ein bør bruke aktivt under og etter utskriving frå sjukehuset. Å jobbe mot at pasienten skal tilbake til samfunnet er viktig å starte opp tidleg i forløpet. Det er viktig at Anne kan delta i planlegging av mål og delmål, og korleis ein skal kome seg dit. Då det oftast kan ta lang tid å finne egna bustad, bør søknaden til kommunen kome så tidleg som mogleg. I Anne sitt tilfelle ser ein behov for å opprette gode tiltak der pasienten skal bu, som igjen kan vere med å gi muligheit til betre liv på

lengre sikt. Ein tilrettelagt bustad der pasienten føler seg trygg, har tilgang på livsnødvendige ting som mat, kle og varme og eit rusfritt nettverk. Des alvorlegare problematikken til pasienten er, desto viktigare er det at ho har gode og stabile rammer rundt seg og på riktig omsorgsnivå. Det er viktig å huske på at det tar tid og ofte vil denne pasientgruppa ha behov for livslang oppfølging frå det offentlige hjelpeapparatet. Det er særst viktig at dette arbeidet er godt planlagt og gjennomtenkt, og at ein har eit godt samarbeidet med førstelinjetenesta. Dette er essensielt for å unngå at Anne blir innlagt igjen etter kort tid. Anne bør få uttale seg omkring bustad, for viss ikkje ho er samd i den type tilrettelagt bustad vi søkjer om, vil ho motarbeide dette den dagen ho skal utskrivast. Arbeidet vi har lagt ned vil då vere nyttelaust og kanskje bortkasta.

I rehabiliteringsarbeidet bør ein trene på det ein treng for å kome tilbake til bustad i kommunen. Eit godt og stabilt fundament gjer at ho i større grad vil lukkast den dagen ho skal klare seg ute i samfunnet igjen. Det er også viktig å finne fellesarena, treffstader som til dømes Skansen Aktivitet i Ålesund Kommune. Vi må setje fokus på økonomien til pasienten og korleis ho kan fordele pengane på best mogleg måte. Det kan vere at NAV må inn å styre dette. Det er stor fare for at pasienten fell tilbake i rusmiljøet, og ein må difor hjelpe pasienten inn i eit nytt miljø. Til dømes vil det her vere viktig å hjelpe pasienten i å kome inn i eit type arbeid som Brisk eller Sula bedriftsteneste. Pasienten fyller då kvardagane med noko meiningsfullt. Ho kjem også inn i ei døgnrytme som er positivt for ei god fungering. For at arbeidstrening skal fungere må dette starte allereie under opphaldet i avdelinga og ikkje etter utskriving.

Realistisk kartlegging av ferdigheiter og trene på dagleglivets gjeremål, vil vere nødvendig for den vidare rehabiliteringa. Dette krev tid og respektfull tilnærming frå personalet si side. Vi må i enkelte tilfeller tillate oss å bremse ned handlingsiveren og vere i prosessen med pasienten. Vi må gi oss sjølv tid til å forstå og gi pasienten tid til å bli trygg på at vi vil ho vel. Vi må ha ei forståing for at dette er ein prosess som tar tid med oppturar og nedturar. Fokuset på pasientens eigenmeistring bør vere stor. Dette vil krevje intensiv omsorg og hyppig kontakt. Kontakta vert truleg langvarig og ein må vere samarbeidande, fleksibel, tolerant, positiv, støttande, ikkje tvingande og grensesetjande (Almvik og Borge 2006).

Der er mange vegar til betring og vi bør kunne tilby ulike tiltak der pasienten kan vere med å velje utifrå. I Anne sitt tilfelle, er ho er innlagt på tvang og har difor avgrensa muligheiter. Som personale bør ein kunne bruke fantasien og sjå om der er fleire alternativ å tilby pasienten. Undervegs må vi vere observant i forhold til at betringsprosessane kan svinge og kanskje ta nye vegar. Trass svingingane er det samtidig også motiverande og gledelig for personalet som ser og opplever at dei tilsynelatande små tiltaka som vert sett i gong, har effekt. Det å sjå at ein kan utgjere ein forskjell for pasienten og trekke fram positive situasjonar kan vere ein del av motivasjonsarbeidet. Innan personalgruppa er det viktig å oppretthalde motivasjon, formidle engasjement og håp. Vi må også vere klar over at målet er kanskje ikkje rusfriheit, men heller ein reduksjon i rusbruken.

## Konklusjon

I ei lukka psykiatrisk avdeling er det viktig å legge til rette eit miljø som kan opplevast trygt, forutsigbart, strukturert og har ei rolig og fin atmosfære. Ein bør danne eit optimalt miljø som inneheld det beste av det beste. Då denne pasientgruppa ofte har eit lengre opphald i institusjon, kanskje over år, bør ein tilstrebe å lage så normale omgivnader som mogleg. I følgje Vatne er tryggheta til både personalet og medpasientane essensiell og må setjast høgt. Seksjonen bør ha klare husreglar, avtaler og prosedyrar som alle kjenner til. Personalet skal informere og hjelpe pasienten til å halde seg til desse. Klare reglar er med å gjere det forutsigbart og pasienten skal også kjenne til konsekvensane viss reglane ikkje vert følgt. Med respekt for pasienten er det viktig at vi har tydelige avtalar. Vi ser at god miljøterapi vil fremje læring, meistring og gir ansvar til pasienten (Vatne 2006). Å bygge opp pasienten sin kompetanse og finne ressurser er med å skape uavhengighet, sjølstende og evne til å mestre eige liv. Ved å nytte humanistisk tenking i miljøterapien, der ein lytter til pasienten, viser respekt, forståing og annerkjenning for pasienten sin situasjon, vil bidra til at pasienten opplever å bli hørt, trudd og forstått. Dette er også med å danne eit konfliktdepande miljø.

Det vert viktig å sjå på korleis ein kan kombinere strenge rammer og god relasjon. I eit miljø som inneheld fleire pasientar og personale, må ein ha fokus på dialog og samhandling. Alle må vise respekt og ei forståing for kvarandre for at ein skal kunne fungere ilag. Å strukturere kvardagen bør skje på ein respektfull måte. Personalet har

ansvar for at miljøet skal fungere og bruke for eksempel eigenskjerming eller skjerming på dei pasientane som ikkje klarer å halde seg til miljøet på ein god måte. Dette er viktig for den pasienten det gjeld, men også medpasientane som har nok med seg sjølv og sin situasjon (Vatne 2006).

Ein ønskjer at pasienten skal kome inn i ein positiv spiral, der fokuset er vekstorienteerte tiltak som til dømes arbeid og aktivitet. Kartlegging av interesseområde er grunnleggjande for å til ein god plan vidare. Å legge til rette for trening og annan fysisk aktivitet der pasienten kan få utfolde seg, vere ute i naturen og kjenne på at ein vert fysisk sliten, har positiv effekt for mange. Dette kan vere med å førebygge og redusere angst, aggresjon og irritasjon. Det kan også vere med på å danne struktur i kvardagen.

Anne har hatt store problem med relasjonar og relasjonsdanning heile livet, og det vil ta tid å få respekt og tillit hjå pasienten. Det at Anne fekk ein god relasjon til primærkontakta si, hadde stor relevans for hennar betringsprosess. Humanistisk psykologi og personsentrert terapi, viste seg å vere ein god måte å behandle og tilnærme seg Anne på. Empati, vise forståelse, omsorg og vere ekte i møtet med henne hadde stor betydning.

Tvangsparagraf, tvangsmiddel, lukka dører, husregler og grensesetting kan vere med å utfordre relasjonar og vere hinder i betringsprosessen. I situasjonen med Anne var det nødvendig å bruke tvang. Men når ein først måtte bruke tvang var det viktig at ein gjorde det på ein respektfull måte. Ved at vi hadde ei humanistisk tilnæringsmåte i forhold til kommunikasjon og behandlingsopplegg, viste det seg at opplevinga av tvang ikkje var så stor. Anne fekk delta aktivt i si eiga behandling som til dømes målsetjingsarbeid, utforming av individuell plan og vekeplan, noko som gjorde at Anne fekk tillit til miljøpersonalet. Eg tenker at om ein nytta kunn personsentrert terapi i behandlinga til Anne, ville ho truleg ikkje bli betre. Ein viss balanse mellom bruk av tvang, personsentrert terapi og humanistisk tenking vil vere viktig i arbeidet med henne.

Psykisk helsevern har hatt positiv utvikling dei siste 20 åra. Vi har gått frå mykje bruk av tvang til eit større fokus på å halde bruken på eit lavt nivå. Det var ingen eller liten grad av brukarmedverknad, noko som vi i dag ser er viktig for pasientens betringsprosess. Lite humanistisk tenking i arbeidet med pasienten har i dag fått større fokus. Pasientar med alvorleg samansette problemstillingar har tidlegare hatt årevis lange innleggingar i lukka,

psykiatrisk avdeling. I dag ser vi ei endring her ved at desse pasientane raskare får rett behandling og kjem seg raskare tilbake til samfunnet. Vi ser at dette er ei særst utfordrande pasientgruppe, men arbeidet er ikkje umogleg viss ein har fokus på å ha pasienten i sentrum.

Eg meiner at det vert viktig i framtida å tenke større grad av integrert behandling av pasientgruppa med fleire diagnosar. At det ikkje er mulig å behandle den eine diagnosen utan å behandle den andre. Dette er viktig i den heilhetlige behandlinga og handteringa av pasienten.

Også i dag vert psykiatrien kritisert for bruken av tvang og tvangsmidlar. Ei utfordringa vidare blir å sjå på i kor stor grad ein kan redusere bruk av tvang i lukka avdeling. Om tvang er nødvendig, kan den bli praktisert på ein meir respektfull og human måte? Og er det mulig å jobbe meir mot myndiggjering og brukarmedverknad? Eg tenker at dette er viktige fokusområder for framtida og at meir humanistisk tenking må vere rette vegen å gå vidare.

## Referanser

- Almvik, Arve og Lisbet Borge. 2007. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget
- Aadland, Einar. 1998. *"Og eg ser på deg..."*. Oslo: Tano Aschehoug
- Bjørkly, Stål. 1997. *Aggresjon og vold – teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Borg, Marit og Alain Topor. 2007. *Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget
- Eide, Tom og Hilde Eide. 2004. *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Haugsgjerd, Sven, Per Jensen, Bengt Karlsson, Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse. Å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helserett 2010. *Psykisk helsevernloven med forskrifter*. Oslo: Medlex. Norsk Helseinformasjon
- Høgeli, Tonje M. 2009. *Den store utestengningen. Et blikk på opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport nr 12/09. Universitetet i Oslo. NOVA-Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring
- Randby, Margareth. 2010. *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer* Oslo: Kommuneforlaget
- Strategi for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge. 03.05.2007.  
Overordnet Strategi. Helse Midt-Norge
- Vatne, Solfrid. 2007. *Anerkjennelse og korrigerende relasjonens betydning i miljøterapi*.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Nettsider:

Helse- og omsorgsdepartementet. Tema: *Stortingsmelding 25*

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086)