

# Grunnleggende miljøbehandling for Blakstad sykehus

Versjon 1.0

Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

**Et grunnleggende dokument for alle medarbeidere  
i møte med pasienter og pårørende**



GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Kristin Tafford Lærum	Sykehussjef Blakstad 2021-2025	Ass. klinikk sjef Klinikk psykisk helse og rus	28.03.22
Magnus Karlsen	Leder av faglinjen Blakstad sykehus	Sykehusoverlege Blakstad 2021-25	28.03.22

**Utarbeidet av:**

Jan Hammer	Spesialrådgiver, sykehussjefens stab
Sondre Sperle Engebretsen	Klinikkoverlege, Klinikk for psykisk helse og rus
Gudrun Breistøl	Brukerutvalget i Vestre Viken HF
Arne Lillelien	Fagutvikler, BET-Seksjonen
Evy Torgersen	Fagutvikler, Mottaksseksjonen
Elisabeth Norup	Fagutvikler, Psykoseseksjon B
Lars Erik Selmer	Fagutvikler, Sikkerhetsseksjonen
Helle-Britt Løkka	Fagutvikler, Alderseksjon B
Anders Jacob	Psykologspesialist, Mottak (tidligere seksjonsleder Akuttseksjon C2)
Kristine Eldorhagen	Seksjonsoverlege, Akuttseksjon C1 (tidligere på Mottaksseksjonen)

**Takk til**

Sykehusets lederlinje og faglinje for oppdraget og forankringen av arbeidet.

Takk til Linn Marie Straith, Siv Anne Aas, Britt Marie T. Olsen, Inger Hilde Vik, Sahra Krcic, Frode Tharaldsen, Hege Sem Slette og Yvonne Lian som var en del av prosjektgruppen og bidro aktivt til ferdigstilling av første høringsutkast i mars 2021.

Takk til alle medarbeidere som har svart på spørreundersøkelsene og ellers har kommet med innspill. Takk også til alle høringspersoner og høringsinstanser for viktige innspill.

Takk til alle foredragsholdere på fagseminaret om miljøbehandling januar 2021.

Og takk til Norsk Sykepleierforbund for økonomisk støtte til dette prosjektet.

## Forord

Det er lett å bli enige om at miljøterapi er viktig, men ikke like lett å bli enige om hva miljøterapi er. Forskjellige fagfolk har definert begrepet på forskjellig vis, farget av tiden de levde i, hva de arbeidet med og sine egne overbevisninger. Om man forsøker å være presis ender man gjerne med en definisjon som ikke stemmer med det andre synes er riktig; om man forsøker å favne bredt ender man gjerne med å bli diffus. Som om dette ikke var nok har «miljøterapeut» blitt et hendig begrep i administrativt språk; det er en tittel man kan gi alle som arbeider med pasienter i et miljø, uansett bakgrunn eller erfaringsnivå. For å sette det litt på spissen: det er enklere å få tittelen «miljøterapeut» enn å få en forståelig beskrivelse av hva jobben innebærer i praksis.

Noe er det imidlertid lettere å bli enige om. Tenk hvis «det som skjer i miljøet» i større grad kunne være gjennomtenkte og koordinerte behandlingsintervensjoner? De fleste vi har pratet med på Blakstad nikker gjenkjennende til tanken, og vi som har skrevet dette foreslår å erstatte «miljøterapeut» med «miljøbehandler» for å understreke den. Tenk om vi kunne gi miljøbehandlerne våre et trygt fotfeste i verdier som vi sammen har bestemt at vi vil basere oss på, samt en rask innføring i noen grunnleggende prinsipper og ferdigheter? Tenk om vi kunne fått strategier på avdelings- og seksjonsnivå, som beskriver de mer avanserte metodene miljøbehandlerne skal lære seg, samt hvordan de skal utvikle og opprettholde kompetansen?

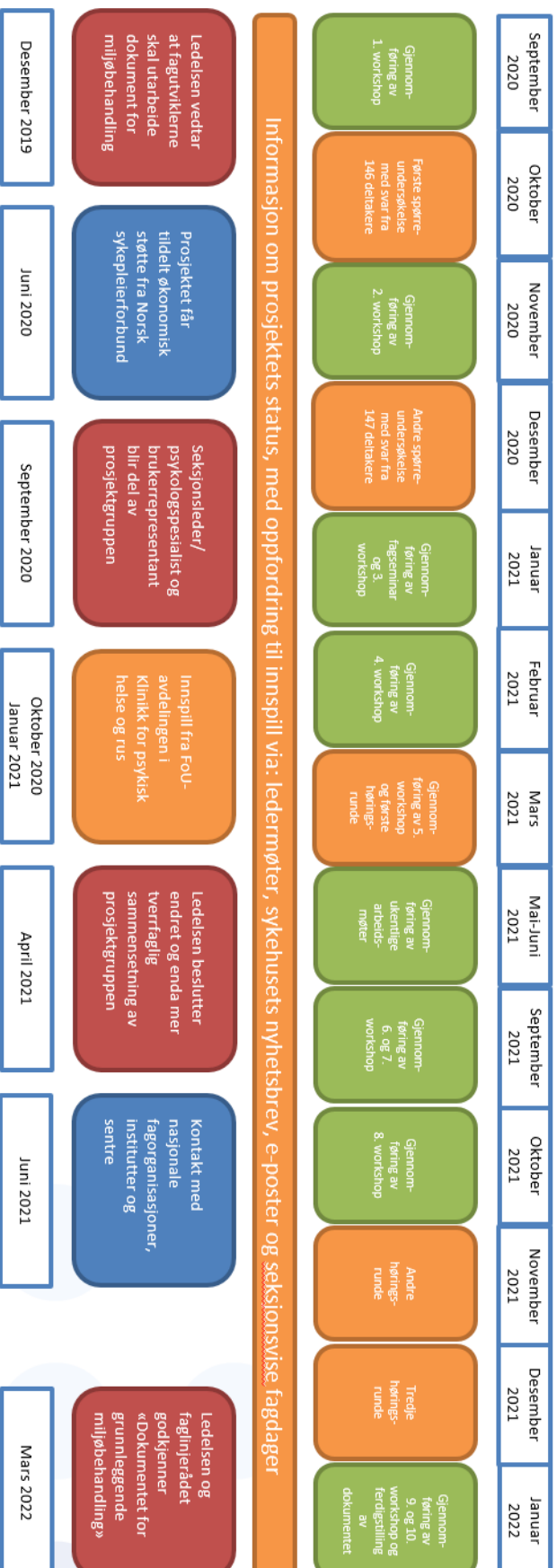
Prosjektgruppen har ikke hatt mandat til å bestemme hvilke spesifikke metoder for miljøbehandling som skulle velges og implementeres. Dette dokumentet er derfor tenkt som et første trinn på veien mot det overnevnte. Det beskriver grunnleggende ferdigheter og måter å tenke på, og presenterer generelle prinsipper for hvordan man kan innføre nye metoder på et vis som sikrer at de brukes, og brukes riktig. En naturlig ambisjon vil være å også videreutvikle spesialisert miljøbehandlingskompetanse senere.

Dokumentet har blitt til gjennom bred involvering av medarbeiderne på Blakstad via to spørreundersøkelser, kunnskapsgjennomgang, fagverksteder med FoU-avdelingen, fremlegg i ledermøter og tallrike arbeidsmøter som prosjektgruppen har gjennomført. Underveis har det blitt nødvendig med både en fot i bakken og en kursjustering for å samle troppene. Prosjektgruppen har blitt ledet av spesialrådgiver for fagutvikling og har bestått av fagutvikler e, sykehusoverlege, brukerrepresentant, seksjonsoverlege og seksjonsleder/ psykologspesialist. Dokumentet har vært gjennom tre høringer, både internt på Blakstad, i klinikk for psykisk helse og rus, og relevante utvalg i Vestre Viken helseforetak.

Dette dokumentet er ikke noen omfattende lærebok, men skal hjelpe alle medarbeidere på Blakstad sykehus til å ha et felles grunnlag. Det er en programerklæring, men ikke noe manifest; vi har et felles mål om å løfte miljøbehandling på Blakstad sykehus, men metodene vi velger å investere i må gi gjenklang hos våre egne fagfolk og harmonere med virkeligheten i seksjonene. Vi har fortsatt et stykke å gå, men forhåpentligvis er vi på vei i samme retning. Det er en forutsetning for å komme noe sted.

Prosjektgruppen, Blakstad 31.01.2022

## Fremdrift: Prosjekt miljøbehandling ved Blakstad sykehus



Beslutninger

Involvering av medarbeiderne

Arbeidsmøter/workshops

## Innhold

<b>1.0 Hva er grunnleggende miljøbehandling ved Blakstad sykehus?</b> .....	1
<b>1.1 Oppbyggingen av dette dokumentet</b> .....	2
1.1.1 Betydningen av medarbeiderskap .....	2
1.1.2 Avgrensninger .....	3
<b>1.2 Verdier og prinsipper</b> .....	4
1.2.1 Verdier i møte med alle pasienter, pårørende og medarbeidere .....	4
1.2.2 Prinsipper i møte med alle pasienter, pårørende og medarbeidere .....	4
<b>1.3 Faglig ledelse</b> .....	5
<b>1.4 Grunnleggende kompetanse</b> .....	5
1.4.1 Grunnleggende holdninger i møte med pasienter og pårørende .....	6
1.4.2 Grunnleggende kunnskap om pasientens grunnleggende behov .....	7
1.4.3 Grunnleggende kunnskap om klinisk observasjon og dokumentasjon .....	12
1.4.4 Grunnleggende kunnskap om samarbeid med pårørende .....	14
1.4.5 Grunnleggende kunnskap om egne reaksjoner i møte med pasient og pårørende .....	16
1.4.6 Grunnleggende ferdigheter i møte med pasient og pårørende .....	17
<b>2.0 Grunnleggende strukturer for å implementere og forvalte miljøbehandlingen</b> .....	20
<b>2.1 Kompetanseutvikling- og vedlikehold</b> .....	20
2.1.1 Refleksjon .....	20
2.1.2 Ferdighetstrening med feedback .....	21
2.1.3 Kompetanseplan .....	21
<b>2.2 Oppfølging og evaluering av tilbudet</b> .....	22
2.2.1 Bruk av data på systemnivå .....	22
2.2.2 Bruk av psykometri .....	22
2.2.3 Tilbakemeldinger fra pasient og pårørende .....	22
<b>3.0 Kort om spesialiserte behandlingstilnærminger</b> .....	23
<b>3.1 Om modeller</b> .....	23
3.1.1 Evidens for miljøbehandling .....	23
<b>3.2 Om spesialiserte ferdigheter</b> .....	24
<b>4.0 Klinisk praksis: Pasienten møter Blakstad</b> .....	25

## 1.0 Hva er grunnleggende miljøbehandling ved Blakstad sykehus?

I slutten av 2020 innhentet prosjektgruppen innspill fra Blakstads medarbeidere om hva de tenker miljøbehandlingen på Blakstad sykehus skal være. I tillegg kom Forsknings- og utviklingsavdelingen (FoU) i klinikken med gode råd. Basert på flere hundre innspill med representasjon fra alle yrkesgrupper og ledelsesnivåer, arbeidet prosjektgruppen frem en beskrivelse av miljøbehandlingen på Blakstad sykehus som dette dokumentet baserer seg på:

*«Miljøbehandling ved Blakstad sykehus er strukturert og individuelt tilpasset samhandling med pasientene. Den er forankret i sykehusets verdier, felles holdninger og prinsipper, og foregår tverrfaglig i et miljø som kjennetegnes av omsorg, forutsigbarhet, anerkjennelse og respekt. Målet med miljøbehandling ved Blakstad sykehus er å fremme **psykisk, fysisk, sosial og eksistensiell mestring** på en måte som øker pasientens autonomi. Dette skal vi oppnå ved å bruke grunnleggende og spesialiserte kunnskaper og ferdigheter.»*

*Psykisk mestring* kan forstås som økt evne til å kunne regulere seg selv på en funksjonell måte. Det kan handle om å lære å forholde seg til en del utfordringer, for eksempel ubehagelige følelser, istedenfor å bruke all energi på å dempe eller bli kvitt dem. Det kan også dreie seg om å lære seg noen ferdigheter som man kan bruke for å unngå nye kriser.

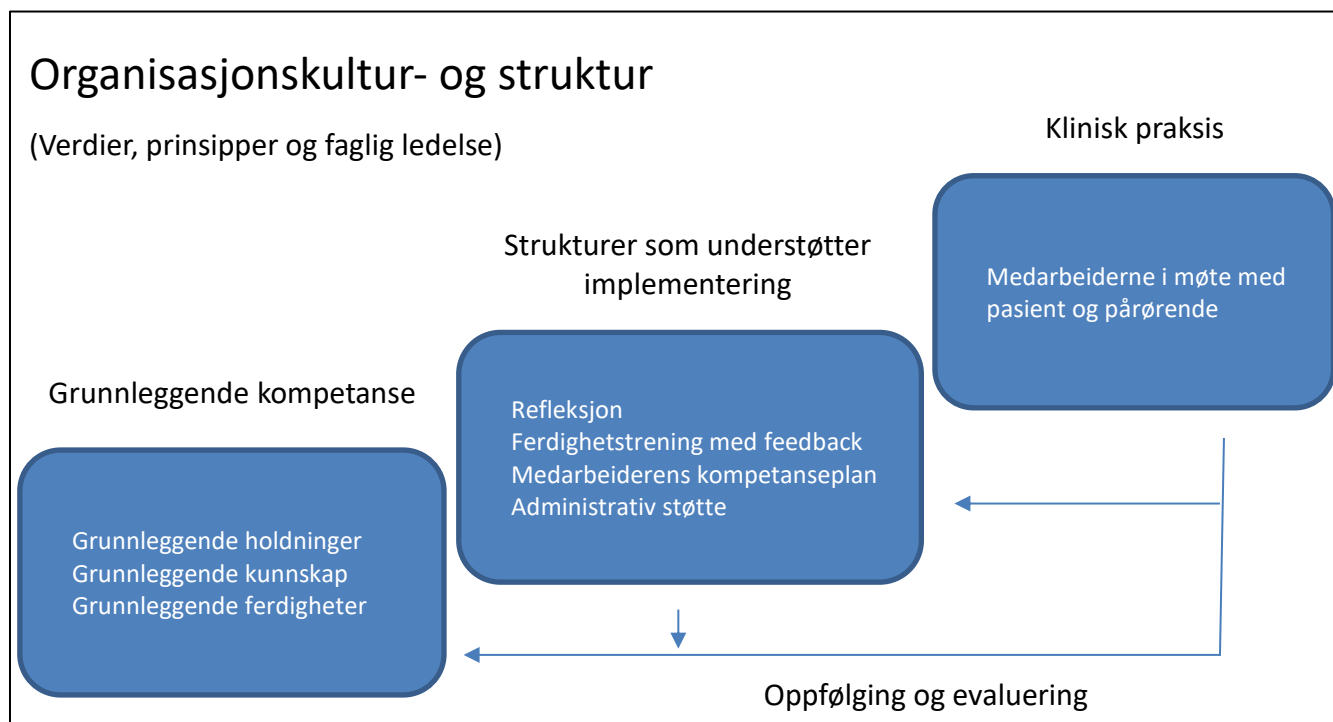
*Fysisk mestring* vil særlig berøre fysiske aktiviteter som kan oppleves som utfordrende, men som er helsefremmende. Det kan også handle om å få mer kompetanse om egne kroppslige plager og hvordan disse kan følges opp på en hensiktsmessig måte.

*Sosial mestring* tar utgangspunkt i at alle mennesker nyttiggjør seg av sosiale relasjoner og ikke er selvtilstrekkelige ([relasjonell autonomi](#)). Pasientens valg og mestring er avhengig av kontekst og samspill med andre. Vi både møter pasienten og hjelper pasienten til å se seg selv som deltaker i sosiale relasjoner, ikke kun som et menneske med «en diagnose».

[Eksistensiell mestring og helse](#) handler om å mestre livet til tross for livets smertefulle utfordringer. Tro, håp, mening, ansvar, identitet, ensomhet, tilknytning og forholdet til døden er sentrale temaer. Ved å åpne opp for slike [eksistensielle temaer](#) kan helsepersonell invitere pasienten til å reflektere over egne verdier og velge handlinger i tråd med disse.

## 1.1 Oppbyggingen av dette dokumentet

Strukturen i dette dokumentet er inspirert av Dean Fixsen's [rammeverk for implementering](#). Prosessen som skisseres her er i tråd med denne måten å tenke på. Tilnærmingen til grunnleggende miljøbehandling tar utgangspunkt i sykehusets verdier og prinsipper i møte mellom mennesker. Den inneholder både grunnleggende holdninger, grunnleggende kunnskap og grunnleggende ferdigheter som skal implementeres i klinisk praksis (se figur 1).



Figur 1: Strukturen er inspirert av Fixsen og medarbeidernes rammeverk for implementering (2005)

Implementering handler om hvordan man sikrer at en måte å arbeide på faktisk blir brukt, og brukt på riktig måte. Uten en plan på hvordan dette skal skje kan selv de beste tanker stå i fare for å bli liggende på tegnebordet. Implementering må ses som en *kontinuerlig prosess*. Planen bør derfor inneholde grunnleggende strukturer for kompetanseutvikling- og vedlikehold, for eksempel i form av regelmessig ferdighetstrening. Det er også viktig at ledere motiverer til, legger til rette for, følger opp og evaluerer det pågående arbeidet, herunder medarbeidernes kompetanseutvikling og etterlevelse av tiltakene. Grunnleggende strukturer, aktiv ledelse og medarbeidernes eierskap og lojalitet er helt avgjørende for effektiv implementering.

### 1.1.1 Betydningen av medarbeiderskap

For å lykkes med arbeidet som beskrives i dette dokumentet, trenger vi **medarbeidere** fremfor *ansatte*. Begrepet ansatt har et passivt preg - en som *kun* er ansatt for å utføre oppgaver i arbeidsgiverens tjeneste. [Medarbeiderskap](#) derimot handler om hvordan vi forholder oss til arbeidsoppgavene – en som tar ansvar for sitt bidrag i behandlingen og som bidrar med eget perspektiv. En medarbeider setter ikke punktum etter å ha beskrevet noe som ikke fungerer. En medarbeider setter komma og er med på å finne konstruktive løsninger på vanskelige

problemer. Økt anerkjennelse av miljøbehandling skaper konstruktive medspillere i utviklingen av tjenestene sykehuset tilbyr. Ledere må derfor legge til rette for at medarbeiderne får [mulighet til å ta selvstendige valg](#) innenfor de gjeldende strukturene.

Medarbeideres kompetanse må stå i samsvar med de krav som helsemyndighetene stiller, og i samsvar med befolkningens behov for akutte tjenester og øyeblikkelig hjelp. Sykehuset skal legge til rette for, og ha en forventning om at medarbeidere søker kunnskap og utfører sitt arbeid etter «best practice». Yrkesetiske retningslinjer for de forskjellige yrkesgruppene og [Helsepersonelloven](#) beskriver at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Medarbeidere har et personlig ansvar for å holde seg oppdatert faglig gjennom for eksempel selvstudier, veiledet praksis, fagdager/undervisning, e-læringskurs, m.m. Dette for at egen praksis skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

### 1.1.2 Avgrensninger

Grunnleggende miljøbehandling skal gjelde ved hele sykehuset. Spesifikk kunnskap knyttet til de enkelte fagområdene eller nivåene i behandlingen (herunder skjerming) er ikke beskrevet her. Pasienters grunnleggende behov og personalets verdigrunnlag, grunnleggende holdninger, kunnskap og ferdigheter vil være gjeldende i alle situasjoner, selv om intensiteten i pasientenes behov selvfølgelig kan variere avhengig av kontekst.

Miljøbehandlingen foregår tverrfaglig. Dokumentet beskriver et felles utgangspunkt for alle som jobber med miljøbehandling, men går ikke inn på spesifiserte tiltak som enkelte yrkesgrupper har spisskompetanse på. Det blir altså ikke et spørsmål om for eksempel sykepleietiltak inngår i miljøbehandlingen eller ikke. Vi kan heller spørre: Hvordan kan vi anvende sykepleietiltak på en måte som fremmer pasientens psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle mestring? Hvordan kan vi bruke slike situasjoner til å hjelpe pasienten til å forstå mer om sin egen somatiske og psykososiale tilstand (psykoedukasjon) og eventuelt lære bort noen ferdigheter slik at pasienter blir mer autonom eller øker evnen til bedre å kunne ta vare på seg selv?

Ettersom dette dokumentet omhandler grunnleggende miljøbehandling, har prosjektgruppen valgt å begrense beskrivelser av de fleste kartleggingsverktøy, observasjonsstatus knyttet til selvmordsfare og tiltak spesifikt relatert til tvangsbruk i denne delen av miljøarbeidet.



## 1.2 Verdier og prinsipper

### 1.2.1 Verdier i møte med alle pasienter, pårørende og medarbeidere

Verdidokumentet for Blakstad sykehus ble utviklet i 2018 gjennom bred involvering av medarbeiderne både ved daværende avdeling Lier og Blakstad, brukerutvalget i Vestre Viken HF og bruker- og pårørendeorganisasjoner i opptaksområdet til Vestre Viken. Både visjonen og de fire **verdiene i verdidokumentet** angir ønsket **retning** for all virksomhet ved Blakstad sykehus. Verdiene begynner med «vi» for å gjøre dem mer aktive og forpliktende for oss alle.



The graphic is a white rectangular box with a blue border. At the top left is the Vestre Viken logo and name. The title 'Verdidokument for Blakstad sykehus' is centered. Below it is a blue staircase graphic that curves from the top right towards the bottom left. Four value statements are placed along the staircase, each with a title and a list of bullet points. At the bottom of the box is a light blue rounded rectangle containing the organization's motto.

**VESTRE VIKEN**

### Verdidokument for Blakstad sykehus

**Vi spiller hverandre bedre**  
Jeg tar utgangspunkt i at alt skjer i et kontinuerlig samspill mellom mennesker  
Jeg er nysgjerrig på den andres perspektiv og anvender dette aktivt  
Jeg bidrar med egne ressurser og kompetanse i et lærende miljø

**Vi viser åpenhet**  
Jeg deler informasjon med andre  
Jeg tilstreber transparens i beslutningsprosesser  
Jeg gir og tar i mot tydelige tilbakemeldinger på en anerkjennende måte

**Vi møter hverandre som unike og ansvarlige**  
Jeg arbeider for at andre kan være aktive og ta beslutninger  
Jeg tar ansvar for mine bidrag i samspill med andre  
Jeg møter andre mennesker som likeverdige

**Vi forvalter felleskapets ressurser effektivt**  
Jeg tar ansvar for arbeidsmiljøet  
Jeg etterspør erfaringskompetanse og bruker den aktivt  
Jeg sier fra om ting som kan forbedres og bidrar til smartere løsninger

**Vi bringer alltid psykisk helsearbeid et skritt videre**

### 1.2.2 Prinsipper i møte med alle pasienter, pårørende og medarbeidere

Verdidokumentet beskriver i tillegg noen eksempler på **prinsipper** som til enhver tid relateres til og setter fokus på verdiene, uavhengig av situasjon og hvem du møter. For å tydeliggjøre hver enkelt medarbeiderens ansvar er prinsippene formulert som «jeg»-setninger.

### 1.3 Faglig ledelse

På Blakstad sykehus samarbeider vi tverrfaglig om behandlingen. Dette betyr at medarbeiderne er selvstendige fagpersoner som har ansvar for å identifisere problemstillinger og behov sammen med pasienten. Denne informasjonen skal nedfelles i pasientens behandlingsplaner, slik at pasienten mottar og involveres i en koordinert behandling. På denne måten vil miljøbehandling, medikamentell behandling og annen behandling trekke i samme retning.

Det tverrfaglige samarbeidet foregår i etablerte møtestrukturer på seksjonen eller etter behov, da i størst mulig grad sammen med pasienten. Det gjøres også som korte møtepunkter, for eksempel før og etter samtaler med pasienten. Som miljøbehandler har man ansvar for å sette seg inn i problemstillingene og tilby egen kompetanse både når det gjelder observasjoner, erfaring med pasienten og resultat av intervensjoner. Miljøbehandleren skal ta et selvstendig initiativ til å foreslå behandlingstiltak/intervensjoner basert på egen kompetanse og kjennskap til pasienten. Mange ganger vil man oppleve at behandler<sup>1</sup> og miljøbehandler ser og tenker det samme. Dersom dette ikke er tilfelle er det likevel verdifullt å få frem ulike perspektiver. Ved uenighet er det behandler som har ansvaret for å treffe en avgjørelse. Komplekse problemstillinger behandles i faglinjen (fra LIS til spesialist, til seksjonsspesialist, til avdelingsoverlege, og til sykehusoverlege som tar den endelige beslutningen).

### 1.4 Grunnleggende kompetanse

Grunnleggende kompetanse innebærer holdninger, kunnskap og ferdigheter som alle medarbeidere, uavhengig av yrkesbakgrunn og seksjonen de jobber på, skal kunne anvende.

I tråd med våre grunnleggende verdier, prinsipper og holdninger skal vi møte pasientenes behov for trygghet, tilhørighet (relasjon) og hjelp til selvregulering. Disse faktorene er sentrale i det som kalles traumebevisst tilnærming. [Nyere forskning](#) viser at mange pasienter innen psykisk helsevern har opplevd relasjonstraumer uten tilstrekkelig emosjonell støtte i oppveksten. En [studie](#) fra Sikkerhetsseksjonen ved Blakstad sykehus viste at pasientene med de [mest belastende oppveksterfaringene](#) hadde utøvd mest vold mot andre i voksen alder. Også møtet med hjelpeapparatet kan noen ganger [oppleves krenkende](#) og i verste fall traumatiserende. Helsepersonell må være bevisst på at oppfattet «problematferd» kan være triggende stressreaksjoner på noe som oppleves [truende ved meg som hjelper](#). Ved å forstå pasienter som personer som har det vanskelig fremfor som *vanskelige pasienter*, kan vi å øke medfølelsen og fremme pasientens vekst og mestring. En traumebevisst tilnærming er ikke en egen metode, men integrert i *alle* tilnærminger med mål om å fremme menneskers utvikling.

I det følgende vises holdninger alle medarbeidere skal møte pasienter og pårørende med. Deretter beskrives kunnskap som skal anvendes i miljøbehandling ved Blakstad sykehus. Pasientens grunnleggende behov vil gjelde uavhengig av hvor pasienten befinner seg i et behandlingsforløp. Videre presenteres kunnskap om helsepersonells observasjoner og dokumentasjon, om samarbeid med pårørende og om egne reaksjoner som kan oppstå i møte med pasient og pårørende. Til slutt beskrives to ferdigheter alle medarbeidere skal kunne anvende: validering og MAP (Møte med aggresjonsproblematikk).

---

<sup>1</sup> Behandler defineres i dette dokumentet som enten lege/psykiater eller psykolog/psykologspesialist

### 1.4.1 Grunnleggende holdninger i møte med pasienter og pårørende

#### RESPEKTFULL OG LIKEVERDIG

Møt pasienten med respekt og ta utgangspunkt i at alle mennesker er likeverdige, men med ulike utfordringer. Vær bevisst maktubalansen mellom pasient og helsepersonell, og hvordan du forvalter denne på en ansvarsfull måte. *Det motsatte vil kunne føre til mindreverdigheits- og avmaktsfølelse.*

#### SELVREFLEKTERENDE

Vær en god rollemodell. Vår praksis avspeiler ikke bare teorier og metoder, men hvem vi er som personer. Vi må ikke bare forstå pasienten, men også søke å forstå oss selv, våre følelser og handlinger i møte med den andre. Det øker evne til perspektivtaking. *Det motsatte vil kunne føre til stagnasjon og mangel på personlig vekst.*

#### NYSGJERRIG OG UTFORSKENDE

Vær personorientert, ikke kun pasientorientert - pasienten har en historie fremfor å være sin historie. Tilstreb å ha en veiledende fremfor en rådgivende rolle. *Det motsatte vil kunne være belærende og moraliserende.*

#### ANERKJENNENDE OG EMPATISK

Se hele mennesket, ikke kun diagnosen eller atferden. Møt pasienten med aksept og valider pasientens opplevelser og «virkelighet» fremfor å realitetsorientere. *Det motsatte vil være bagatelliserende og ugyldiggjørende.*

#### TILSTEDEVÆRENDE

Vær mentalt forberedt og tilgjengelig før samtaler. Vær oppmerksomt tilstede og tilgjengelig for pasienten her og nå. Lytt aktivt, forsøk å få tak i budskapet, og bekreft og forsterk betydningen. Det skal være samsvar mellom ord og handling. *Det motsatte vil være fraværende og likegyldig.*



### Grunnleggende holdninger

#### PERSPEKTIVTAKENDE

Vær bevisst på at egne tanker om pasienten eller virkeligheten ikke nødvendigvis representerer sannheten. Å kunne se situasjoner fra forskjellige perspektiver vil kunne føre til økt fleksibilitet, empati og forståelse for pasienten. *Det motsatte vil være devaluerende, arrogant og lite fleksibelt.*

#### ÅPEN OG AUTENTISK

Vær åpen og ærlig overfor pasienten. Pasienten trenger informasjon for å oppleve forutsigbarhet. Vær tydelig på hva du kan imøtekomme og hva ikke. Sunn konflikt gir mulighet for refleksjon og felles problemløsning. *Det motsatte vil skape mistillit, utrygghet, feiltolkninger og misforståelser.*

#### AUTONOMIFREMMENDE

Ha tro på pasientens iboende ressurser og legg til rette for mestring og selvstendige valg i samhandling. La pasienten bestemme så mye som situasjonen tillater, slik at pasienten kan ta mer og mer ansvar for eget liv. La pasienten få tid og famle litt. *Det motsatte vil kunne føre til passivitet, avmakt, og tap av håp, kontroll og selvbestemmelse.*

### 1.4.2 Grunnleggende kunnskap om pasientens grunnleggende behov

#### *Døgnrytme – aktivitet, hvile og søvn*

Døgnrytme henspiller til en indre biologisk klokke, 24 timers rytme. Melatonin er et hormon som styrer døgnrytmen, og er viktig for vern og restitusjon av celler og organer om natten. Hver og en av oss har regelmessige variasjoner (rytme) gjennom døgnet av aktivitet og hvile, måltidsrytme, stoffskifte, hormonnivå, våkenhet og søvn. Døgnrytme og søvn har stor påvirkning på vår helse. Forstyrret døgnrytme og søvn kan gi konsekvenser som forverring av psykiske symptomer. Andre helsemessige konsekvenser kan være diabetes, høyt blodtrykk og overvekt. Søvnforstyrrelser er vanlig når man sliter psykisk og kan være en risikofaktor for utvikling av psykisk lidelse. I tillegg kan bruk av noen medisiner også føre til at det blir vanskelig å komme seg opp av sengen om morgen. Når en pasient ikke får sove bør det først gjøres en kartlegging av årsak. Er det grubling eller angst som gjør det vanskelig å sovne, er det uforløst energi som ikke lar pasienten falle til ro eller er det andre årsaker?

Vi kan skille mellom ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak for å fremme søvn. Medikamentelle tiltak kan være nødvendig å bruke over en kortere periode når pasienten legges inn med alvorlig psykose, mani eller depresjon i akutt fase. Ofte vil pasienter med slike helseutfordringer være i dårlig stand til å komme i søvn på egenhånd eller motta veiledning som krever egen deltakelse. Søvn regnes da som et høyt prioritert mål i behandling.

Noen ganger blir pasienter innlagt på sykehuset med akutte livskriser uten at de har en alvorlig psykisk lidelse. En del pasienter kan også ha som hovedproblem at de strever med å holde ut eller regulere følelser. Hos disse pasientene kan det være bedre behandling å validere følelser og skape en trygg og rolig base enn å gi søvnmedikasjon. De kan ha bedre nytte av oppholdet dersom de kan lære noe om mestring av det som er vanskelig fremfor å lindre med medikasjon. Det kan av og til være vanskelig å avgjøre i det enkelte tilfelle hva som er den riktige tilnærmingen. Det vil være hensiktsmessig at behandler og miljøbehandler drøfter dette ved inkomstvurderinger og ved endringer i tilstand.

Når pasienter har et mer vedvarende problem med å få sove, for eksempel på grunn av angst eller grubling, vil som en hovedregel ikke medisiner ha en plass i behandlingen. Dette fordi det kun vil gi kortvarig lindring av problemet, og kan villedde pasienten til å tro at medisiner er en løsning. Flere av medikamentene er også svært vanedannende når de brukes over tid og kan dermed bli et tilleggsproblem for pasienten. Miljøbeholdere bør derfor først vurdere først andre tiltak enn å ringe vakthavende lege med spørsmål om forordning av sovemedisin for denne gruppen. Tiltak som kan forsøkes er for eksempel fysisk aktivitet gjennom dagen, samtale om angst, skrive ned bekymringer på et papir, [diverse øvelser](#) mm. Andre ikke medikamentelle tiltak kan være bruk av [kuledyner](#) (se under overskriften Sanseinntrykk og sanseregulering) eller [oransje briller](#) (med særlig effekt ved mani). Oransje briller filtrerer bort blått lys som hemmer melatoninproduksjonen. Dermed settes kroppen i «nattmodus». Å arbeide med søvnforstyrrelser kan bidra til å understøtte psykisk mestring over tid, og at enkelte symptomer pasienten har kan bli mindre plagsomme.

Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) har også lagt ut en del relevante [brosjyrer](#) om søvn.

### *Dagliglivets rutiner*

Rutiner kan skape trygghet og forutsigbarhet for oss når vi opplever utfordringer i hverdagen eller hverdagen oppleves kaotisk. Til vanlig så er våre rutiner vaner som vi utfører gjennom dagen uten å tenke mer over dem, de går på autopilot. Pasienter innlagt på sykehus med forverring i psykisk helse og samtidig redusert funksjonsnivå kan ha store utfordringer i hverdagen med å gjennomføre hverdagsrutiner. Det å stå opp om morgenen kan for eksempel være som om å lage ny rutine for hver dag. Da tar det å stå opp og gjennomføre morgenstell veldig mye energi. Det kan være hensiktsmessig at miljøbehandleren sammen med pasienten utarbeider en plan over dennes faste dagsrutiner. En slik plan kan danne et felles utgangspunkt for samhandling omkring pasientens utfordringer. Ved å tilrettelegge for at pasienten kan trene på viktige hverdagsrutiner under innleggelse og som kan kontinueres etter utskrivelse, kan det fremme psykisk og fysisk helse og også forebygge kognitiv overbelastning og forverring av psykisk lidelse.

### *Ernæring*

Inntak av ferdigmat, usunt fett, sukker og at vi spiser mindre fisk, frukt og grønnsaker påvirker vår psykiske helse negativt. Usunn mat kan gi utfordringer med overvekt, hjerte – karsykdommer, kreft og diabetes. Har man en fysisk inaktiv livsstil i tillegg kan dette gi store utfordringer for personens helse. Videre kan uregelmessig spising føre til [lavt blodsukker](#) som igjen kan resultere i for eksempel økt uro, skjelving, svimmelhet, rask puls, humørsvingninger, hodepine, konsentrasjonsvansker, forvirring og irritabilitet. Personer med psykiske lidelser er mer utsatt for utfordringer knyttet til ernæring. Siden flere [antipsykotika](#) og [antidepressiva](#) kan føre til vektøkning og diabetes, er det spesielt viktig at helsepersonell veileder pasientene og legger til rette for et sunt kosthold under innleggelsen. **Ernæringsfysiologer** har spisskompetanse på temaet kosthold og kan undervise og veilede personalet og pasientene i dette. Felles matlaging og måltider gir gode muligheter til samhandling. Vaffelsteking og bollebaking kan være funksjonelle når aktivitetene brukes bevisst og med mål om en behandlingsmessig gevinst. Måltider er også en viktig arena for trening på sosialt samvær og kan understøtte sosial mestring. Derfor deltar vanligvis to miljøbehandlere i måltidene sammen med pasientene.

### *Fysisk aktivitet*

Fysisk aktivitet kan være en arena for autonomi og for mellommenneskelig kontakt. Det kan dermed understøtte både psykisk, fysisk og sosial mestring ved å redusere risikoen for livsstilsrelaterte sykdommer, gi økt velvære og livskvalitet, lavere forekomst av angst og depresjon, og forbedret kognitiv funksjon. [En studie](#) viste at [20-30 minutter i naturen senker stresshormonene](#) i kroppen mest effektivt. Husk at all aktivitet er bedre enn ingenting! Personer med lavest aktivitetsnivå har størst utbytte av aktiviteter ( gjerne 10 min. varighet om gangen og 30 min. til sammen per dag). [En ny studie](#) fant at selv [korte daglige opphold utendørs styrker hjernen](#) over tid og øker mengden grå hjernemasse i frontale deler av

hjernen, altså områder som er involvert i planlegging og regulering av handlinger. Dette er særlig aktuelt for pasienter som bruker [antipsykotika](#) over tid, da disse kan føre til en reduksjon av den grå hjernemassen. Det er viktig for motivasjonen at den fysiske aktiviteten er trivselsbetont og tilpasset. Små tilrettelegginger i hverdagen kan utgjøre en forskjell, for eksempel kan helsepersonell gå sammen med pasienten til butikken for å handle, istedenfor å kjøre bil eller handle for pasienten. Ifølge Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser ([psykoseretningslinjen](#)) bør fysisk aktivitet inngå som en del av den helhetlige behandlingen ved psykoselidelser. Dette innebærer at pasienter informeres om betydningen av aktivitet og trening, at det settes av tid til å kartlegge tilbud og muligheter som finnes, samt at det aktivt motiveres til å delta i strukturert fysisk aktivitet. **Fysioterapeuter** innehar kompetansen på å planlegge og gjennomføre tiltak og veilede pasienter og personalet. Videre tilbyr Fritidssenteret gruppeaktiviteter som kan legges inn i ukestrukturen og være en del av pasientens ukeplan. Men også individuelle tiltak og daglige mål pasienten setter seg bør beskrives i KDS-behandlingsplan. Husk at små steg er også steg.

### *Nærhet og avstand*

Å være sensitiv for de små kroppslige tegn pasienten kan gi er vesentlig i miljøbehandling. Å ha kunnskap og kjennskap til hvor pasientens grenser går er betydningsfullt, men det avgjørende er å ha ferdigheter til å fange opp her – og nå situasjoner som krever øyeblikkelig handling, for eksempel å innta avstand. Ved for mye avstand kan pasienter oppleve seg avvist og forlatt. Så hvor går grensen for at pasienten kan oppleve seg "invadert"? Faglige vurderinger kan være hvor mye eller lite skal jeg snakke i pasientens nærvær, hvor lenge eller ofte være sammen med pasienten, hvor mye avstand trenger pasienten for å føle seg trygg, hvordan er den følelsesmessige postatmosfæren, for mye eller for lite følelser, hva og hvordan fyller man samvær og samtaler? Som oftest er det greit å ta opp slike problemstillinger med pasienten, og dermed øke pasientens bevissthet rundt egne behov og væremåter. Dette kan i sin tur bidra til både psykisk og sosial mestring, og til en trygg relasjon med personalet.

### *Informasjon og psykoedukasjon*

Informasjon til pasienten om seksjonen, rutiner, aktiviteter, muligheter for besøk og regler for utgang m.m. gir forutsigbarhet som kan bidra til økt trygghet, delaktighet og mestring. Alle pasienter og deres pårørende skal få en informasjonsbrosjyre som beskriver seksjonens tilbud og rutiner.

[Psykoedukasjon](#) er et [tilbud om å formidle informasjon om psykiske lidelser og deres behandling](#) på en strukturert måte. Helsepersonell bør gi pasienten og pårørende økt kunnskap om lidelsen, forvarsler/varselsymptomer, mestringsstrategier og hvem pasienten skal kontakte ved forverring. Psykoedukasjon tilpasses den enkeltes lidelsesforløpet, ressurser og mulighet for mestring. For pasienter vil økt kunnskap om psykisk helse og uhelse være [viktig for å kunne mestre hverdagen](#). Metoden [IMR \(Illness management and recovery\)](#) legger stor vekt på undervisning om betydningen av egne verdier og mål for livet og tilhørende [strategier](#) for å jobbe i retningen av dem.

Videre kan psykoedukasjon omhandle å få informasjon om [hvordan utfordringer kan forstås som normale reaksjoner](#) på svært vanskelige opplevelser eller erfaringer. Her kan det være hensiktsmessig å presentere forskjellige forståelsesmodeller, blant annet med utgangspunkt i evolusjonspsykologi, nevropsykologi, eksistensialistisk psykologi, tilknytningspsykologi (oppveksten vår), eller i et kulturelt- og samfunnsperspektiv. Psykoedukasjon og normalisering av psykiske vansker er viktige tiltak vi har i møte med mennesker som strever.

Forståelse av hva som er normalt og hvorfor det likevel er utfordrende kan:

- gi økt selvforståelse, selvaksept og selvmedfølelse og motvirke skam og selvbebreidelse
- gi oversikt, forutsigbarhet og slik være beroligende og bryte selvforsterkende onde angstsirkler
- bryte ned tabuer, skape åpenhet og dialog og medføre opplevelse av aksept, inkludering og samhold
- være en kilde til stolthet over å ha mestret så store utfordringer

#### *Kontinuitet og regelmessighet*

Relasjon og arbeidsallianse oppnås ved at vi møter pasienten med en felles holdning og behandlingstilnærming, at vi er tilgjengelige og viser gjennom handling at vi er til å stole på. Det er dette kontinuitet og regelmessighet handler om. For å vise at vi er til å stole på må personalet tilby en pålitelig, punktlig og nøyaktig oppfølging av pasienten over tid. Vi må holde avtaler og være tålmodige, utholdende og tilgjengelige og ikke holde på med egne ting som for eksempel å sitte på vaktrommet uten grunn eller å bruke mobiltelefonen når pasienter er tilstede. Ved mangel på kontinuitet og regelmessighet kan pasienten lukke seg. At helsepersonell står stødig i en behandlingsrelasjon som viser seg å være holdbar over tid, så kan gjensidig tillitt utvikle seg, noe som utgjør et fundament i videre behandling. Det er en grunnleggende forutsetning for å kunne etablere et samarbeid med pasienten i miljøbehandlingen. Et slikt fundament er vesentlig for å komme i posisjon og bistå pasienten i sin vekst, utvikling og mestring.

#### *Trygghet i en terapeutisk postatmosfære*

[Psykosereitningslinjen](#) understreker betydningen av postatmosfæren. Helsepersonells væremåte har stor innvirkning på pasientens opplevelse av det emosjonelle klimaet i seksjonen. Når helsepersonell har for lite kunnskap og bevissthet om hvorfor pasienten for eksempel ikke orker å utføre daglige gjøremål, eller utagerer i forbindelse med angstanfall, kan høy grad av «[expressed emotion](#)» (EE) hos helsepersonell uttrykke seg i form av høy grad av kritikk, fiendtlighet eller (over)involvering. For eksempel kan enkelte medarbeidere komme med negative utsagn om pasienten eller verre, hele personalgruppen kan uttrykke en felles oppfatning av pasienten som «vegrende», «lat» eller «manipulerende». Dette vil innebære en stor risiko for at pasienten vil oppfatte hele personalgruppen og postatmosfæren som fiendtlig og avvissende.

For pasientene er relasjonen mellom pasient og personell noe av det viktigste ved sykehusinnleggelsen. Derfor trenger vi å ha et bevisst forhold til hvordan vi fremstår og forholder oss til pasientene. Grunnleggende holdninger og ferdigheter vil bidra til å skape et trygt terapeutisk miljø som kan virke positivt inn på pasientens tilfriskningsprosess. Pasienter er svært ulike, og en primært diagnostisk tilnærming kommer ofte til kort i møte med den enkelte. Behandlingsmiljøet skal være støttende og strukturert og kjennetegnet av lite sinne og aggresjon. Videre skal pasientene bli involvert i behandlingen og de ulike aktivitetene i seksjonen. Personalet skal anvende validering, være avventende, ikke overinvolverende, ikke konfronterende, og vennlig når det er nødvendig å sette grenser eller korrigere pasienten. Slik vil en terapeutisk postatmosfære kunne legge til rette for både psykisk og sosial mestring.

### *Sanseintrykk og sanseregulering*

[Sanseorganene](#) har som oppgave å fange opp signaler, såkalte stimuli, fra miljøet rundt oss og fra organismens eget indre miljø og formidle opplysningene videre til nervesystemet. Nervesystemet benytter informasjonen til å styre individets aktivitet mest mulig hensiktsmessig. Vi har sikkert alle kjent på at vi kan reagere kraftigere på lyder og støy når vi er stresset. Kanskje vi også blir mer var for stemningen i et rom eller blant folk. Samtidig kan det å regulere følelsene vi kan kjenne på bli vanskeligere. Kanskje vi kan bli mer engstelige eller irritable. Da vil vi muligens ha behov for å trekke oss litt tilbake og skjerme oss fra alt som skjer rundt oss. Alt dette er normalt. Mennesker som blir innlagt på et sykehus som Blakstad vil ofte oppleve stedet som nytt og utrygt. Det er mange inntrykk og mange ukjente mennesker og rutiner. Sansene vil kunne fange opp stimuli ekstra sterkt og mange følelser vil allerede være aktiverte. Dette må vi være bevisste på. Ikke minst kan pasienter med psykoselidelser oppleve forstyrrelser i sansing (hallusinasjoner, uvirkelige sanseopplevelser). [Psykoseretningslinjen](#) skriver at den mest vanlige formen for hallusinasjoner er stemmehøring (hørselshallusinasjoner), men at man også kan ha uvirkelige sanseopplevelser knyttet til andre sanser, som syn, lukt, smak og berøring. Også pasienter med [autismespekterforstyrrelser](#) kan ha en eller annen form for sterkt utpreget sansevarhet, og for eksempel oppleve lyder, lys eller berøring som smertefullt. Også pasienter regulerer dette ved for eksempel å trekke seg tilbake.

I noen tilfeller kan helsepersonell bruke tiltaket *skjerming* for å redusere sanseintrykk og derigjennom gi pasienten muligheten til å samle seg og oppleve mer oversikt og trygghet. Selve tiltaket er regulert i Psykisk helsevernloven. Det er samtidig viktig å være bevisst på at mangel på stimuli (sensedepivasjon) og menneskelig kontakt kan forverre pasientens tilstand. Derfor er det anbefalt med [individuell og dynamisk stimulusmodulering](#) gjennom aktivitet, åpning av skjermingsrommet og utetid, alltid [i samråd med pasienten](#). Å [utforme skjermingen](#) på en human måte og med beroligende farger, lyder og lys, vil bidra til å unngå sensedepivasjon. [Eksempler](#) på tiltak kan være å montere støydempende plater i taket, sette inn kontrastvegger, male veggene og laminere bilder, slik at pasientene selv kan velge hva de ønsker på veggene. Flere seksjoner har også [kuledyner](#) tilgjengelig. Disse kan redusere behovet for [tvang og medikamenter](#), [bedre søvn](#) og hjelpe pasientene med å regulere seg selv. **Ergoterapeuter** har spesialkunnskap om temaer sanseregulering- og integrering og hvordan enkelte tiltak kan påvirke pasienten.



### 1.4.3 Grunnleggende kunnskap om klinisk observasjon og dokumentasjon

#### *Observasjon og informasjonsinnhenting*

Miljøbehandleren tilbringer mye tid sammen med pasienten, og har derfor en sentral funksjon som behandlingsteamets øyne og ører. For å kunne evaluere, planlegge og koordinere god behandling må miljøbehandlerne observere, og i dialog med pasienten innhente informasjon om pasientens ressurser og utfordringer. Dette for å gi det tverrfaglige teamet en oversikt over pasientens kliniske tilstandsbilde og psykososiale fungering.

Vi dokumenterer hvordan personalet intervensjoner i ulike situasjoner, og pasientens respons på intervensjonene. Dokumentasjonen skal samlet sett gi teamet best mulig grunnlag for å evaluere hvor pasienten befinner seg i behandlingsprosessen slik at teamet kan optimalisere behandlingstilnærmingen for den enkelte.

For å kunne beskrive denne informasjonen må medarbeidere observere:

Områder	Nærmere beskrivelse
Bevissthetstilstand	Våken, søvnig, bevisstløs?, bruk av NEWS-2
ADL-funksjon (dagliglivets aktiviteter)	Hvordan klare målrettede dagligoppgaver, eks legge seg, stå opp, hygiene, næringsinntak, o.l.
Kontaktevne	Blikkontakt, verbal kontakt
Kognitiv fungering	Oppmerksomhet/konsentrasjon: Faller ut av samtale? Oppfatter ikke informasjon? Hukommelse: Glemmer ting det er naturlig å huske
Lidelsestrykk/uro/følelser	Lider pasienten, sterke følelser, vandrer, rigger, klamrende mm.
Stemningsleie	Beskriv grunnstemning, ikke situasjonsbetingede humørsvingninger eller følelser. Kan være: Hevet (ved mani). Mye energi, høyt tempo, grandiositet, iderikdom, økt fokus på seksualitet, agitasjon mm Senket (ved depresjon). Nedstemthet, treghet, avflatede følelser, overdrevne skyldtanker, mindreverdighetsutsagn, lite mimikk, initiativløshet, agitasjon mm
Psykotiske symptomer	Hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, herunder at pasienten ikke klarer å gjøre rede for seg, har latens, desorganisert tale, ingen tale til tross for at pasienten prøver

	Negative symptomer, herunder tilbaketrekning, taushet, bortfall av funksjoner Desorganisert atferd eller atferd som er resultat av hallusinasjoner eller vrangforestillinger Kommunikasjon og samhandling
Positiv og negativ effekt av behandlingen som gis	Herunder <a href="#">medikamentell behandling</a>

### Dokumentasjon

Det foreligger to helt sentrale planer som danner utgangspunktet for forløpet, og dokumentasjonen rundt utredning og behandling.

1. PHR utredning og behandlingsplan voksne, kalles ofte kun for *behandlingsplan*. Denne skal opprettes så fort man har fått gjort en tilstrekkelig vurdering av tilstanden og kan begynne planlegging av tiltak. Behandler er hovedansvarlig for at denne utarbeides.

[Alle pasienter skal ha en behandlingsplan](#), som gir en samlet oversikt over sentrale overordnede områder og planlagte tiltak, og med tidspunkt for evaluering gjennom forløpet. Pasient, behandler og det øvrige tverrfaglige teamet skal samarbeide om å utarbeide en behandlingsplan med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Behandlingsmål bør settes av pasienten i samråd med behandler tidlig i forløpet og evalueres jevnlig. Behandler må sammen med miljøbehandlerne fremme at pasient opplever eierskap til planen. Behandlingsplanen evalueres og oppdateres i tråd med eventuelle endringer i pasientens utfordringer, funksjonsnivå og mål.

2. KDS behandlingsplan, kalles ofte for *KDS planen*, og er hoveddokumentet for sykepleien og miljøbehandlingen. Miljøbehandler utarbeider KDS planen i all hovedsak sammen med pasienten. Alle miljøbehandlere er ansvarlig for oppdatering og fremme forslag til endringer i planen.

KDS plan skal opprettes innen 24 timer. Tverrfaglig, strukturert samarbeid mellom ulike faggrupper, skal ligge til grunn for utarbeidelse av planen. For at alle skal kunne arbeide mot pasientens mål må tverrfaglig samarbeid være koordinert og det må sikres nødvendig informasjonsdeling for å fremme felles forståelse og enighet om miljøbehandlingen.

All relevant og nødvendig informasjon rundt sykepleie og miljøbehandling skal fremkomme i KDS planen, og er et detaljert forlengende ledd ut i miljøbehandlingsarbeidet fra behandlingsplanen. Alle rapporter som utformes skal være med utgangspunkt i det som er definert i KDS planen. KDS planen må, i likhet med behandlingsplanen, fortløpende evalueres og oppdateres.

En rapport tar utgangspunkt i sykepleiediagnoser, tiltak- og forordninger i KDS planen og bør inneholde informasjon om:

- Hvorvidt pasienten har fulgt opp sine avtaler for dagen, evt. hva som ikke er gjennomført
- Pasientens uttrykk, og måte å forholde seg til personal og medpasienter på (det som skjer i relasjon med andre)
- Dersom spesifikke situasjoner nevnes, skal konkret situasjon, personalets intervensjon (det man gjorde) og respons på denne intervensjonen beskrives. Både positive og negative responser beskrives
- Endringer i status når det gjelder utgang, permisjoner, medisiner og viktige endringer i behandlingsopplegget skal alltid nedtegnes
- Konkret beskrivelse av [positiv](#) og [negativ effekt](#) av medikamentell behandling. Både klinisk observasjon og pasientens opplevelse (**Ikke skriv**: «God effekt, angir ingen bivirkninger»; men **skriv for eksempel** «Pasienten har kun vandret frem og tilbake rett før behandlersamtalen. Han beskriver også selv mindre indre uro enn i går.»)

Generelle føringer for dokumentasjon i KDS plan:

Rapporten skal være mest mulig nøktern, beskrivende og skal vise at den som skriver har lest og tar utgangspunkt i KDS plan. Videre skal rapporten være konkret. Beskriv det som skjedde i detalj fremfor å bruke «sekkebetegnelser». Å «utagere» er et eksempel på en slik sekkebetegnelse; i dagligtalen er den nyttig, fordi man kun trenger å bruke ett ord for å gi andre en rask forståelse av hva som skjedde. I journalen må vi imidlertid være mer presise. Det gir et bedre grunnlag for juridiske vurderinger, risikovurderinger og vurderinger av klinisk tilstand. I stedet for «pasienten utagerte» kan vi skrive «Pasienten slo i madrassen og reiste seg brått fra sengen. Han beveget seg raskt mot undertegnede mens han ropte «Faen ta deg» og løftet armen på en slik måte at undertegnede oppfattet at han skulle til å slå.»

Rapporten er et juridisk dokument. Unngå adjektiver, karakteristikker og utstrakte tolkninger. Pasienten skal alltid omtales på en respektfull måte. Det er pasientens journal. Husk at perspektiv/tolkning som dokumenteres oftest tilhører personen som skriver rapporten. Sørg for at dette også fremkommer i rapporten. Eksempel: «Pasienten oppleves sint» vs. «pasienten er sint», eller «undertegnede opplever pasienten resignert» vs. «pasienten har vært/er resignert»

Tenk gjennom at andre, inkludert pasienten selv, skal kunne lese og forstå det som skrives og at du ved presis rapportering bidrar til god kommunikasjon i seksjonen. Dokumenter informasjon og observasjoner som er relevante, nødvendige og i tråd med KDS plan, og [ikke gi unødig informasjon](#) (for eksempel vil pålegg på brødskiva oftest ikke være relevant informasjon, men det kan være det ved vrangforestillinger knyttet til det).

#### 1.4.4 Grunnleggende kunnskap om samarbeid med pårørende

Pårørende har mange roller som bl.a. kunnskapskilde, omsorgsgiver, en del av pasientens nærmiljø og pasientens representant. Gjennom [å møte pårørende med respekt og gjensidig tillit](#), og som velmenende mennesker med bekymringer for pasienten, kan vi legge til rette for at pårørende får en opplevelse av at de er medspillere og en ressurs for både pasienten og

helsepersonellet. Pårørende er i tillegg mennesker med egne behov. De har ønske om å bli sett, hørt, få/gi informasjon og få hjelp til å mestre utfordringen de står overfor og at vår bistand skal hjelpe dem gjennom den oppståtte krisen. Nærmeste pårørende [har rett til informasjon](#), råd og veiledning for å kunne medvirke til utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet. Helsedirektoratet har laget en [brosjyre for helsepersonell](#) der det beskrives pårørendes rettigheter.

[Psykisk helsevernloven](#) beskriver også nærmeste pårørendes rettigheter som en selvstendig rettighet. Selv i tilfeller hvor pasienten ikke ønsker at pårørende skal få informasjon kan det være at nærmeste pårørende har krav på informasjon allikevel; dette er spesielt aktuelt når pasienten er innlagt på tvungen paragraf og vurdert som ikke samtykkekompetent. Siden pasienten ikke er samtykkekompetent vil vedkommende heller ikke kunne velge seg en annen som nærmeste pårørende, for å hindre at f.eks. ektefelle skal få informasjon. [Bruker- og pasientrettighetsloven](#) beskriver hvem som skal regnes som nærmeste pårørende dersom pasienten selv ikke er i stand til å avgjøre dette. [Pårørendeveilederen](#) gir også nyttig informasjon.

Det er viktig å etterspørre pårørendes behov, for eksempel:

- Er det forhold ved pasienten sin lidelse du syns er spesielt vanskelig å håndtere?
- Er det noe vi kan gjøre for å lette din situasjon?
- Har du den informasjonen du behøver? Har du fått informasjon om dine rettigheter som pårørende?
- Vet du hvem du kan kontakte om du lurer på noe? Har du noen å snakke med?
- Hva skulle du helst ønske at skjedde videre?

Medarbeiderne skal kontinuerlig oppdatere informasjon om nærmeste pårørende (F5-vinduet i DIPS), innhente pasientens samtykke til pårørendesamarbeid, ta kontakt med pårørende innen 24 timer og invitere til en samtale innen tre dager.

I mange tilfeller vil pårørende stå i en situasjon hvor de [kan være usikre på hva de skal spørre](#) om og hvilke forventninger de kan ha til helsepersonell og det psykiske helsevesenet. Pårørende kan være i krise og bør få en opplevelse av å bli møtt med sjenerøsitet og inviteres til dialog. På denne måten [legges det til rette for gode samarbeidsrelasjoner](#) mellom partene. Medarbeidere i sykehus har et [ansvar for å ivareta opplæring](#) til pårørende. Gjennom informasjonsarbeid bør pårørende få nødvendig kunnskap og forståelse for utfordringene pasienten sliter med jf. [Retningslinjen for pårørendesamarbeid](#).

Pårørende er i tillegg en viktig kilde til informasjon som kan ha betydning for behandlingen. I slike tilfeller er det viktig at vi er så konkrete som mulig når vi innhenter og beskriver informasjonen de pårørende sitter på.

Etiske dilemmaer i møte med pårørende kan bl.a. være:

- Når pasient ikke vil dele informasjon med sine pårørende og pårørende er fortvilet over ikke å få informasjon.

- Når pårørende har sterke meninger om helsehjelpen som ikke deles av pasienten.
- Når nærmeste pårørende er uenige om hva som er det beste for pasienten.
- Når helsepersonellet vurderer at nærmeste pårørende ikke er en ressurs for pasienten.

### *Barn som pårørende*

Det er også viktig å huske på at pårørende ikke kun er voksne. Barn under 18 år som pasienten har blant sine nærkontakter kan bli påvirket av at et familiemedlem kommer i en psykisk krise. De står da i fare for å utvikle egne problemer og vil ha [behov for å få tilstrekkelig informasjon og for å få snakket om sin situasjon](#). Helsepersonell har plikt til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. Barn som pårørende har en selvstendig rett til å bli inkludert og informert når sykdom eller psykiske plager rammer familien, og ivaretagelse av barnas behov for informasjon skal tilbys sammen med nødvendig oppfølging.

### **1.4.5 Grunnleggende kunnskap om egne reaksjoner i møte med pasient og pårørende**

Miljøbehandlingen preges både av [bevisste og ubevisste prosesser i samhandlingen](#) mellom pasienter, behandlere og miljøbehandlere. Motoverføring og splitting er to velkjente fenomener som kan påvirke postatmosfære og miljøbehandlingens innhold på en negativ måte. Dette er helt normale fenomener som alle møter. Det er viktig å vite om disse fenomenene da måten vi møter og forholder oss til dem på kan utgjøre en stor forskjell for både behandling og trivsel (se også Trygghet i en terapeutisk postatmosfære om EE).

### *Motoverføring*

Overføring og motoverføring er normale fenomener og eksisterer i alle typer relasjoner. I klinisk praksis omhandler [overføring](#) følelsene og holdningene en pasient utvikler for behandler og miljøbehandler, med utgangspunkt i uløste konflikter fra fortiden. [Motoverføringer](#) er følelser som miljøbehandlere og behandlere får for pasienten. Man snakker om to typer motoverføringer, generelle og freudianske.

*Generelle motoverføringer* omhandler følelser som «alle» kjenner når de er sammen med pasienten. For eksempel: Pasienten med dyssosial personlighetsforstyrrelse fikk mange til å kjenne på ubehag når de var sammen med ham.

*Freudianske (opprinnelige) motoverføringer* omhandler følelser du utvikler i samvær med pasienten som egentlig handler om noe i deg selv eller din historie. For eksempel: Den deprimerte mannen utløste medfølelse hos mange, men du kjente på ubehag fordi han minnet deg om en lærer du hadde på barneskolen som var uforutsigbar og oppfarende.

Når vi har sterke følelser i samvær med pasientene vil vi kunne komme til å handle i tråd med følelsene heller enn behandlingsplanen og KDS plan hvis vi ikke er oppmerksomme. Man vil kanskje få lyst til å innfri mange av kravene til pasienten med dyssosial personlighetsforstyrrelse fordi man er redd, selv om behandlingsplanen sier at han skal ha faste rammer. Man vil kanskje ha lyst til å gå inn til den deprimerte mannen så lite som mulig selv om behandlingsplanen og KDS plan sier «tilstedeværelse». Når vi er kjent med fenomenet motoverføring kan vi legge merke til dette og velge å følge behandlingsplanen.

### *Splitting*

Mange av pasientene vi møter i en psykisk krise kan ha et unyansert forhold til personer og verden. De kan dele andre personer og verden inn i godt/ondt osv. Dette kalles splitting. Også splitting er en naturlig psykologisk mekanisme og en vanlig mestringsstrategi som vi alle i noen grad bruker. Det kan imidlertid oppstå store [problemer i mellommenneskelig samhandling](#) når en person til stadighet eller gjennomgående forholder seg til miljøbehandlere og behandlere som enten «gode» eller «onde». Det er [belastende for oss å bli tildelt en slik rolle](#), og det kan påvirke måten vi oppfører oss i forhold til pasienten. Å bli tildelt rollen som «god» kan gjøre at man kjenner seg som «den som kan redde pasienten» og kan for eksempel føre til at man går inn som problemløser der behandlingsplanen sier man skal unngå dette. Samtidig vil den som ble tildelt rollen som «ond» kjenne på at man ikke liker pasienten, og kan få lyst til å konfrontere eller avvise pasienten selv om det står i behandlingsplanen at man skal ha en vennlig tilnærming. I tillegg til at pasienten kan få dårligere behandling kan splitting også føre til en splittelse blant medarbeidere. Den «onde» og den «gode» vil kunne tenke om hverandre som illojale. Dette kan også blåse glør i ulmende uenigheter og forskjeller i behandlingskultur.

Det er derfor viktig å akseptere behovet for splitting hos pasienten som normalt fenomen og som en strategi pasienten bruker for å håndtere sin kaotiske verden. Videre er det vesentlig at behandlingsteamet og dets medlemmer aksepterer rollene de tildeles av pasienten, uavhengig av om man blir sett på som god eller ond. Den grunnleggende ferdigheten validering (se kapittel 1.3.6) er en helt sentral intervensjon i møte med splitting. I møte med pasientens devaluerende eller forherligende utsagn går personalet verken i diskusjon eller er «enig» med pasienten. Personalet bruker validering for å bekrefte pasientens *opplevelse av* at en medarbeider er ond eller udugelig («*det må være slitsomt når du opplever det slik*»), og at en annen er flink og omtenksum («*det høres ut som du i møter med x føler deg forstått og tatt vare på*»). På denne måten skaper miljøbehandlingen et rom for hele pasienten, og gir pasienten mulighet til å erfare at motsetninger kan leve side om side, noe som vil styrke både psykisk, sosial og eksistensiell mestring. Det er viktig at kollegaer og ledere hjelper medarbeiderne som får tildelt disse rollene av pasienten, og at fokuset ikke er på å ta parti, men å forstå fenomenet og vende tilbake til behandlingsplan.

#### **1.4.6 Grunnleggende ferdigheter i møte med pasient og pårørende**

Kommunikasjon er vårt viktigste redskap i møte med andre mennesker. Pasienter vi møter i vår kliniske hverdag kan være preget av aktive psykotiske symptomer, rusbruk, livskriser, håpløshet, sterke affekter, kognitiv svikt, rigid tenkning, redusert oppmerksomhet osv. Noen kan være var for lyder, mens andre kanskje har dårlig hørsel. Noen kan tolke alt i verste mening, mens andre sier ja til alt du sier. Noen trenger kanskje konkret og kortfattet informasjon, mens andre vil forstå situasjonen bedre når man bruker metaforer. Noen trenger tid til å svare, mens andre kan snakke uavbrutt.

Alle slike scenarioer krever at vi må være fleksible og tilpasse vår dialog og samhandling i møte med pasientene. For å kunne gjøre dette er det ofte nødvendig å innhente informasjon om forhold rundt pasientens historikk som kan være relevant for situasjonen. Dette vil også bidra

til økt forståelse og god kommunikasjon. [MAP \(Møte med aggresjonsproblematikk\)](#) inkluderer flere kapitler om kommunikasjon og kommunikative hensyn vi må ta i møte med forskjellige pasienter. Mens [klare beskjeder og effektiv lytting](#) til svaret som gis, er nøkkelementer for å utvikle en god behandlingsrelasjon, kan uklar kommunikasjon bli misforstått, skape usikkerhet og forvirring og forverre behandlingsalliansen. Ved å bruke den grunnleggende ferdigheten **validering**, kan vi understøtte pasientens mestring og opplevelse av egenverd gjennom å innta en «jeg ser deg» holdning.

Kommunikasjon er ikke bare ordene vi sier. Vi må også være oss bevisst vår nonverbale kommunikasjon, i form av kroppsspråk, blikkkontakt, tonefall osv. Det handler om [hvordan vi fremstår og hvilke signaler](#) vi gir vedrørende egne holdninger, overbevisning og forventninger til pasienten.

Å kommunisere de grunnleggende holdningene verbalt og nonverbalt vil bidra til lettere å få til dialog og samarbeid med pasienten. Reflekterende samtaler, ikke bare om pasienten, men [med pasienten](#) og rundt tema som pasienten er opptatt av, vil kunne styrke pasientens medvirkning, påvirkning og mestring, og bringe behandlingen nærmere et eksistensielt nivå, fremfor primært å omhandle håndtering av adferd.

### *Validering*

Validering er en nyttig ferdighet når man skal kommunisere med mennesker som opplever sterke følelser. I slike situasjoner vil mange av oss instinktivt respondere med forklaringer, argumenter eller råd om hva den andre burde gjøre; ofte vil man imidlertid få bedre resultater dersom man først velger å fokusere på følelsen som kommuniseres.

**Pasient:** «Dere er helt syke i hodet alle som jobber her! Har dere tenkt å drepe meg eller? Hvordan skal jeg få slappet av på denne plassen?»

**Ikke-validerende respons:** «Nei, dette er et sykehus, du er trygg her. Du har jo en seng på rommet ditt, du kan jo slappe av der hvis du vil?»

**Validerende respons:** «Det må være forferdelig slitsomt å være så usikker på oss.»

Å respondere på sterke følelser med validering øker sjansen for at pasienter og pårørende opplever at vi «ser dem», og samtidig bidra til både psykisk og sosial mestring. Validering kan gjøre det lettere å roe seg, senke konfliktnivået, styrke behandlingsalliansen og bidra til å løse mange utfordrende situasjoner i døgnseksjoner. Validering kan derfor være et av de mest nyttige verktøyene både for miljøbehandlere og behandlere. Vi anerkjenner følelsene først; så kan vi gå videre sammen for å utforske hvordan vi kan avhjelpe det som er vanskelig.

For å bruke validering må helsepersonell kunne identifisere, bekrefte og dermed gyldiggjøre pasientens følelser og opplevelser, dvs. kunne sette seg inn i hvordan pasienten opplever situasjonen.

Validering handler om:

1. Å identifisere og anerkjenne pasientens mulige følelse eller opplevelse
2. Å kommunisere verbalt/nonverbalt denne anerkjennelsen

Validering av pasientens følelser og opplevelser er IKKE det samme som å være enig med pasienten. Vi bekrefter opplevelsen, ikke hvorvidt innholdet i opplevelsen er sant eller usant. Å få dette til på en naturlig måte, med innlevelse og troverdighet, uten å lyve eller å si noe man ikke kan stå for, er en treningssak. Derfor er det uunnværlig å ha regelmessig ferdighetstrening med feedback.

#### *MAP (Møte med aggresjonsproblematikk)*

MAP kan forstås som en traumebevisst tilnærming, der helsepersonell prøver å *skape trygghet, bygge relasjon, og fremme pasientens autonomi / evnen til selvregulering*. Helsepersonell retter oppmerksomheten på samhandling, pasientens mestring og recovery. I MAP går vi utfra at vold oppstår i et samspill. Og vi snakker om en person som har det vanskelig, ikke om en vanskelig pasient. Det er ingen som er voldelig hele tiden. Den faglige forståelsen tar utgangspunkt i *beslutningsteori*, ved å stille følgende spørsmål:

1. Hva motiverer handlingen (for eksempel å beskytte/forsvare seg, å motvirke avmaktsfølelse, å få goder m.m.)?
2. Hva kan bidra til å svekke naturlige sperrer (hva kan svekke for eksempel skam, dårlig samvittighet, redsel for skade eller andre konsekvenser m.m.)?
3. Hva kan destabilisere evnen til å vurdere handlingsalternativ (for eksempel høyt affektnivå, stress, stemmehøring m.m.)?

Ved å ta utgangspunkt i disse premissene, gir vi oss selv muligheten til å påvirke samspillet med pasienten og dermed forebygge vold og aggresjon i mye større grad enn tidligere. Her tilbyr MAP flere verktøy og strategier (MAP-samarbeidsdialog, Early Recognition Method, KLAR-klinisk alternativ til risikohåndtering, kommunikasjonsmodellen, deeskaleringens faser m.m.). Ved å hele tiden balansere risiko- og vekstprinsippene ivaretar personalet både en relasjonell og en prosedyredrevet og lovregulert pasientsikkerhetspraksis.

MAP-modellen baserer seg på Verdens helseorganisasjon's forebyggingsmodell som deler voldsforebyggende arbeid opp i tre nivåer; primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging av vold er de tiltakene som helsepersonell utfører for å stoppe vold før sin forekomst, herunder aggresjonsforståelse, voldsrisikovurdering og håndtering, voldsforebygging og forebyggende kommunikasjon. Sekundærforebygging er tidlig oppdagelse av konflikt under opptrapping, og omhandler de tiltakene som helsepersonell benytter for å stoppe volden. Herunder inkluderes de-eskalering, samhandling og personalets evne til selvregulering. Tertiærforebygging omfatter handlinger og tiltak som helsepersonell



gjennomfører for å redusere skadene for de involverte personene. Disse er [håndteringsstrategier](#), [fysiske teknikker](#) og [etterarbeid](#).

Det er enormt viktig å forstå voldsdynamikken og personalets egen rolle i samspillet. Samtidig tilfører også MAP nødvendig handlingskompetanse på hvordan aggresjon og vold kan og bør møtes på en profesjonell og hensiktsmessig måte når slike situasjoner først oppstår. Praktiske kommunikasjonsferdigheter og evne til selvregulering blir sterkt vektlagt. Målet er at medarbeiderne skal få en solid verktøykasse for å kunne jobbe effektivt med denne utfordrende problematikken.

## 2.0 Grunnleggende strukturer for å implementere og forvalte miljøbehandlingen

For å sikre en [vellykket implementering](#) av grunnleggende og spesialisert miljøbehandling i klinisk praksis, er det nødvendig med etablering av strukturer både for kompetanseutvikling- og vedlikehold og for oppfølging og evaluering av tilbudet.

### 2.1 Kompetanseutvikling- og vedlikehold

Kompetanseutvikling er sentralt for å fremme medarbeidernes trygghet og sikre pasientsikkerhet og brukermedvirkning. Teoretisk kunnskap og opplæring er viktig, men ofte ikke tilstrekkelig for å få til reelle endringer i klinisk praksis. Bare fordi jeg vet at noe er viktig betyr ikke det at jeg nødvendigvis vet hvordan jeg skal gjøre noe annerledes i klinisk praksis. Derfor trengs det strukturer som sikrer at kompetanse utvikles og vedlikeholdes. Refleksjon vil kunne bidra til å øke evnen til perspektivtåking og skape en bevisstgjøring om handlingene vi utfører i det daglige. Ferdighetstrening med feedback og praksisnær coaching anses som en [kjernekomponent](#) for vellykket implementering og vil kunne hjelpe oss til å øve konkret på ferdigheter som vi skal utvikle oss på. Bruk av kompetanseplan vil hjelpe oss til å holde oversikt over hva vi trenger å strekke oss mot og jobbe spesielt med fremover. Til sammen danner dette et rammeverk som vil sikre implementering av ønskede tiltak i klinisk praksis.

#### 2.1.1 Refleksjon

Ved etisk refleksjon er [verdimessige begrunnelser sentrale](#), herunder hvordan organisasjonens verdier omsettes og ivaretas i klinisk praksis. Etisk refleksjon har en «nedenfra og opp»-tilnærming hvor helsepersonell kan bringe med seg ulike erfaringer og kompetanse, noe som kan innebære et stort potensial med tanke på gjensidig læring og kvalitetsforbedring. Refleksjonen bør foregå tverrfaglig, dvs. involvere flere enn kun miljøbehandlere. Gjennom refleksjon kan medarbeideren få en [ny, utvidet eller utdypet forståelse av etisk utfordrende situasjoner](#). Bevisstheten som refleksjonsgruppen skaper vil gi et bedre grunnlag for det personalet gjør fremover.

Det er mange situasjoner som vil være etisk utfordrende, særlig relatert til pasientens autonomi, herunder situasjoner der tvangsbruk vurderes, bruk av beskyttelsestiltak ved selvmordsfare, tiltak vi overtar for pasienten basert på en tanke om at pasienten ikke er i stand til å utføre disse selv (for eksempel minne om å stå opp, måltider osv.), situasjoner som utløser motoverføringer eller skaper splitting i personalgruppen (for eksempel å innta en svært beskyttende eller avvisende holdning).

En [norsk studie](#) fant at systematisk etikkrefleksjon bidro positivt i form av å gi helsepersonell økt bevissthet knyttet til bruk og utøvelse av formell og uformell tvang, styrke faglig kompetanse og selvtillit, skape tillit og større forståelse for kolleger som tenker annerledes, utfordre holdninger og praksiser som kan være problematiske eller er av en paternalistisk karakter, bidra til bedre samarbeid på tvers av yrkesprofesjoner samt gi helsepersonell flere handlingsalternativer.

### 2.1.2 Ferdighetstrening med feedback

Medarbeiderne må være bevisste på eget kroppsspråk, tonefall, ordvalg og egne emosjonelle reaksjoner i kliniske situasjoner. Teoretisk opplæring alene vil ikke alltid gi tilstrekkelig læringseffekt og praksisendring. Innlæring og vedlikehold av kompetanse krever derfor [regelmessig trening med feedback](#). En [norsk studie](#) fant at miljøbehandlere erfarte ferdighetstrening med feedback som viktig for deres kompetanseutvikling og at det gjorde dem tryggere på å bruke terapeutiske ferdigheter i sitt arbeid.

Også her er det viktig at alle yrkesgrupper deltar i ferdighetstrening og påfølgende veiledning, både for å skape felles forståelse og samhandling i team, men også for å sikre felles eierskap til arbeidet som gjøres i seksjonen.

Ved Blakstad sykehus bruker vi [medisinsk simulering](#), en treningsform som forbinder øving på klinikknære scenarioer med påfølgende veiledning av en sertifisert SIM-fasilitator. I tillegg kan det brukes [feedbackbasert kollegaveiledning](#), der et rollespill følges opp med konkrete tilbakemeldinger på medarbeiderens handlinger og hvordan handlingene virket på *pasienten*. Situasjoner fra klinisk praksis tas med til feedbackbasert kollegaveiledning slik at medarbeiderne får trent på konkrete utfordringer. Også MAP-vedlikeholdstrening vil være en form for trening der personalet får øke sin kompetanse. Det er da viktig at den ledes av en MAP-ressursperson og/eller instruktør som gir tilbakemelding til sine kollegaer.

### 2.1.3 Kompetanseplan

Medarbeidere med god og riktig kompetanse er virksomhetens største ressurs. Kompetente medarbeidere vil gi en større grad av arbeids glede, styring, trygghet, kvalitet og mulighet for å lykkes med endring og utvikling. Hver enkelt avdeling bør utforme en egen kompetanseplan for miljøbehandling som hver medarbeider bruker. Medarbeiderne vil så bruke kompetanseplanen aktivt for å sikre, både lojalitet til og utvikling i, grunnleggende kompetanse og valgt spesialisert kompetanse. Utviklingen følges opp av seksjonsledelsen gjennom regelmessige fagutviklingssamtaler med den enkelte medarbeideren.

## 2.2 Oppfølging og evaluering av tilbudet

For å vite noe om hvorvidt behandlingstiltakene vi gjennomfører har effekt, trenger vi å undersøke og evaluere disse, både individuelt i møte med hver enkel pasient, men også på systemnivå. Vi må sikre at ledere og medarbeidere er lojale til tiltakene som er besluttet og at alle utøver tiltakene i henhold til det som er vedtatt. Ikke minst må vi høre noe om hvordan pasientene opplever og vurderer vår behandling. Det er pasientene og deres bedringsprosess som skal være i fokus for behandlingen og da er det nødvendig å etterspørre og bruke deres tilbakemeldinger kontinuerlig i vårt arbeid.

### 2.2.1 Bruk av data på systemnivå

I Vestre Viken HF skal vi arbeide med [kontinuerlig forbedring](#). [SPC](#) er et verktøy som gjør at vi kan identifisere og analysere variasjon i en prosess over tid. Ved hjelp av SPC kan seksjonen få oversikt over variasjonen i arbeidsprosessen, identifisere utvikling og forbedring over tid, og dokumentere hva seksjonen leverer. Eksempler på data kan være tvangsvedtak, synergimeldinger om vold og trusler, antall sykemeldinger, oppdatering av behandlingsplan og KDS-behandlingsplan, antall gjennomførte refleksjons- og treningsøkter m.m.

### 2.2.2 Bruk av psykometri

For å vite om behandlingen vi tilbyr faktisk hjelper pasientene, trenger vi å undersøke dette. Det finnes mange tester og undersøkelser, såkalte psykometriske tester, som kan benyttes og som kan utgjøre en evalueringsramme. Det kan for eksempel være naturlig å undersøke pasientens funksjonsnivå ved innleggelse og utskrivelse. Psykometriske data vil kunne samles inn digitalt via plattformen [CheckWare](#). Her vil det være mulighet for å benytte tester som pasientene selv skal fylle ut (herunder tilbakemeldingsverktøy) eller som tar utgangspunkt i behandlernes vurderinger. Det anbefales derfor at sykehuset og de enkelte avdelingene vurderer hvilke psykometriske tester som skal brukes for å kunne måle bedring hos pasienten.

### 2.2.3 Tilbakemeldinger fra pasient og pårørende

#### *Pasientundersøkelser*

Pasient- og pårøndererfaringer er viktige for å kunne kvalitetssikre sykehusets tilbud. Alle voksne pasienter som er innlagt ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern (PHV) skal bli invitert til å delta i en undersøkelse om erfaringene sine med institusjonen like før de skrives ut. [Folkehelseinstituttet \(FHI\) har utviklet en egen brukererfaringundersøkelse](#) som alle helseforetak skal bruke fremover. Hensikten er å gi tilbakemelding om pasientenes erfaringer med tilbudet de mottar, og med dette bidra til god kvalitet i behandlingen. Pasientene svarer elektronisk. Folkehelseinstituttet har laget en [informasjonsplakat](#) og publiserer [rapporter](#) og gir tilbakemelding om resultatene til de enkelte tjenestestedene.

For å være tettere på pasienterfaringene kan seksjonene på Blakstad velge å bruke lokale brukerundersøkelser i tillegg til FHI-undersøkelsen.

### *Opplevelse av tvang*

Både [Helse Sør-Øst rapporten](#) om redusert bruk av tvangsmidler og Helsedirektoratets [nasjonale faglig råd](#) om tvang i psykisk helsevern anbefaler å undersøke pasienters opplevelse av tvang. Frivillig innlagte pasienter kan oppleve frihetsbegrensninger, samtidig som noen pasienter under tvangsparagraf ikke opplever det som tvang. Ved bruk av [Experienced Coercion Scale \(ECS\)](#) får seksjonen tilbakemelding om hvordan pasientene opplever behandlingen og måten de blir møtt på. Personalet kan bruke ECS som samtale om opplevd tvang. Pasienten kan også velge å fylle ut alene og anonymt. Seksjonen kan dermed kontinuerlig arbeide med å redusere pasientenes opplevelsen av tvang, krenkelse og avmakt.

### *Postatmosfære*

Ward Atmosphere Scale (WAS) er det mest benyttede verktøyet til å måle postatmosfæren (se grunnleggende kunnskap) og ulike aspekter knyttet til behandlingsmiljøet ved døgnenheter innen psykisk helsevern. WAS er et selvutfyllingsskjema for både personal og pasienter. Det måler interaksjonen mellom pasienter, mellom pasienter og personal samt mellom personalet. Eksempler på faktorer som skal skåres og vurderes er: støtte, engasjement, praktisk orientering, sinne, orden, personalkontroll osv. [Psykoserefningslinjen](#) anbefaler bruk av WAS annethvert år for å se om miljøet er preget av de elementene pasienter med psykoselidelser har best effekt av.

## **3.0 Kort om spesialiserte behandlingstilnæringer**

Det finnes flere fellesnevner i behandling som i stor grad vil være aktuelle for de fleste pasienter. Til tross for slike fellesnevner er det også behov for å kunne tilpasse og skreddersy behandling individuelt. Pasientenes behov og evne til å kunne nyttiggjøre seg av behandling vil variere med blant annet alder, kognitiv fungering, grad av psykose- og stemningsforstyrrelse, impuls kontroll og potensial for voldsutøvelse, selvdestruktivitet, erfaring med relasjoner, formelle rammer ved innleggelsen, pårønderressurser, fase i utviklingen av lidelsen, personlig preferanse, m.m. På Blakstad Sykehus har vi tre ulike, spesialiserte avdelinger som dekker hvert sitt brede fagområde. Det skal også nevnes at selv om det er spesialisering vil det også være et overlapp. Det er derfor grunnleggende miljøbehandling og struktur vil gjelde alle.

### **3.1 Om modeller**

Det finnes flere spesialiserte erfarings- og kunnskapsbaserte modeller for miljøbehandling som er utviklet for å møte pasientenes behov i de enkelte behandlingsfasene.

#### **3.1.1 Evidens for miljøbehandling**

Et søk gjennomført av FoU-avdelingen i Klinikk for psykisk helse og rus, fant 100+ artikler fra før 1980, med klassiske definisjoner av miljøterapi, men svært lite fra de siste 30 årene. Skorpen og Øye (2010) gjennomførte et litteratursøk om forskning på miljøterapi, der de

konkluderte med at det den gang forelå lite forskningsbasert kunnskap på miljøterapiens innhold og nytteverdi og at miljøterapien manglet et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Ut fra Skorpen og Øyes (2010) konklusjon er det naturlig i denne sammenheng å avgrense søket til forskning på miljøterapi som er gjennomført etter 2010, men også der var det veldig sparsomt med relevante funn.

I tillegg til å be FoU-avdelingen om å gjennomføre et enkelt litteratursøk, tok prosjektgruppen kontakt med organisasjoner knyttet til de enkelte behandlingsformer om en oppdatering av kunnskapsstatus på den enkelte miljøbehandlingsmodellen. Dette for å sikre en tilstrekkelig oppdatering på miljøbehandlingens evidens. Vi tok kontakt med (i alfabetisk rekkefølge):

*Institutt for atferdsanalyse*

*Institutt for mentalisering (MBT)*

*Institutt for velferd, ledelse og organisasjon*

*Korus Sør-Øst*

*Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF)*

*Norsk Institutt for Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP)*

*Norsk forening for kognitiv terapi (CBT/KAT)*

*Norsk forening for metakognitiv terapi (MCT)*

*Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Sør (RVTS-Sør)*

*Senter for kontekstuell atferdsvitenskap*

*Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering (SEPREP)*

*The international society for psychological and social approaches to psychosis (ISPS) Norge*

Miljøbehandling er krevende å forske på. Spesifikke modeller er lite undersøkt og eksisterende studier har stort sett for dårlig forskningsdesign. Konklusjonen er derfor at det finnes lite evidens for de enkelte modellene for miljøbehandling. Samtidig er miljøbehandling kjernen i døgnterapi. Ellers kunne man jobbet poliklinisk. Elementer som inngår i miljøbehandling, slik som relasjonsbygging, bemyndigelse, behandlingsallianse, struktur, kommunikasjon, ferdighetstrening osv. er grunnleggende fellesfaktorer.

### **3.2 Om spesialiserte ferdigheter**

En modell beskriver hvordan man går frem i en behandlingstilnærming. Hver modell inneholder et sett med intervensjoner, og det er vanlig at disse låner elementer av og bygger på intervensjoner fra andre modeller i større eller mindre grad. Intervensjoner på tvers av modeller kan også ha forskjellige navn selv om de handler om noe av det samme, avhengig av hvilken tradisjon de kommer fra, hva som vektlegges, og hva som skiller dem fra hverandre. Validering er et eksempel på en intervensjon som går igjen i de aller fleste modellene, men som kan ha forskjellige betegnelser slik som empatisk kommunikasjon, bekreftende kommunikasjon, validering eller bekreftelse. Når en avdeling beslutter å implementere en eller flere modeller for miljøbehandling så impliserer det at medarbeiderne lærer seg de spesifikke ferdighetene som hører til modellen(e). Her vil også de grunnleggende strukturene med refleksjon, ferdighetstrening med feedback og bruk av kompetanseplan være sentrale for en vellykket implementering.

## 4.0 Klinisk praksis: Pasienten møter Blakstad

### Grunnleggende kompetanse

Alle pasienter blir møtt med validerende intervensjoner på tvers av seksjoner og uavhengig av om de er inne til kortere eller lengre opphold. Personalet legger til rette for at pasienten kan ivareta sine grunnleggende behov gjennom struktur, aktivitet, inkludering og kontinuitet. Samhandling, observasjon og presis dokumentasjon gir informasjon å styre behandlingen etter. Pasienter og pårørende opplever seg *sett og hørt*, og kjenner igjen både holdning og handling i møte med alle medarbeidere ved Blakstad sykehus.

Det vi *gjør* i møte med pasient og pårørende

### Valgt(e) behandlingsmodell(er) og spesifikke ferdigheter

Når pasienter er innlagt på en bestemt seksjon møtes de med spesifikke intervensjoner som de ser at alle medarbeidere i denne seksjonen har et forhold til. De opplever å få et balansert tilbud med både tilstrekkelig støtte og utfordringer til å komme seg videre i livet. De har tillit til at også alle andre med psykiske helseutfordringer ville fått tilsvarende spesialisert behandling i alle avdelinger ved Blakstad sykehus.

Beste praksis

### Implementering som kontinuerlig prosess

Alle medarbeidere har gjennom arenaer for refleksjon og ferdighetstrening med feedback tilegnet seg ferdigheter på høyt nivå. Gjennom de samme lærings- og refleksjonsarenaene forvalter medarbeiderne verdier, holdninger og prinsipper som alle pasienter og pårørende kjenner igjen. Den enkelte seksjonen har tatt aktive valg om hvilke spesifikke modeller og derav ferdigheter de anvender. Ferdighetene er beskrevet i plan for kompetanseutvikling som medarbeiderne aktivt bruker innenfor en struktur der refleksjon og ferdighetstrening med feedback er vesentlige komponenter. Lederne sikrer at strukturen er etablert og følger opp arbeidet jevnlig.

Den kontinuerlige lærings- og refleksjonsprosessen kommer ut som **beste praksis** i møte med alle pasienter. Praksisen kan beskrives og vises på handlingsnivå gjennom det medarbeidere i ethvert møtepunkt med alle pasienter og deres pårørende **gjør**. Praksisen følges opp og evalueres kontinuerlig gjennom innsamling av data og refleksjon rundt disse, herunder tilbakemeldinger fra pasienter.