

# Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom – en kvalitativ studie av pasienters og ansattes erfaringer

Lisbet Borge

Avhandling til graden dr. philos.

Universitetet i Oslo  
Det medisinske fakultet  
Institutt for klinisk medisin



UiO : **Universitetet i Oslo**



Diakonhjemmet Høgskole

Oslo 2013

© **Lisbet Borge, 2013**

*Doktoravhandlingar forsvart ved  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.  
Nr. 1614*

ISBN 978-82-8264-595-9

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Inger Sandved Anfinsen.  
Trykk og innbinding: AIT Oslo AS.

Produsert i samarbeid med Akademika forlag, Oslo.  
Avhandlingen blir kun produsert av Akademika forlag i forbindelse med disputas.  
Alle henvendelser vedrørende avhandlingen skal rettes til rettighetshaver eller enheten der doktorgrad er forsvart.

## **Førord**

Arbeidet med denne avhandlingens tema startet da jeg arbeidet ved Modum Bad. Jeg vil takke min tidligere leder, direktør Ole Johan Sandvand, som ga meg muligheter til å planlegge og gjennomføre arbeidet med den første artikkelen. Takk til de mange terapeutene som forespurte pasienter om å delta i studien, og ikke minst tusen takk til alle de pasientene som var villige til å dele sine erfaringer med meg.

Takk også til Høgskolen i Hedmark som ga meg FOU tid til å gjøre reanalyse og skrive den andre artikkelen basert på materialet fra Modum Bad. Tidligere kollega og professor Jan Kåre Hummelvoll bidro med sin interesse og klokskap i dette arbeidet, og brukersassatt Gro Beston ga innspill til analysen og støttet meg til å arbeide videre med temaet læring.

Tidligere dekan Karin Kongsli og studieleder Gry Bruland Vråle ved Diakonhjemmet høgskole banet veien for meg til TEDD-prosjektet. Takk til professor Sidsel Sverdrup som inviterte meg inn i prosjektet og som ga meg ansvar og oppgaver. Hun oppmuntret meg til å bygge videre på mine tidligere arbeider med tanke på en mulig avhandling. Jeg er svært takknemlig for dette. Takk også for godt og lærerikt kollegafellesskap med professorene Olav Helge Angel og Live Fyrand. Stor takk går også til alle pasienter og ansatte som var villige til å dele sine erfaringer i følgeforskningsprosjektet. Tidligere avdelingssjef ved DPS Vinderen, Petter Ekern, tok initiativ til evalueringen av TEDD, overlege og enhetsleder Grete Sølvberg Larsen ved TEDD banet veien til alle informantene, psykolog Torkil Berge var prosjektansvarlig og bidro til å skaffe økonomisk støtte fra Helsedirektoratet og Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse (RKDD). Ikke minst vil jeg få takke instituttleder Liv Thorhild Undheim ved Diakonhjemmet høgskole for FOU tid og romslighet.

Jeg har hatt noen gode læremestre med meg på veien. For det første vil jeg takke Rita Anne Berntsen, som med sine brukererfaringer tidlig anerkjente verdien av empirien fra Modum Bad. Førsteamanuensis May Solveig Fagermoen, som var min veileder i arbeidet med den første artikkelen og som har vært min sideveileder i den siste fasen. Tusen takk for engasjement og puff på veien og som bidro til at jeg fikk mot til å ta steget videre. En stor takk til min hovedveileder, professor Jan Ivar Røssberg, som hjelp meg inn på ”doktorveien”. Tusen takk for kloke innspill og bruk av tid.

Jeg vil også til sist takke mine gode kolleger ved Institutt for sykepleie og helse ved Diakonhjemmet høgskole, og ikke minst min nærmeste kollega Karen Ekern, som har måttet klare seg med en ikke alltid tilstedeværende kollega i det siste året.

En stor takk til min kjære og tålmodige ektemann Egil for raus og oppmuntrende støtte, barn og svigerbarn og ikke minst våre fire små barnebarn, Johan, Ingrid, Emilie og Caroline, som stadig har minnet meg på at læring er selve livet – også den kreative og ikke bare den akademiske.

## Sammendrag

*Introduksjon:* Få studier har undersøkt pasienter og personalets opplevelse av behandlingsmiljøet på psykiatriske institusjoner ut fra et læringsperspektiv. Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om hvilken mening og verdi den psykiatriske institusjon kan ha som et sted for læring i tid og rom for pasienter med ulike psykiske lidelser, og hvordan de ansatte bidrar til pasientenes læringsprosess. Spesielt var det ønskelig å undersøke nærmere pasientenes erfaringer og opplevelser med å være deltagende i sin egen læringsprosess i fellesskap med andre, hvilken mening dette har for dem, og hvordan de ansatte og den omliggende kultur, kontekst og stedet bidrar til å fremme eller hindre at læring skjer.

*Materiale og metode:* I denne avhandlingen er det samlet inn data fra to ulike institusjoner. I den første delen samlet vi inn data fra en åpen psykiatrisk institusjon. Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med 15 pasienter med ikke-psykotiske lidelser før utskrivelse, og 14 av disse ble reintervjuet etter utskrivelse. Den andre enheten var en lukket sengeavdeling ved et distriktpsykiatrisk senter for pasienter med dobbeltdiagnoser. Her ble det gjennomført kvalitative intervjuer med 20 pasienter og 24 ansatte. Ni av de ansatte ble også intervjuet en gang til etter 12 måneder. Studien har et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, og har sin teoretiske forankring i Illeris (2012) sin læringsmodell. Denne modellen ser læring som situert, det vil si at den finner sted i en bestemt sammenheng av sosial og samfunnsmessig karakter, og vektlegger en sosiokulturell forståelse.

*Resultater:* Resultatene fra de fire artiklene er sammenfattet og drøftet i fem hovedtemaer; Omverden (helende omgivelser), Læringsklima som drivkraftsdimensjon, Innsikt og mestring gjennom kunnskap og erfaringer, Kollaborativ læring (samspill), og Spenninger i læringsklima (barrierer mot læring).

Omverdenen (institusjonens fysiske og estetiske omgivelser) er helende omgivelser og gir pasientene en opplevelse av helhet og selv-verdi. Dette erfares gjennom stedets atmosfære og møte med de ansatte, som bekrefter dem som likeverdige mennesker. Institusjonens læringsklima, med de ansattes holdninger, vennlighet, engasjement, faglighet, struktur og fleksibilitet, og pasientenes mulighet for å medvirke i egen behandling, motiverer til at læring kan settes i gang og holdes ved like. Terapeutiske metoder, som kognitiv tilnærming, fysisk aktivitet, deltagelse i grupper og undervisning bidrar til å gi nøkler og verktøy i

læringsprosessen for både pasienter og ansatte. Tid bidrar til egenlæring og for at ny kunnskap kan tilegnes. Fysisk aktivitet gir nyttig erfaringskunnskap og hjelp til selvhjelp, og er spesielt nyttig for pasienter som strever med å lære seg den kognitive metoden. Anerkjennende relasjoner fra de ansatte har betydning for motivasjon, læring og mestring. Medpasienter har en viktig rolle i læringsprosessen. Tilsvarende er veiledning og støtte fra medkolleger viktig for de ansattes egen læring. Å være pasient i tid og rom på en institusjon innebærer både gode og mindre gode erfaringer, og det kan dukke opp barrierer som hindrer læring. Dette kan håndteres av et personale som dytter, anerkjenner og støtter, og som tåler at det gjøres feil fra pasientenes side. God ledelse, samt regelmessig veiledning, er viktig for å engasjere personalet til gode holdninger, motivasjon og faglighet. En enhetlig behandlingsmodell, som kognitiv miljøterapi, bidrar til å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom individual- og miljøterapeuter.

*Konklusjon:* Stedsfenomenologien gir en utvidet forståelse av hvordan det er å være innlagt på en psykiatrisk institusjon. Vi får økt forståelse av for hvordan selvhelende prosesser kan utvikles til det beste for den enkelte. Læringsklima er en nøkkelfaktor for hvordan gode relasjoner og læringsprosesser kommer til uttrykk både mellom de profesjonelle og mellom profesjonelle og pasienter i behandlingsmiljøet. Teoretisk og praktisk kunnskap gjennom en enhetlig behandlingsmodell, som kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet, gjør det lettere å arbeide målrettet og styrker det det sosiokulturelle læringsmiljøet.

## English Summary

*Introduction:* Few studies have addressed staff and patient experiences of the therapeutic milieus at psychiatric institutions from a learning perspective. The purpose of this study was to gain more knowledge about the meaning and value the psychiatric institution may have as a place for learning in time and space for patients with various mental disorders, and how the staff may contribute in the learning processes of the patients. We were especially interested in studying patients' experiences by taking part in their own learning processes together with others. We wanted to study the meaning this might have for them, and how the staff and the surrounding culture, context and the place might promote or obstruct learning to take place.

*Material and methods:* In this thesis data are gathered from two different institutions. In the first part data were gathered from an open psychiatric institution. Fifteen qualitative interviews with patients with nonpsychotic mental disorders were conducted shortly before discharge, and 14 of these were reinterviewed after discharge. The other institution was a closed ward at a district psychiatric center for patients with dual diagnosis. Qualitative interviews with 20 patients and 24 staff were conducted, and nine of the staff was reinterviewed 12 months later. The study has a qualitative explorative and descriptive design with a hermeneutic-phenomenological approach, and is theoretically anchored in the learning model of Illeris (2012). This model views learning as situated, meaning that it takes place in a social and societal context, and a sociocultural understanding is emphasized.

*Results:* The results from the four papers are condensed and discussed in five main themes; Environment (healing environment), Learning climate as a source of motivation, Insight and mastery through knowledge and experiences, Collaborative learning, and Tensions in the learning climate (barriers against learning).

The surroundings-world (the physical and aesthetic aspects of the surroundings) is healing environments and give patients experiences of wholeness and self-worth. This is experienced through the atmosphere of the place and the meeting with the staff, who acknowledge them as equal human beings. The learning climate at the institution, comprising the attitudes, friendliness, engagement, professionalism, structure and flexibility from the staff, and ability for patients to take part in their own treatment, motivates learning to take place and be maintained. Therapeutic methods, like cognitive therapy, physical exercise, group activities and education contribute to provide tools in the learning process for patients and staff. Sufficient time enables personal learning and acquisition of new knowledge. Physical exercise provides useful experiential knowledge and is a self-help method. It seemed

especially useful for those struggling with learning the cognitive method. Appreciating relations from staff are important for motivation, learning and mastery. Fellow patients have an important role in the learning process among patients, and correspondingly supervision and support from colleagues are important for the learning processes among staff. To experience oneself as a patient in time and space at an institution opens for good and not so good experiences, and barriers against learning may occur. This can be handled by a staff, who pushes acknowledges and supports, and who accepts when patients fail. Good management and regular supervision are important to engage the staff to have good attitudes and being professional and motivated. A unitary treatment model, like cognitive milieu therapy, contributes to supporting the interdisciplinary collaboration and the cooperation between individual- and milieu therapists.

*Conclusion:* The phenomenology of place provides an expanded understanding of the experience of being a patient at a psychiatric institution. It provides us with an enhanced understanding of how beneficial self-healing processes may develop. The learning climate is a key factor for how good interpersonal relations and learning processes are expressed among professionals and between professional and patients in the therapeutic milieu. Theoretical and practical knowledge through a unitary treatment model, like cognitive milieu therapy and physical exercise, facilitate the work towards common aims and strengthen the sociocultural learning climate.

## Oversikt over artikler

- I. Borge L. & Fagermoen M.S. (2008). Patients' core experiences of treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health*, 17 (2), 193 – 205.
- II. Borge L. & Hummelvoll J.K (2008) Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, (5), 365 - 373.
- III. Borge, L., Røssberg, JI. & Sverdrup, S. Cognitive milieu therapy and physical activity: Experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Submitted*.
- IV. Borge, L., Angel, J.I., Røssberg, JI. (2013). Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues in Mental Health Nursing*. In press.



## Innhold

1.0	Introduksjon.....	1
1.1	Institusjonen.....	1
1.2	Læring i terapi og behandling.....	2
1.3	Helhetlig menneskesyn.....	5
1.4	Historisk utvikling av psykiatriske institusjoner som steder for terapi og læring.....	7
1.5	Forskning på behandlingsmiljøet i psykiatriske institusjoner.....	10
1.5.1	Kvantitativ forskning.....	11
1.5.2	Kvalitativ forskning.....	11
1.6	Studiens læringsperspektiv.....	14
1.7	Studiens hensikt og forskningsspørsmål.....	20
2.0	Materiale og metode.....	20
2.1	Metodologisk tilnærming.....	24
2.2	Egen for forståelse og vei inn i forskningen.....	27
2.3	Studiens planlegging, rekruttering og gjennomføring av intervju.....	28
2.3.1	Modum Bad.....	28
2.3.2	Planlegging av studien ved Modum Bad.....	29
2.3.3	Rekruttering av pasienter ved Modum Bad.....	30
2.3.4	Gjennomføring av intervjuene ved Modum Bad.....	31
2.3.5	Tverrfaglig enhet med dobbeldiagnose (TEDD).....	32
2.3.6	Planlegging av studien ved TEDD.....	33
2.3.7	Rekruttering av pasienter og ansatte ved TEDD.....	34
2.3.8	Gjennomføring av intervjuene ved TEDD.....	35
2.4	Å skape data.....	36
2.5	Analyse av intervju og fortolkning av intervjuetekst.....	38
2.5.1	Helhetlig forståelse.....	39
2.5.2	Meningsbærende enheter.....	41
2.5.3	Kondensering.....	42
2.5.4	Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper.....	44
2.6	Etiske vurderinger.....	45
2.7	Troverdighet i kvalitativ forskning.....	46
2.7.1	Gyldighet (Credibility).....	47
2.7.2	Pålitelighet (Dependability).....	48

2.7.3	Overførbarhet (Transferability) .....	48
3.0	Presentasjon av funn .....	49
3.1	Artikkel 1 .....	49
3.2	Artikkel 2 .....	49
3.3	Artikkel 3 .....	50
3.4	Artikkel 4 .....	51
4.0	Generell diskusjon av funn .....	52
4.1	Omverdens betydning (helende omgivelser).....	54
4.2	Læringsklima som drivkraft .....	58
4.3	Innsikt og mestring gjennom kunnskap og erfaringer .....	62
4.4	Samspillet betydning for kollaborativ læring .....	67
4.5	Læringsbarrierer .....	71
4.6	Metodologiske overveielser .....	73
5.0	Konklusjon med implikasjoner for praksis og videre forskning .....	74
6.0	Referanser .....	78

#### Figuroversikt

Figur 1	Læringens dimensjoner	side	19
Figur 2	Design og forskningsprosess	side	22
Figur 3	Den psykiatriske institusjon som sted for læring	side	53

#### Tabelloversikt

Tabell 1	Oversikt over informanter/deltakere i studien	side	23
----------	---	------	----

Vedlegg: Artikler I-IV

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Institusjonen

Denne studien fokuserer på den psykiatriske institusjon som et sted for læring for pasienter med ulike psykiske lidelser, og er belyst fra både pasienter og ansattes erfaringer. Vanligvis er ulike former for terapi og læringsprosesser beskrevet fra de profesjonelles eget synspunkt. Pasienters erfaringer om hvordan deres egne læringsprosesser kan utvikles i møte med de profesjonelle i en gitt kontekst har vært lite utforsket (Bohart & Byock 2005).

Kunnskaper om læring, mestring og egenaktivitet er spesielt viktig i en tid der det i økende grad blir stilt spørsmålsteget ved nytten av institusjonsopphold, og målet har blitt at de fleste pasienter skal behandles poliklinisk i sitt nærmiljø. Dette har ført til en kraftig reduksjon av antall sengeplasser i det psykiske helsevern de siste 20 -30 årene. Som en konsekvens av nedbyggingen har de psykiatriske institusjonene, som opprinnelig var steder for beskyttelse og ro, blitt preget av de profesjonelles travelhet. Dette har medført endringer i institusjonenes terapeutiske tilbud. Forskning de senere årene viser at pasientene blir mindre stimulert til deltakelse i terapeutiske aktiviteter enn tidligere, og de tilbringer mer tid alene uten personale tilstede (Stickley & Freshwater, 2009). Dette er bekymringsfullt da ulike former for sosial aktivitet er et viktig element under en innleggelse (Sharac et al., 2010). Personalets tid går i økende grad med til rapportering og administrative forpliktelser, og det er et stort fokus på effektivitet. I forskningen vektlegges evaluering av spesifikke intervensjoner og behandlingsmetoder, mens studier av betydningen av mellommenneskelige forhold (interpersonal space) og personens forhold til seg selv (intrapersonal space) er sjeldne. Av den grunn anbefales det at helsearbeidere må vektlegge å skape terapeutiske steder, slik at innleggelsen kan gi pasienter en opplevelse av mening og verdi (Stickley & Freshwater, 2009).

Psykiatriske institusjoner er definert under Lov om psykisk helsevern. Pasienter som blir behandlet på institusjonen og de ansatte må forholde seg til lovverk og politiske føringer. Pasienter og ansatte vil også være påvirket av bygningsmessige, økonomiske og kulturelle forutsetninger samt ulike fagideologier. I Norge, som i de fleste andre vestlige land, behandles psykiske lidelser i mindre grad ved innleggelse og i større grad poliklinisk. Dette har skjedd gjennom en desentralisering av tjenester fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre (DPS), og fra døgntil behandling til poliklinisk og ambulant behandling (St. prp. Nr. 63 (1997 -1998). Det

er spesielt personer med ikke-psykotiske lidelser som i mindre grad får tilbud om innleggelse. Mye av ressursene er fremdeles knyttet opp til døgntilretteliggelse i sykehusene, selv om både antall institusjonsplasser og innleggelsestiden er redusert. Institusjonsbehandling er fortsatt viktig, og mange mennesker med ulike former for psykiske lidelser vil ha behov for en innleggelse i sykdomsforløpet. Det er derfor viktig at pasientene i størst mulig grad opplever behandlingstilbudet som meningsfullt og nyttig.

Kvalitative studier, som undersøker hvilken erfaring og mening den psykiatriske institusjon har for pasientene, kan gi økt kunnskap og forståelse av hvilke aspekter ved institusjonsoppholdet som oppleves meningsfylt i en læringsprosess. Denne studien er et bidrag i denne sammenheng.

## **1.2 Læring i terapi og behandling**

Opplæring av pasienter og pårørende er en lovfestet oppgave, og utgjør sammen med pasientbehandling, utdanning og forskning helsevesenets hovedoppgaver. Læring kan dermed forstås som en integrert del av psykisk helsevern. Denne utviklingen henger sammen med økt vekt på brukermedvirkning, der en oppfatter brukerne av tjenestene som aktive og handlende medarbeidere. Brukermedvirkning er både en lovfestet rettighet og et virkemiddel og har en egenverdi ved at mennesker som søker hjelp, ønsker å få hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dette kan bidra til å styrke selvspekten og mestringsevnen, og vil således kunne ha en terapeutisk effekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Målet er at brukeren skal innta en rolle som aktiv deltaker i sin egen behandlingsprosess, og som forutsetter en dialog hvor man deler opplevelser og oppfatninger omkring pasientenes situasjon. Brukermedvirkning kan for den profesjonelle innebære et brudd med langvarige behandlingstradisjoner innen det psykiatriske fagfeltet, slik som paternalisme og faglige ekspertroller. Både pasientkulturen og profesjonskulturen kan begrense pasienters aktive rolle (Kogstad, 2011). Psykiatriske institusjoner og deres profesjonsorganisering er ofte tradisjonsbundne med veletablerte hjelperoller, og med mer fokus på sykdom og problemer og mindre oppmerksomhet av pasientenes ressurser og bedringsprosesser (Anthony, 1993; Slade, 2009). Dette kan bidra til at pasientene blir passive mottakere og tar mindre ansvar for seg selv. I denne sammenheng har recoverylitteraturen blitt trukket inn for å forstå de terapeutiske aspektene ved brukermedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Begrepet recovery og recoveryorientert praksis er ikke en

behandlingsmetode, men uttrykker et verdigrunnlag og en holdning. Personen anses som ekspert på seg selv, og de profesjonelle formidler at alle mennesker har mulighet til å få et bedre liv, på tross av ulike psykiske plager. Likeverdig samarbeid er viktig. Like viktig som tradisjonell behandling er at de profesjonelle må ha kunnskaper om hvordan de kan stimulere den enkelte til vekst og utvikling (Borg, 2009).

Tradisjonelt har tanken i helsevesenet vært at helsepersonell igjennom sin utdanning og posisjon får kunnskap og makt til å definere hva som er til det beste for pasientene. Dette er ekspertkunnskapens tankegang og har hatt stor plass i den medisinske fagtradisjon. Helsepersonell besitter den objektive kunnskapen. Pasientenes kunnskap er subjektiv, og denne har hatt mindre gyldighet (Skule et al., 2006). Denne tankegangen har i de siste tiårene vært i endring gjennom nye begreper som blant annet opplæring, læring, mestring, myndiggjøring, helsepedagogikk og brukermedvirkning (St. meld. nr. 25 (1996-97); St.meld.nr. 16 (2003)). Gjennom dette har det gradvis vokst fram en erkjennelse om at ikke alle helseproblemer kan løses gjennom medisinsk behandling, og kravet er at den enkelte selv må ta ansvar for egen helse. På den måten har ulike helseprofesjoner sett at læring er en sentral del av behandling, og samarbeid mellom helsearbeider og pasient vektlegges i løsningen av pasientenes problemer. I dette samarbeidet bidrar pasienten med sin kunnskap om seg selv og sitt liv, mens helsearbeideren bidrar med struktur, teoretisk og forskningsbasert kunnskap.

Kunnskapsbasert praksis i psykiatriske institusjoner er knyttet til ulike former for behandling, hvor ulike former for terapi har mål om endring og bedring hos pasienter. Psykoterapi har lenge vært betraktet som en læringsprosess (Bandura, 1961), og det er derfor naturlig å tenke at læring er involvert i prosessen mellom terapeut og pasient. Vanlige målsettinger i behandling er innsikt, personlig vekst, innlæring av nye vaner og mer funksjonell atferd for å kunne møte livets skiftende vilkår. Rose og kolleger (2005) argumenterer for at terapiprosessen understøtter personens ressurser til å klare å være åpen for nyere erfaringer, en form for nylæring. Ulike former for læring vil være involvert i denne sammenheng ved bruk av prinsipper fra læring for å forstå både den terapeutiske alliansen og de tekniske aspektene i psykoterapi. Psykoterapeutisk virksomhet er influert av ulike teoretiske forståelser, som psykodynamisk-, objektrelasjons- og interpersonell teori, læring- og sosial kognitiv lærings teori, og familiesystemisk teori (Scaturo, 2010). Uansett teoretisk grunnlag, kan psykoterapeutisk virksomhet betraktes som en læreprosess der både den profesjonelle og pasienten deltar i et samarbeid (Perris, 1989).

Miljøterapi har også et mål om at læring og endring skal skje, og er en planlagt tilretteleggelse av det fysiske, sosiale og kulturelle miljø (Skorpen & Øye, 2008; 2010). En gjennomgang av miljøterapiens forskningsfelt viser at det er lite systematisk kunnskap om miljøterapi, og at det er påfallende lite forskningsbasert kunnskap om miljøterapiens innhold og nytteverdi (Skorpen & Øye, 2008; 2010). Det har også vært få empiriske undersøkelser om pasienters erfaringer av det terapeutiske miljøet (Thomas et al., 2002).

Delaney (1997) har beskrevet miljøterapien som «a therapeutic loophole» grunnet stor variasjon i praksis, uavklart teoretisk grunnlag og manglende forskningsbasert kunnskap. Denne kritikken har også vært fulgt opp av andre forskere (Bloom & Norton, 2004). Det har også vært pekt på at deinstusjonaliseringen kan ha bidratt til mindre fokus på institusjonsbehandling, og det er uttrykt bekymring for at postmiljøet har mistet noe av sin kollektive og helende dimensjon (Neuhaus, 2006). Gundersson (1978) har påvirket norsk miljøterapi i mange år. Han videreutviklet innholdskomponentene i Ward Atmosphere Scale (WAS) (Moos, 1974). Begrepene beskyttelse, ivaretagelse, struktur, støtte, involvering og validering, skulle gjenspeile det relasjonelle arbeidet i miljøterapi. Denne tenkningen har vært førende i norsk miljøterapitradisjon, spesielt innenfor psykiatrisk sykepleie (Strand, 1990). Simonsen (2007) argumenterer for at denne praksisen legger opp til at det terapeutiske arbeidet skal gjøres av psykologen eller psykiateren, mens miljøpersonalet reduseres til observatører og informasjonsformidlere. Deres oppgave blir å overføre sine observasjoner fra miljøet til de ansvarlige behandlere, i stedet for selv å igangsette aktive miljøterapeutiske tiltak. Konsekvensen er at denne måten å forstå og utøve miljøterapi på bidrar til å opprettholde det tradisjonelle skillet mellom behandling som utøves av individualterapeuter (stab) og miljøterapeuter (personalet). Nyere feltforskning fra en norsk psykiatrisk institusjon (Skorpen & Øye, 2008), viste at avdelingens miljøterapi fremsto som usystematisk og til dels uklare i sin ideologi og sine begrunnelser, og ble betraktet som en støttefunksjon til det medisinske regime. Hvordan pasienter/brukere kan lære å lære eller fokusere på læringsprosesser er lite omtalt i beskrivelser av miljøterapi.

Kognitiv miljøterapi er en ny tilnærming innen institusjonsbehandling, og som de siste årene vært utprøvd på norske institusjoner (Løvaas & Johansen, 2012). Norske miljøer har hentet inspirasjon fra dansk psykiatri gjennom arbeidet ved St. Hans Hospital (Holm & Oestrich, 2006). I kognitiv miljøterapi er målsetningen at pasienter skal lære å hjelpe seg selv og ta ansvar for eget liv. En viktig forutsetning er at alle personalgrupper skal lære samme terapimetode og arbeide ut fra samme teori i et likeverdig samarbeid med pasienten. Tanken

er at dette vil kunne gi et mer forståelig og forutsigbart tilbud til pasientene gjennom læring og undervisning. Flere positive erfaringer er rapportert, spesielt i forhold til en mer helhetlig tilnærming i det tverrfaglige samarbeidet, bedre utnyttelse av faggruppens ressurser, bedre struktur og tydeligere dokumentasjon av behandlingseffekt hos pasientene (Lykke et al.; 2010 Borge et al., 2012).

Delenay (1997) oppsummerer i sin artikkel at miljøterapi er inspirert av både psykodynamiske, kognitive og systemiske forståelsesmodeller, og som omfatter relasjonsarbeid, lærings -og endringsprosesser, behandling og organisatoriske prinsipper. Denne formen for miljøterapi synes også å ha vært til stede i det terapeutiske miljøet hvor denne studien har hentet sine empiriske data.

### 1.3 Helhetlig menneskesyn

Den amerikansk- israelske sosiologen Aron Antonovsky (2005) introduserte begrepet salutogenese (saluto – av helse og genese – opprinnelse eller tilblivelse) på slutten av 1970 tallet. Begrepet salutogenese ble skapt gjennom hans forskning om hvilke faktorer som bidrar til helse. Her handler det om å finne frem til menneskets egne mestringsstrategier (manageability) framfor å fokusere på årsaker og problemer (patogenese). Gjennom å bli bevisstgjort om sine egne muligheter blir en også mer delaktig i sin egen utviklingsprosess. God helse er avhengig av at en føler sammenheng i tilværelsen (sense of coherence), at den er begripelig, håndterlig og meningsfylt. Blant disse er det *mening* som er den motiverende komponenten. Mening gir motivasjon til endring og til å lete etter sine ressurser. Denne studien er inspirert av foreliggende forståelse og kan være et godt faglig grunnlag å ha med seg når læring står i fokus.

Studien er også inspirert av et humanistisk kunnskapssyn. Med dette forstås et helhetssyn på mennesket hvor individualitet, relasjoner, omgivelser og ideologi inngår. I de siste tiårene har flere helseprofesjoner forsøkt å utvikle en mer helhetlig tilnærming overfor ulike pasient- og brukergrupper, og hvor likeverdige dialogiske prosesser vektlegges i møte med den annens livsverden (Kogstad, 2011). Gadamer (2003) hevder at helse er en helhetstilstand, der vi finner vår mening i samklang med den verdenen vi lever i. Gadamers forståelse gir gode argumenter for at det er viktig å være oppmerksom på hele mennesket og stimulere mennesker til egenaktivitet og engasjement ved å oppfordre dem til å ta i bruk både

kropp og sinn i en sosial, åndelig og kulturell sammenheng. Denne tenkningen er også i tråd med *Opptrappingsplanen for psykisk helse*:

En person med psykiske problemer må ikke bare sees på som en pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og de sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål [...] og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester.

St.prp. nr. 63 (1997–98), s.6.

Opptrappingsplanens humanistiske og faglige fundament går ut over temaer som er knyttet til sykdom. Ny kunnskap har vist hvordan selvoppfatningen utvikles i relasjon til andre mennesker og omgivelser, slik den kan forstås i et biopsykososialt perspektiv (Galanter 2010). Denne modellen ivaretar biologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner, i tillegg til miljøfaktorer samt også åndelige og spirituelle dimensjoner, selv om sistnevnte fortsatt blir lite omtalt. Den helsepolitiske vektleggingen av at mennesket også er et åndsvesen, kan sees i sammenheng med et helhetlig menneskesyn som i de senere årene har gjort seg sterkere gjeldende i den vestlige verden (Botvar, 2010; Koenig, 2009). Å åpne opp for det åndelige kan forsterke personens selvaktelse og gjøre at personen opplever seg mer «hel», slik studiens første artikkel har fokus på. Det kan videre forsterke evne til mestring og opplevelse av håp, samt å være viktige kilder til sosialt fellesskap (Borge & Rolfsnes, 2009; Sullivan, 1993).

Mennesker med psykiske lidelser har som regel sammensatte behov og trenger derfor hjelp fra ulike fagprofesjoner og kunnskapsgrunnlag. De enkelte profesjonsutdanningene er forankret i ulike vitenskapssyn, forståelsesformer og fagsyn (Skårderud et al., 2010). Dette kan sette det faglige samarbeidet på strekk og føre til konflikter i forhold til syn på kunnskap og behandling. Disse ideologiske forskjellene kan hindre et helhetlig tjenestetilbud. I dagens praksis har de ulike profesjonene sine tradisjonelle roller og posisjoner i forhold til behandling, og holdningen er ofte eklektisk så vel i teori som i praksis. En måte å møte dette på er at alle behandlere arbeider ut fra samme teoretiske modell og forståelse. I andre typer praksis kan ulike behandlere behandle samme pasient ut fra forskjellige teorier og forståelsesmåter. Resultatet kan bli flerfaglighet uten tverrfaglighet. I verste fall kan de ulike yrkesgruppene motarbeide hverandre, med den konsekvens at pasientene lærer mindre og får redusert nytte av institusjonsoppholdet.

Omgivelsenes og kontekstens betydning i tid og rom for læring er sentral i denne studien (Bandura, 1997; Illeris, 2012; Vygotskij, 1978), og forstås innenfor det helhetlige



menneskesynet. Verdiene vil også kunne avspeiles gjennom stedets behandlingsideologi og syn på kunnskap. Rådende verdier, normer og syn på den psykiske syke, uttrykt gjennom de ansattes holdninger, spiller også inn (Gralnick, 1988). De fysiske omgivelsenes betydning som kunst, kultur, natur og estetikk ligger implisitt i denne forståelsen av institusjonen som sted for læring (Cold et al., 1998; Curtis et al, 2007; Gross et al, 1998; Karlin & Zeiss, 2006). Studien kommer dermed i berøring med andre forskningsområder som «healing environment» (Jonas & Chez, 2004), «environmental psychology» (Edgerton et al, 2010; Roessler, 2012) og «therapeutic landscapes» (Curtis et al, 2007; Rose, 2012). Pasientene påvirkes av institusjonens behandlingsideologi, den fysiske, bygningsmessige og sosiale konteksten.

Læring foregår altså ikke bare i personen selv, men også mellom mennesker i en gitt kontekst. Kulturen og konteksten bidrar til å skape lærende omgivelser for de menneskene som deltar der, og lærende omgivelser kan skape kompetente deltakere i helende omgivelser, og kan skape håp (Hoff et al, 2004; Miller & Crabtree, 2005). Dette bekrefter at det kan være naturlig å forstå læring som situert (dvs deltagelse i ulike sosiale situasjoner) (Illeris, 2012), og denne studien bygger på dette perspektivet.

#### **1.4 Historisk utvikling av psykiatriske institusjoner som steder for terapi og læring**

I Norge ble den store oppbyggingen av asylene påbegynt på midten av 1800 tallet, og var inspirert fra tradisjonen etter Samuel Tuke i England (1732 – 1822) og Philippe Pinel i Frankrike (1745 – 1826) (Kringlen, 2011). Institusjonene, som ofte var arkitektonisk fine bygninger, skulle ligge landlig og vakkert til, for å gi hvile og ro i helbredende omgivelser. Begrepet «moral treatment» (*traitement morale*) ble brukt første gang i 1765 av den franske legen Josef Daquin (1732 – 1815). Norges første psykiater, Herman Wedel Major, var talsmann for denne tenkningen, og er omtalt av Hermundstad (2005) som Norges første miljøterapeut. «Moral treatment» innebar at pasientene skulle oppøve regelmessige vaner og selvkontroll gjennom arbeid. I tillegg skulle institusjonen beskytte den syke mot de faktorene som en tenkte hadde utløst sykdommen; familie og samfunn (asylfunksjonen). De ansatte skulle være gode forbilder og oppføre seg myndig, høflige og med respekt. Arbeid og bruk av kroppen gjennom arbeidstrening (arbeidsterapi) ble sett på som viktig i oppdragende hensikt, men det var også en forståelse av at det kunne være direkte helbredende. Gårdsarbeid var derfor en viktig del av behandlingen. Legene ble tilkjent autoritet og ansvar for den medisinske behandlingen, og sykepleiere og ufaglærte pleiere var i mange år de mest vanlige

hjelperne. Personalet ble pålagt den samme strenge arbeidsmoralen som de fleste pasientene. Asylene fikk etter hvert en tosidig oppgave; de skulle rehabilitere de syke gjennom miljøterapi, men også være et forbilde for samfunnet (Kringlen, 2011). I de første årene var de materielle forholdene gode på mange asyl. Men institusjonene ble fort overfylte, og de negative virkningene av behandlingen og de antiterapeutiske holdningene ble etter hvert åpenbare (Ericson, 1974).

Det kom etter hvert sterk kritikk mot asylenes oppdragende metoder og synet på de gale som ufornuftige vesener (Foucault, 1991). Goffmans studie (1967) beskrev den psykiatriske totalinstitusjonens isolering av pasientene fra samfunnet, og viste hvordan pasientene ble utsatt for krenkelser og ydmykelser. Institusjonenes organisering og innhold og det overveiende medisinske regime med objektivisering og klassifisering av psykiatriske pasienter ble i økende grad utsatt for kritikk. På seksti-syttitallet fikk vi et tidsskille ved at institusjonene ble mer åpne, kortere liggetid og nye behandlingsformer vokste fram (Løchen, 1971), og fra 1975 til 1995 ble det en nedgang i antall institusjonsplasser på ca 60 % (Sandvin & Søder, 1998).

Behandlingsmiljøets betydning for innlagte pasienter ble kjent gjennom den engelske psykiateren og psykoanalytikeren Tom Main sine arbeider på 1940 -50 tallet (Main, 1946). Han var opptatt av å bruke på en terapeutisk måte de mellommenneskelige forholdene som oppsto mellom pasienter og personale, og mellom pasientene innbyrdes i en psykiatrisk institusjon. Maxwell Jones (1952) overførte denne ideologien til *det terapeutiske samfunn*, et begrep som siden ble knyttet til hans navn. Likheter, demokrati, fellesskap, solidaritet og realitetskonfrontering var bærende ideer. Målet for behandlingen var personlig vekst gjennom mellommenneskelig læring. Tenkningen var sterkt preget av en sosialpsykiatrisk og pedagogisk forståelse, og bidro til å forkaste den tradisjonelle hierarkiske medisinsk-psykiatriske organisasjonsmodellen. På 1960-70 tallet ble det terapeutiske samfunn og miljøterapi en internasjonal motebølge. Begrepene ble brukt om hverandre, og det var uklart hva det terapeutiske samfunn innebar (Friis, 1977). Goffman (1967) beskrev et kollektivt miljø der alle pasienter var underordnet ett system, hvor institusjonen var styrt av fellesskapsprinsipper, og muligheten for individuelle valg var begrenset.

Miljøterapiens grunnleggere er knyttet til navn som Menninger og Simmel. Sistnevnte grunnla Simmel Tegel sanatorium i Berlin i 1920 -30 årene, hvor det teoretiske grunnlaget var basert på psykoanalytiske prinsipper (Skorpen & Øye, 2010). Disse prinsippene inspirerte også oppbygging av de ulike nervesanatoriene i Europa og Norge, som skulle være åpne

sykehus for nervøse. De første nervesanatorier ble åpnet i Tyskland i 1899. Målgruppen var pasienter som led av dype depresjoner eller psykosomatiske tilstander, og som for var for dårlige til ambulant behandling. Gordon Johnsen (1954) beskriver hvordan Dianalund i Danmark ble det første nervesanatorium for denne pasientgruppen i Norden (1926) og som inspirerte til å utvikle lignende steder over hele Danmark. Flere av sanatoriene var økonomisk støttet av kristne menigheter og ved innsamling fra privatpersoner. Stedene skulle være lite institusjonspreget, det skulle tilbys aktiv behandling med egeninnsats fra pasientene. På den måten skulle livet på sanatoriet være et begrenset og beskyttet sted for både hvile og trening. Det var et mål at pasientene oppnådde innsikt i egne reaksjonsmønstre, og på denne måten kunne klare seg bedre i sitt hjemmemiljø. Modum Bads Nervesanatorium, som ble åpnet i 1957, var inspirert av det kristne nervesanatoriet Dianalund. Det ble bygget på grunnen til det gamle kurbadet Modum Bad, som ble grunnlagt hundre år før. Grunnleggeren og legen Heinrich Arnold Thaulow var opptatt av kunst, estetikk, musikk, natur og kultur ved siden av ulike kurbad og inntak av kildevann som viktige elementer i behandlingen. Nervesanatoriets grunnlegger, Gordon Johnsen (1982, s. 12), tok med seg den opprinnelige tradisjonen og hadde følgende ønske for stedet:

Så skulle sykehuset fylles med ånd og atmosfære, som kunne bevirke at hver enkelt medarbeider, hver pasient, hver stue og salong og hvert arbeidsverksted fikk et miljø som i seg selv var terapeutisk, og hvor skapende krefter kunne danne helhet. Hele stedet hadde som motto å forsøke å være en skole i livskunst.

Nervesanatoriets ideer fra 1950 tallet kan skimtes i pasientenes beskrivelser av stedet og atmosfæren i artikkel 1 i denne studien. De opprinnelige nervesanatoriene har med tiden blitt nedlagt de fleste steder grunnet nedbygging av institusjonsplasser og overgang til poliklinisk behandling, mens Modum Bad i dag fortsatt tilbyr frivillige innleggelses for mennesker med psykiske lidelser. Et annet tilsvarende sted, er Viken senter for psykiatri og sjelesorg i Bardu, som ble åpnet i 2007. De har vektlagt arkitektur og estetikk i sin utforming av bygningene og hvordan disse er plassert i naturen. De har i sitt motto; *Spor av himmel, smak av jord*, og kan synes å være inspirert av Nordberg- Schulz (1980) sin stedsfenomenologi.

Andre psykiatriske institusjoner har også vært opptatt av læring. På midten av 1930 tallet ble det psykiatriske sykehuset Hartford Retreat i New York omtalt som «an institute of learning». Psykiaterne støttet seg til en teori om at skulle man oppnå fremgang for pasientene, så måtte det psykiatriske sykehuset gjøres om til et sted for utdanning og omskolering av den enkelte pasient, og at pedagogiske metoder under medisinsk veiledning burde dominere

institusjonenes hjelp overfor både akutte og kroniske syke pasienter. Hensikten var ønsket om å utvikle pasientenes personlige egenskaper og emosjonell stabilisering gjennom opplæring og rasjonell psykoterapi. Gjennom et daglig program ble pasientene tilbudt ulike kurs og aktiviteter. Dessuten var de opptatt av undervisning i fysisk aktivitet gjennom ulike former for aktiviteter som golf, badminton, svømming og annet. Kveldene ble brukt til sosialt samvær med dans, kortspill, konserter og andre kreative aktiviteter. Psykiaterne ønsket ikke med dette å definere aktivitetene som arbeidsterapi, men med et bredere grunnlag, som nylæring og som «a training for the competition of life» (Burlingame & Wagner, 1935, s. 1511).

Arnhild Lauveng som har dobbeltkompetanse som bruker og psykolog, forteller i et intervju om en gammel drøm hun hadde da hun selv var pasient, var å legge ned sykehusene og bygge skoler. Hun ønsket å bygge folkehøgskoler i livskunnskap, og hvor folk kunne se hva de trengte for å lære å mestre livsbetingelsene. «Da er man ikke lenger pasienter, men kursdeltakere. Det blir en helt annen rolle». (Karlsson, 2005, s. 431).

Som tidligere nevnt innledningsvis har den evidensbaserte medisinske kunnskapen kommet sterkere på banen de siste årene i de psykiatriske institusjonene, med fokus på behandling og mindre oppfatthet av kontekstens betydning. Det er også kommet langt flere yrkesgrupper som skal samvirke i en flerfaglig eller tverrfaglig behandlingsskole. Pasientene har kortere innleggelsestid, og institusjonene har samfunnsmessige forpliktelser for å ivareta kompliserte funksjoner, som involverer mange samarbeidspartnere også utenfor sykehuset. Dette setter større krav til en individuell, men også helhetlig integrert, tilnærming for pasientenes behandling.

## **1.5 Forskning på behandlingsmiljøet i psykiatriske institusjoner**

Det er fortsatt mye vi ikke vet når det gjelder virksomme behandlingselementer for pasienter som er innlagt på psykiatriske institusjoner. Det etterlyses spesielt (Norton & Bloom, 2004; Thomas et al., 2002). De fleste kvantitative og kvalitative studier har undersøkt pasienter innlagt på akutt- eller langtidsavdelinger med alvorlige psykiske lidelser. Vi har ikke funnet studier som har studert den psykiatriske institusjon som et sted for læring, sett fra pasienters perspektiv.

### 1.5.1 Kvantitativ forskning

Et av de mest brukte instrumentene for å undersøke behandlingsmiljøet på psykiatriske institusjoner er Ward Atmosphere Scale (WAS). WAS måler både hvordan pasientene og personalet opplever postmiljøet (Beazley & Gudjonsson, 2011, Brunt, 2008; Johansson & Eklund, 2004; Friis, 1986; Rossberg & Friis, 2004). WAS er operasjonalisert i tre variabler; Relasjonsvariabler (engasjement, støtte og spontanitet), behandlingsvariabler (autonomi, praktisk orientering, personlig problemorientering, sinne og aggresjon) og systemvariabler (orden og organisasjon, programklarhet og personalkontroll).

Flere studier har funnet at det er en sammenheng mellom behandlingsmiljøet og pasientenes tilfredshet med behandlingen (Jürgensen et al., 2009; Røssberg et al., 2006) og også motivasjon for behandling (Beazley & Gudjonsson, 2011; Eklund & Hansson, 2001). Videre har flere studier vist at behandlingsmiljøet på psykiatriske poster er nært knyttet til pasientenes bedring på både kort og lang sikt (Eklund & Hansson, 1997; Melle et al., 1996; Timko & Moos, 1998a; 1998b; Vaglum et al., 1985).

Tidligere studier fra norske psykiatriske institusjoner fant at ulike pasientkategorier profitterte på forskjellige behandlingsmiljøer. Friis (1981) fant at ikke-psykotiske pasienter ble bedre i et postmiljø som var preget av høyt engasjement, spontanitet, autonomi og personlig problemorientering. I tillegg foretrakk pasientene moderat nivå av sinne og aggresjon og lavt nivå av personalkontroll. Pasienter med psykotiske lidelser ønsket derimot et miljø preget av høyt nivå av støtte og struktur, praktisk orientering og lavt nivå av sinne og aggresjon. Senere studier har vist at i hvilken grad pasientene blir involvert i behandlingen og engasjert i aktivitetene på avdelingen, er sterkt knyttet til pasienttilfredshet (Rossberg & Friis, 2003; Røssberg, et al., 2006). Brunt & Rask (2007) hevder at det fortsatt er uklart hvilke faktorer som påvirker de ulike aspektene ved institusjonens postatmosfære. Videre er det behov for studier som undersøker hvordan pasientene opplever de ulike aspektene av miljøet på de psykiatriske postene. Kvalitative undersøkelser kan bidra til ny og viktig kunnskap i denne sammenheng.

### 1.5.2 Kvalitativ forskning

De fleste kvalitative studier som har innhentet pasienters erfaringer fra institusjonsmiljøet har vært fra akuttavdelinger. Studiene har ofte hatt uklare beskrivelser av hva som menes med miljø. Thibeault og kolleger (2010) la en holistisk og brukerorientert forståelse til grunn i en studie i en akuttavdeling, hvor begrepet *milieu* ble beskrevet som psykologiske, fysiske,

sosiale, politiske og åndelige erfaringskomponenter. Forholdet mellom pasienter og personalet ble beskrevet som en nøkkeldimensjon i behandlingsmiljøet, det var det som skapte mening for pasientene. Pasientene erfarte miljøet som helende (healing), fordi det ga mulighet for å hvile, vokse, få frihet, å bli respektert. Viktige helende erfaringer ga muligheten for rekreasjon og tid og rom for avslapping. De estetiske kvalitetene på stedet bidro til å oppmuntre den enkelte i et fellesskap med andre til å engasjere seg i helsebringende og helende aktiviteter.

Andre studier har problematisert den korte innleggelsestiden og travelhet fra personalets side, og pasientene har savnet dypere kontakt med personalet og mer innsiktsorienterte terapier. Røykerommet har blitt trukket fram som et viktig sted for kontakt med likesinnede. Dette har hjulpet mot ensomhetsfølelse, bedre sosial kontakt og deling av problemer (Skorpen et al., 2008; Thomas et al., 2002). I en annen studie opplevde pasientene behandlingsmiljøet som et fengsel, det ga lite rom for muligheter til å gå ut for å få frisk luft. Den lukkede glassfasaden til vaktrommet ble også opplevd som et hinder for kontakt mellom pasientene og sykepleierne. Institusjonsoppholdet ble av pasientene beskrevet som lite egnet for hjelp til bedring. Derimot ble støtten fra medpasientene beskrevet som verdifull, ved at de kunne tilegne seg ny mestring ved å lære av hverandres erfaringer (Shatell, et al., 2008).

Terapeutiske grupper er omtalt av pasienter som verdifulle og som noe de trenger (Johansson et al., 2007; Thomas et al., 2002). Både informasjon, kunnskap og følelsesmessig støtte gjennom å dele hverandres problemer er beskrevet som viktig i bedringsprosessen (O'Donovan & O'Mahony, 2009; Shatell et al., 2007; Thomas et al., 2002). Deling av egne problemer ser ut til å ha betydning for læring av sosiale ferdigheter. Ved å dele erfaringer kan også isolasjon og ensomhetsfølelsen reduseres (Yalom 1995). Samvær med aggressive pasienter kan derimot skape frykt og engstelse (Quirk et al., 2004).

I andre kvalitative undersøkelser er betydningen av kvaliteten i relasjonene utdypet. Relasjonelle faktorer som empati, respekt, interesse og forståelse, i tillegg til et trygt terapeutisk miljø, er betydningsfulle (Johansson & Eklund, 2003; Svensson & Hansson et al, 2006; ). En anerkjennende holdning kan bidra til at pasienter opplever å bli sett og forstått, og bidrar til gunstig selvutvikling (Vatne & Hoem, 2007).

Mahoney og kolleger (2009) støtter seg til andre kritikere når de argumenterer for at begrepet miljøterapi har gått ut på dato og at det ikke lenger er relevant for dagens praksis i psykiatriske sykehus. Dette begrunnes i lengden på behandlingsoppholdene, for mye vektlegging på psykofarmakologisk behandling, fokus på symptomlindring, fragmenterte

tjenester og mangel på kvalifiserte psykiatriske sykepleiere. Derfor argumenterer forfatterne for en ny forståelse og omgjøring av begrepet miljøterapi til «optimal healing environment», noe som omhandler personens søken etter helhet. Dette innebærer å bygge og skape helende rom og steder, utvikle bevissthet og intensjoner, personlig helhet, helende relasjoner, helsemessig livsstilsendring og fellesskap. Skal dette oppnås, mener de at det er nødvendig at alle de profesjonelle faggruppene samarbeider og vektlegger en systemisk tilnærming og har tro på personens iboende kapasitet og muligheter for endring. Andre forskere støtter også behovet for systemorientert forskning innen dette området. Miller & Crabtree (2005, s 47) hevder at; «A healing landscape is a learning landscape, a terrain where hope flourishes over time», som argument for å skape helende omgivelser for pasienter. De har gjennom sin forskning forsøkt å bidra til å hjelpe primærbehandlere til å vektlegge en mer ressursorientert, læringsorientert og relasjonssentrert tilnærming overfor pasienter og deres omgivelser.

Andre kvalitative studier som har fokusert på omgivelser og miljø i institusjoner, har benyttet begreper som «place» and «space». Begrepene er knyttet til stedets betydning, terapeutiske relasjoner, arbeidsomgivelser, pasienters opplevelse av terapi og omsorg, design og hvordan for eksempel vaktrom påvirker den terapeutiske relasjonen (Andes & Shatell, 2006; Curtis et al., 2009; Fenner, 2011; Mc Mahon, 1994; Sticklely & Freshwater, 2009).

En stedsforståelse innen psykiatriske institusjoner kan relateres til forskning om hvordan egenskaper ved de fysiske omgivelsene samspiller med menneskers opplevelser av dem, og er omtalt som «Therapeutic landscapes in hospital design» (Curtis et al, 2007). I studien til Curtis og kolleger (2007) forteller ansatte og tidligere pasienter med psykiske lidelser om hvilken betydning sykehusets utforming hadde for deres opplevelse av velvære. Deltakernes opplevelse ble knyttet til betegnelse som respekt og myndiggjøring, sikkerhet og overvåkning versus frihet og åpenhet, privatliv, beskyttelse og sosialt fellesskap, hjemlighet og kontakt med naturen, plasser for gjenkjennelse og identitet, autonomi og medvirkning, og det å bli innlemmet i et sosialt fellesskap.

Det har i de siste årene vært gjort forsøk på å utvikle teorier for å forstå omgivelsenes estetiske betydning for helse og velvære og opplevelsen av livskvalitet. Norsk miljøpsykologi (Fyhri et al., 2012) med professorene Birgit Cold og Arnulf Kolstad i spissen, har i ulike sammenhenger vist til at de fysiske omgivelers estetiske kvalitet har en helhetsvirkning på menneskers sansing og kropp, følelser og tanker, som både direkte og indirekte har betydning for velvære og helse. Kunst- og kulturopplevelser, enten som utøver eller tilskuer, kan på tilsvarende vis påvirke psykisk helse og gi innhold og mening (Stuckey & Nobel, 2010).

Inger Beate Larsen (2008) dokumenterer i sin avhandling fra observasjonsstudier i fem distrikts psykiatriske sentre (tidligere tuberkulosesanatorium) at institusjonene preget personenes liv på en gjennomgripende måte, selv om pasientene kun var der på korttidsopphold (maksimum tre måneder). Larsen mener at en hjemlig atmosfære vil kunne bidra til at både pasienter og ansatte finner seg til rette på institusjonen, nettopp fordi de bor og føler at stedet tar vare på dem. Hun har basert sin forskning på stedsfenomenologien til arkitekten Norberg- Schulz (1980). Han har beskrevet stedets karakter eller atmosfære som *genius loci*, en stedsånd, som betegnes som en helhetsopplevelse som vanskelig lar seg konkretisere. Hennes funn i avhandlingen viser at stedenes beliggenhet og materialitet vernet og beskyttet pasientene fra omverden. Hvile var et viktig ledd i behandlingsprosessen, og små rom og en hjemlig atmosfære bidro til at pasientene slappet av og kom seg. Forhold som ble knyttet til nestekjærlighetstanken inngikk i det som fremmet helse. De ansattes forståelse av «aktiv behandling» var på kollisjonskurs med pasientenes behov for hvile i en hjemlig atmosfære. Sentrale funn i avhandlingen viser også at institusjonene representerte en overordnet forståelse av psykiske lidelser som sykdommer. Larsen hevder at funnene viser at den medisinske fagdisiplin har stor makt over pasientene, ansatte og nabolag og vanskeliggjør gjennomføringen av det politiske idégrunnlaget som handler om desentralisering, brukermedvirkning og mestring.

Selv om det i de siste årene foreligger flere kvalitative studier fra psykiatriske institusjoner som har sett på betydningen av terapeutiske relasjoner, miljø og omgivelser, er det ingen av studiene som har satt dette i sammenheng med et læringsperspektiv. Derfor har vi ønsket å gjøre dette.

## **1.6 Studiens læringsperspektiv**

I dette avsnittet vil jeg gi en innføring i det teoretiske læringsperspektivet som er anvendt i studien. Dette har dels vært grunnlaget for å fortolke data og sette funnene inn i en større sammenheng. Dialogen med intervjuetekstene har inspirert til fordykning i teori og empiri, og jeg har i dette arbeidet støttet meg på teorier, som har beriket arbeidet. Dette har igjen påvirket min forståelse av tekstene. Ulike læringsteorier kan utfylle en felles forståelsesramme. Begrunnelsen og argumentasjonen for å velge ulike teorier finnes i det empiriske materialet, og er styrt av min interesse for å utvikle en forståelse av den psykiatriske institusjon som et sted for læring. Jeg vil derfor redegjøre kort for noen av disse



teoretikerne for å begrunne en forståelse av læring ut fra en helhetsforståelse av personens opplevelser, intensjoner, handlinger og relasjoner under et institusjonsopphold.

Læringsprosesser hos pasienter og ansatte i en psykiatrisk institusjon influeres av faglige, menneskelige, kulturelle og historiske forutsetninger i et flerfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid.

For å kunne reflektere og fortolke studiens forskningsresultater har jeg funnet det hensiktsmessig å anvende Knud Illeris (2012) sin modell for læring. Illeris' posisjon innebærer en forståelse av å bruke mange kilder hvis ønsket er å forstå menneskelig læring i dens kompleksitet. Allerede i en av sine første bøker som kom på midten av 1970 årene satte han dialog-pedagogikk opp som kontrast til mål/middel pedagogikk, og bidro til et skifte innenfor pedagogikkens syn også i Norge. Hans teoretiske utgangspunkt passer derfor godt til denne studiens anliggende. Jeg vil i kapittel 4 forsøke å framstille hvordan hans modell kan være fruktbar for å tydeliggjøre mine egne forskningsresultater knyttet til en læringsforståelse.

Å tilegne seg kunnskap og ferdigheter har vanligvis vært beskrevet som teoretisk læring gjennom undervisning, selvstudier og didaktisk instruksjon. I denne studien legges vekten på at læring erfares og utvikles i et fellesskap med andre innenfor en psykiatrisk institusjon. Pasientene deltar i det sosiale fellesskapet sammen med de ansatte i den aktuelle institusjon, og som er utdannet ut fra en bestemt fagprofesjonell praksis i en historisk og kulturell sammenheng (Lave & Wenger, 2005). Den bestemte praksisen innebærer at de ansatte kan finne gjenkjennelse og anerkjennelse i praksisfellesskapet, mens for pasientene kan dette kjennes fremmed og ikke anerkjennende. I de siste årene har det vært en bredere interesse for å utforske læringens sosiale dimensjoner sett fra de profesjonelles synspunkt, spesielt representert gjennom Lave og Wenger sitt syn på praksisfellesskap.

Å studere pasienters læringsprosesser gjennom terapi og deltakelse i et institusjonsmiljø, innebærer noe annet enn å studere ansattes læringsprosesser til en yrkesrolle eller fagutøvelse. Å søke hjelp for personlige prosesser innebærer å sette seg selv på spill. Personlig læring som medfører endring er grunnlagt i en forståelse av at personen selv må gjøre egne erfaringer for å tilegne seg ny kunnskap og oppleve mestring i fellesskap med andre. I det følgende vil jeg derfor kort referere til noen læringsteoretikere, som kan være fruktbare for å få en forståelse av hva som skjer i ulike læringskontekster. Tradisjonelt har læring blitt knyttet til læringspsykologi og andre disipliner innenfor psykologi, som for eksempel utviklingspsykologi, sosialpsykologi, personlighetspsykologi og kognitiv psykologi.

I de senere årene har også læring blitt knyttet til kroppsførståelse og moderne hjerneforskning, og grenseområder mellom sosiologi og sosialpsykologi (Illeris, 2012, s.19 -20).

Illeris viser til at det historisk har vært en læringstype som har vært kjent innenfor psykoterapi, men som ikke har vært satt i sammenheng med læringsbegrepet, er begrepet *katarsis* som Freud utviklet på slutten av 1800 tallet. Begrepet ble utviklet som en betegnelse på det psykiske gjennombruddet som en vellykket psykoanalytisk behandling kunne utløse. Illeris hevder at det var den amerikanske psykoterapeuten Carl R. Rogers' (1902 – 1987) som var den første som satte et slikt gjennombrudd i sammenheng med en læringsforståelse. På den måten så Rogers en sammenheng mellom læring og terapi. I Rogers humanistiske psykologi utviklet han en klientsentrert terapi og student-sentrert undervisning og utviklet begrepet *signifikant læring* (Rogers, 1961). Med dette begrepet forsto han læring som endring i personens atferd, holdninger og personlighet. Når mennesker blir utsatt for ulike utfordringer som er større enn man tenker at man klarer, som for eksempel i terapi, kan eksistensielle kriser oppstå. Rogers beskrev denne signifikante læringen som smertefull og som innebar uro, både hos personen selv, men også i systemet rundt. På den måten kombinerer signifikant læring det logiske og det intuitive, det kognitive, det følelsesmessige og opplevelsene som er knyttet til ulike situasjoner og historier.

Illeris (2012) er opptatt av at i de senere årene har voksenopplæring kommet mer i fokus, slik som opptrening, omskolering og personlig utvikling. I denne sammenheng henviser han til begrepet *transformativ læring*, og viser til den amerikanske pedagogen i voksenopplæring Jack Mezirow. Mezirow (2005, s 91) knytter forståelsen til prosesser der vi transformerer de referanserammene vi tar for gitt, slik som meningsperspektiver, forståelse av vaner og tankeformer, for å kunne gjøre dem mer åpne, innsiktsfulle og følelsesmessig fleksible. Gjennom dette kan det skje endringer i vår personlighetsutvikling og som kan veilede oss til mer hensiktsmessige handlinger i konkrete situasjoner. Denne tenkningen er mer kognitivt orientert, men inkluderer også det følelses- og handlingsmessige i tråd med Carl Rogers forståelse. Transformativ læring kan i enkelte tilfeller finne sted som et plutselig gjennombrudd, og kan knyttes til *vendepunktsopplevelser* i terapi (Topor, 2005), og som nettopp kan kjennes som et gjennombrudd eller forløsning hos pasientene.

Læring er ikke bare noe som foregår i det enkelte individet, men som også blir innleiret i en sosial og samfunnsmessig sammenheng. Illeris (2012) viser med dette til begreper som *sosial læring* og *situert læring* som er utbredt i den psykologiske retningen *sosialkonstruktivismen*. En typisk representant for denne retningen er den amerikanske

psykologen Kenneth Gergen (1997). I en konstruktivistisk oppfatning skjer det en konstruksjon i personens møte og samspill med omverden, og i en sosialkonstruktivistisk forståelse skjer konstruksjonen sosialt som utviklinger i fellesskapet. Sosialkonstruktivismen knyttes ofte til den russiske utviklingspsykologen Lev Semjonovitsj Vygotskij, og som i større grad vektla den sosiokulturelle forståelsen i læringsprosessen.

Sosiokulturelle perspektiver på læring omhandler hvordan mennesker tilegner seg kunnskap og formes ved å delta i kulturelle aktiviteter gjennom hjelpemidler og metoder som er historisk utviklet (Vygotskij, 1978). Denne teoritradisjonen står sterkt i pedagogisk praksis i dag. Den har også inspirert forskere som arbeider med temaet læringsklima og lærende organisasjoner (Hetland et al., 2011), forskning knyttet til sted og rom for læring i utdanning av ulike helseprofesjoner (Norquist et al., 2011) og forskning om tverrfaglig samarbeid (Dysthe, 2001; Just & Nordentoft, 2012). Vygotskij (1986) understreker at læring ikke er resultat av individuell innsats, men av et sosialt samspill. I dette samspillet, som kan være mellom helsepersonell og pasienter eller medpasienter imellom, våger personen å forflytte seg fra noe som er velkjent til nytt. Vygotskij beskriver dette som en bevegelse over en læringszone, som benevnes som vekstsonen. Det er støttepersonene (her: terapeutene og delvis medpasienter) rundt som bidrar til å bygge stillas over denne vekstsonen, slik at personen våger å sette seg nye læringsmål. På den måten ser han muligheter for at det kan skje en kognitiv utvikling, når mennesker er i vekselvirkning med ressurser som er tilgjengelige i de sosiale omgivelsene. Pasienter og ansatte er medskapende i egen læring, og læringen formes og utvikles gjennom møte med egne og andres erfaringer. Slike læringserfaringer blir ofte omtalt som *situert*, det vil si at den finner sted i en bestemt sammenheng av sosial og samfunnsmessig karakter, som gjennom samspillet med den/de lærende inngår som en integrert del av læringen (Illeris, 2012, s. 154). Denne forståelsen er brukbar å anvende som en forståelse når vi skal utforske hvordan læring kan skje i terapeutiske sammenhenger.

Begrepet *sosial læring og sosial – kognitiv læringsteori* kan knyttes til den amerikanske psykologen Albert Bandura som viser til betydningen av de nære sosiale forbindelsenes betydning for læringen (Illeris, 2012, s. 131). Bandura (1997) fremhever den subjektive opplevelsen av egne ferdigheter som betydningsfull for hvor godt en kan lykkes og samtidig fremme tilliten til egen mestring («self-efficacy»). Mestringsforventning eller mestringstro defineres som personers vurdering av de evner en har til å organisere og utføre handlinger som kreves for gjennomføring av bestemte typer oppgaver. Den viktigste kilden til

mestringsforventning er egne erfaringer, og i følge Bandura er personlig mestring en del av vår selvoppfatning. Personens egen selvoppfatning påvirkes av hva personen blir oppmerksom på i sine omgivelser, hvordan dette tolkes, hvordan informasjon organiseres, og hva som hentes fram igjen fra hukommelsen. Banduras forskning har også vist hvordan modellæring og imitasjon har innflytelse på læringen. Pasienter har bekreftet betydningen av å lære av andre i samme situasjon (jfr artikkel 2 og 3 i denne studien). Pasienter kan også være gode og dårlige rollemodeller for hverandre gjennom gjenkjennelse av hverandres problemer og reaksjoner. På den måten kan pasienter lære, og både motivere og ikke motivere hverandre til endring. Å være sammen med andre i uformelle samvær kan dermed ha betydning for egenverd, motivasjon og læring.

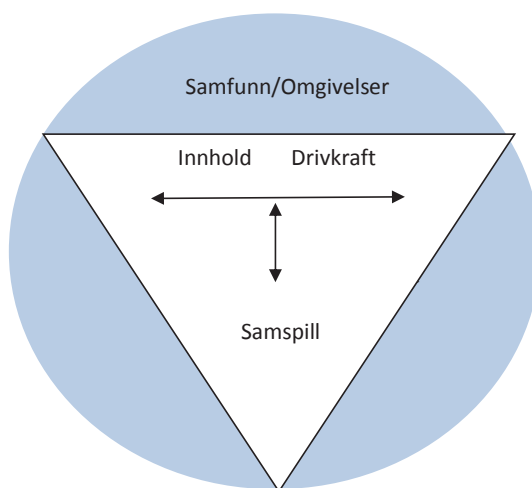
Disse ulike teoriene bygger på Illeris' forståelse av læring. Han er opptatt av at det er viktig å ha en bred og åpen læringsforståelse, fordi han mener det i ulike læringsssammenhenger er umulig å sette grenser mellom hva som er læring, sosialisering eller terapi. Læringsprosessene knytter seg til sosialisering, kvalifisering, kompetanseutvikling og terapi som man kan hente læring fra, og forklarer sin definisjon på læring på følgende måte. (Illeris, 2012, s.15-16):

1. Læring betegner det som er lært, eller en erfart endring som har funnet sted.
2. Læring henvises til de psykiske prosessene som finner sted hos den enkelte og kan føre fram til slike endringer som punkt 1 omhandler. Disse kan betegnes som læreprosesser.
3. Både ordet læring og læreprosesser henviser til de samspillprosessene mellom individet og dets materielle og sosiale omgivelser, som direkte eller indirekte er forutsetninger for de indre læreprosessene som punkt 2 omhandler.

Illeris (2012) hevder at for at læring skal kunne skje, så må læringen omfatte to forskjellige prosesser, som begge må være aktive for at personer skal være i stand til å lære. Den ene omhandler samspillet mellom personen og omgivelsene, som vi er mer eller mindre oppmerksomme på. Den andre prosessen omhandler den individuelle psykologiske bearbeidelsen og tilegnelsen av de impulsene og påvirkningene som skjer i samspillet. Videre mener han at det må være noe som setter tilegnelsesprosessen i gang og gjennomfører den. Han hevder også at den kroppslige tilstedeværelse i læringen er sentralt, ikke minst fordi personen må ha overskudd til å engasjere seg i læring. Men han påpeker også at læringsforløp kan være preget av blokkeringer eller av forsvarsmessige avvísninger.

Illeris (2012, s. 43) utdyper videre at læringen består av tre dimensjoner; innholds dimensjonen (kunnskap, forståelse og ferdigheter) og drivkrafts dimensjonen (motivasjon, følelser og vilje) som dreier seg om den individuelle tilegnelsesprosessen, og samspills dimensjonen (handling, kommunikasjon, samarbeid) som dreier seg om de sosiale og samfunnsmessige sidene av læringen. Hans grunnleggende tese er at all læring involverer disse tre dimensjonene, og at alle tre må tas med i betraktning hvis en forståelse eller analyse av læringsforløp skal være fyllestgjørende. Personens handlinger utspiller seg i møte med omverden, fordi all læring er situert. Modellen blir grafisk fremstilt på denne måten:

**Figur 1: Læringens dimensjoner** (Illeris, 2012, s.43)



Sammenfatning:

Avhandlingens læringsteoretiske grunnlag er at læringsprosesser skjer gjennom å delta på ulike arenaer i tid, sted og rom. Videre skjer ulike læringsprosesser i relasjon med andre i sosiale, fysiske og kulturelle praksiser. Handling og øvelse i bestemte kontekster er vesentlig for at læring skal skje. Læringsprosesser knyttes til motivasjon (drivkrefter) i interaksjon med sosiale, fysiske og materielle omgivelser. Dette innebærer at læringserfaringer er personlige, men vil også være avhengige av betingelser som ligger i denne konteksten. Teorigrunnlaget kan gi mening for å forstå hvordan den psykiatriske institusjon kan være et meningsfylt sted for læring for pasienter og ansatte.

## 1.7 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien har vært å få utdypet kunnskap om hvilken mening og verdi den psykiatriske institusjon kan ha som et sted for læring for mennesker med psykiske lidelser og i samarbeid med de ansatte. I avhandlingen er læring ikke knyttet til én bestemt kontekst, men går *utover* den læring som skjer i terapirommet, vanligvis definert som individualterapi, og den læring som skjer i det terapeutiske miljøet, ofte definert som miljøterapi. Læringens hovedfokus er på pasientens opplevelse av å være deltagende i sin egen læringsprosess i fellesskap med andre, hvilken mening dette har for dem, og hvordan de ansatte og den omliggende kultur, kontekst og stedet bidrar til å fremme at læringsprosesser settes i gang. Hva som fremmer og hindrer læring både hos pasienter og ansatte i det tverrfaglige samarbeidet blir også tematisert.

I studien ligger følgende forskningsspørsmål til grunn:

- Hvilken betydning har møtet med den psykiatriske institusjon i tid, sted og rom for pasientene, og hvilken mening og verdi har dette for dem?
- Hva bidrar til å motivere til at læringen settes i gang?
- Hvordan erfares læringsprosessen slik at kunnskap, forståelse og ferdigheter kan oppnås?
- Hvilken mening og betydning har samarbeidet med profesjonelle og medpasienter i læringsprosessen?
- Hvilke faktorer kan fremme eller hindre læringsprosesser hos pasienter og hos ansatte?

## 2.0 Materiale og metode

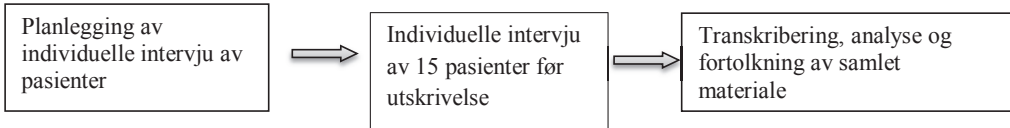
Denne avhandlingens er basert på individuelle intervjuer med pasienter før og etter utskrivelse fra en psykiatrisk klinikk (Modum Bad), og med individuelle intervjuer med pasienter og ansatte fra en DPS (TEDD). Figur 1 viser design og oversikt over forløpet i forskningsprosessene. Tabell 1 viser oversikt over informantene/deltakerne i begge

materialene. For å innhente kunnskap om pasienter og ansattes forståelse og perspektiv, er det mest hensiktsmessig å bruke kvalitativ tilnærming. Dette egner seg godt der man ønsker å få fordypet kunnskap om hvordan mennesker tenker og handler. Et beskrivende og utforskende design bidrar til å kunne innhente åpne, nyanserte beskrivelser av ulike sider ved intervjupersonens livsverden, der forskningsfeltet tidligere har vært lite utforsket. Kvalitativ tilnærming bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, og er basert på en filosofisk tenkning og forståelse som ligger til grunn for det kvalitative forskningsintervju (Kvale, 1997). På denne bakgrunn er det hensiktsmessig å tydeliggjøre hvilke forskningsmessige forutsetninger som ligger til grunn. Det finnes ulike tradisjoner innen kvalitativ metode. Denne studien har vært inspirert av ulike teoretikere, men den er i hovedsak orientert ut fra van Manen (1990), Kvale & Brinkmann (2009) og Malterud (2011), og blir utdypet i redegjørelsen av forskningsprosessen.

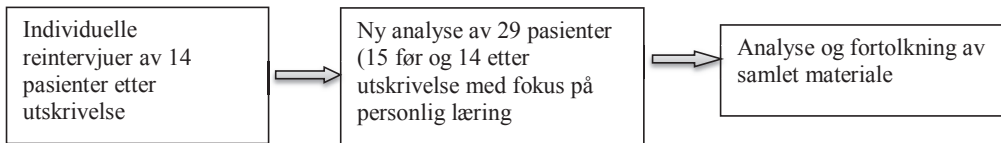
**Figur 2 Design og forskningsprosess**

**Artikkel 1 og 2 (Modum Bad)**

**Artikkel 1**

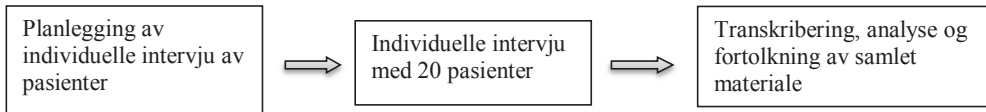


**Artikkel 2**

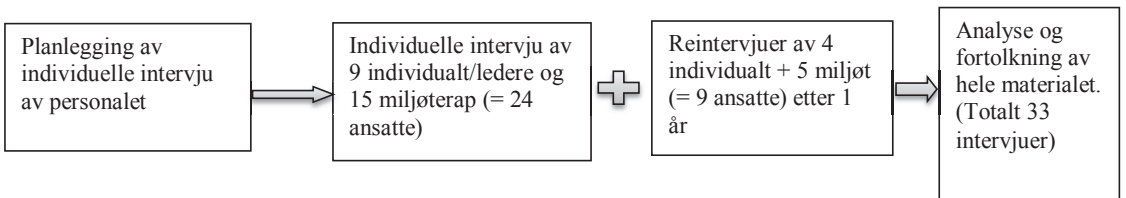


**Artikkel 3 og 4 (TEDD)**

**Artikkel 3**



**Artikkel 4**





**Tabell 1 Oversikt over informanter/deltakere fra Modum Bad og TEDD.**

<b>Modum Bad (artikkel 1 og 2)</b>		<b>TEDD (artikkel 3)</b>	
Antall pasienter:	15 (14 er reintervjuet etter utskrivelse)	20	
Kvinner:	8	8	
Menn:	7	12	
Alder:	19 – 58 år	28 -55 år	
<b>Diagnoser ICD-10:</b>			
Sosial fobi	3	Psykiske lidelser utenom rusrelaterte lidelser:	
Depresjon	5	Paranoid schizofreni	14
Spiseforstyrrelse	3	Bipolar lidelse	1
Posttraumatisk stressforstyrrelse	3	Personlighetsforstyrrelse	2
Personlighetsforstyrrelse	1	ADHD	1
		Depresjon	1
		Ingen psykiatrisk diagnose	1
		RUS:	
		Misbruk eller avhengighet av flere narkotiske stoffer	13
		Bare alkohol	4
		Opiater	2
		Amfetamin	1

<b>TEDD (artikkel 4)</b>		
Antall ansatte:	9 Individualterapeuter/ ledere (4 er reintervjuet etter et år)	15 Miljøterapeuter (5 er reintervjuet etter et år)
Kvinner:	6	10
Menn:	3	5
Alder:	31 -55 år	26 – 60 år
<b>Yrkesgruppe:</b>		
Psykolog	3	
Lege	3	
Idrettspedagog	1	
Sosionom	1	1
Sykepleier	1	8
Vernepleier		1
Ergoterapeut		2
Miljøterapeut		3

## 2.1 Metodologisk tilnærming

Denne studien bygger på et metodologisk perspektiv inspirert av hermeneutisk filosofi og fenomenologi, ut fra en forståelse om at vi lever erfarende, forstående og fortolkende under historiske og personlig gitte meningshorisonter i en felles livsverden. Filosofien gir ikke anvisninger på bestemte metoder for å innhente empiri om menneskelige situasjoner. Flere filosofer har imidlertid bidratt til å tydeliggjøre og reflektere forståelsesformen i det kvalitative forskningsintervju og bidratt til metodologisk utvikling (Gadamer, 1975; Gergen, 1997; Giorgi, 1997; Kvale, 1997; Ricouer, 1999). Overordnede filosofiske perspektiver har i denne studien bidratt til metodologiske valg, både ved formulering av spørsmål, fortolkning og validering.

Den hermeneutiske tilnærming søker å forstå mennesket som en helhet av kropp, sjel og ånd i samspill med omgivelsene, og er opptatt av spørsmålet om dypere forståelse av mening (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1998). Forståelsen omhandler subjektets forankring i den historiske, kulturelle og språklige konteksten. Innen hermeneutikk er en opptatt av å søke forståelse som blir betraktet som en grunnleggende aktivitet, og spørsmål som hvordan meningsfulle fenomener skal fortolkes (Gadamer, 1975). Formålet med en hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og en allmenn forståelse av hva en tekst betyr. Den moderne hermeneutikken ble utviklet delvis på grunnlag av den eksistensfilosofiske retningen av fenomenologien. Sentrale filosofer er Hans-Georg Gadamer (1975) og Paul Ricouer (1999). Gadamer forsto hermeneutikk ikke som en lære om fortolkning, metode eller bevissthetskonstruksjon, men som et grunntrekk ved hva det vil si å være menneske, som en måte å være i verden, i tiden, livet og i historien. Med dette begrunnet han sin forståelse av at mennesket alltid står i en sammenheng (Gadamer, 1975; Gadamer, 2003b). For Gadamer er språket den måten vi forstår verden på og definerer vårt forhold til historien, og hevder med dette at det bare er samtalen eller dialogen som er det helt sentrale innenfor den filosofiske hermeneutikken. Gadamer var også inspirert av Sokrates gjennom Platons dialoger. Som Sokrates søkte også Gadamer etter sannheten gjennom å åpne seg for andre argumenter, la personens synspunkter gjelde og sette seg i det annens sted, for å forstå hva den andre sier. Ved møtet med et annet menneske, møter vi samtidig en annens forståelseshorizont hevdet han. På den måten er det mulig å oppnå en felles forståelse om «saken», det som er tema for samtalen (Gadamer, 2003b s. 114-115). Hermeneutikken har på denne måten vært en viktig inspirasjon og fått stor utbredelse innen helse- og samfunnsvitenskapene, og er brukt i flere studier som arbeider innen rammene av en livsverdenstilnærming (Bengtsson, 2006).

Fenomenologien ble grunnlagt som en filosofi av Husserl ved århundreskiftet. Det fenomenologiske perspektivet er beskrevet delvis som en kunnskapsretning i filosofi som beskriver kunnskapsbegrepet og kunnskapsprosessen, og dels som en metode for å utforske det førstnevnte (Husserl, 1997). Begreper som livsverden («lived experience») er utgangspunkt for den fenomenologiske forståelsen. Fenomenologien gir på den måten retningslinjer for hvordan man kan være så åpen som mulig i møte med levd erfaring. Tenkningen om livsverden viser til at mennesket og verden og de andre er uløselig knyttet sammen. Forståelsen er at mennesket er involvert og engasjert i en praktisk og mellom – menneskelig virkelighet karakterisert av mening og betydning. Det innebærer at levd erfaring er i fokus. Livsverden kan dermed være basis for alle våre tanker, opplevelser og erfaringer. Den er både ureflektert og reflektert. Gjennom deltagelse, samhandling og kommunikasjon kan vi få tilgang til den andres livsverden. Med livsverden forstår vi menneskets erfarings- og opplevelsesverden slik det leves i det daglige liv, og som er formet av tidligere og aktuelle erfaringer, slik at det er mulig å tolke dets eksistens. Det innebærer å se bort fra forskernes forhåndskunnskap og at en søker etter de beskrevne fenomenenes essensielle og vedvarende betydning slik de trer fram for personen (Kvale & Brinkmann, 2009). Fenomenologisk forskning søker å forstå menneskelig erfaring med grunnlag i deres beskrivelser, vurderinger og oppfatninger av eksistens-spørsmål knyttet til det å være, og leve som menneske i denne verden. Den levde erfaringen og opplevelsen slik det framstår for oss, er et fruktbart utgangspunkt når en skal innhente erfaringer fra pasienter og ansatte i en gitt kontekst.

For å forstå pasientenes og de ansattes livsverden på en fortolkende og beskrivende måte, kan man kombinere den hermeneutiske forståelsesprosessen med det fenomenologiske perspektivet. Denne kombinasjonen kalles hermeneutisk- fenomenologi (Barbosa da Silva, 1995; van Manen, 1990), og er valgt som forståelse i tolkning av data i denne studien. I utgangspunktet forsøkte fenomenologien å være rent deskriptiv. Livsverden skulle beskrives uten fortolkninger og uten å ta inn konteksten. I tråd med Gadamer mener van Manen (1990) at det deskriptive også er fortolkning, og trekker derfor inn hermeneutikken og betrakter fenomenologi som beskrivelse av den erfarte meningen mens vi erfarer den. I det øyeblikk vi erfarer opplevelsen er vi samtidig ikke bevisst hva vi erfarer, fordi refleksjonen skjer retrospektivt. Når pasienter og ansatte forteller om sine opplevelser vil det derfor alltid være et element til stede av både refleksjon og tolkning.

I denne avhandlingens sammenheng er det aktuelt å utdype de fire hovedpremissene som ligger til grunn i van Manens (1990) hermeneutiske- fenomenologi. Han hevder at å

forstå menneskets relasjon til verden er grunnleggende for å forstå menneskets eksistens, og han mener at *tid, kropp, relasjoner* og *rom*, danner en sammenhengende helhet i menneskers livserfaringer (van Manen, 1990, s.101). Disse omtaler han som *existentials*, og mener at disse kan være til hjelp for refleksjon i forskningsprosessen.

Opplevelser av *tid* eller *levd tid* (temporality) hentyder til menneskets subjektive tidsoppfattelse av fortid, nåtid og framtid. Tiden kan oppleves kort eller lang og ha ulik betydning i ulike sammenhenger. Tiden kan for eksempel oppleves annerledes under et institusjonsopphold, fordi det representerer et brudd med den vanlige tilværelsen.

*Levd kropp* (corporality). van Manen hevder at erfaringene setter seg i kroppen og henviser flere ganger til den franske filosofen og fenomenologen Merleau – Ponty (1994) som forklarer at kroppen står i et levende samspill og i dialog med omverdenen. Når vi møter et annet menneskes livsverden, så møter vi det gjennom dets kropp, både fysisk, sanselig og emosjonelt. Levd kropp omhandler tvetydigheten i at mennesket har en kropp og er en kropp og kan forholde seg både ubevisst og bevisst til dette. Å søke etter kroppserfaringer gjennom bevegelse og aktivitet kan gi personlig kunnskap og sanseopplevelser som er unike for det enkelte mennesket, og kan også deles i et fellesskap med andre.

*Levende relasjoner* (relationality) handler om de erfaringene en opplever på godt og vondt i forhold til andre mennesker i tid og rom. Relasjonen kan oppleves som trygg og omsorgsfull, men også motsatt som krevende og utrygg. Relasjonen kan bidra til læring, vekst og utvikling, men også til usikkerhet, mindreverdighetsfølelse og ikke mestring. Et sentralt element i denne sammenhengen er betydningen av ordet *likeverdighet*. Når vi er i likeverdig fellesskap med andre mennesker, så gir det en følelse av mening med livet og en begrunnelse for å leve. På den måten kan vi også overskride oss selv (van Manen 1990).

*Levd sted* (spatiality) omhandler et sted eller rom som mennesker gir mening gjennom stedstilhørighet eller stedsidentitet. Stedets indre opplevelse kan oppleves som vennlig eller uvennlig, trygt eller utrygt, mens stedets ytre oppfattelse er knyttet til det geografiske og estetiske. At institusjonen oppleves som hjemlig, innebærer å finne seg selv hjemme der, slik van Manen uttrykker det: «Home is where we can be what we are» (1990, s 102). Denne forståelsen kan gjenkjennes i Norberg – Schulz' stedsfenomenologi (1986), som omhandler å gå til stedet selv og gjøre erfaringer.

Den hermeneutiske-fenomenologien omfatter også menneskelige omgivelser i samtiden. Det fysiske miljøet vil således være av interesse i relasjon til menneskers liv og opplevelser. Den materielle virkeligheten, som for eksempel arkitektur og interiør, vil påvirke

menneskers opplevelse av at livet og stedet er uløselig forbundet (Norberg- Schulz, 1986). Ved å etterspørre pasienters opplevelse av deres møte med institusjonen, kan vi få kunnskap om hvordan helheten ved stedet erfares og de formmessige forhold hverdagslivet inngår i.

## **2.2 Egen forforståelse og vei inn i forskningen**

Forforståelse er omtalt av Malterud (2011) som en ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosessen. Både faglig ståsted, faglige interesser, hypoteser, motiver og personlige erfaringer innvirker på dette. For å kunne vurdere validiteten i forskningen, er det derfor viktig å tydeliggjøre hvilken referanseramme og interesser som ligger til grunn for systematisering av fenomener i forskningen.

Min forforståelse har jeg ervervet gjennom egen faglig praksis som sykepleier, terapeut, veileder, leder og forsker i psykiatriske institusjoner. I tillegg har jeg arbeidet mange år som lærer og veileder innen psykisk helsearbeid, og har gjennom dette møtt studenter og praksissteder, som også har bidratt til kunnskap i fagområdet. Dessuten har ulike møter med pasienter og brukere gitt meg nyttig kunnskap fra deres egne liv og perspektiv. Denne nærheten til forskningsfeltet har bidratt til å gi meg inngående kunnskap om livet i psykiatriske institusjoner. Samtidig kan dette ha bidratt til at jeg ikke har hatt den nødvendige distansen i gjennomføringen av forskningen som avhandlingen bygger på. Av den grunn har det vært helt sentralt i forskningsprosessen å fremlegge mine fortolkninger for andre til diskusjon av fortolknings gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Interessen for å studere den psykiatriske institusjon som et sted for læring og læringsprosesser, ble vekket i intervjuundersøkelsen med pasienter, som jeg gjennomførte i 2004 ved Modum Bad. Jeg ønsket å undersøke pasienters opplevelser av institusjonens behandlingskultur og deres erfaringer forøvrig fra behandlingsoppholdet. Jeg ble overrasket over at pasientene var så opptatt av å tematisere læring, og at læring hadde hatt så stor betydning for dem under oppholdet. De fortalte mer om sin egen læringsprosess, som ofte foregikk i samvær med medpasienter, enn om hva som foregikk i den individuelle terapien. Å lære ble satt i sammenheng med at de hadde opplevelsen av å bestemme selv og medvirke i egen behandling. Når de ble bekreftet som voksne mennesker, fikk de styrket troen på seg selv. Å være sammen med helsepersonell i de ulike terapeutiske aktivitetene på dagtid bidro til å styrke deres opplevelse av likeverdighet og verdi som menneske. Men spesielt medpasienters betydning var viktig. Jeg forsto at betydningen av at egenaktivitet i et sosialt fellesskap på et bestemt sted var viktig for at pasientene skulle bli personlig engasjert i sin

egen læringsprosess. Interessen for læring startet derfor induktivt med empiri fra pasienter, og ikke ut fra et bestemt læringsteoretisk grunnlag. Det slo meg at temaet læring i faglitteraturen hovedsakelig omhandler hvordan psykoterapi og miljøterapi kan læres og utøves av de profesjonelle, og lite fra pasientenes perspektiv. Dette stimulerte meg til å undersøke pasienters erfaringer med læringsprosesser.

Et teoretisk fundament var også til nytte før prosjektstart. Jeg gjennomførte to forskningskurs i kvalitative forskningsdesign og metode. Her ble jeg spesielt inspirert av kunnskaper fra hermeneutikk og fenomenologi fra filosofer som Gadamer (1975) og Ricoeur (1999), og denne forståelsen hadde også stor betydning for min teoretiske forforståelse da jeg planla og gjennomførte den første studien. Både forforståelse, samtale med veiledere, og andre fagpersoner ga et grunnlag for valg av tema, forskningsfokus og forskningsdesign her.

I den andre fasen av studien hadde jeg spesielt nytte av å lære om kognitiv miljøterapi, gjennom bøker, fagdager på TEDD og hospitering på St Hans Hospital i Roskilde, Danmark.

Jeg har fått mulighet til å undersøke to ulike behandlingsmiljøer med helt ulike pasientgrupper (frivillige innlagte med ikke psykotiske lidelser og frivillige og tvangsinnlagte pasienter med dobbeltdiagnoser), og har på dette grunnlag utdypet temaet om den psykiatriske institusjon som et sted for læring, et tema det foreligger lite systematisk kunnskap om.

## **2.3 Studienes planlegging, rekruttering og gjennomføring av intervju**

### **2.3.1 Modum Bad**

Institusjonen Modum Bads Nervesanatorium har siden 1957 tatt i mot pasienter med både korte og mer langvarige psykiske lidelser til frivillig innleggelse, der poliklinisk behandling ikke har ført fram. Navnet er seinere skiftet til Modum Bad, Klinikken (se også punkt 1.4).

Da undersøkelsen ble gjennomført i 2004, var Modum Bad en landsdekkende psykiatrisk behandling sinstitusjon med 117 plasser fordelt på seks avdelinger, hvorav tre med døgnansatt personale. Behandlingen besto av varierte psykoterapeutiske tilnærminger (hovedsakelig psykodynamisk, interpersonell, kognitiv terapi og miljøterapi), både individuelt og i gruppe. Det var også fast tilbud om fysisk aktivitet ca to ganger per uke, undervisning, kreative grupper, friluftsliv og noe ergoterapi. Den gjennomsnittlige innleggelsestiden var 12 uker. Et kriterium for innleggelse ved klinikken var at annen behandling skulle være forsøkt

først. Alle pasientene hadde derfor tidligere vært behandlet ved en psykiatrisk poliklinikk, og noen hadde også hatt opphold på andre psykiatriske institusjoner. De ansatte besto hovedsakelig av spesialsykepleiere, psykologer og psykiatere. Psykologer og leger var ansvarlige behandlere og benevnt som individualterapeuter, spesialsykepleiere ble benevnt som miljøterapeuter eller kontaktsykepleier. Disse var blant annet ansvarlig for avdelingenes dagligliv på dag, kveld og natt, oppfølging av individuell plan, deltagelse i terapeutiske grupper, kreative grupper, undervisning og fysisk aktivitet. Verdigrunnlaget er forankret i det kristne menneskesynet, men institusjonen er åpen for alle uansett politisk eller trosmessig oppfatning. Likeverd, respekt for menneskets integritet og et helhetlig menneskesyn er bærende ideer. Det er også åpne faste kulturelle aktiviteter, for eksempel konserter. Det er kirke på stedet, og pasientene har tilbud om samtaler med prest og sjelesorg.

### **2.3.2 Planlegging av studien ved Modum Bad**

Jeg hadde tidligere vært ansatt ved institusjonen Modum Bad, hovedsakelig i Familieavdelingen, fra 1980 – 88, slik at jeg kjente godt til det terapeutiske arbeidet. Da jeg kom tilbake i en ny stilling i år 2000, ble jeg ansatt i en lederstilling i direktørens stab. Jeg var således en del av den overordnede ledelsen ved Modum Bad, men ikke direkte ansvarlig for klinikkens kliniske virksomhet. Mitt direkte samarbeid med pasientene var stort sett ved å veilede sykepleiere og andre terapeuter i deres kliniske arbeid. Dessuten møtte jeg en gang per uke i pasientrådet, som besto av pasientrepresentanter fra alle de seks avdelingene. Det ga en unik mulighet til å få innblikk i hva pasientene var opptatt av. Dette inspirerte meg til å starte opp forskningsprosjektet. Forskningsfeltet var lett tilgjengelig. Det var også ønsket fra institusjonens side, som ledd i kvalitetsutvikling. På den annen side kunne denne kjennskapen bidra til å innskrenke forskningsfokus.

For å tydeliggjøre egen forforståelse før prosjektet startet, skrev jeg ned mine antagelser om hvilke positive og negative faktorer som kunne ha betydning for pasientene under oppholdet. Positive faktorer ble knyttet til; innleggelse som betydning for kontinuitet i behandlingen, betydningen av å komme bort fra sin daglige situasjon; trygge og faglige rammer; gode hjelpere som kan være en ventilator og som kan skape trygghet hos pasienten som gjør at han/hun tør å åpne opp for vanskelige følelser; å være sammen med andre medpasienter og å delta i et godt terapeutisk miljø skaper muligheter for utvikling; aktiv deltakelse i egen behandling gir bedre utbytte av oppholdet. Negative faktorer ble knyttet til;

innleggelse og for mye beskyttende omsorg kan føre til regresjon og større hjelpeløshet; institusjonskulturen kan være preget av paternalistiske strukturer med regler og normer som kan bidra til at pasienter får en følelse av maktesløshet og blir preget av hjelpeløshet; gruppeklima i institusjonsmiljøet kan utvikle seg uheldig, og kan føre til uheldige eller sykdomsfremkallende forhold hos enkeltpasienter; lite tilbud om strukturerte aktiviteter på ettermiddag/kveld kan gjøre institusjonslivet meningsløst; lang behandlingstid i institusjon og avstand til hjemmemiljø kan føre til at pasienten blir for mye skjermet fra sitt eget nettverk og lokal behandler.

Ved å reflektere over disse antagelsene på forhånd, kunne jeg være mer bevisst på mine interesser, slik at disse ikke skulle dominere i møte med pasientene. Av hensyn til min bakgrunn og forforståelse kunne intervjuet også stå i fare for å bli opplevd mer som en veiledningssituasjon eller som en terapeutisk samtale, da dette var situasjoner jeg hadde mest erfaring fra. Det ble derfor viktig å informere pasientene om hensikten med intervjuene og avklare forventninger i hver samtale. En planlagt temaguide var således til hjelp og ga retning underveis i intervjuene. En nødvendig distanse til det som ble formidlet av pasientene ble ivarettatt gjennom den systematiske analysen av intervjuene bl.a. ved kritisk refleksjon over eget arbeid gjennom hele prosessen, i tillegg til at veiledere og medforfattere ikke var ansatt på Modum Bad.

### **2.3.3 Rekruttering av pasienter ved Modum Bad**

Rekrutteringen av pasienter ble startet opp i 2004. Kriteriene for utvelgelse var å ha begge kjønn, spredning i alder og minst fem pasienter fra alle tre avdelinger med døgnbemanning. De tre avdelingene hadde fokus på ulike psykiatriske lidelser; angst og depresjon, traumelidelser og spiseforstyrrelser. Forskeren tok selv kontakt med klinikkens overlege for å få tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen, og fikk deretter hjelp av noen ansvarlige behandlere på de tre avdelingene til å finne pasienter som oppfylte kriteriene. Pasientene ble spurt av sin ansvarlige behandler om de ønsket å delta i undersøkelsen.

I alt 15 pasienter ble spurt og var villige til å bli intervjuet ca. to uker før utskrivelse. Tidspunktet ble valgt i samråd med de ansvarlige behandlerne, som mente at det var gunstig at intervjuet ikke ble foretatt for tett opp til utskrivelsen. Deres erfaring var at mange av pasientene reagerte følelsesmessig de siste dagene før utreise, og de ønsket derfor ikke at intervjuet skulle forstyrre pasientene i utskrivelsesfasen. Pasientene ble i avslutningen av



intervjuet spurt om de var villige til å la seg intervju på nytt per mobiltelefon ca. åtte uker etter utskrivelse. Alle ga sitt skriftlige samtykke til dette. Dette var en oppfølging av første intervju for å innhente deres erfaringer fra behandlingsoppholdet retrospektivt. Fjorten av de 15 pasientene fikk jeg kontakt med. Den siste besvarte ikke telefonen. Det ble purret to ganger.

#### **2.3.4 Gjennomføring av intervjuene ved Modum Bad**

Som en forberedelse til dybdeintervjuene med pasientene ble det utarbeidet en temaguide som kunne anvendes i intervjusituasjonen. Dessuten var det nyttig å bruke veileder i denne prosessen for å sikre at temaguiden dekket forskningsformålet.

Pasientene hadde fått temaguiden på forhånd og var orientert om at samtalen skulle handle om pasientenes erfaringer og opplevelser med stedets behandlingskultur, og hva de mente fagpersoner og behandlingsmiljø best kunne bidra med i terapiprosessen. I informasjonsskrivet ble det også gitt en forklaring på at behandlingskultur omhandlet det helhetlige tilbudet som pasientene møtte og deltok i, hverdagslivet på stedet, holdninger fra personalet, terapeutisk miljø og omgivelser. Samtalen begynte med det pasientene selv var mest opptatt av. De ble bedt om å komme med et eksempel på en situasjon fra institusjonen som hadde hatt betydning for dem, enten positivt eller negativt. Dette intervjuet ble foretatt på forskerens kontor ved arbeidsstedet. Samtalene ble tatt opp på lydband, og samtalene varte i 1 -1.5 time. Det ble skrevet notater underveis og umiddelbart etter intervjusituasjonen, slik som opplevelse av dialogen, pasientens stemning og egne følelsesmessige reaksjoner. Alle intervjuene ble i ettertid transkribert ord for ord av en sekretær ved institusjonen. Sekretæren hadde god trening med å transkribere tekst i forbindelse med journalskriving. Ved gjennomlesning og gjennomhøring av intervjuene i ettertid viste deg seg at transkriberingene var av god kvalitet.

Oppfølgingsintervjuene med de 14 pasientene etter utskrivelse ble foretatt per telefon. Jeg tok selv kontakt med hver enkelt og avtalte et tidspunkt for intervju. Pasientene hadde på forhånd fått vite at innholdet i denne samtalen skulle ta utgangspunkt i deres erfaringer om hva de hadde lært av behandlingsoppholdet. Pasienten fikk selv bestemme tidspunktet som passet, enten det var på dagtid eller kveldstid. Dette intervjuet ble ikke tatt opp på bånd, men det ble laget et sammendrag av forsker så nøyaktig som mulig. Disse intervjuene varte 30 - 40 minutter.

### 2.3.5 Tverrfaglig enhet med dobbeldiagnose (TEDD)

Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) ble opprettet i 2007 ved Voksenpsykiatrisk klinikk, Vinderen, Diakonhjemmet sykehus, og ble nedlagt 1. mars 2012 på grunn av omorganisering av tilbudet. Formålet var å gi pasienter som led av både alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet, spesielt de med alvorlig funksjonssvikt, et tilfredsstillende behandlingstilbud. Den tverrfaglige enheten med psykiatrisk og rusfaglig kompetanse og med faglige rammer med godkjenning for tvungent psykisk helsevern, ble lagt til DPS nivå, og var første i sitt slag i Norge. Enheten hadde hovedsakelig sektoransvar for tre bydeler i Oslo. Et nytt moderne bygg ble bygget for formålet og besto av 12 senger i enerom. Det var bygget i rød murstein og omkranset av trær i utkanten av den største institusjonen på Vinderen. Den psykiatriske institusjonen hører inn under den private stiftelsen Det norske Diakonhjem. Gjennomsnittlig liggetid var ca tre måneder.

Behandlingsmodellen var integrert dobbeltdiagnosebehandling (Mueser et al, 2006) og kognitiv miljøterapi som en enhetlig og felles behandlingssideologi, i tråd med Holm & Oestrich (2006) sine anbefalinger. Behandlingsmodellen var supplert med elementer fra motiverende intervju (Rollnick & Miller, 1995), avpasset i forhold til pasientens funksjonsnivå, og rettet mot å lære nye ferdigheter for å mestre rustring, risikosituasjoner og tilbakefall, trening i problemløsning, sosial mestring og boferdigheter. Sentralt sto medikamentell behandling med antipsykotiske og stemningsstabiliserende medikamenter, og eventuelt substitusjonsbehandling for opiatavhengige. Andre sentrale arbeidsredskaper var kognitiv behandlingsplan, individuell plan og ansvarsgrupper. Fysisk aktivitet var en integrert del av behandlingsopplegget. Det var regelmessig aktivitet to timer hver dag ledet av idrettspedagog. Aktivitetene foregikk innendørs og utendørs med turer i naturen, men også i svømmehall og golfbane. De tverrprofesjonelle ansatte besto av (individual) terapeuter (hovedsakelig psykologer, psykiatere og leger) og miljøterapeuter (hovedsakelig, sykepleiere, ergoterapeuter, vernepleiere og sosionomer). Disse arbeidet sammen i et tverrfaglig team og hjalp pasienten med å utarbeide en kognitiv behandlingsplan. Pasientene fikk utlevert en informasjonsperm om kognitiv miljøterapi. Behandlingsmiljøet ble lagt til rette for at pasienten skulle lære seg nye tenkemåter, ferdigheter og verktøy som hjelp til selvhjelp. Oppgavene for miljøterapeuten var å følge opp pasientens kognitive behandlingsplan og kriseplan, ved bruk av kognitive metoder. Sosial ferdighetstrening, undervisning og fysisk aktivitet var viktige brikker i dette. Miljøterapeutene fikk dermed et tydelig ansvar som terapeuter og muligheter for å være gode rollemodeller for pasientene. Målet skulle være å

korrigere negative og uhensiktsmessige selvoppfatninger, øke pasientens refleksjonsevne og mestringsfølelse, samt å fremme håp og tro på egen framtid. Miljøterapeutene fikk jevnlig og tett veiledning for å lære seg grunnprinsippene i kognitiv terapi i dette arbeidet. På denne måten ble det lagt ned mye arbeid for å utvikle og danne en velfungerende miljøpersonalgruppe i et tverrfaglig samarbeid.

### **2.3.6 Planlegging av studien ved TEDD**

For å følge den kognitive miljøterapien ved TEDD, ble undersøkelsen opprinnelig planlagt som et følgeforsknings prosjekt, som er en tilnærming til et felt som skal "følges" over tid (Borge et al., 2012; Sverdrup et al., 2011). Følgeforskning går også under betegnelsen «dialogbasert prosessanalyse». Dette er en evalueringsform som har store likheter med det som internasjonalt omtales som «participatory research» eller «collaborative research» (Sverdrup, 2009). Et sentralt poeng med tilnærmingen er at forskere og ulike aktører i den aktuelle virksomheten arbeider sammen for å identifisere ulike problemområder. Gjennom dette er tanken at man sammen skal komme fram til en felles forståelse som fører til et bedre tiltak eller produkt. Hensikten med følgeforskningen skulle dels være å studere hva man oppnådde i forhold til pasientenes deltakelse i kognitiv miljøterapi. Det var også viktig å gi løpende tilbakemeldinger til TEDD og de som arbeidet der. Hensikten var å bidra til å korrigere eller endre kurs på behandlingsopplegget, dersom det skulle vise seg å være behov for dette. Bruk av forskning på denne måten innebærer at den anvendes aktivt og brukerorientert i arbeidet med å utvikle et best mulig tilbud til pasientgruppen. I følgeforskningen er læring, endring og kvalitetsforbedring følgelig helt sentrale elementer, og dette kan ha medført at læring ble så sentralt i temaene fra intervjuene med pasientene og de ansatte.

Jeg kom inn i forskergruppen som ansatt ved Diakonhjemmet høyskole etter at intervjuguiden var laget og søknad til godkjenning i REK (regional etisk komité) forelå. Jeg hadde således ingen medvirkning på utarbeidelsen av dette prosjektet, men skulle som forsker delta i å intervju pasienter og ansatte gjennom følgeforskningen.

Jeg hadde som forsker min forforståelse med meg i ryggsekken også denne gang. I tillegg hadde studien fra Modum Bad gitt meg unik kunnskap om inneliggende pasienters erfaringer, men jeg hadde ingen erfaring med kognitiv miljøterapi fra før. En ukes

hospiteringsopphold på St. Hans hospital var nyttig, siden denne psykiatriske institusjonen hadde innført kognitiv miljøterapi i alle avdelinger (Holm & Oestrich, 2006). Deltagelse på TEDD sine fagdager og uformelt samvær med personale og pasienter i enheten ga nærhet til forskningsfeltet. Forskerrollen ga dessuten større mulighet for avstand, sammenlignet med den første undersøkelsen, ved at jeg ikke tidligere kjente til institusjonen eller var ansatt der. Det var også nyttig og lærerikt å delta i en forskergruppe der de andre forskerne var sosiologer, og således hadde en annen fagbakgrunn enn meg selv, noe som bidro til økt refleksjon over egen forforståelse i forskningsprosessen.

### **2.3.7 Rekruttering av pasienter og ansatte ved TEDD**

Rekrutteringen av pasienter og ansatte ved TEDD startet høsten 2009. Pasientintervjuene ble avsluttet i løpet av mai 2011 og intervjuene med de ansatte ble avsluttet i november samme år. Enhetens leder hadde i utgangspunktet meldt at det var ønskelig at alle aktuelle innlagte pasienter skulle bli intervjuet i forbindelse med følgeforskningen. De ansvarlige behandlerne ville derfor selv ta ansvar for å spørre sine pasienter om de ønsket å delta i undersøkelsen. Vi hadde ingen mulighet til å kontrollere hvor mange pasienter som ble spurt eller hvor mange som takket nei. Rekrutteringsprosessen tok lenger tid enn forventet. Tilsammen 20 pasienter samtykket til intervju. For å rekruttere individualterapeuter (behandlere) og ledere som var sentrale med hensyn til å ivareta og implementere kognitiv miljøterapi, ble ni ansatte invitert og alle samtykket til intervju. Disse ble kontaktet direkte av forskerne. Fire sa seg villig til å bli intervjuet på nytt etter et år (tre av de aktuelle hadde i mellom tiden sluttet).

Det ble også rekruttert representanter fra ulike yrkesprofesjoner i miljøterapeutgruppen. Disse hadde den daglige pasientkontakten, og var sentrale for implementeringen av kognitiv miljøterapi (fysisk aktivitet, mestring av og trening på ulike oppgaver). Vi hadde på forhånd meldt til enhetsleder at det var ønskelig å intervju minst halvparten av miljøterapeutene i turnus med ulik fagbakgrunn og av begge kjønn. Sytten personer ble invitert til intervju og 15 takket ja. Forskerne tok selv kontakt med den enkelte ansatte per mail for å avtale tidspunkt for intervju.

Etter et år fikk vi kontakt med åtte av de 15 vi tidligere hadde intervjuet, fem av disse var villige til å bli intervjuet på nytt. Vi vet ikke noe om de som vi ikke fikk kontakt med andre gang, men vi fikk beskjed om at noen var sykemeldt og noen var sluttet. Det var også begynt å bli uro i organisasjonen i den fasen reintervjuene ble gjort, grunnet forslag om å

legge ned hele enheten. Vi antar at dette kan ha påvirket interessen for å la seg intervjuet på nytt. Til sammen 33 intervjuer av de ansatte ble foretatt.

### **2.3.8 Gjennomføring av intervjuene ved TEDD**

Alle intervjuguidene var allerede planlagt av forskerteamet før jeg kom inn i prosjektet. Intervjuguiden ble utdelt til pasientene på forhånd av deres behandler. Det temafokuserte intervjuet fokuserte på følgende områder: Møtet med TEDD og eksempler på positive og negative erfaringer; hva hjalp dem mest under oppholdet; erfaringer med fysisk aktivitet og kognitiv miljøterapi; hva kunne personalet bidra med; medpasienters betydning; medbestemmelse og mål i behandlingen; erfaringer med tvang; kontakten med pårørende og råd til TEDD.

De individuelle temaintervjuene med pasientene foregikk i et nøytralt rom ved enheten. Samtalene varte 30-50 minutter og ble tatt opp på lydbånd, bortsett fra to, der deltagerne ikke ønsket dette. To forskere gjennomførte alle intervjuene. De fleste pasientene ble intervjuet en kort stund før utskrivelsen. Det ble foretatt transkripsjon av intervjuene av den som hadde gjennomført intervjuet.

Intervjuene med de ansatte foregikk både i nøytrale rom ved institusjonen og på noen av de ansattes kontor. Intervjuene med de ansatte var sentrert rundt seks temaområder, og omhandlet spørsmål om samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling, om autoritetsfordeling og ressurser, samt om holdninger, om gjennomføring av kognitiv miljøterapi, om fysisk aktivitet og om møtet med TEDD. I det andre intervjuet av de ni ansatte fulgte vi opp temaer som hadde vært fokusert i det første intervju. Et sentralt tema som ble fulgt opp i det andre intervjuet, var utfordringene med det tverrfaglig samarbeidet. I dette andre intervjuet ble det også noe dypere fokus på hvordan den kognitive miljøterapien bidro i pasientenes læringsprosesser.

Alle de 33 intervjuene med de ansatte ble tatt opp på bånd og transkribert. Intervjuene varte mellom 40 og 90 minutter. Transkribering er viktig for å kunne gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse, men Kvale og Brinkmann (2009) hevder på den annen side at transkripsjoner er svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusituasjoner. Lydopptakene var således en viktig hjelp i analysearbeidet for å kunne ta opp igjen steder fra samtalen som var viktig å få klarhet i.

## 2.4. Å skape data

I det følgende redegjøres hvordan denne studiens data ble skapt gjennom ulike former for individuelle kvalitative forskningsintervju. Dette utdyper og begrunner det som er beskrevet tidligere (punkt 2.3.4 og 2.3.8). Hensikten med de kvalitative intervjuene var å forsøke å forstå og avdekke deltakernes livsverden, og å fremstille betydningen av deres erfaringer.

Temaguiden som var gitt pasientene og de ansatte på forhånd, ga retning for samtalen, men intervjuet ble likevel formet etter hva informantene var opptatt av og ønsket å bringe fram. Intervjumetoden var åpen og lite teorigyrt og var inspirert av en hermeneutisk-fenomenologisk forståelse for å utforske personens livsverden og hans eller hennes forhold til den (Gadamer, 1975; Kvale, 1997; van Manen, 1990).

Intervjuet er av Kvale & Brinkmann (2009) omtalt som en aktiv kunnskapsproduksjon, og beskriver det som en utveksling mellom to personer som samtaler om et tema som opptar dem begge, og som i fellesskap skaper kunnskap. I denne interaksjonen vil personene påvirke og reagere på hverandre, men dette forutsetter at forskeren har tilstrekkelig innlevelsesevne og empati. Det kan derfor være en fordel å kjenne til forskningsfeltet fra før, noe som jeg opplevde innga tillit og troverdighet. Samspillet er også gjennomsyret av etiske spørsmål, og er viktig å være oppmerksom på. Pasienter som blir intervjuet blir ofte omtalt som sårbare grupper i vurderingen av forskningssøknader. Jeg var derfor ekstra oppmerksom på at intervjusituasjoner er preget av et asymmetrisk maktforhold.

Det er benyttet ulike former for individuelle intervju, men Kvales (1997, s. 41) aspekter ved det kvalitative forskningsintervju ble anvendt, men med variasjoner i dybde. Dybdeintervjuer er også omtalt som ustrukturerte eller semistrukturerte intervjuer (Malterud, 2011). Intervjuets dybdekarakter avhenger av forskningsprosjektets mål, hva som tematiseres i livsverden og av relasjonen mellom deltaker og intervjuer.

I de første intervjuene fra Modum Bad ble det anvendt personlig dybdeintervju ansikt til ansikt. Intervjuet ble introdusert med et narrativt fokus, dvs. pasientene ble bedt om å fortelle om en konkret erfaring fra oppholdet. I hverdagssamtaler vil svar på spørsmål ofte kunne ha narrative trekk ved at det spontant kan fremkomme ulike historier under intervjuet. Disse historiene eller eksemplene som pasientene fortalte ga unik innsikt og forståelse av hvordan pasientene forsøkte å organisere og uttrykke mening og kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg forsøkte å registre og fortolke meningen med det som ble sagt, og måten det ble sagt på. Gadamer (1975) hevder at vi forstår alltid innenfor en bestemt horisont, som ikke er konstant, men som er i bevegelse (horisontsammensmeltning). Under

intervjusituasjonen forsøkte jeg å være bevisst på min forforståelse (jfr punkt 2.2). Det var viktig å teste den ut i forhold til informantene ved å omformulere utsagn og så be om tilbakemelding om informanten var forstått på rett måte (den hermeneutiske spiral). Den første fasen av tolkningen begynner under intervjuet. I intervjuet forsøkte jeg også å samle inn åpne og nyanserte beskrivelser ved pasientenes livsverden ved hjelp av en fenomenologisk tilnærming (Giorgi, 1997). Her ba jeg også om beskrivelser om spesifikke situasjoner og hendelsesforløp, og ikke om generelle meninger. Det var også nødvendig å forsøke å holde en bevisst naivitet når pasientene snakket om for meg kjente fenomener, som for eksempel i behandlingskulturen (artikkel 1), slik at innholdet ikke ble tatt for gitt, men at jeg prøvde å undersøke hva pasientene selv la i det.

Det andre intervjuet fra Modum Bad foregikk per telefon, og ikke ansikt til ansikt. Dermed hadde jeg som forsker mindre oversikt over intervjusituasjonen. Dette intervjuet var et temabasert intervju og pasientene hadde på forhånd fått vite at de skulle snakke om hva de hadde lært av behandlingsoppholdet. Det ble derfor kortere, og pasientene fikk også færre spørsmål enn i det første intervju. I forberedelsen til det andre intervjuet leste jeg gjennom det første intervjuet for å være oppmerksom på at det første intervjuet kunne ha gitt pasientene ny innsikt og bevissthet og endring av meninger om et tema (Kvale, 1997), og som kunne innvirke på svaret de ga meg i det andre intervju.

Pasientintervjuene fra TEDD (artikkel 3) tok utgangspunkt i de konkrete temaene fra intervjuguiden. Pasientene var preget av sine symptomer på psykose og rusproblematikk, og hadde mindre kapasitet til å sitte i et lengre intervju. Alle intervjuene fokuserte på bestemte temaer og var kortere enn de første intervjuene fra Modum Bad. Noen av pasientene var derimot i stand til å formidle mer av sin situasjon. Disse intervjuene ble til en viss grad noe mer preget av et semistrukturert intervju, der jeg fulgte opp det som pasientene selv brakte på banen. Dette bidro til å gi intervjumaterialet mer fylde enn de andre.

Intervjuene med de ansatte (artikkel 4) foregikk også med utgangspunkt i de konkrete temaene fra intervjuguiden. Da vi gjennomførte den andre intervjurunden etter et år med noen av de ansatte, ble disse intervjuene mer preget av et semistrukturert intervju, siden vi ønsket å gå i dybden på noen temaer som syntes å være mer interessante ut i fra forskningens formål. Et eksempel på dette var temaet tverrfaglighet i relasjon til egen profesjonsrolle.

Følgende eksempel fra en intervjusituasjon med en av miljøterapeutene i den andre intervjurunden, viser hvordan dette ga oss viktig innsikt for å forstå personalets holdninger til pasientene og hverandre, og deres faglige perspektiv.

Forsker: Tedd er positivt annerledes enn andre steder, sier pasientene. Hvorfor opplever de det tror du?

Miljøterapeut: Jeg vet ikke helt [...]. Det må selvfølgelig være en god leder på plass, men det er bare blitt sånn, fordi vi er greie med hverandre og det er god kjemi mellom oss som jobber her, og så har det bare spredt seg. Jeg tror pasientene merker det. Og alle er innstilt på å jobbe med denne pasientgruppen, siden de visste hva de søkte seg til, og at det skulle jobbes med kognitiv terapi. Og at fysisk aktivitet skulle vektlegges. Premissene var tydelige. [...]Vi snakker samme språket. Men jeg tror det er det at vi er en gjeng engasjerte folk som startet ganske samtidig, og at det er veldig høy kvalitet på de som begynner å jobbe her. Det er gode holdninger, hos behandlerne også.

I kvalitativ forskning er det hevdet at bruk av flere metoder kan sikre en dypere forståelse av fenomenet som blir undersøkt (Malterud, 2011). Dette er også hensikten i denne studien, ved at kunnskap fra intervjuer med pasienter med ulike diagnoser i ulike kontekster og ansatte kan bidra til å nyansere og berike forskningstema.

Datainnsamlingen har også gjort det mulig å følge deltakerne over tid. Pasientene på Modum Bad ble intervjuet rett før utskrivelse og åtte uker etter utskrivelse, for å få deres erfaringer retrospektivt. Pasientene på TEDD ble kun intervjuet før utskrivelse. Derimot ble noen av de ansatte intervjuet etter et år. Dette ga både forskere og intervjuobjekter muligheter for refleksjon ved hjelp av tid og avstand. Den mellomliggende tiden har bidratt til å utvide forskerens egen for forståelse gjennom teoretisk og erfaringsmessig kunnskap, slik det er beskrevet i den hermeneutiske spiral (Gadamer 2003b).

## **2.5 Analyse av intervju og fortolkning av intervjuetekst**

Det er flere typer dataanalyse innen fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, med et ulikt antall faser i analyseprosessen. I denne studien valgte vi å følge Malteruds anbefalinger for analysen, som benevnes systematisk tekstkondensering; etablering av helhetlig forståelse, identifisering av meningsbærende enheter, kondensering av mening, de-kontekstualisering av mening og til sist re-kontekstualisering, der teoretiske perspektiver bringes inn. (Malterud, 2001; 2011). Da artikkelformatet gir begrensninger ser jeg det hensiktsmessig å utdype analysemetoden her for å belyse essenser eller kjennetegn ved enkelte fenomener som er studert.



Som forsker deltok jeg i de fleste intervjuene i denne studien, og jeg har selv analysert alt materiale, men med innspill fra andre forskere og veiledere underveis. Dette har bidratt til et godt kjennskap til forskningsfeltet og forskningsmaterialet. Dette innebærer at også min forforståelse har vært gjenstand for revidering gjennom samtalene med de som er intervjuet, i tillegg til kontakten med andre forskere, som har vært involvert i prosessen. På den måten var det mulig å utvikle kunnskap om informanternes erfaringer og livsverden innenfor en gitt kontekst; nemlig den psykiatriske institusjon.

### 2.5.1 Helhetlig forståelse

For å få en helhetlig forståelse av materialet, leste jeg igjennom den transkriberte teksten i sammenheng for å danne meg et helhetsbilde og hadde et så åpent sinn som mulig for å gjøre en eksplorativ analyse. Jeg gjorde notater over interessante temaer i materialet, som kunne belyse studiens forskningsfokus om hvordan det opplevdes å være pasient og ansatt i institusjonen og hva som bidro til hjelp i pasientenes terapiprosess (artikkel 1, 2 og 3) og hvordan de ansatte gjennom kognitiv miljøterapi bidro i denne prosessen (artikkel 4). Dette vises gjennom følgende eksempler:

I artikkel 1 kom følgende tema fram: Modum Bad som sted, atmosfære, tid, rom, helhet, å oppleve seg som pasient og pasientenes egen innsats for egenlæring. Disse temaene ble diskutert videre i veiledning og med medforfatter, og ble utslagsgivende for artikkelens hovedtema, som omhandlet helhet og verdi i tid og rom. Følgende eksempel illustrerer hvordan temaet tid ble forstått og som senere ble knyttet til de greske begrepene på tid; *kairos* og *kronos* (Sommerfeldt, 2005).

Terapeuten sa til meg at nå er det bare fire timer igjen, mens jeg tenkte at jeg hadde jo fire uker igjen av oppholdet, og jeg kunne jo snakke med medpasienter og andre personale i gruppa mellom timene hos terapeuten.

Sitatet gir uttrykk for at pasientene opplevde tiden i samvær med miljøpersonale og medpasienter uten målrettede aktiviteter som gode, såkalt *kairos-tid* (tiden i øyeblikket), og at de opplevde mest *kronos-tid* (den målbare tiden) med sine individualterapeuter, fordi samtaleterapi foregikk på bestemte dager og klokkeslett og i bestemte rom.

Et annet gjennomgående tema var stedets betydning for personlig læring som ble knyttet til stedets atmosfære, personalets engasjement og pasientenes eget harde arbeid. Siden

dette tema var såpass stort, ble det foreløpig lagt til side for senere å gjøre en ny analyse av hele materialet for en ny forskningsartikkel.

Artikkel 2 viser hvordan jeg med utgangspunkt i et nytt forskningsspørsmål om hva pasientene hadde lært av oppholdet, gjorde intervjuer av de samme pasientene åtte uker etter utskrivelse og gjennomførte en ny analyse av hele materialet med utgangspunkt i det å lære. Hele materialet ble analysert med fokus på hva pasientene mente hadde hatt betydning for deres læring. Med et bredt læringsfokus var det mulig å finne temaer som omhandlet hva som hadde hatt betydning for pasientenes læring. Det kom tydelig fram at pasientene opplevde kroppen som læringssete. Læring ble derfor forstått med utgangspunkt i at pasienter opplevde terapi som en type indre læringsvirksomhet man utsetter seg for og som krever stor egeninnsats. Medpasienters betydning ble også tematisert. Å dele denne erfaringskunnskapen med medpasienter var sentralt. Følgende eksempel illustrerer medpasientenes betydning:

Medpasienters historie og følelser setter i gang mine egne følelser. De har viktige kunnskaper, som skaper åpenhet hos meg selv. Jeg får lys til å dele med andre. Det skjer noe med meg. Medpasientene deler av sin kunnskap og gir meg hjelp.

Måten pasientene beskrev sine erfaringer på, bidro til å forstå at de ble berørt i sin egen eksistens av de andres virkelighetsoppfatninger, noe som kunne bidra til nyorientering.

I artikkel 3 var hensikten å undersøke og beskrive pasientenes opplevelser av læring og mestring gjennom kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet. I den helhetlige analysen ble følgende avdekket i deres livsverden: å bli møtt likeverdig, å bli møtt med respekt, om muligheter til å feile og prøve på nytt, om å bli tatt vare på, og betydningen av personalets engasjement, medpasienters betydning, undervisning og om frihet og kontroll. Å bli behandlet for både den psykiske lidelsen og rusproblemet var positivt annerledes enn tidligere erfaringer for pasientene. Den kognitive terapien var tvetydig som hjelp, enkelte opplevde å få ”verktøy”, mens andre strevde med å forstå metoden. Fysisk aktivitet ble avdekket som det mest betydningsfulle for nesten alle pasientene under oppholdet. Følgende utsagn illustrerer betydningen av at både det fysiske og psykiske ble ivaretatt samtidig.

Det som jeg oppfatter veldig fint, er at de tar det fysiske på alvor. Da jeg kom hit så veide jeg bare ca 60 kg. Nå veier jeg sånn 10 kg mer. Den delen er viktig. At de behandler både det fysiske og psykiske samtidig, det er for meg veldig viktig. Det har styrket meg både fysisk og psykisk, og har gjort at tilfriskningen min har gått veldig fort. Kost og fysisk aktivitet er viktig. Og det er ikke sånn fysisk aktivitet at de står og skriker over deg, liksom. Det er en fysisk aktivitet som er tilpasset uti fra pasientens behov, slik vi har. Det blir tatt seriøst hele tiden. For folk som oss krever det at vi blir pushet når vi skal delta i fysisk aktivitet. De prøver å motivere og måten de gjør det på er helt fint. Man får lyst

til å gjennomføre, enn at vi må. Det krever jo dyktige mennesker og et engasjement. At masingen uteblir er viktig. Ja nå skryter jeg veldig, men jeg oppfatter det sånn.

Den helhetlige analysen avdekket også at pasientene først trengte å bli styrket gjennom fysisk aktivitet og ernæring før de orket eller var i stand til å arbeide med indre mentale prosesser.

I artikkel 4 var hensikten å undersøke de ansattes læringsprosesser og erfaringer med å tilrettelegge kognitiv miljøterapi for pasienter med dobbeltdiagnose, hvilke konsekvenser og betydning dette hadde for pasientene, og belyse fremmende og hemmende faktorer i det tverrfaglige samarbeidet. Den helhetlige analysen avdekket stedets (miljøets) betydning for likeverdig samarbeid, respekt, undervisning og veiledning, lederens engasjement, å ha en felles behandlingsmodell gjennom kognitiv miljøterapi og om betydningen av fysisk aktivitet for pasientene. Også spenningene i det tverrfaglige samarbeidet mellom individual- og miljøterapeuter og miljøterapeutene imellom ble avdekket. Følgende utsagn illustrer dette:

Jeg savner kanskje at noen yrkesgrupper i større grad burde tatt tak i deres egen kompetanse. For eksempel den rekken av sosiale problemer, der er det mye som sosionomer kan bidra med. Jeg tror mye av deres kompetanse brukes altfor dårlig. De jobber mer som miljøterapeuter og får gjort mindre av det de kan. Det er viktig at deres spesialkompetanse ikke drukner i dette.

Dette ga en indikasjon på at de ulike yrkesgruppene kanskje var opptatt av at de måtte få spesialisere seg i den betydningen at de mest mulig brukte tid på det de er ”gode på” ut fra sin utdanning, for på den måten å bruke de samlede personalressursene best mulig (mest mulig effektivt).

### **2.5.2 Meningsbærende enheter**

Trinn to omhandler å bestemme meningsenheter. Meningsbærende enheter er tekstdeler som har sammenheng med de temaer den helhetlige analysen avdekket. Dette er en ”styrt” lesning av teksten for å identifisere tekstdeler. Dette er hos Malterud (2011) omtalt som koder. I materialet fra Modum Bad ble meningsenhetene markert med understrekning i teksten ved hjelp av fargeblyanter og matrisearbeid, og koder ble markert. I materialet fra TEDD ble Nvivo, et analyseprogram for å analysere tekst, anvendt. Programmet bidro til å få mer oversikt over tekstmaterialet og til hjelp i identifisering av meningsbærende enheter og koder (nodes). Kodene er bare et middel og ikke et mål i arbeidet. Følgende eksempler illustrerer arbeidet med å finne meningsbærende enheter og markere koder:

Artikkel 1 og 2:

*Tid* ble tematisert i den helhetlige analysen og en meningsbærende enhet var; «På dagtid, der er vi alle på ett nivå, mens på ettermiddagen blir det tydelig hvem som er på vakt og hvem som er pasient». På den måten var det mulig å trekke fram ulike meningsutsagn om *tid* som ble omtalt forskjellig. Disse tekstdelene ble markert som ulike koder, for eksempel; *terapitid, dagtid, fritid, helg, natt*. Dette ga det mulighet for å forstå at pasientene la ulike verdier i tidsdimensjonen, eksempel ved at dagtid ble opplevd annerledes enn tiden etter klokken 16.00.

Den helhetlige analysen avdekket også at stedet hadde betydning for læring (artikkel 2). En meningsbærende enhet viser dette; «Jeg tenker på det mer som en skole hvor en må yte svært mye selv». Ulike meningsutsagn om læring ble satt i sammenheng kodene; *å yte selv, hardt arbeid, undervisning, gruppeterapi, medlæring, medvirkning, å ta ansvar, gjøre nye erfaringer, få verktøy, håp om endring*.

Artikkel 3 og 4.

Den helhetlige analysen i artikkel 3 avdekket temaet likeverdighet. En meningsbærende enhet var; «Det er ikke pasienter mot personalet. Det er mer likeverdige». Ulike meningsutsagn som ble satt i sammenheng med likeverdighet ble kodet som; *trygghet, varme, respekt, kultur, å være voksen, å bli motivert, mer aktivt, medvirkning*.

I artikkel 4 avdekket den helhetlige analysen betydningen å ha en felles behandlingsideologi for alle ansatte. En meningsbærende enhet var; «Mange strever med å ha en felles behandlingsfilosofi, så dette er en gavepakke». Ulike meningsutsagn som ble satt i sammenheng med å ha en felles behandlingsideologi ble kodet som; *Kognitiv miljøterapi, respekt, ledelse, ansvar, tverrfaglig samarbeid*.

### **2.5.3 Kondensering**

Trinn tre omhandler å identifisere og utvikle koder fra de meningsbærende enhetene uten at innholdet går tapt. Dette omtales av Malterud som kondensering. Materialet var nå sortert i flere koder som var en fellesbetegnelse for en gruppe meningsbærende enheter. Dette nivå innebærer en abstraksjon i forsøk på å beskrive og fortolke de meningsbærende enhetene. På

dette analysetrinnet forsøkte jeg å samle kodene for å utvikle disse til undertemaer (Malterud omtaler disse som underkategorier). Jeg forsøkte å redusere datamengden til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter ved å klippe ut og lime inn tekstsegmenter og sitater under de ulike kodene, for så å sette disse inn i beslektede sammenhenger. Dette var et arbeid etter den hermeneutiske spirals prinsipper, ved å ta ut del etter del og så å sette disse inn igjen i en ny helhet. Dette var en tidkrevende prosess som kontinuerlig krevde justeringer og forbedringer, basert på veksling mellom lesing av enkeltintervju, analyse og omskrive intervjuet til et helhetlig notat. Alt i den hensikt å forsikre meg om at jeg hadde fått med de viktigste meningsbærende enhetene.

I denne analyseprosessen var det viktig å legge fram deler av analysematerialet til veiledere og medforfattere. I utarbeidelsen av artikkel 2 hadde jeg dessuten stor nytte av å få med en person med brukerkompetanse som medforsker som leste igjennom analysenotatene i denne fasen, og som meldte tilbake at temaene var interessante, relevante og forståelige. Det som var uklart ble strøket. Tilsvarende var det nyttig å delta i en forskergruppe i arbeidet med artikkel 3 og 4, hvor resultatene kunne legges fram og diskuteres. Jeg hadde også nytte å legge fram resultatene for en uavhengig forsker (Hummelvoll) i arbeidet med artikkel 3. Etter disse rundene var det mulig å sortere materialet i ulike undertemaer som utgjorde den nye analyseenheten.

Det er anbefalt at det lages et «kondensat» - et kunstig sitat på dette analysetrinn. På den måten omskrives ulike sitater i jeg-form, som uttrykk for hver enkelt informants opplevelse innen for de ulike undergruppene innenfor en kode. Hensikten er å følge en systematisk prosedyre for å kondensere og fortette innholdet i hver kodegruppe. Kondensatet fungerer som et arbeidsnotat som brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i siste trinn. Følgende eksempler kan illustrere dette fra artikkel 1:

Et undertema (i artikkel 1 er det anvendt begrepet underkategori) var *å oppleve seg som pasient i tid og rom*. Her var det mulig å utvikle kondensering ved hjelp av sitater som bærer i seg summen av innhold fra de meningsbærende enhetene i et kunstig notat på følgende måte:

For meg var det viktig å komme til et sted og være borte hjemme ifra, bruke tiden på meg selv i trygge omgivelser og å få lov til å være meg selv. Det er godt å være pasient når jeg opplever likeverdighet og fellesskap med personalet og som medmennesker. Da opplever jeg at jeg får verdi som menneske. At de betrakter meg som et vanlig medmenneske som trenger hjelp men ikke nødvendigvis behandling. Det er ubehagelig å være pasient når ulike strukturer i institusjonen bekrefter

mindreverdigheitsfølelse, slik som når personalet sitter på vaktrommet og prater og ler, og jeg kjenner meg utenfor og passiv. Da forsterkes ensomhetsfølelsen.

Malterud anbefaler å velge et «gullsitat» som best mulig illustrerer det som er abstrahert ovenfor, som eksempel ble følgende sitat anvendt:

Det har med alt å gjøre, det vitner ikke noe om et sykehus, og det gir meg verdi. Jeg fikk ikke følelse av å være i en pasientrolle på grunn av at det var mer sosialt og familiært. Det var naturlig for alle å være der. Det var ikke noen ovenfra- og ned holdning.

Ved å arbeide så konkret med teksten var det mulig å justere hva som ble undertema (underkategorier) ut i fra de ulike kodene. Blant annet ble *tid og rom* løftet opp som hovedtema (hovedkategori i artikkel I) fordi undertema (underkategori) ga ny innsikt i forståelsen av dataene.

#### **2.5.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper**

I det fjerde trinnet ble de ulike bitene satt sammen igjen, som av Malterud er omtalt som re-kontekstualisering. Ved hjelp av ulike gjenfortellinger er det mulig å lage begreper som kan gi materialet mening, som kan forstås av andre, samtidig som vi skal forsøke å være lojale i forhold til informantens stemmer. Her forsøkte jeg å sammenfatte kunnskapen og abstrahere fra koder til undertema (underkategori) og til hovedtema (hovedkategori) som var relatert til prosjektets fokus eller forskningsspørsmål. Ved hjelp av de ulike kodene, utvalgte sitat og undertemaene forsøkte jeg å lage en analytisk tekst som skulle representere resultatet for hvert hoved- og undertema. Den analytiske distansen til gjenfortellingene kan bidra til å sikre at det er nok forankring i materialet.

Et eksempel fra artikkel 4 kan illustrere dette. Her ble de aktuelle kodene og undertemaene abstrahert til følgende hovedtema; *Mestring og læring*.

Undertema; *å forstå og mestre metoden* ble sammenfattet på følgende måte:

De ansatte uttrykte enighet om at kognitiv miljøterapi kunne fungere godt for pasientene, men her var det mange nyanser i svarene. De fleste mente at det var mulig å tilpasse metoden i forhold til avdelingens pasientgruppe, spesielt når de tok hensyn til pasientens kognitive evner, og brukte enkle instruksjoner. Den kognitive terapien ble mest sett på som et verktøy og at en kunne implementere det som det passet seg i samarbeidet med pasientene. Miljøterapeutene hadde stort sett tro på den kognitive tilnærmingen, men følte at de hadde trengt mer tid med pasientene. Å forandre og endre på bruken av rusmidler innebar et langt perspektiv. Miljøterapeutene var også mer usikre på metoden enn individualterapeutene, og mente at pasientene var lite egnet

for kognitiv terapi, fordi pasientene var for syke. På den annen side hadde flere av miljøterapeutene også erfart at de hadde mestret å anvende kognitive prinsipper overfor enkelte pasienter. De erfarte at dette ga pasientene et verktøy og at de ble mer involvert i å formulere sine egne mål. Miljøterapeutene mente at de etter hvert hadde lært seg til å tenke mer kognitivt i måten de stilte spørsmål på, og ved dette hadde blitt mer bevisste i sin tilnærming overfor pasientene. De kognitive prinsippene ga miljøterapeutene et handlingsredskap, noe som bidro til å arbeide mer ressursorientert og gjøre miljøterapeutrollen mer selvstendig. De ansatte mente at det var viktig at de gjorde individuelle tilpasninger og var fleksible og at pasientene formulerte sine egne mål. På den måten følte terapeutene at de lyktes bedre med sine tilnærminger.

Utfordringen i denne fasen kan være å finne en god overskrift som sammenfatter det vi ønsker å formidle. I følge Malterud kan teorier bidra til denne klargjøringen.

Validering av funnene i artiklene ble gjort ved systematisk å sammenligne innhold og temaer med det originale materialet gjennom hele analyseprosessen for å sikre saklighet og etterrettelighet slik at resultatene kunne stå fram som troverdige. Det var også viktig å finne temaer i materialet som motsa de resultatene jeg var kommet fram til. At deler av analysen også ble validert og diskutert med eksterne veiledere, medforfattere og de andre forskerne opplevdes som en styrke i forskningsprosessen.

## **2.6 Etiske vurderinger**

Forskningsetiske retningslinjer som er utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) ble fulgt i studien. Sentralt i retningslinjene er kravene om respekt for menneskeverdet, å unngå skade og alvorlige belastninger, og krav til informert og fritt samtykke. Studien ved Modum Bad og TEDD ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, NSD, som fungerer som personvernombud for de to institusjonene. Når det gjaldt den første undersøkelsen så ble formannen (Ola Hole) i komité for medisinsk forskningsetikk (REK-Sør) kontaktet først muntlig. Han meldte tilbake at det ikke var nødvendig å søke om godkjenning, med begrunnelse at det var unødvendig for REK-Sør å behandle et forskningsprosjekt som var forankret i klinikkens kvalitetsforbedring. Undersøkelsen ved TEDD fikk skriftlig godkjenning av Regional etisk forskningskomité i Helse Sør-Øst (ref: 2009/1006).

Informasjon om studiens hensikt og metode, samt opplysninger om retten til å trekke seg som informant på hvilket som helst tidspunkt, ble gitt muntlig og skriftlig. Den skriftlige informasjonen gjorde klart at deltakelsen i studien var frivillig og at pasientene og de ansatte

når som helst kunne trekke seg uten at det ville få noen konsekvenser for deres nåværende eller eventuelt senere forhold til institusjonene. Samtykkeerklæringen ble sendt ut før intervjuet og samlet inn før intervjuet startet. Det ble også forsikret om at det som ble fortalt var konfidensielt og om anonymitet når resultatene skulle formidles. Navnelister ble holdt adskilt fra data og slettet etter prosjektslutt. Det var også nødvendig å lagre opptakene på et trygt sted og slette disse når prosjektet var over. Transkripsjonene ble også oppbevart på et trygt sted og personenes identitet ble erstattet med et kodenummer.

Selv om at alle informantene var kompetente til å gi informert samtykke, var det spesielt viktig å være oppmerksomme på at enhver datainnsamling representerer en potensiell intervensjon som kan åpne en prosess og aktivere psykisk uro (Malterud, 2011). Intervjuene kunne bidra til at pasientene reflekterte mer over sin situasjon som pasient og om forhold som kunne bevisstgjøre ubehagelige erfaringer. Det var derfor viktig også å sørge for at personalet var informert om undersøkelsen, slik at pasientene kunne arbeide videre med sine erfaringer på en best mulig måte.

## **2.7 Troverdighet i kvalitativ forskning**

Kvalitative undersøkelser er basert på å innhente subjektive opplevelser og har andre valideringsutfordringer enn kvantitative metoder som valideres etter objektive mål. Begrepsapparatet er derfor ofte annerledes enn i kvantitative metoder, selv om Kvale (1997) bruker begrepene generaliserbarhet, reliabilitet og validitet, og har gjort disse relevante for kvalitativ metodikk. Andre har argumentert for å bruke begreper som er knyttet til den kvalitative tradisjonen og anvender begrepene *credibility*, *dependability* og *transferability* (Graneheim & Lundman, 2004), for å beskrive ulike aspekter ved troverdighet. I kvalitativ forskning vil troverdighet omhandle hele forskningsprosessen, dvs både i planleggingsfasen, under intervjuene, analysene og resultatbeskrivelser. Ved å etterspørre både positive og negative elementer fra behandlingsoppleggene, både hos pasientene og de ansatte, kunne dette også bidra til å øke resultatenes troverdighet. Dette innebærer refleksivitet i praksis. Det har derfor stor betydning for troverdigheten av resultatet at forskeren har en dokumentert refleksivitet, og både en etisk og en kritisk holdning til sitt arbeid i denne prosessen. Dessuten er det viktig at forskeren redegjør for sitt verdi og kunnskapssyn og teoretiske grunnlag. I denne studiens sammenheng er dette redegjort for i kap 1 (punkt 1.3 og 1.6).



### 2.7.1 Gyldighet (Credibility)

Gyldighet omhandler også intern validitet og det er problemstillingen, metoden og kvaliteten som avgjør hva som er relevante gyldighetsprosedyrer (Malterud, 2011). Et viktig spørsmål å stille seg er om vi har brukt relevante begreper eller kartleggingsmetoder for å undersøke det vi skulle undersøke. Tydelige temaguides som ble gitt til pasientene og de ansatte i studien, med innholdsbeskrivelse eller ved å sjekke ut om innholdet i begrepene var forstått, var måter å sikre den interne validiteten på. Dette ble foretatt i flere omganger under intervjuene ved at jeg sjekket ut min egen forståelse, ved å stille spørsmål eller ved å gjenfortelle det jeg hadde forstått av svaret. Gyldigheten i datainnsamlingen kan sikres ved at forskeren sjekker sin egen oppfatning av det svaret som blir gitt. Malterud (2011, s. 182) omtaler dette som dialogisk validering, noe som kan bidra til å styrke intersubjektiviteten mellom forsker og informant, og i etterkant mellom forsker og leser. Kvaliteten på forskerens håndverk har også betydning i denne sammenheng. Dette handler om hvordan intervjuene er gjennomført, refleksjonene underveis, kvalitet på transkribering og dokumentasjon og redegjørelser underveis i hele prosessen. Kvale & Brinkmann (2009, s. 194) påpeker at transkribering kan innebære usikkerhet når tale skal overføres til tekst, og mener at et mer konstruktivt spørsmål kan være; «hva er nyttig transkripsjon for min forskning?» Dette var bakgrunnen for at vi valgte å ikke skrive ut alle ansatte intervjuene ordrett ved undersøkelsen ved TEDD. Derfor var det viktig å lytte til båndene underveis. På den måten var det mulig å oppdage om det var ulikheter dem imellom. Informantvalidering kan også være en form for å styrke gyldigheten, men Malterud (2011) hevder at teksten ikke nødvendigvis blir «sannere» om deltakeren har rettet opp teksten.

Forskervalidering har også vært gjennomført i flere ledd. I undersøkelsen ved Modum Bad (artikkel 1) ble resultatene fra den helhetlige analysen lagt fram underveis for ulike terapeuter ved institusjonen. Empirien ble også gransket av en utenforstående medforsker med tidligere brukererfaring (artikkel 2). I undersøkelsen ved TEDD ble resultatene med pasientintervjuene gransket av en ekstern forsker (artikkel 3) og ble også lagt fram underveis for de ansatte. Intervjuene fra de ansatte ble også formidlet til hele enheten på et møte underveis halvveis i prosessen (artikkel 4). Studiens datamaterialets gyldighet ble også diskutert med eksterne veiledere og medforfattere. Avhandlingen har samlet inn data fra to ulike kontekster, og det har derfor vært viktig å sikre validitet der hvor data har blitt skapt.

### **2.7.2 Pålitelighet (Dependability)**

Pålitelighet innebærer å tydeliggjøre at studienes resultater er troverdige, og et pålitelighetskriterium er om forskeren har vist hvordan datainnsamlingen og analysen av data har gått til, og hvordan en har kommet fram til resultater og konklusjoner (Malterud, 2011). Dette har jeg forsøkt ved å beskrive hvordan data ble skapt i analyseprosessene (jfr kapittel 2.4 og 2.5). Intervjuguiden som ble brukt i hvert intervju sikret konsistens ved at det var lettere å sikre seg om at samme spørsmål ble stilt til alle. Samtidig var det også viktig å sikre bredde og dybde og la intervjupersonene få bringe fram det den enkelte var opptatt av. Disse oppfølgingsspørsmålene ga muligheter for ny innsikt. Intervjuerens pålitelighet vil også komme fram i måten å stille spørsmål på. I undersøkelsen ved TEDD var det i flere av intervjuene to forskere sammen som delte på å intervjuer. Dette kan ha bidratt til å gjøre studien mer pålitelig. Jeg forsøkte også å være nøyaktig når notater og transkribering ble gjort underveis. Et sentralt spørsmål som ofte stilles i vurderingen av studiens pålitelighet, er om resultatet kan gjentas på et senere tidspunkt og av andre forskere med den samme metoden (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien har jeg derfor forsøkt å beskrive konteksten og vise forskningsprosessen så nøyaktig som mulig for å øke studiens pålitelighet.

### **2.7.3 Overførbarhet (Transferability)**

Overførbarhet viser til om studienes funn er relevant og anvendbare i andre situasjoner og kontekster. Det er viktig at meningsinnholdet er mulig å gjenkjenne og at denne kunnskapen kan gi ny mening i andre sammenhenger for andre. Overførbarheten sikres dermed ikke av forskeren selv, men av den som leser funnene (Graneheim & Lundman, 2004). At resultatene er prøvd for fagfeller i vitenskapelige tidsskrifter kan gjøre at flere tar stilling til resultatenes relevans, kvalitet og lesbarhet. Gjennom denne prosessen skjer det en gyldighetsvurdering på et nytt nivå. Denne studien har forsøkt å sette sammen funn fra to kontekster og belyse disse funnene ved hjelp av en teoretisk læringsmodell. På den måten kan det gi ny mening til ansatte i andre institusjoner i andre kontekster, og på den måten overføres til nye situasjoner.

## 3.0 Presentasjon av funn

### 3.1 Artikkel 1

Borge L. & Fagermoen M.S. (2008). Patients' core experiences of treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health*, 17 (2), 193 – 205.

Denne artikkelen handler om hvordan pasientene opplevde og erfarte institusjonens behandlingskultur og hva pasientene mente de profesjonelle kunne bidra med i deres behandlingsprosess under oppholdet. Funnene avdekket at en innleggelse på en psykiatrisk institusjon er et sårbart prosjekt, som kan bekrefte eller avkrefte pasientenes opplevelse av å ha selv-verdi. Pasientenes opplevelse av helhet og verdi i tid og rom var grunnleggende i deres bedringsprosess. Helhet omhandlet en kombinasjon av de profesjonelles faglighet og hjertelag og stedets estetiske kvaliteter gjennom dets atmosfære, bygninger og omliggende natur. Alle elementene, i tillegg til møte med sjelesørger og kirke, ga opplevelser av helhet og av å ha selvverd, oppleve likeverdighet og respekt. Å være innlagt framfor å gå i poliklinisk behandling handlet om å være borte hjemmefra og ha tid og rom for å være i sin egen prosess. Tiden ble opplevd forskjellig i ulike kontekster. Terapiprogrammet på dagtid ga pasientene en opplevelse av å være aktive og likeverdige med de profesjonelle, mens fritiden kunne forsterke opplevelsen av å være pasient, dvs; hjelpeløs og passiv. Følelsen av å være pasient ble forsterket av vaktrommet som et sted hvor personalet var innenfor og pasientene utenfor. Samvær med medpasienter opplevdes som å være i et medmenneskelig fellesskap. Studien viste at det fortsatt kan være betydningsfylt å tilby frivillig institusjonsbehandling til personer med psykiske lidelser, men det er behov for videre forskning for å finne ut hva som kan være optimale elementer i behandlingskulturen og miljøet for å oppnå bedring og endring.

### 3.2 Artikkel 2

Borge L. & Hummelvoll J.K. (2008). Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, (5), 365 - 373.

I den andre artikkelen ble det gjennomført en ny analyse av det samme tekstmateriale som i den første artikkelen, denne gang med fokus på læring. I tillegg ble de samme pasientene

intervjuet åtte uker etter utskrivelsen fra institusjonen. Hensikten med studien var å belyse inneliggende pasienters opplevelse av ulike fenomener som bidro til læring og å antyde noen praktiske konsekvenser som kan understøtte personlige læring gjennom behandling. Studien understreket betydningen av omgivelsenes betydning på pasientenes motivasjon og utvikling for læring. Medpasienters bidrag i den enkeltes læringsprosess var først og fremst å bidra til å skape et lærende fellesskap – dernest at medpasientene bidro til å alminneliggjøre det som den enkelte trodde var deres særegne problemer. Pasientenes egen delaktighet i behandlingen og at kunnskapens gyldighet ble prøvd ut av den enkelte i sitt eget liv, var betydningsfullt. Disse kunnskapene kan bidra til at pasienten får begreper for det vanskelige og besværlige – noe som igjen øker muligheten for opplevelse av kontroll. Tid i seg selv syntes å øke selvrefleksjon. Å motta impulser fra andre og få konkrete verktøy gjennom terapi ga opplevelse av mening og håp for fremtiden. Pasientene etterlyste også mer fokus på kroppen under behandling, siden den kan synes å være et viktig læresetet. Personalet må legge til rette for at den enkelte pasient skal kunne komme inn i en god læringsutvikling. Her er det viktig å benytte en helhetlig tilnærming med bidrag fra både medpasienter, personale og et læringsklima i gode omgivelser. Artikkelen konkluderer med at videre forskning bør fokusere på hvordan man kan kombinere behandlingen med læring. Det kan gjøres ved at pasientene selv – i samarbeid med medpasienter og ansatte – utvikler egne begreper som hjelper dem til å få grep om sin situasjon. Dette kan best skje gjennom handlingsorientert forskningssamarbeid som kombinerer begge perspektiv - både terapi og læring.

### 3.3 Artikkel 3

Borge, L., Røssberg, JI. & Sverdrup, S. Cognitive milieu therapy and physical activity: Experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Submitted*, (2012).

Denne artikkelen handler om hvordan inneliggende pasienter med både rusproblemer og psykiske lidelser (dobbeltdiagnoser) opplevde å lære og mestre og få nye ferdigheter gjennom å delta i kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet. Funnene avdekket en pasientgruppe som var i en eksistensiell og boligsosial nød med lite eller ingen kontakt med pårørende eller øvrig sosialt nettverk. De var også i en fysisk dårlig forfatning. Pasientene opplevde at måten de ble møtt på av de profesjonelle hadde stor betydning for deres opplevelse av å ha verdi, å bli respektert, oppleve likeverdighet og medvirkning. Miljøet ble beskrevet som trygt og varmt.

Å bli tatt vare på gjennom personalets omsorg og engasjement ga motivasjon til videre behandling. For dem ga stedet et uttrykk for en estetisk verdighet og gode holdninger. Alle disse elementene bidro til et godt læringsklima. Dette inkluderte en proaktiv holdning fra de ansatte, med fokus på samarbeid på like vilkår mellom pasienter og ansatte, og en profesjonell metodisk tilnærming gjennom kognitiv miljøterapi. Den optimale balansen mellom ansatte og pasienter var ikke alltid like lett å oppnå. Det kunne oppstå spenninger i læringsklimaet, som ofte var knyttet til balansen mellom frihet og kontroll og ambivalens til behandlingen. Pasientene verdsatte både undervisningen fra personalet og å lære av medpasienter. Den kognitive metoden ble noen ganger opplevd som for teoretisk og vanskelig å forstå, men kunne også for noen fungere som et nyttig verktøy i konkrete situasjoner. Fysisk aktivitet, derimot, ble opplevd som konkret og ga praktisk erfaringskunnskap. Det motiverte pasientene til å etablere nye vaner, som ga muligheter for vekst og mestring sammen med medpasienter. Det var også av betydning at den fysiske aktiviteten foregikk utenfor institusjonen. I artikkelen konkluderer vi med at videre forskning bør undersøke hvordan de profesjonelle kan tilrettelegge et optimalt behandlingsmiljø gjennom kognitiv miljøterapi for denne pasientgruppen. Helsepedagogens terapeutiske rolle og betydning i det daglige institusjonsmiljøet kan være nyttig å utforske videre.

### **3.4 Artikkel 4**

Borge, L., Angel, J.I., & Røssberg, JI. (2013). Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues in Mental Health Nursing* (in press).

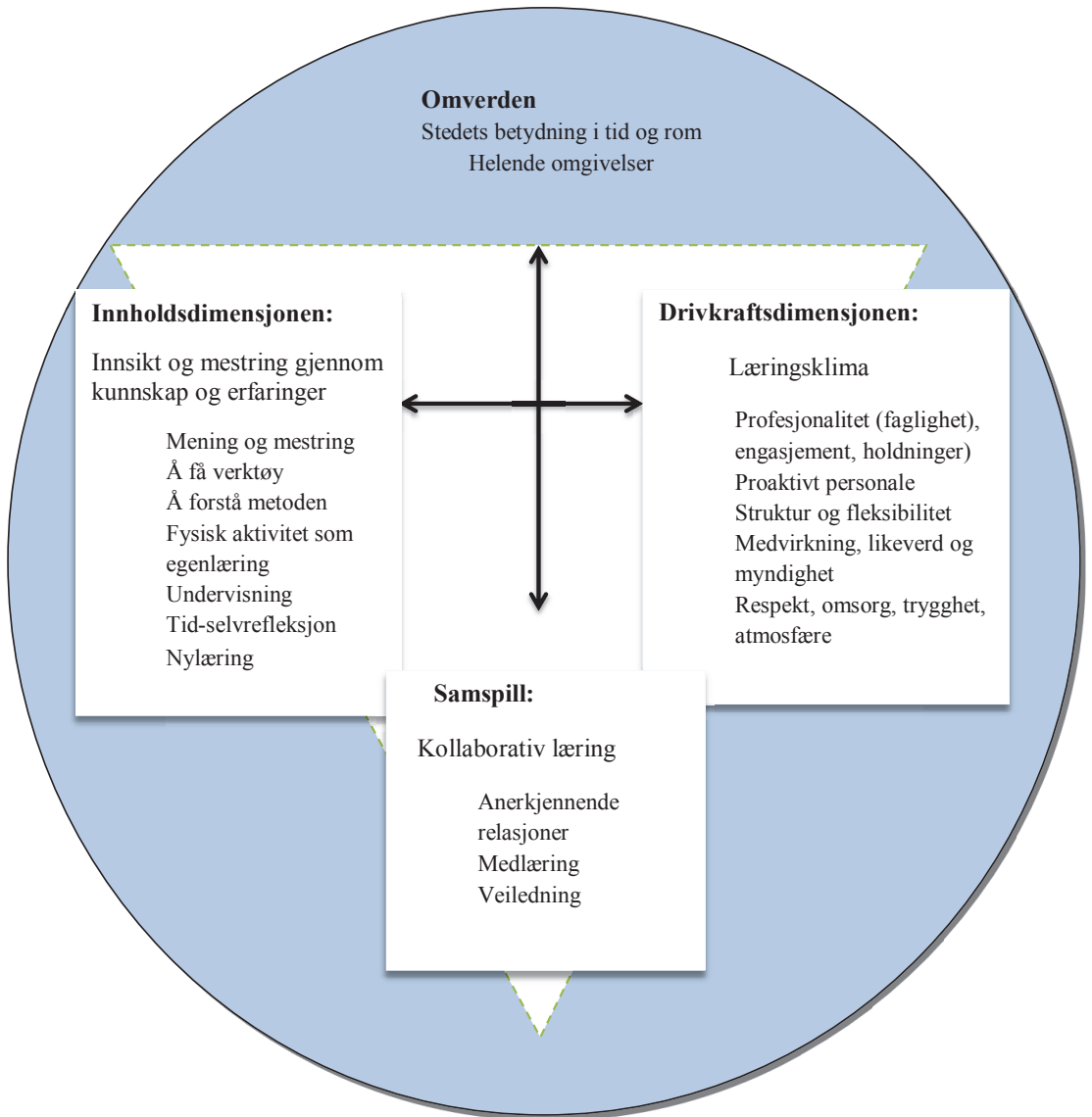
Denne artikkelen handler om hvordan individualterapeuter, som i noen tilfeller også hadde lederfunksjoner, og miljøterapeuter tilrettela for kognitiv miljøterapi for pasienter med dobbeltdiagnoser i et tverrfaglig samarbeid. Funnene avdekket betydningen av å ha en enhetlig behandlingsmodell gjennom kognitiv miljøterapi. Det skapte en felles behandlingsideologi, felles språk og mål i pasientarbeidet. De ansatte, hjulpet av en entusiastisk enhetsleder, hadde lyktes i å utvikle en enhet med et vennlig læringsklima, der de samarbeidet på lik linje med pasienter i en atmosfære preget av engasjement og respekt. Den tverrfaglige tilnærmingen gjennom kognitiv miljøterapi, veiledning og undervisning, både i teori og praksis, bidro til praktiske verktøy i arbeidet med pasientene, læring og utvikling av

ny kompetanse. For miljøterapeutene ble de kognitive teknikkene opplevd som et verktøy som ga dem økt selvstendighet i arbeidet. Kognitiv miljøterapi ble på den måten en arena for sosiale prosesser, men også en arena for læring for både pasienter og ansatte. Idrettspedagogen hadde en sentral rolle i den kognitive miljøterapien gjennom daglig fysisk aktivitet og i deltagelse i miljøet. Den fysiske aktiviteten styrket samarbeidet mellom pasienter og ansatte, og kunne være spesielt nyttig når ord ikke nådde fram. Det var noen spenninger i læringsklimaet. Disse var knyttet til ulikt formelt ansvar i behandlingen og i administrative oppgaver, turnusarbeid og de fagspesifikke oppgavene. Sosiokulturelle læringsteorier kan bidra til å forstå betydningen av sosiale og relasjonelle aspekter ved lærende institusjoner. Videre forskning bør fokusere på hvordan et tverrfaglig behandlingsmiljø gjennom kognitiv miljøterapi kan optimalisere læringsprosesser for ulike pasienter i psykiatriske institusjoner for å utvikle den psykiatriske institusjon som en lærende organisasjon.

#### **4.0 Generell diskusjon av funn**

I dette kapittelet presenteres en helhetlig fortolkning av den forståelse som er fremkommet i de fire artiklene som denne studien bygger på, og blir drøftet i henhold til den presenterte modellen (figur 3). Hensikten er å utvikle en forståelse av hvordan den psykiatriske institusjon kan erfares som et sted for læring, der pasienter kan få styrket sin verdi som ansvarlige mennesker og tilegne seg personlig innsikt gjennom læring og erfaring i et fellesskap med ansatte i en helende kontekst. Drøftingen følger forskningsspørsmålene som ble angitt i punkt 1.7.

**Figur 3; Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom** (jfr Illeris punkt 1.6 og figur 1 s. 19).



**Spenninger i læringsklima: (barrierer mot læring)**

*Pasientene:* Ambivalens, motivasjon og demotivasjon, frihet og kontroll, kjedsomhet og aktivitet, mellom tid og rom.

*Personalet:* Mellom flerfaglighet og tverrfaglighet, fleksibilitet og kontroll, mellom tid og rom.

#### 4.1 Omverdens betydning (helende omgivelser)

For å forstå hvordan pasientene er deltakende i «stedets verden» ble det valgt å ta utgangspunkt i begrepet *Omverden* som er skissert i figur 3, etter en ide fra Illeris (2012) sin læringsmodell, men som i denne studien har knyttet begrepet til et fenomenologisk perspektiv. Den psykiatriske institusjon står i en medisinsk sykehustradisjon, der kunnskapsutviklingen har vært knyttet til det objektive, dualistiske og reduksjonistiske perspektivet, og som har bidratt til å opprettholde skillet mellom kropp, sinn og miljø (Berg, 1987). Møtet med institusjonen kan oppleves som en skremmende og fremmed verden for den som ikke klarer å identifisere seg med stedets egenart. Når stedet fremtrer på en måte som pasientene til en viss grad kjenner som romlig og varm, kan dette relateres til «det levde rommet» (van Manen, 1990). Når pasientene identifiserer institusjonen som hjemlig, kjennes det også trygt. Da kan de gjøre det til sitt eget, og de kan identifisere seg med stedets faglige verdier og egenart. En fortolkning av omverden bidrar til å gi forståelse av hvor stor grad sted og rom samler, ordner og strukturerer både ansattes og pasientenes levde hverdag.

Pasientene knytter elementer til en helhet (artikkel 1) når de beskriver erfaringer i møte med institusjon. Dette omtaler de blant annet som; helhet, estetikk og bygninger, kirken, atmosfære, faglighet og hjertelag. Pasientene i artikkel 3 forteller også om gode erfaringer i møte med institusjonen som et annerledes sted, atmosfæren, fint og nytt, vakkert og beroligende, trygt og varmt. Deres erfaringer med institusjonene blir på den måten et uttrykk for deres erfaringer med verden, og kan settes i sammenheng med livsverdenbegrepet i den fenomenologiske tradisjon (Bengtsson, 2006). Begrepet viser til en levde relasjon mellom et subjekt som handler og erfarer (om) verden. Med denne forståelsen til grunn er det mulig å finne støtte i annen forskning, der stedets betydning er satt i sammenheng med helende omgivelser (Mahoney et al., 2009; Miller & Crabtree, 2005; Thibeault et al., 2010; Zborowsky & Kreitzer, 2011). Kreitzer & Zborowsky (2009) henviser til ordet «healing» som kommer fra det anglosaksiske ordet «hælen», som betyr å gjøre hel («to make whole»). Forfatterne mener at helende omgivelser bidrar til å skape harmoni og balanse mellom kropp, sjel og ånd, slik at personen kan oppleve å bli styrket og at angst og bekymringer reduseres. Å skape helende rom og steder blir satt i sammenheng med lederskap, verdier, kultur, samarbeid og tilbud til pasientene (Mahoney et al., 2009). Det betinger også at det faglige grunnlaget er basert på å forstå mennesket som et bio-psyko-sosialt- kulturelt- og åndelig vesen, slik også Opptrappingsplanen har vektlagt. (jfr kap. 1).



I artikkel 1 er det funn som kan knyttes til en stedsfenomenologi inspirert av Nordberg- Schulz (1980; 1986). Dette kan ha sammenheng med Modum Bads historiske kultur og egenart. Pasientene opplevde at stedet innehar en historie og en atmosfære, som sitter i veggene. Å bo handler om en stedstilknytting, slik mange av pasientene opplevde det under innleggelsen. Oppholdet hadde også gitt minnespor for mange i ettertid (jfr artikkel 2). Nordberg – Schulz (1980) er som arkitekt svært opptatt av *stedsånden*. Han mener at skal vi få en stedsforståelse er det vesentlig å få tak i stedets egenart eller atmosfære- *genius loci*. Atmosfæren handler om gjensidigheten mellom bygninger, rom og mennesker. Stedet gir inntrykk på oss. Vi blir preget av en stemning, som forhåpentligvis virker helsebringende på oss. Det levende samspillet mellom mennesker på et bestemt sted kan gi nye opplevelser og erfaringer, et sted å være og å lære. Institusjonen TEDD (jfr artikkel 3) var nybygget og plassert i bynære omgivelser. En av pasientene knyttet sin opplevelse av institusjonens menneskeverd til at institusjonen var ny på følgende måte: «Jeg har litt på følelsen at menneskeverdet er bedre her, mest fordi at stedet er så nytt. Det har ikke blitt innarbeidet negative rutiner enda». Det kan se ut til at det bygde miljøet har betydning for gode arenaer der samhold skapes, og at det er samspill mellom steder og mennesker. I følge Norberg – Schulz (1986), omhandler det å bo å være fri og være beskyttet mot fare. Det omhandler også å være fri til å utvikle og være seg selv. I dette ligger at mennesket kan vokse og gro og finne fotfeste i tilværelsen.

Larsens (2008) undersøkelse viste at psykiatriske institusjoner preget pasientenes liv på en gjennomgripende måte, selv under opphold på mindre enn tre måneder. Stedets beliggenhet og fysiske omgivelser (materialitet) beskyttet pasientene fra omverdenen, slik også pasientene på TEDD opplevde at stedet beskyttet dem fra å ruse seg. Pasientene (i artikkel 3) beskriver hjemløshet, de fleste hadde ikke bolig, de brukte rus og bodde i perioder på gata og var lite verdsatt fra samfunnet. På den måten kunne tilknyttingen til stedet hjelpe dem i deres manglende opplevelse av tilstedeværelse. Dette kan begrunnes ut fra Nordberg- Schulz (1996), som mener at det er viktig å gi steder karakter, og det kan steder/institusjoner få gjennom et grunnspråk. Dette grunnspråket uttrykker seg i den materielle verden, hvor vegger og gjenstander i seg selv formidler kjærlighet og omsorg og henvender seg til pasientenes friske sider (Larsen, 2008). Egenskaper ved de fysiske omgivelsene ser ut til å spille med menneskers opplevelser av dem. Funn i denne studien samsvarer med annen forskning innen arkitektur og omgivelsesestetikk og terapeutisk landskap (Curtis et al., 2007;

Edgerton et al., 2010; Fyhri et al., 2012; Gross et al., 1998; Ingeberg, et al., 2012; Roessler, 2012; Rose, 2012).

Pasientene fra Modum Bad fortalte om hvor sårbart det var å legge seg inn på en psykiatrisk institusjon, selv om det var frivillig. Hvordan stedet erfares kan på den måten bekrefte eller avkrefte pasienters opplevelse av å ha verdi som mennesker. Larsen (2008) fant at det gode stedet opphevet ulikheter og pasientene opplevde å være mer enn pasienter, og at det var betydningsfullt å ha møteplasser som forsterket likheten mellom pasienter og ansatte. Rom handler ikke bare om fysiske størrelser, de handler også om hierarkier, slik som for eksempel vaktrommet ble opplevd av pasientene ved Modum Bad (artikkel 1). Det var ikke der pasientene søkte sin identitet og fellesskap med likesinnede. Det har i flere studier vært diskutert om vaktrom er til pasientenes beste, fordi vaktrommet med sine glassvegger oppleves som lukket, kan bidra til mindre samvær mellom personale og pasienter enn ønskelig. Hos enkelte pasienter framkaller det følelsen av å være mindreverdige, å bli observert og snakket om (Andes & Shatell, 2006; Karlin & Zeiss, 2006; Shatell, et al., 2008). Spesielt resultatene fra Modum Bad støtter disse funn, mens det var mindre fremtredende blant pasienter på TEDD. En mulig forklaring kan være at pasientene på Modum Bad ble mer overlatt til seg selv på fritiden (ettermiddagen og kvelden). På TEDD var det motsatt. Der var personalet opptatt av at pasientene ikke skulle være i fred på fritiden, og at de prøvde å bruke aktuelle situasjoner som oppsto i en terapeutisk hensikt gjennom den kognitive miljøterapien.

Romstrukturer kan gi pasienter muligheter for medvirkning og autonomi. Opplevelse av frihet kan ha stor betydning. Den manglende friheten kom til uttrykk hos de pasientene på TEDD som var tvangsinnlagt og hvor friheten var begrenset. Dette ble beskrevet av en pasient på følgende måte: «Det er som å være fengsla. Jeg sitter i fengsel. De har all kontroll. Det er litt skummelt». Den hjemlige opplevelsen blir borte og kan innebære et stedstap og tap av fellesskap (jfr Norberg-Schulz). Pasientene fra Modum Bad og TEDD mente at naturen var et betydningsfullt sted for opplevelse av frihet og ro. På den måten fikk de også beveget seg og brukt kroppen. Omgivelsene bidro til å flytte oppmerksomheten mot noe annet enn dem selv. Der kunne de også oppleve fellesskap med andre. Kultur og natur kan også ha en helende kraft, ved at mennesker finner mening, glede og opplevelser av helhet (Schraver, 2003). Victor Frankl (1985) har beskrevet hvordan opplevelsene av skjønnhet i naturen ble et vendepunkt for håp og et forankringspunkt for egen identitet under hans opphold i konsentrasjonsleiren. Tilsvarende opplevelser er formidlet av Herman Sachnowitz (1976, s. 160) i hans memoarer,

en av de få norske jødene som overlevde Auschwitz, hvor glimt av mening midt i det håpløse kunne skjønnheten en sjelden gang og i små, små glimt manifestere seg også i fangeleiren:

[...]En sommerfugl som flagret mellom piggrådene, ugrikelig som fargebrytningen gjennom spektrum. Alt dette var stunder av skjønnhet som løftet oss opp av gjørmene, sviket og robotlivet. Som røpet at livet *hadde* mening, men at veien gikk gjennom vårt eget sinn. Selv ikke en forvillet blomst i asfalten grodde forgjeves, kunne jeg si til meg selv. Den kunne ikke engang speile sin enkle skjønnhet i en sølepytt. Men den hadde sin ubevisste vilje, sitt håp, sitt mål. Den skulle være hva den var. Den skulle blomstre, om enn så beskjedent, og i ny form skulle den en gang stige av mulden som et nytt vidunder.

Møte med kunst, natur, musikk og kontakt med dyr og hagebruk kan vekke erindring og gjenkjennelse (Borge, Martinsen & Moe, 2011). Rita Anne Berntsen (2011) skriver hvordan terapi, fysisk aktivitet, naturen og skjønnheten var nødvendige hjelpemidler i hennes tilhelingsprosess. I en tidligere undersøkelse av 137 pasienter ved Modum Bad svarte 1/3 at kunst og kultur hadde hatt stor betydning for det samlede utbyttet av oppholdet og problemene de kom for å få hjelp til, og deres erfaringer ble oppsummert i sitatet: «Det har styrket meg og gjort meg helere» (Naper, 2006).

Forskning om terapeutisk hagebruk viser hvordan hagen som rom og miljø kan være et godt terapeutisk virkemiddel for mennesker med depresjon (Gonzalez, 2011). Deltagelse i meningsfulle aktiviteter knyttet til natur og hagebruk sammen med andre kan gi meningsfull sosial samhandling. Deltakerne opplevde det også som eksistensielt meningsfylt å delta i og ta vare på naturen. Funnene i denne studien er godt forenlig med forskning om «therapeutic landscapes» (Curtis et al., 2007) og «healing landscapes» (Miller & Crabtree, 2005).

Begge institusjonene vi undersøkte hadde et humanistisk diakonalt verdigrunnlag med fokus på respekt, autonomi og brukermidvirkning. På begge steder var det mulig å se forbindelser mellom behandlingstenkning og utforming av de fysiske omgivelsene. Dette innebar at det på begge steder var rom for privatliv og sosialt samvær. I dette ligger at relasjonelle-, fysiske-, og sosiale omgivelser, samt institusjonens symbolske omgivelser (for eksempel hvordan vaktrommet ble et uttrykk for personalets rom, eller stedets kirke som var åpen for alle) hadde betydning for opplevelse av tilhørighet og trygghet. Personalets innstilling, slik det kommer fram i artikkel 4, som innebar at de var opptatt av å tilbringe tid sammen med pasientene og i samarbeid med dem hjelpe dem til å endre tankemønstre og lære nye ferdigheter. Miller & Crabtree (2005) har fokusert på å hjelpe profesjonelle til å fokusere

på en mer salutogen tilnærming overfor pasienter, og en mer relasjonell og læringsorientert praksis. Ved å ha mer oppmerksomhet på helseressurser så mener forfatterne at et helende landskap er et lærende landskap, et landskap der håpet blomstrer over tid. De mener at dette gir et bedre utgangspunkt for å øke personens kapasitet for læring. Fenomenologiens stedsforståelse kan gi oss en mer helhetlig forståelse av hvordan det erfares å være - (menneske)- i- verden på en psykiatrisk institusjon, og legge til rette for at de selvhelende prosessene kan utvikles til det beste for den enkelte.

#### **4.2 Læringsklima som drivkraft**

Mange trenger hjelp til å komme i gang med læring. I figur 3 er dette omtalt som drivkraftsdimensjonen. Illeris (2012, s.47) mener dette omhandler motivasjon, følelser og vilje, for å mobilisere den energi som læringen krever, både mentalt og kroppslig. Samtidig mener han at læring omfatter to forskjellige prosesser, *et samspill mellom individet og dets omgivelser og en indre mental tilegnelse og bearbeidelse.*

Resultatene fra våre funn tyder på at læringsklimaet (omgivelsene) påvirker individets egenmotivasjon og vilje til læring. Pasientene fra begge institusjonene fremhevet betydningen av en trygg atmosfære, gode mellommenneskelige relasjoner og omgivelser, samt bli møtt på en likeverdig basis i forutsigbare og strukturerte rammer som et vesentlig grunnlag for å bli motivert til behandling. Disse egenskapene ved læringsklimaet bidrar til at pasientene opplever å bli sett, forstått, respektert og har verdi som mennesker. Læringsklima kan i denne sammenheng forstås i forlengelse av den beskrevne *omverden*, siden all læring er situert, det vil si at læringssituasjonen påvirker læringen og er en del av den (Illeris, 2012, s. 124 )

Studien har data fra to svært ulike psykiatriske institusjoner. På Modum Bad var ingen pasienter psykotiske og alle var innlagt frivillig. Dørene var åpne og de kunne komme og gå som de ville. De fleste pasientene på TEDD var psykotiske og hadde i tillegg alvorlige rusproblemer. Noen var tvangsinnlagt, flere trengte skjerming i perioder og utgangsdøren var alltid låst. Friis (1984) fant i sine undersøkelser at det var nyttig å differensiere miljøet ut fra pasientenes tilstand, og psykotiske pasienter trengte en annen type behandlingsmiljø enn de ikke- psykotiske. Hans studier ble gjennomført på 1980 tallet og gjenspeiler måten det miljøterapeutiske tilbudet var på den tiden. De ikke- psykotiske pasientene hadde på den tiden et tilbud som var inspirert av det terapeutiske samfunn. Gruppeterapi og arbeidsterapi var hovedaktiviteter, og det var vanlig å involvere pasientene i avdelingens praktiske gjøremål. I

de fleste psykosepostene var en opptatt av medikamentell behandling og mindre interessert i interaksjonsorientert behandling.

Dette er forskjellig fra måten TEDD ble drevet på, med mye interaksjonsorientert behandling gjennom kognitiv miljøterapi. At personalet «dyttet» og at pasientene ble involvert i behandlingen gjennom medvirkning i den kognitive behandlingsplanen, syntes å gi motivasjon. Det ser altså ut til at både indre krefter hos pasientene og ytre krefter bidrar til motivasjon og læring. Psykologen Csikszentmihalyi (2008) har i mange år forsket på indre motivasjon hos ulike personer. Hans teori er interessant å trekke inn i sammenhengen her, når han beskriver balansen mellom egne personlige ferdigheter og aktuelle utfordringer en blir stilt ovenfor. Området mellom disse to nivåene beskriver han som *flytsonen* (flow), og kan sees i sammenheng med Vygotskij (1978), sin teori om *den nærmeste utviklingssonen*. Studiens funn kan forstås i relasjon til disse teoriene når pasientene fremhevet kjedsomhet når det ikke skjedde noe, som for eksempel på kveldene og i helgene. Da lå utfordringene lavere enn forventningene. Når de derimot ble for mye utfordret av et engasjert personale, kunne angst og uro oppstå, da lå nivået høyere enn forventningene. » Å bli dyttet passe», ble formidlet av pasientene i begge studiene, og kan synes å være optimal motivasjon for å oppleve mestring.

Pasientene på Modum Bad savnet mer interaksjon med personalet etter vanlig arbeidstid og tilbud om flere aktiviteter de kunne gjøre på kveldstid. Med litt planlegging av personalet i forkant, er det mulig at disse pasientene kunne fått hjelp til å bruke tiden til å ta mer ansvar for egen behandling. Beck og Holm (2006) er kritiske til at de terapeutiske aktivitetene ofte foregår på dagtid i institusjonene. De hevder at hvis det skal tas utgangspunkt i pasientenes behov, så er helsepersonell nødt til å endre på denne praksisen. Nyere kvantitative studier har vist at i hvilken grad pasientene blir involvert i behandlingen og engasjert i aktivitetene på avdelingen er sterkt knyttet til pasienttilfredshet (Røssberg & Friis, 2003; Røssberg, et al, 2006). Kvalitative studier viser at involvering i behandlingsplanen, diskusjon om forventninger til behandlingen, å bli engasjert gjennom aktiviteter og bli stimulert til å ta ansvar for seg selv, bidro til å øke pasientenes tilfredshet med behandlingen (Daremo & Haglund, 2008; Thibeault et al., 2010). Dette passer godt med våre funn. Å bli involvert, få være medbestemmende i behandlingen, å delta i ulike aktiviteter og få oppleve likeverdighet, syntes å være like betydningsfullt for alle pasientene uavhengig av diagnose.

Et stimulerende læringsklima kan dermed bidra til å «vekke de slumrende mulighetene» (Bollnow, 1969) av menneskets potensielle muligheter. Denne forståelsen kan

kobles til erfaringer fra et behandlingsprogram i USA som er omtalt som «The Sanctuary» (Bloom, 2000). De legger vekt på at den terapeutiske kulturen skal ha et miljø som er preget av tillit, trygghet, åpenhet og involvering, deltagelse, fellesskap og empowerment. Målet er læring og utvikling hos den enkelte pasient. Dette avspeiler at et godt miljø ikke bare gir tilfredse pasienter, men det bidrar til å gi pasientene viktige erfaringer som de kan lære av.

Pasientene på Modum Bad ble ikke spurt om innholdet i miljøterapien, men om hvordan de opplevde behandlingskulturen. Likevel synes det å være mange fellestrekk som samsvarer med pasientenes og de ansattes beskrivelser av kognitiv miljøterapi på TEDD. Spesielt blir opplevelser av å ha verdi og å bli møtt med respekt trukket fram. Det er derfor sannsynlig at personalet på begge institusjonene har hatt en grunnleggende humanistisk og verdiorientert tilnærming, uavhengig av hvilken faglig tilnærming som lå til grunn for behandlingsmiljøet. Det har vist seg at «befriending», dvs en vennskapslignende holdning, synes å være en viktig intervensjon for å opprettholde engasjementet overfor pasienter (Kingdon & Turkington, 2005). Dette kommer spesielt til syne fra personalet på TEDD (jfr artikkel 4). Begge institusjonene ser også ut til å ha trekk ved miljøet som er i tråd med Carl Rogers (1961) om å akseptere at alle personer har en ubetinget verdi i seg selv, uavhengig av personens tilstand, atferd eller følelser. Å bli akseptert er basert på den retten ethvert individ har til å bruke sine erfaringer på sin egen måte og til å oppdage sin egen mening i disse. Personalets aksept av pasienten som person gjør det lettere for pasienten å godta seg selv, og dette kan øke deres mestringstillit i bedringsprosessen.

Siden det er gjort lite kvalitativ forskning om hvilken betydning læringsklima har for pasienter i psykiatriske institusjoner, har jeg funnet det hensiktsmessig å relatere mine funn fra pasienter og ansatte til forskning om ledelse og læringsmiljø i arbeidslivet og til forskning som omhandler de tverrprofesjonelles læringsmiljø.

Forskere har pekt på fem sentrale dimensjoner i et godt læringsklima i arbeidslivet. Dimensjonene omhandler; tilstrekkelig tid til å lære og å utføre arbeidet, autonomi og ansvar, teamsamarbeid, muligheter til utvikling, og retningslinjer for hvordan gjøre jobben (Hetland et al., 2011, s.164). Disse dimensjonene kan være interessante å belyse i forhold til de ansattes erfaringer fra læringsklima som er beskrevet i artikkel 4. Her er det mulig å betrakte arbeidslivet på stedet TEDD som et læringsrom. I artikkel 4 ble lederens engasjement trukket fram av de ansatte. Det ble lagt til rette for en læringskultur gjennom systematisk veiledning, fagdager og etterutdanning for at de ansatte skulle lære seg å arbeide etter kognitive terapeutiske prinsipper. De ulike profesjonsgruppene fikk ulike oppgaver og ansvar i det

tverrfaglige samarbeidet. Den kognitive miljøterapien innebar mer autonomi og et tydeligere ansvar for miljøterapeutene, og dette økte deres selvstendighet i arbeidet. Enheten ble definert som en tverrfaglig enhet. Dette tydeliggjorde hva som var mål for samarbeidet i behandlingen og arbeidet ble utført gjennom miniteam. Gjennom utdanningen og veiledningen ble det lagt til rette for personlig og faglig utvikling og læring. Den kognitive miljøterapien ble en retningslinje i behandlingen og for hvordan arbeidet skulle gjennomføres. At enheten la opp til én behandlingsfilosofi ble også sett på som en «gavepakke» fra individualterapeutenes side. Gjennom å ha en felles behandlingsmodell, kunne alle ansatte og pasienter få opplæring i den samme forståelsen. På den måten ser det ut til at avstanden mellom sosiale grupperinger ble positivt minsket, og forhold som likeverdighet og medvirkning mellom ulike profesjonsgrupper og mellom de profesjonelle og pasientene, styrket det sosiokulturelle læringsmiljøet på en god måte (Illeris, 2012).

Hetland og medarbeidere (2011) mener at ledere av organisasjoner har ansvar, i samarbeid med fagfolk, for å skape optimalt læringsklima for ansatte (og i denne sammenheng pasienter). Lederne påvirker læringskonteksten og klima gjennom sine unike posisjoner, som formell makt og ansvar. Men også individuelle faktorer, som ferdigheter, motivasjon og personlige egenskaper påvirker denne konteksten. Læringsklima kan dermed være en nøkkelfaktor som har betydning for hvordan individuelle læringsprosesser, ferdigheter, etiske holdninger og relasjoner kommer til uttrykk mellom de profesjonelle og mellom de profesjonelle og pasientene i den miljøterapeutiske konteksten.

Nordquist og medarbeidere (2011) på Karolinska instituttet i Stockholm har undersøkt hvordan sted og rom influerer på læringen hos ulike helseprofesjoner i det tverrfaglige samarbeidet. De påpeker at mens sted og rom er betraktet som sentrale begreper for å forstå læring på tvers innen samfunnsvitenskapelige fag, så har de samme begrepene vært underkommunisert i litteratur og forskning innen helseprofesjoner. De viser også til flere forskere som har sett behovet for å trekke inn sosiokulturelle læringsteorier i sin læringsforståelse, fordi læring ofte har tatt utgangspunkt i behavioristiske læringsteorier. På den annen side har ikke de sosiokulturelle læringsteoriene vært godt beskrevet, og det er ikke empirisk undersøkt hvilken virkning sted og rom har hatt på læring. Deres poeng er at læringsmiljø er kontekstspesifikke steder og rom for læring, og sosiokulturelle læringsteorier bidrar til å belyse konteksten og sosiale faktorerens betydning for læring. Hoff og kolleger (2004) støtter også dette perspektivet når de påpeker betydningen av en støttende læringsorientert kultur som helt sentralt for å skape kompetente leger på et sykehus. De

påpeker fem sentrale faktorer som har betydning i denne sammenheng; personlig mestring, deling av nye ideer, deling av visjoner, teamlæring og systemtenkning. Ved å dele erfaringer og utsette seg for ny læring, mener forfatterne at den sosiale støtten kan bidra til økt trygghet i yrkesrollen og mestringsfølelse. Gjennom dette øker også samarbeidet med andre yrkesprofesjoner, blant annet sykepleiere, og pasienter. De viser til annen forskning som bekrefter at deling av erfaringer og økt samarbeid skaper en lærende kultur i organisasjonen. De argumenterer også for betydningen av å forstå personens utvikling i relasjon til en sosiokulturell sammenheng, for å utvikle sykehus som lærende organisasjoner.

Deres argumentasjon er interessant med tanke på funnene i denne avhandlingen. Både ansatte og pasienter samhandler i en bestemt sosial og faglig ideologisk kultur, og som blir erfart i møtet med institusjonens læringsklima. Ytterligere forskning på hvordan stedet (både i fysisk og i relasjonell betydning) kan påvirke læring hos de som deltar der, vil kunne gi en bredere forståelse av hvordan læringsklima påvirker læringsprosesser. Denne kunnskapen kan berike eksisterende forskning på behandlingsmiljø og behandlingstilfredshet i psykiatriske institusjoner, som har vært mindre opptatt av å utforske hvordan omgivelsene påvirker enkeltindividet.

### **4.3 Innsikt og mestring gjennom kunnskap og erfaringer**

Innholdsdimensjonen omhandler den dimensjonen i læringen som dreier seg om det som læres, og er knyttet til kunnskaper, forståelse og ferdigheter (Illeris, 2012, s. 44). Det som prøves å oppnås her, er å skape mening og mestring. Illeris hevder at det er innholdsdimensjonen de fleste forbinder med læring. Hans viktigste anliggende med læringstrekanten (figur 1) har derfor vært å vektlegge at også andre forhold spiller inn i læringsprosessen, slik som drivkraftsdimensjonen og samspilldimensjonen, for å bryte det klassiske skillet mellom logos og psyke - og beskjefte seg med mennesket som helhet. Som uttrykk for det som læres i læringens prosess, omhandler dette både erfaring, personlighet, kompetanse og identitet.

I denne studien av pasienter fant vi at de vektla å oppnå kunnskap og erfaringer, som ofte var knyttet til positive relasjonelle erfaringer med fagpersoner eller medpasienter. Det omhandlet videre, å få nøkler og verktøy og konkrete metoder som kunne brukes i vanskelige følelsesmessige situasjoner, strukturerte aktiviteter og undervisning, å få gå i eget tempo, og oppleve mestringsfølelse gjennom kroppen. Alt dette ga, håp og tro på egne krefter for å



kunne oppnå mer forståelse og innsikt, men også å takle utfordringene ved ikke å mestre når de ikke hadde forstått metoden. Pasientene fra Modum Bad hadde lettere for å reflektere over terapisisuasjoner, og sette ord på hva det innebar for dem. De ble dessuten spurt konkret i ettertid om hva de lærte av oppholdet (artikkel 2). De hadde fått innleggelsen noe på avstand og kunne reflektere over dette spørsmålet på en annen måte enn pasientene på TEDD, som ble spurt om sine erfaringer med kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet mens de var innlagt. To tredjedeler av pasientene på TEDD hadde vært eller var psykotiske og hadde inntil nylig hatt alvorlige rusproblemer, og det er åpenbart at dette har påvirket deres evne til læring. Likevel var det interessante fellestrekk fra begge gruppene.

Et sammenfallende funn omhandler å få «verktøy». Utsagn om å få nøkler og verktøy ble knyttet til ulike erfaringsituasjoner der pasientene hadde erfart at dette hadde hjulpet dem i konkrete situasjoner. En pasient ved TEDD forklarte dette på en illustrerende måte: ««Det å lære seg å bruke noen verktøy i verktøykassa på riktig måte istedenfor at man skal rote i verktøykassa hver gang resten av livet. Det er noe jeg har lært litt her og kommer til å bygge videre på». På den annen side kommenterte enkelte av pasientene på TEDD at de strevde med å forstå den kognitive metoden. På tross av det, mente de at de likevel hadde opplevd at de hadde fått hjelp fra oppholdet på andre måter. Våre funn samsvarer med annen kvalitativ forskning som viser at ulike pasienter har rapportert både positive og negative erfaringer med kognitiv terapi, og den terapeutiske alliansen har stor betydning for utbytte av behandling (Hodgetts & Wright, 2007; Messari & Hallam, 2003).

Trening på ulike hverdagssituasjoner kan også bidra til å øke personenes mestringsforventning (self-efficacy) (Bandura, 1997). I en kvalitativ undersøkelse av pasienter med sosial fobi som mottok kognitiv terapi, ble det rapportert at de opplevde terapien som kilder til verktøy for læring og endring (McManus et al., 2010). Lignende funn er omtalt i artikkel 2. Her forteller en pasient som var plaget med sosial fobi om hvordan han fikk hjelp til å eksponere sine problemer i en hverdagssituasjon og erfare at omgivelsene reagerte annerledes enn han hadde tenkt. Han lærte på denne måten å flytte oppmerksomheten fra seg selv og over på omgivelsene. Å få erfaring med slike situasjoner ga innsikt som bidro til mestring. Det ser ut til at trening på konkrete hverdagssituasjoner, med etterfølgende refleksjon kan bidra til erfaringslæring. Når erfaringene erkjennes og reflekteres over, kan ny innsikt oppstå, og den nye lærdommen kan brukes i nye situasjoner (Kolb, 1984). Pasientene fra begge institusjonene i denne studien trakk fram betydningen av undervisning som bidro til å gi knagger og forståelse i erfaringslæringen. Teoretisk kunnskap gir kompetanse og ser

dermed ut til å understøtte læringen, som igjen kan bidra til gi økt mestringsforventning, til at pasientene i en økende grad kan delta i styringen av sitt eget liv (Bandura, 1997; Illeris, 2012).

Pasientene i vår studie erfarte også at det hadde betydning for dem at læringssituasjonene skapte mening for dem. I følge Colaizzi (1978) skjer det genuin læring når meningsfulle situasjoner blir identifisert, og når en forstår hvordan disse kan løses. Læring i denne sammenheng handler ikke om å kunne utføre en rekke øvelser, men å kunne bevege seg i sammenheng som en tidligere var redd for eller ikke trodde var mulig å være i. Dermed medfører også læring forandring. Disse erfaringene kan bygge opp positive forventninger om mestring. Bevegelse mot nylæring forutsetter at pasientens motivasjon vekkes, og for våre pasienter ble motivasjonen for å komme i gang med læringsprosessen stimulert når de opplevde at hjelperne trodde på dem og utfordret dem. Både handlingsrom og meningsfull aktivitet synes å være betydningsfullt i denne sammenheng. Personlig læring kan utvikles gradvis når det finnes sosiale ressurser i miljøet, slik som medpasienter og profesjonelle. Ved undervisning, veiledning og konkrete oppmuntringer i læringsprosessen kan de ytre læringsforholdene bidra til å stimulere de indre ressursene i personen (Illeris, 2012). Bandura (1997) hevder at den viktigste kilde til mestringsforventning er egne erfaringer. På denne måten utvikles og bevisstgjøres kognitive og handlingsrettede ferdigheter som kan benyttes i ulike livssituasjoner. Å ta tak i det positive ga håp og en følelse av å mestre. En mulig forståelse kan være at den kognitive terapiens fokus og pasientenes opplevelse av å få et verktøy, bidro til å bryte deres opplevelse av håpløshet. Når pasientene ble passe støttet og utfordret og fikk gå i sitt eget tempo, opplevde de å ha kontroll og styring over egen læringsprosess. Dette økte deres motivasjon for videre arbeid.

Erfaringslæring blir forklart av Illeris (2012) som evnen til å analysere egne erfaringer i samarbeid med andre. Dette perspektivet kan forstås som at det er støttepersonene rundt som bidrar til å bygge stillas over vekstsonen, slik at personer våger å sette seg nye læringsmål (jfr Vygotskij 1978). For å prøve seg ut i det ukjente må pasientene gjøre arbeidet på egenhånd, men med støttepersoner rundt. Denne læringen kan være både spenningsfylt og konfliktfylt. Pasientene, spesielt fra Modum Bad fortalte at veien til bedring var gjennom eget hardt arbeid. Fortellinger fra personer som har gjenfunnet sin psykiske helse, dokumenterer det samme; betydningen av eget hardt arbeid motiveres av ønsket om å erfare mestring i eget liv. De trenger fleksibel og dialogisk profesjonell praksis, samt hjelp i hverdagen når behovet er der. Flere ønsker også hjelp til å forstå hva som skjedde i konkrete situasjoner som hjalp dem, hvorfor det skjedde og refleksjon over hva som hjalp dem (Borg 2007; Topor 2005). Psykolog

Arnhild Lauveng som tidligere hadde diagnosen Schizofreni, utdyper dette perspektivet når hun sier i et intervju (Karlsson, 2005):

”Jeg synes livskunnskapsbegrepet, hvor man snakker om opplæring i å mestre følelser, tanker, handlinger og sosialt samspill er veldig spennende. Det er kan hende en langt bedre forståelsesramme enn det sykdomsmetaforen er”.

De profesjonelles påvirkningsmuligheter gjennom terapi er nettopp å skape betingelser for at pasientene kan engasjeres i atferds- og holdningsmessige endringer. Bandura (1997) mener at personer lærer gjennom ulike mekanismer som selvregulering og selvrefleksjon, og at tilstrekkelig tid er en sentral forutsetning. Behovet for ettertanke og selvrefleksjon ser ut til å være helt nødvendig for at pasientene skal oppleve terapiprosessen som læring. På den måten er det mulig å utvikle ny forståelse eller nytt syn på seg selv, og som kan være en forutsetning for at pasientene klarer å løse de problemene de står overfor. Denne refleksjonen og metalæringen involverer både tanker og følelser hos pasientene. Når læringen foregår i et samspill med påvirkninger fra omgivelsene, kan også motivasjonen styrkes (jf Bandura 1997). Den kognitive miljøterapien synes således å bidra til at pasientene på TEDD erfarte i noen sammenhenger å få a-ha opplevelser som hadde gitt nyttig læring i ettertid. Disse funnene stemmer med forskning som viser at behandlingsmetoden, terapeutrelasjonen og pasientene selv er viktige bidragsyttere for å stimulere læring og utvikling (Wampold, 2001; Bohart & Tallman, 2003).

Å vekkes til forståelse og innsikt kan være en smertefull prosess. Det er derfor viktig å ta dette perspektivet på alvor gjennom å reflektere sammen med pasienter, og gjøre dem delaktige i terapiprosessen. Både pasientene på Modum Bad og på TEDD sa at de hadde vært bevisst på hvem av personalet de ønsket å ha kontakt med under oppholdet. De ønsket å ha innflytelse og medbestemmelse over hvem de skulle dele refleksjoner over egne følelser og tanker med. Studier bekrefter at delaktighet i behandlingen har en positiv innvirkning på pasientenes helsemessige utbytte (Wressle, 2002).

Mange av pasientene på Modum Bad beskrev både erfaring og refleksjon som en del av læringsprosessen. Spesielt nevnes *«jeg fikk satt ord på det»*, som kan handle om å sette nye og mer meningsfulle ord og begreper på fenomener som tidligere bare har vært opplevelser. På den annen side erfarte pasientene og personalet på TEDD at ord ikke alltid var så lett å bruke. Da var det lettere å bruke fysisk aktivitet i samhandlingen. For mange ble dette også konkrete lærings- og mestringserfaringer hos pasientene. Pasientene på Modum Bad etterlyste mer oppmerksomhet på kroppen med hensyn til å lære seg til å sette mer pris på den, og

mente derfor at kroppen var et «redskap» og et «læringssete». Genuin læring kan også være kroppslig læring (genuine body learning) (Colaizzi, 1978, s. 126). Det er gjennom kroppen mennesker erfarer seg selv. Kroppen er et lærende subjekt, og innsikt og erfaring sitter i kroppen. Merleu-Ponty (1994) gir den levde kroppen en viktig betydning, gjennom å forstå kropp og sjel som en integrert helhet i menneskers liv. Når personene lærer gjennom egen kroppslig virksomhet, oppfattes ikke lenger kroppen som objekt, men blir bærer av en meningsfull aktivitet i egen livsverden.

Fysisk aktivitet syntes spesielt viktig for pasientene på TEDD, som erfarte at dette hjalp dem til nye vaner og at det kunne dempe russet. Gjennom den fysiske aktiviteten fikk de også forbedret sosial interaksjon gjennom et positivt fellesskap med andre og erfarte naturen som et rom for meningsfulle aktiviteter. Den fysiske aktiviteten bidro til struktur og stimulerte engasjement og ga håp. Tilsvarende funn ble funnet i den kvalitative studien av Carless og Douglas (2012). Forfatterne inviterte pasienter med alvorlige psykiske lidelser etter deltagelse i fysisk aktivitet til fokusgruppeintervju, og ba dem reflektere over hva det er som gjør at fysisk aktivitet erfaringsmessig blir omtalt som både positivt, hjelpsomt og velgjørende. Pasientene mente at det var den kulturelle og sosiale faktoren som de fikk gjennom å være sammen med andre i den fysiske aktiviteten som hadde størst betydning for dem, og som motiverte dem. Forfatterne konkluderer med at de sosio-kulturelle omgivelsene ser ut til å ha stor betydning for pasientenes opplevelse av velvære, og hevder også at rollen til helsesportspedagogen er like viktig som behandleren i forhold til terapeutisk utfall. I en annen kvalitativ studie fra en lukket psykiatrisk institusjon i Norge ble 15 pasienter og fem sykepleiere personlig intervjuet om betydningen av fysisk aktivitet som en del av behandlingsoppholdet (Tetlie et al., 2009). Flere betydningsfulle faktorer ble trukket fram; terapeutiske og sosiale relasjoner, fysisk aktivitet som obligatorisk del av behandlingen, positive forsterkninger og at instruktøren var utdannet for oppgaven. Alle faktorene var like viktige for sykepleierne som for pasienten. Funnene i vår undersøkelse passer godt med dette. Helsesportspedagogen så ut til å ha en nøkkelrolle for pasientene spesielt på TEDD (jfr artikkel 3), og ble benevnt ved navn i flere av intervjuene.

De ansatte ved TEDD (artikkel 4) prioriterte høyt at pasientene skulle delta i fysisk aktivitet, da de opplevde det som et viktig virkemiddel i den kognitive miljøterapien. Dette samsvarer med en kvalitativ studie fra Australia hvor sykepleiere ble spurt om betydningen av å bruke fysisk aktivitet overfor brukere med alvorlige psykiske lidelser. Studiens hovedfunn viste at sykepleierne hadde en holistisk tilnærming. Det ble begrunnet ved at når de fokuserte

på den fysiske og psykiske helsen samtidig, var dette bedre for brukerne, framfor en fragmentert tilnærming. Ved å støtte brukerne til fysisk aktivitet, mente de at de bidro til hjelp til læring og livsstilsendring (Hapell et al, 2012). I Norge har det vært økende oppmerksomhet på fysisk aktivitet i de siste årene. I Aktivitetshåndboken (Bahr, 2009) gis nasjonale retningslinjer for fysisk aktivitet i forebygging og behandling av ulike sykdommer, som angst, depresjon, schizofreni, misbruk og avhengighet av rusmidler. Betydningen av fysisk aktivitet innen psykisk helse er omfattende dokumentert gjennom flere år, og kan være en god mulighet for hjelp til selvhjelp. (Martinsen, 2011). Fysisk aktivitet er også omtalt som et verktøy i terapiprosessen (Callaghan, 2004), og kan således være en viktig ressurs i pasientarbeidet for de ansatte, noe som også de ansatte på TEDD erfarte.

Personalet fikk også nye kunnskaper og ferdigheter gjennom å utfordre seg i nye læresituasjoner hvor de skulle prøve å bruke de kognitive prinsippene. Spesielt var det utfordrende for miljøterapeutene å sette seg ned med et skjema overfor psykotiske pasienter eller pasienter som var på skjerming, da disse hadde mindre konsentrasjonsevne. På den annen side hadde flere av miljøterapeutene også klart å anvende kognitive teknikker overfor enkelte av disse pasientene. De erfarte at dette ga pasientene et verktøy og at de ble mer involvert i å formulere sine egne mål. Miljøterapeutene mente at de etter hvert hadde lært seg å tenke mer kognitivt i måten de stilte spørsmål på, og ved dette hadde blitt mer bevisste i sin tilnærming overfor pasientene. De kognitive prinsippene ga miljøterapeutene et handlingsredskap, noe som bidro til å arbeide mer ressursorientert og gjøre miljøterapeutrollen mer selvstendig. Terapeutisk metodekunnskap kan synes å være like viktig for miljøterapeuter som for individualterapeuter. Det har vært lite tradisjon for dette i miljøterapi generelt. Kognitiv miljøterapi kan på denne måten være et viktig tilskudd og bidra til systematisk kunnskaps- og ferdighetstrening i pasientarbeidet (Holm & Oestrich, 2006).

#### **4.4 Samspillet betydning for kollaborativ læring**

Med begrepet samspill er Illeris (2012) opptatt av å relatere seg til relasjonen mellom den lærende og omverden. Han støtter seg til teoretikere som amerikaneren Etienne Wenger; »læring i et praksisfellesskap», og engelskmannen Peter Jarvis; «being-in-the-world-with-others», og viser med dette til dialektikken mellom individet og omverden. Som tidligere beskrevet (jfr punkt 1.6) omtaler Illeris slike læringserfaringer som *situert*, og som vil si at den finner sted i en bestemt sammenheng av sosial og samfunnsmessig karakter, slik en

psykiatrisk institusjon kan være. Dette perspektivet har røtter til Vygotskij (1978), men som også knytter den sosiale læringen til et sosiokulturelt perspektiv. Den grunnleggende forståelsen er at kunnskap blir konstruert gjennom praktisk aktivitet, der personer eller grupper av personer samhandler innenfor et kulturelt fellesskap, slik en psykiatrisk institusjon er. Den samme begrunnelsen fant vi i det tidligere « terapeutiske samfunn», som hadde sine kulturelle og faglige normer og ideologier, slik det fungerte ved Ullevål, 6B. Pasientene ble stimulert til å delta i hverdagens aktiviteter og i fellesmøtet for at deres selvstendighet og selvaktelse skulle øke (Albretsen, 2002).

Kollaborativ samhandling kan forstås som at pasienter og ansatte er sammen om å løse en oppgave for å nå et felles mål, og er et viktig prinsipp og forståelse i kognitiv terapi (Wright et al., 1993). I dette fellesskapet skal det skapes et lærende fellesskap gjennom aktiv kommunikasjon. Å være deltaker i aktiv samhandling anses som grunnleggende for læring, og samhandling og samarbeid anses også grunnleggende i all form for terapi, og ikke bare som et positivt element i læringsklima. Møtet og samarbeidet mellom pasienter og de profesjonelle ble kommentert mye i intervjuene fra både Modum Bad og TEDD, både gode og mindre gode forhold. Spesielt ble det likeverdige møtet mellom pasient og ansatte fremhevet, hvor et godt samarbeid med terapeutene og medvirkning i egen behandling opplevdes grunnleggende positivt. Dette samværet syntes å gi både ferdigheter og kunnskap, motivasjon, tillit og håp til behandlingen. Disse erfaringene stemmer godt med prinsippet om et likeverdig samarbeid (collaborative empiricism) som er helt sentralt i kognitiv miljøterapi (Holm & Oestrich, 2006).

Personalets respekt og engasjement på TEDD viste seg i deres fleksibilitet og at de strakk seg langt og gjorde ”det lille ekstra”. Gode relasjoner forutsetter involverte terapeuter som kan fremme håp og mestringsforventning hos pasientene (Bandura, 1997). Personalets faglighet og medmenneskelige tilnærming ble spesielt fremhevet i tilknytning til russprekk, som hadde skjedd hos flere av pasientene under innleggelsen ved TEDD.

Fordi pasientene ikke ble utskrevet eller straffet etter rusepisoder, ble erfaringene omtalt som viktige vendepunkter i behandlingen, og kan forstås i et recovery perspektiv (Borg, 2007; 2009). Slike erfaringer kan bidra til opplevelse av å bli sett, forstått og respektert, selv om det skjedde et feilsteg fra pasientens side. Å komme seg er en prosess som er preget av fremgang og motgang. Å bli møtt på dette er avgjørende for at pasientene skal føle at de blir anerkjent og har verdi som mennesker. Mennesker tolker sine omgivelser og handler ut fra den mening som tillegges de sosiale omgivelsene (Vygotskij, 1978). Det har

derfor stor betydning at de ansatte er bevisste på sin atferd i samarbeidet og bruker anerkjennende kommunikasjon i det terapeutiske miljøet (Vatne & Hoem, 2007). På den annen side har det også betydning for pasientene at personalet kan delta i den sosiale konteksten som «vanlige» mennesker. Dette ble fremhevet som like betydningsfullt for pasientene fra begge institusjonene.

I flere tiår har det vært diskutert hvilken terapitradisjon som har mest betydning for utfallet av terapien. Wampold (2001) konkluderte etter gjennomgang og sammenstilling av behandlingseffekter i en rekke ulike studier, at ulike behandlingsmodeller var like effektive, og at det er de felles faktorene som kvaliteten på terapirelasjonen og graden av allianse som alene forklarer utfallet av terapi (Lambert, 2004). Det har vært mye diskusjon om disse resultatene i fagmiljøene og i dag synes litteraturen mer å utforske hvilke ulike mediatorer (bindeledd, koplinger, formidlende faktorer) og prosesser som påvirker utfallet i ulike behandlingsmodeller (Kåver, 2011). Det er således ikke bare alliansen eller teknikken alene som utgjør utfallet av terapi. Andre studier har påpekt at andre faktorer utenfor terapi har betydning for utbytte, som sysselsetting og sosial støtte (Laberg et al, 2001).

Å delta i en sosial praksis synes å være vesentlig for læring (Lave og Wenger 2005). Å dele erfaringer med andre i uformelle samvær hadde stor betydning for opplevelse av egenverd, motivasjon og læring for pasientene i denne studien. Tilsvarende erfaringer gir også støtte fra andre studier (O'Donovan & O'Mahony, 2009; Shatell et al., 2007; 2008). Deling av egne problemer hadde betydning for læring av sosiale ferdigheter. Flere av pasientene fortalte at de bevisst brukte den sosiale konteksten som sosial læringsarena. De utfordret seg selv ved for eksempel å tørre å si hva de mente til andre, og hadde gjort erfaringer med at de likevel ikke hadde blitt utstøtt eller avvist. De fikk trening i møtet med medpasientene, selv om det kunne oppleves skummelt.

Av og til var det lettere å snakke med medpasienter enn personale, fordi de opplevdes likeverdige og «snakket samme språk». De kunne hjelpe hverandre og dette økte utbyttet av oppholdet. De lærte, brydde seg og angikk hverandre og derigjennom fikk de også perspektiv på seg selv. Terapeutiske grupper er beskrevet av pasienter som verdifulle og som noe de trenger (Johansson et al., 2007; Thomas et al., 2002). Roe og kolleger (2010) innhentet erfaringer fra personer med langvarige psykiske lidelser som hadde deltatt i et rehabiliteringsprogram som besto av gruppeintervensjon med narrativ fokusering og kognitiv terapi. Den sosiale konteksten hvor læringen foregikk hadde stor betydning for deltakernes emosjonelle læring, spesielt fordi de opplevde at de ikke var alene om deres problemer. Dette

bidro til å normalisere deres psykiske lidelse og ga håp om et meningsfylt liv. Ved hjelp av de andre i gruppen fikk de også mer øye på sine egne positive sider. Kognitive ferdigheter hjalp dem til å tenke bedre om seg selv og ga håp om positiv endring. Gruppens støtte var viktig for å trene seg i hverdagssituasjoner. Å dele historier om egne erfaringer i en trygg og støttende sosial kontekst, ble opplevd som en viktig nøkkel i bedringsprosessen, som ga nye fortellinger om dem selv og muligheter til håp om endring. Disse funnene samsvarer med våre funn.

I møte med medpasienter blir den enkelte berørt i sin egen eksistens av andre virkelighetsoppfatninger, og kan derved bli tvunget til nyorientering. I følge Colaizzi (1978) kan det skje genuin læring ved at det i læreprosessen skjer en forandring i pasientens liv. Dette krever at den enkelte tar ansvar for forandringen som oppstår, eller at hjelperen motiverer til at det kan skje. Men våre funn viser også at medpasienter er en viktig ressurs i denne sammenheng og som kan gi hverandre tilbakemeldinger, akkurat som i en vanlig familiesituasjon, slik en pasient på TEDD så godt illustrerte det: «Vi fant ut at egentlig blir vi som en familie mens vi er her. Vi holder ut med hverandre på godt og ondt».

Forskning viser at å være modell for andres læring, ikke er avhengig av at modellen er en profesjonell. Pasienter kan også være gode læringsmodeller for hverandre (Schraver, 2003; Bandura, 1997). Medpasienter er konteksten som bidrar til å forstå ulike erfaringer om seg selv og andre, som kan gjøre at læring oppstår og fører til forandring hos hver enkelt.

Sosial kognitiv teori ser personens aktivitet som et resultat av gjensidig påvirkning mellom personlige faktorer, atferd og hendelser i omgivelsene (Bråten, 2002). De sosiale omgivelsene kan bidra til støtte, men personen bidrar aktivt selv og utøver kontroll over personlige faktorer som egen motivasjon, kognisjon, atferd og sine sosiale omgivelser (Bandura, 1997).

I et sosiokulturelt perspektiv på menneskelig læring og utvikling, synes kommunikative prosesser sentralt. Det er gjennom kommunikasjon at personer blir delaktig i kunnskaper og ferdigheter. Måten pasienter og ansatte innenfor psykiatriske institusjoner oppfatter denne verden på og handler i den, har sammenheng med de sosiale og kulturelle mønstrene i omgivelsene (jfr Vygotskij, 1978). Den institusjonaliserte virksomheten gjennom de profesjonelles fagspråk og kultur, kan bidra til å hemme eller fremme pasienters læring, og det er derfor viktig at de ansatte tematiserer sin egen praksis i denne konteksten. Faglig veiledning kan være en måte å fremme kommunikasjon i det tverrfaglige samarbeidet og bidra til at også læringsprosesser igangsettes hos de profesjonelle. Veiledning ble tematisert som viktig hos de ansatte på TEDD (artikkel 4). Veiledning fra ledere og individualterapeuter



overfor miljøterapeutene var nødvendig for å motvirke negative holdninger i miljøet. Beck & Holm (2006, s 264) har pekt på at også personalet har behov for omstruktureringer for å motvirke automatiske tanker hos personalet. Gjennom å samtale med hverandre kan ny læring oppstå. Støtte og tilbakemelding fra omgivelsene kan bidra til refleksjon over praksis og gjøre læringen mer bevisst. Roche og kolleger (2011) fant at sykepleierne som følte seg støttet og oppfattet seg selv som kompetente, engasjerte seg mer terapeutisk i pasientenes problematikk. Den kliniske veiledningen ble også betraktet som helt nødvendig. På den måten tilegnet de seg kunnskap, ferdigheter og erfaringer til bruk i det kontekstuelle samspillet mellom de ulike profesjonsgruppene og pasientene (artikkel 4).

#### 4.5 Læringsbarrierer

Illeris beskriver ulike individuelle barrierer mot læring, og omtaler disse som *feillæring*, som overveiende relaterer seg til den innholdsmessige dimensjonen, *forsvar mot læring*, som han diskuterer i drivkraftsdimensjonen og *motstand mot læring*, overveiende i forbindelse med samspillsdimensjonen (Illeris, 2012, s. 189). I artiklene i denne studien er læringsbarrierer omtalt som *spenninger i læringsklima*, og er dermed både knyttet til den innholdsmessige dimensjonen, drivkraftsdimensjonen og samspillsdimensjonen. Eksempler på dette fra TEDD er ansatte som trakk fram turnusordningen som et hinder for tilstrekkelig tid til å lære gjennom å delta i veiledning og på fagdager. Tid og rom for læring ble også problematisert av miljøterapeutene som oftere ble sittende med pasienter på skjerming, og ikke kunne få delta i felles læringsaktiviteter i avdelingen. Tilsvarende funn er funnet i studier som omhandler miljøpersonalets krysspress og dilemma i deres daglige virksomhet (Hummelvoll & Severinsson, 2001; Johansson et al., 2007; Vatne og Fagermoen, 2007).

Det tverrfaglige teamsamarbeidet ble også problematisert gjennom uavklarte roller og overlappende arbeidsoppgaver og manglende muligheter til å gjøre profesjonsspesifikke oppgaver. Dette gikk ut over autonomi og ansvar. Tverrfaglighet er beskrevet som et felles mål og gjensidig avhengighet i praksis (Just & Nordentoft, 2012), og omhandler koordinering av faglige innsats og å skape en syntese mellom ulike faglige kunnskaper og ferdigheter. Dette kan for eksempel omhandle å formulere felles behandlingsideologi og å bruke samme metoder, slik det gjøres i kognitiv miljøterapi. Tverrfaglighet vil med dette referere seg til en vitenskapelig integrasjon av de ulike fagprofesjonenes kunnskapsgrunnlag, teoretisk og

metodisk (Nyseth, 2007). Nyttan av tverrfaglig samarbeid i psykiatrisk samarbeid har vært problematisert og forskning viser at felles kliniske beslutningsprosesser ikke har fungert særlig godt (Buus, 2005).

Denne studien viste at det å ha en felles behandlingsideologi der alle ansatte arbeidet sammen om å tilby kognitiv miljøterapi, var et viktig element i det tverrfaglige samarbeidet. Det innebar at ledelsen og de ansatte hadde et felles mål for behandlingen, noe som også gjorde det forutsigbart for pasientene. Det er mulig at ved å fokusere på selve behandlingsmodellen som en del av innholdet i samarbeidet, vil dette kunne gi et annet fokus enn å problematisere forskjellige behandlingsideologier, og som ofte har ulik gjennomslagskraft i det tverrfaglige samarbeidet (Buus, 2005).

Når det gjelder individuelle barrierer mot læring har Dreier (1999) diskutert problemer knyttet til institusjonelt arrangerte læringshandlinger. Deltakernes personlige læring behøver ikke å stemme overens med den institusjonelt arrangerte medlæringen. Ofte kan for eksempel personalets møter hindre muligheter for å følge opp samtaler med pasienter etter ulike intervensjoner som for eksempel undervisning og fysisk aktivitet. På den måten kan pasientenes behov komme i konflikt med de profesjonelles. Resultatet kan bli at pasientene istedenfor kjenner på hjelpeløshet, meningsløshet, læringspassivitet og lite utbytte av behandlingen. Bohart og Tallman (2003) har i flere sammenhenger påpekt betydningen av pasienters egen involvering som den viktigste endringsagenten i terapi. Refleksjon er en viktig del av læringsprosessen, og det er interessant når pasienter etterlyser tid og rom for dette. Et viktig utgangspunkt for at terapeutisk endring kan skje, er at pasienter får mot til å stille spørsmål ved sin egen virkelighetsforståelse. For at læring skal kunne skje må dette foregå gjennom differensiering eller kobling sammen med noe som gir mening for personen (Borge, 2011). Duncan, Miller og Sparks (2004) mener det er viktig at pasientene gis mulighet til å stille spørsmål ved den gitte behandlingen og gis aktiv medinnflytelse.

Pasientene på TEDD fortalte selv om manglende motivasjon og knyttet dette til manglende forståelse fra personalet, en følelse av å bli overkjørt og at det var kjedelig. Pasientene på Modum Bad formidlet også at de strevde med å fylle innhold i fritiden, noe som ble forsterket av at personalet satt på vaktrommet, og pasientene savnet kontakten med dem. Dette ble av pasientene omtalt som å være i en passiv pasientrolle. Passivitet, taushet eller manglende respons fra pasienter behøver ikke være motstand, det kan også være læringsbarrierer (Illeris 2007). En sentral hoveddimensjon er *læringsforsvar* og kan sammenlignes med begrepet psykologiske forsvarsmekanismer, slik Freud har lært oss. Vi

trenger forsvarsmekanismene for å forsvare oss for inntrykk og erfaringer som vi har båret med oss eller opplevd senere i livet, og vi blir stadig utsatt for nye. En annen generell form er *identitetsforsvar* som vi kan oppleve i nære relasjoner eller arbeidssammenheng, og ikke minst *ambivalens* hvor vi i mange sammenhenger vet at vi trenger utfordringer og å lære oss noe nytt, men samtidig så orker vi ikke å utsette oss for det. En siste betydningsfull form for læringsbarriere er *læringsmotstand*. Mens forsvar er noe som ofte utvikler seg i forveien og blir aktivisert i bestemte sammenhenger, så oppstår motstand typisk i situasjoner når en mulig læring oppleves som vanskelig eller i strid med verdier og holdninger som en ikke klarer å ta inn. Det interessante er at mange mennesker forteller om endringer eller vendepunkter som har skjedd i situasjoner som har blitt utløst eller vært preget av læringsmotstand (Topor, 2005). Her kan de ansatte oppmuntre pasienter til å se bakgrunnen for motstanden og bevisstgjøre og muliggjøre en alternativ måte å tilnærme seg sitt problem på, slik de ansatte på TEDD opplevde at de kunne bruke de kognitive teknikkene til. White (2009) som er inspirert av Vygotskij sin sosiale læringsteori, mener at terapeuter har et ansvar for ikke å falle som offer for konklusjoner som at mennesker mangler motivasjon, viser motstand og er ute av stand til å forutse konsekvenser av sine handlinger. «Den slags konklusjoner bør tvert i mot fungere som vekkerer, for de viser i hvilken grad dette mennesket sitter fast i det velkjente og ikke deltar i denne typen sosialt samspill som kan bygge stillas over vekstsonen» (White, 2009, s. 249). Whites poeng er at terapeuter må erkjenne sin oppgave og påta seg ansvaret for å bygge dette stillaset. Veiledning ser ut til å være en nødvendig ressurs for at de ansatte kan fungere som gode stillasbyggere for pasienter i deres læringsprosess.

#### **4.6 Metodologiske overveielser**

Materialet i denne studien består av individuelle intervjuer med pasienter fra to ulike psykiatriske institusjoner, samt med ansatte fra den ene. Empirien og en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming til denne gjorde det relevant og meningsfullt å utforske den psykiatriske institusjon som et sted for læring. Artikkel 1 og 2 startet med å undersøke pasientenes erfaringer med stedets behandlingskultur gjennom kvalitative dybdeintervjuer om hva pasientene mente hadde bidratt til hjelp under oppholdet. Et eksplorativt deskriptivt kvalitativt design var naturlig å bruke som et utgangspunkt, siden det forelå lite kunnskaper om dette temaet fra før. I undersøkelsen ved Modum Bad er ikke ansatte intervjuet. Dette kunne ha styrket og utvidet kunnskapsgrunlaget.

Artikkel 3 og 4 hadde et annet design. Gjennom kvalitative temabaserte intervju innhentet vi erfaringer med kognitiv miljøterapi fra både pasienter og personale. Den hermeneutiske-fenomenologiske tilnærmingen i intervjusituasjonen åpnet opp for å fokusere på temaer i pasientenes og ansattes livsverden.

Det viste seg at selv om materialene fra Modum Bad og TEDD i utgangspunktet var noe ulike, var det likevel flere temaer og fenomener som var felles for pasientene. Dette har beriket dataene i denne avhandlingen, på tross av et relativt beskjedent utvalg. Informantene i denne studien har hovedsakelig vært opptatt av positive forhold i behandlingen, og det uttrykkes lite kritikk mot behandlingen eller institusjonen. En mulig forklaring på dette kan være at forskeren var ansatt ved Modum Bad under datainnsamlingen der. Forskerne var ansatt ved høgskolen som inngår i den samme stiftelsen som TEDD under datainnsamlingen der. Det er en styrke at det har deltatt andre forskere i prosessen som ikke har vært ansatt ved noen av institusjonene.

Tema læring var et funn allerede i den første artikkelen og fulgt opp i den andre. Det interessante var at tema læring også ble et funn i de to neste artiklene (artikkel 3 og 4), selv om vi her hadde et annet fokus enn temaet læring. Det er et interessant funn i seg selv, og er en styrke ved avhandlingen. Slikt sett har denne avhandlingen lagt et grunnlag for at dette temaet bør utforskes videre i andre kontekster.

## **5.0 Konklusjon med implikasjoner for praksis og videre forskning**

- Omverden (helende omgivelser) knyttet til en stedsfenomenologi viser at stedet har en eksistensiell betydning for personen. Helheten erfares gjennom fysiske omgivelser, estetiske kvaliteter, natur og kultur, og gjennom en faglig, trygg, vennlig og respektfull atmosfære. Fenomenologiens stedsforståelse kan gi oss en mer helhetlig forståelse av hvordan det erfares å være -(menneske)- i- verden på en psykiatrisk institusjon, og legge til rette for at de selvhelende prosessene kan utvikles til det beste for den enkelte. Dette passer med annen forskning, der stedets betydning er satt i sammenheng med begrepene «healing environment», «therapeutic landscapes» og «environmental psychology». Disse perspektivene kan bidra til å utvide den

tradisjonelle miljøterapeutiske forståelsen. Funnene i denne studien viser at pasienter med ulike psykiske lidelser har positivt nytte og læring av å være innlagt, men det er behov for mer forskning på hvorledes mennesker med ulike psykiske lidelser opplever mening og læring på psykiatriske institusjoner.

- Læringsklima er en nøkkelfaktor for hvordan individuelle læringsprosesser, ferdigheter, etiske holdninger og relasjoner kommer til uttrykk mellom de profesjonelle og mellom de profesjonelle og pasientene i behandlingsmiljø konteksten. Et positivt læringsklima synes å være like sentralt for personale som for pasienter, og dette ser ut til å bedre samarbeidet mellom de ansatte og pasientene. Læringsklima har vært lite utforsket fra pasienters perspektiv. Ytterligere kvalitativ forskning på hvordan stedet (både i fysisk og i relasjonell betydning) kan påvirke læring hos de som deltar der, vil kunne gi en bredere forståelse av hvordan læringsklima påvirker læringsprosesser. Denne kunnskapen kan berike eksisterende kvantitativ forskning på behandlingsmiljø og behandlingstilfredshet i psykiatriske institusjoner.
- Mennesker med ulike psykiske lidelser ønsker å bli involvert i egen behandling. De setter pris på å delta i meningsfulle aktiviteter og å oppleve likeverdighet. Denne kunnskapen er ikke ny, men er i varierende grad implementert i klinisk praksis.
- Pasientene har nytte av å få verktøy og konkrete metoder som de kan bruke i følelsesmessig vanskelige situasjoner. Undervisning kan bidra til å gi knagger og forståelse i erfaringslæringen. Teoretisk kunnskap ser dermed ut til å understøtte læringen, som igjen kan bidra til økt mestringsforventning, slik at pasientene i en økende grad kan delta i styringen av sitt eget liv.
- Kunnskaper om kropp og ernæring og egen erfaring med fysisk aktivitet er viktig for både pasienter og ansatte. For pasientene gir dette erfaringskunnskap og hjelp til selvhjelp i et fellesskap med andre, og kan være spesielt nyttig for de pasientene som strever med å forstå teorien i kognitiv terapi. For de ansatte synes den fysiske aktiviteten å være en viktig samhandlingsarena, spesielt i forhold til pasienter som strever med å artikulere tanker og følelser. På den måten kan også den fysiske aktiviteten være et verktøy i det terapeutiske arbeidet. Idrettspedagogens terapeutiske

og sosiale rolle synes å være en viktig ressurs i denne sammenheng, og bør utforskes videre.

- En enhetlig behandlingsmodell, hvor pasienter og ansatte får opplæring i den samme teoretiske forståelsen, gjør det lettere å arbeide målrettet. Dette kan bidra til å redusere avstanden mellom sosiale grupperinger og påvirke forhold som likeverdighet og medvirkning mellom ulike profesjonsgrupper og mellom de profesjonelle og pasientene. Det kan styrke det sosiokulturelle læringsmiljøet på en god måte. Det foreligger lite systematisk forskning på behandlingsmodeller hvor individual- og miljøterapeuter arbeider sammen etter en enhetlig behandlingsmodell.
- På psykiatriske institusjoner, som i resten av helsevesenet, foregår det meste av den aktive behandlingen på dagtid. I denne perioden kan det være konkurranse om pasientenes tid, mens det ellers på døgnet og i helgene er mye ventetid og lediggang. Det er et åpenbart misforhold mellom personalets ønsker om å arbeide på dagtid og pasienters behov for et terapeutisk tilbud også i kvelder og helger. Når en avdeling har en felles behandlingsmodell, slik som kognitiv miljøterapi, er det lettere å få til et systematisk terapeutisk arbeid gjennom hele døgnet. Dette tema bør utforskes nærmere, da det eksisterer lite empirisk kunnskap på dette området.
- Pedagogiske modeller og en sosiokulturell forståelse kan bidra til å berike og tilføre ny kunnskap til tradisjonelle terapitradisjoner. Institusjonens læringsklima kan forstås som kontekstspesifikke steder og rom for læring, og sosiokulturelle læringsteorier bidrar til å belyse konteksten og sosiale faktorerens betydning for læring. Medpasienter har en viktig rolle i læringsprosessen, og gjennom å dele problemer med andre er det også mulig å lære nye sosiale ferdigheter. Støtte og tilbakemelding fra omgivelsene kan bidra til refleksjon over praksis og gjøre læringen mer bevisst. Tilsvarende kan faglig veiledning og støtte fra medkolleger være viktig for de ansattes egen læring. Faglig veiledning kan fremme kommunikasjon i det tverrfaglige samarbeidet og bidra til at læringsprosesser igangsettes også hos de profesjonelle. Ytre læringsforhold stimulerer personens indre læringsprosesser, og utvikling og læring skjer i en sosiokulturell sammenheng.

- Et institusjonsopphold innebærer både gode og mindre gode erfaringer, og det dukker opp spenninger og barrierer mot læring. Dette kan reduseres ved hjelp av et personale som er tilstede, som både dytter og støtter, som anerkjenner, og tåler at det gjøres feil fra pasientenes side. Tilbud om meningsfulle aktiviteter er viktig for å unngå utvikling av negative elementer i læringsklima. Vaktrommet kan være en kilde til å forsterke opplevelsen av at de ansatte er innenfor og pasientene utenfor. Når personalet er til stede på pasientenes arena, minsker denne forskjellen. God ledelse, samt regelmessig faglig veiledning, er viktig for å engasjere personalet til gode holdninger, motivasjon og faglighet. Tverrfaglig samarbeid kan være spenningsfylt i forhold til egen profesjonsrolle, og arbeid med å avklare roller og ansvar bidrar til større trygghet.
- Videre forskning bør fokusere på hvordan de profesjonelle kan tilrettelegge for egne og pasienters læringsprosesser. Vi trenger mer kunnskap om hvordan pasienter kan implementere den personlige læringen i sine egne liv under oppholdet, og ikke minst hvordan dette kan vedlikeholdes etter at de skrives ut. På denne måten kan psykiatriske institusjoner videreutvikles som lærende organisasjoner.

## 6.0 Referanser

- Albretsen, C.S. (2002). Grunnleggeren av det første terapeutiske samfunn I norsk psykiatri. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 20, 122, 2000 -2001.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11 – 21.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur, (2. utg.).
- Andes, M., & Shattell, M. (2006). An exploration of the meanings of space and place in acute psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 699 – 707.
- Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, (58), 2, 143-159.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Barbosa da Solva, A. (1995). Analys av tekster. I: P.G. Svensson & B. Starrin (red). *Kvalitative studier i teori og praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Beazley, P. & Gudjonsson, G. (2011). Motivating inpatients to engage with treatment: The role of depression and ward atmosphere. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(2), 95-100.
- Beck, S. & Holm, L. (2006) Aktiviteter. I: L. Holm & I.H. Oestrich (red.). (2006). Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø I likeværdigt samarbejde. København: Psykologisk Forlag, 2. utg.
- Bengtsson, J. (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I: J. Bengtsson (red). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berntsen, R.A. (2011). Kreativitet og livskraft. I: L. Borge, E.W. Martinsen, & T. Moe (red). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisin og samtalerapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bloom, S.L. (2000). Creating Sanctuary. Healing from systematic abuses of power. *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 21 (2), 67 – 91.
- Bloom, S.L. & Norton, K. (2004). The therapeutic community in the 21 st century. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 229-231.



Bohart, A. & Byock, G. (2005). Experiencing Carl Rogers from the client's point of view: A vicarious ethnographic investigation. I. Extraction and perception of meaning. *The Humanistic Psychologist*, 33 (3), 187 – 212.

Bohart, A. & Tallman, K. (2003). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*, 2th ed. Washington, DC: American Psychological Association.

Bollnow, O.F. (1969). *Eksistensfilosofi og pedagogikk*. Oslo: Fabritius og sønners boktrykkeri.

Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life : perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. (Phd). Trondheim : Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46, 452 – 459.

Borge, L. (2011). Liv og læring- utvikling av personlig brukskunnskap i en terapiprosess. I: L., Borge, E.W, Martinsen, & T, Moe (red). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Borge, L. & Rolfsnes, J.K. (2009). Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk. *Sykepleien Forskning*, (4), 2, 142 – 149.

Borge, L., Sverdrup, S., Fyrand, L. & Angel, PH. (2012). *Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD). – en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring?* Oslo: Diakonhjemmet høyskole, rapport nr 7.

Borge, L., Martinsen, EW. & Moe, T. (red). (2011). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Botvar, P.K. (2010). Fra religion til åndelighet. Det norske religiøse landskapet anno 2009. *Manus til filosofikafé*, Kristiansand.  
<http://www.filosofikafeen.no/news/news.htm>.

Brunt, D. & Rask, M. (2007). Ward atmosphere: The scarlet pimpernel of psychiatric settings? *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 639 – 655.

Brunt, D. (2008). The ward atmosphere of single-sex wards in a maximum security forensic psychiatric hospital in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(3), 221-241.

Bråten, I. (2002). Selvregulært læring i social-kognitivt perspektiv. I: I. Bråten (red). *Læring I sosialt, kognitivt og sosialt-kognitivt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Buus, N. (2005). *Communication among mental health nurses. A field study of mental health nursing practices*. PhD thesis, University of Southern, Denmark.

Burlingame, C.C. & Wagner, C.P. (1935). The psychiatric hospital as an institute of learning. *Journal of American Medical Association*, (105), 19, 1509 -1512.

- Callaghan P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 476 – 483.
- Carless, D. & Douglas, K. (2012). The ethos of physical activity delivery in mental health: A narrative study of service user experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 165 – 171.
- Cold, B., Kolstad, A. & Larssæther, S. (1998): *Aesthetics, Well-being and Health – abstracts on theoretical and empirical research within environmental aesthetics*. NTNU. Trondheim.
- Colaizzi, P.F. (1978). Learning and Existence. I: R.D.Valle, & M. King (red.), *Existential – Phenomenological Alternatives for Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper Perennial.
- Curtis, S., Gesler, W., Fabian, K., Francis S. & Priebe, S. (2007). Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatients unit. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 25, 591 - 610. DOI:10.1068/c1312r.
- Curtis, S., Gesler, W., Priebe, S. & Francis S. (2009). New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex ‘rebirth’ of the clinic? *Health & Place*, (15), 1, 340 – 348.
- Daremo, Å, & Haglund, L. (2008). Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 131 – 142.
- Delaney, K.R. (1997). Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 19-28.
- Dreier, O. 1999. Læring som endring av personlig deltakelse i sosiale kontekster. I: K, Nielsen & S. Kvale. *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dysthe, O. (2001). (red.), *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstract forlag.
- Edgerton, E., Ritchie, L., & McKechnie, J. (2010). Objective and subjective evaluation of a redesigned corridor environment in a psychiatric hospital. *Issues in Mental Health Nursing*, (31), 5, 306-314.
- Eklund, M. & Hansson, L. (1997). Relationships between characteristics of the ward atmosphere and treatment outcome in a psychiatric day care unit based on occupational therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 329 – 335.
- Eklund, M. & Hansson, L. (2001). Ward atmosphere, client satisfaction, and client motivation in a psychiatric work rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal*, 37 (2), 169- 177.

- Ericsson, K. (1974). *Den tvetydige omsorgen: Sinnssykevesenets utvikling - et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fenner, P. (2011). Place, matter and meaning: Extending the relationship in psychological therapies. *Health and Place*, 17, 851 – 857.
- Foucault, M. (1991). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Frankl, V. (1985). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Friis, S. (1977). Differensiering av terapeutiske miljøer. *Nordisk psykiatrisk tidsskrift*, 31, 13-24.
- Friis, S. (1981). Hva slags postatmosfære er terapeutisk for psykotiske og for ikke-psykotiske pasienter? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 101, 848-52.
- Friis, S. (1984). Hvilken kunnskap har vi om hva slags behandlingsmiljø som er gunstig for ulike typer pasienter? I: S, Karterud, J, Jørstad & P, Vaglum (red). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Friis S. (1986). Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, (5), 469-73.
- Fyhri, A., Hauge, Å.L. & North, H. (red). (2012). *Norsk miljøpsykologi. Mennesker og omgivelser*. Oslo. Sintef akademisk forlag.
- Gadamer, H.G. (1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.
- Gadamer, H.G. (2003a). *Den gåtfulla hälsan*. Falun: Dualis Förlag AB.
- Gadamer, H.G. (2003b). *Förståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Galanter, M. (2010). Spirituality: a biopsychosocial perspective. *Psychiatry*, (73) 2, 145-157.
- Gergen, K.J. (1997). *Virkelighed og relationer*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 2, 235 – 260.
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske*. Viborg: Paludan.
- Gilbert, H., Rose, D. & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*. 8, 92.
- Gonzalez, M.T. (2011). Terapeutisk hagebruk ved depresjon. I: L, Borge, EW, Martinsen, & T, Moe (red). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Gralnick, A. (1988). Cultural aspects of the psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly*, 59 (1), 3 -9.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2, 105 -112.
- Gross, R., Sasson, Y., Zarhy, M. & Zohar J. (1998). Healing environment in psychiatric hospital design. *General Hospital Psychiatry*, 2, (20), 108–114.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*, 41,327-335.
- Hapell, B., Scott, D. Platania-Phung, C. & Nankivell, J. (2012). Nurses' views on psychical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, doi: 10.1016/j.mhpa.2012.02.005.
- Hetland, H., Skogstad, A., Hetland, J. & Mikkelsen, A. (2011). Leadership and learning climate in a work setting. *European Psychologist*, 16 (3), 163 – 173.
- Hermundstad, G. (2005). Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl. Del: I kallet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (42), 1, 3-8.
- Hodgetts, A, Wright, J. & Gough, A. (2007). Clients with borderline personality disorder: Exploring their experiences of dialectical behaviour therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, (7), 3, 172-177.
- Hoff, TJ., Pohl, H. & Barfield, J. (2004). Creating a learning environment to produce competent residents: the role of culture and context. *Academic Medicine*, (79), 6, 532 – 540.
- Holm, L. & Oestrich, I.H. (red.). (2006). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbejde*. København: Psykologisk Forlag, 2. utg.
- Hummelvoll, J. K. & Severinsson, E. I. (2001). Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 17–24.
- Hummelvoll, J.K & Barbosa da Silva, A. (1998). The Use of the Qualitative research Interview to Uncover the Essence of Community Psychiatric Nursing. Methodological reflections. *Journal of Holistic nursing*, 16, (4), 453 – 478.
- Husserl, E. (1997). *Fænomenologiens idé*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Illeris, K. 2007. *Læring*. Fredriksberg: Roskilde Universitets forlag, 2 utg.
- Illeris, K. (2012). *Læring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingeberg, M.H., Wikstrøm, B-M. & Berg, A. (2012). The essential dialogue. A Norwegian study of art communication in mental health care. *Journal of Psychosocial Nursing*, (50), 8, 22-30.

- Johansson, H. & Eklund, M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychology and Psychotherapy*, 77(4), 511-523.
- Johansson, I.M. , Skärsäter, I., & Danielsson, E. (2007). Encounters in a locked psychiatric ward environment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (14), 4, 366–372.
- Johnsen, G. (1954). *Vi bygger Nervesanatorium*. Modum Bads Nervesanatorium.
- Johnsen, G. (1982). Modum Bads Nervesanatorium – visjon og utbredelse. I: A. Roness, E. Kaldestad og S. Rynning (red). *Ved St. Olavs Kilde. Modum Bads Nervesanatorium 25 år*. Oslo: Fabritius Forlagshus.
- Jonas, W.B. & Chez, R.A. (2004). Toward Optimal Healing Environments in Health Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (supplement 1): S-1-S-6. doi:10.1089/acm.2004.10.S-1.
- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry. A study of therapeutic communities*. London: Tavistock Publications Limited.
- Just, E. & Nordentoft, H-M. (2012). *Tværfaglig praksis*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Jørgensen, K.N., Rømma, V. & Rundmo, T. (2009). Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, (2), 113-120.
- Karlin, B.E. & Zeiss, R.A. (2006). Environmental and Therapeutic Issues in Psychiatric Hospital Design: Toward Best Practices. *Psychiatric Services*, 10, 1376-78.
- Karlsson, B. (2005). «Liv er bevegelse». Arnhild Lauveng i samtale med Bengt Karlsson. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 4, 424 – 433.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of Schizofrenia*. New York/London: The Guildford Press.
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, (54), 5, 283–291.
- Kogstad, R. (2011). *Fortellinger fra andre posisjoner. Med brukererfaring fra psykisk helsefeltet og en gyldig stemme i politikk og kunnskapsdannelse*. Avhandling til graden dr.philos. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kringelen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 10. utg.
- Kreitzer, M.J. & Zborowsky, T. (2009). Creating optimal healing environments. I: M. Snyder & R. Lindquist (Eds.), *Complementary & alternative therapies in nursing*. New York: Springer Publishing.
- Kåver, A. (2011). *Allianse. Den terapeutiske relasjonen I KAT*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kvale, S. (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsinterview*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2. utg.
- Laberg, S., Törnkvist, Å. & Andersson G. (2001). Experiences of patients in cognitive behavioural group therapy: A qualitative study of eating disorders. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, (30), 4, 161 – 178.
- Lambert, M.J. (eds). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5.utg. New York: John Wiley & Sons.
- Larsen, I.B. (2009). "Det sitter i veggene". *Materialitet og mennesker i distriktspsykiatriske sentra*. Avhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Latvala, E. & Janhonen, S. (1997). Patient's Capable of Managing: Basic process of psychiatric nursing in a hospital environment. *Vård I Norden*, (17), 4, 9-13.
- Lave, J. & Wenger, E. (2005). *Situert læring – og andre tekster*. Gylling: Hans Reitzels Forlag, 2.utg.
- Lykke J., Oestrich I. & Austin S.F. (2010). The implementation and evaluation of cognitive milieu therapy for dual disorders inpatients: A pragmatic clinical trial. *Journal of Dual Diagnosis* 6, 58 -72.
- Løchen, Y. (1965). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løvaas, E.Ø. & Johansen, A. (2012). Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Tidsskriftet Sykepleien*, 2, 52 – 55.
- Mahony, J.S., Palyo, N., Napier, G. & Giordano, J. (2009). The therapeutic Milieu Reconceptualized for the 21<sup>st</sup> Century. *Archives of Psychiatric Nursing*, (23), 6, 423 – 429.
- Main, T.F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, (10), 66-70.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358, 483 – 488.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder I medisinsk forskning*. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 3. utg.
- Mc Mahon, B. (1994). The functions of space. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 362 -6.
- Mcmanus, F., Peerbhoy, D., Larkin, M. & Clark, D.M. (2010). Learning to change a way of being: An interpretive phenomenological perspective on cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 581 – 589.

- Martinsen, EW. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget, 2. utg.
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E., Island, TK., Lorentzen, S. & Vaglum, P. (1996). The importance of ward atmosphere in inpatients treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatric Services*, 47, 721 – 726.
- Messari S. & Hallam R. (2003). CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology* 42, 171 -188.
- Merleau - Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.
- Mezirow, J. (2005). At lære at tenke som en voksen. I K, Illeris og S, Berri (red). *Tekster om voksenl ring*. K benhavn: Roskilde Universitetsforlag.
- Miller W.L. & Crabtree, B.F. (2005). Healing Landscapes: Patients, relationships, and creating optimal healing places. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol 11, suppl., 1, s 41 – 49.
- Moos, R.H. (1974). *Evaluating treatment environments. A social ecological approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naper,  . (2006). "Det har styrket meg og gjort meg helere". Betydningen av kunst, kultur og estetikk for psykisk helse og utbyttet av oppholdet i institusjon. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 2, 130 – 141.
- Neuhaus, E.C. (2006). Fixed values and a flexible partial hospital program model. *Harvard Review of Psychiatry*, 14 (1), 1- 14.
- Norberg – Schulz, C. (1980). *Genius loci: towards a phenomenology of architecture*. London: Academy Editions.
- Norberg-Schulz, C. (1986). *Et sted   v re*. Essays og artikler. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norberg-Schulz, C. (1996). *Stedskunst*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norton, K. & Bloom. S.L. (2004). The art and challenges of long- term and short-term democratic therapeutic communities. *Psychiatric Quarterly*, 75 (3), 249 – 262.
- Nordquist, J., Kitto, S., Peller, J., Ygge, J. & Reeves, S. (2011). Focusing on future learning environment: Exploring the role of space and place for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, (25), 6, 391 – 393.
- Nyseth, T. (2007). Introduksjon. I: T, Nyseth & N. Aars ther (red). (2007). *I disiplinenes grenseland. Tverrfaglighet i teori og praksis*, s 15 -31. Bergen: Fagbokforlaget.
- O'Donovan, A. & O'Mahony, J. (2009). Service users' experiences of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatients unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 523 – 530.

- Perris, C. (1989). Det psykoterapeutiske arbeidet en læreprocess som syftar til personlig kunnskapstillvæxt. *Läkartidningen*, (86), 22, 2112-15.
- Quirk, A., Lelliott, P. & Seale, C. (2004). Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science and Medicine*, 59, 2573 – 2583.
- Ricoeur, P. (1999). *Eksistens og hermeneutikk*. Thorleif Dahl Kulturbibliotek. Oslo: Aschehoug.
- Roche, M., Duffield, C. & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, (48), 12, 1475 -1486.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Derhi, O., Yanos., P.T. & Lysaker, P. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships. A qualitative study on the impact of narrative enhancement and cognitive therapy on persons with serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, (198), 11, 807 – 812.
- Roessler, K.K. (2012). Healthy architecture! Can environments evoke emotional responses? *Global Journal of Health Science*, (4), 4, 83 – 89.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton – Mifflin.
- Rollnick, S. & Miller, W.R (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325 – 334.
- Rose T., Loewenthal D. & Greenwood, D. (2005). Counselling and psychotherapy as a form of learning: some implications for practice. *British Journal of Guidance & Counselling* 33, 442 – 456.
- Rose, E. (2012). Encountering place: A psychoanalytic approach for understanding how therapeutic landscapes benefit health and wellbeing. *Health & Place*, 18, 1381 – 1387.
- Rossberg, J.I. & Friis S. (2003). A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (108), 5, 374-80.
- Rossberg J.I. & Friis S. (2004) Patients' and Staffs' Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. *Psychiatric Services* 7, 798 – 803.
- Røssberg JI, Melle I, Opjordsmoen S. & Friis S. (2006). Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 176 -180.
- Sachnowitz, H. (1976). *Det angår også deg*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Sandvin, T.J. & Söder, M. (1998). Fullt og helt eller stykkevis og delt? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1, 35 – 49.



Scaturio, D.J. (2010). A tripartite learning conceptualization of psychotherapy: the therapeutic alliance, technical interventions, and relearning. *American Journal of Psychotherapy*, 64 (1), 1- 27.

Simonsen, I.E. (2007). Psykologer og miljøterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (44), 1338-1339.

Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A. & Wykes, T. (2010). Nurse and patients activities and interaction on psychiatric inpatients wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 909 – 917.

Schattell, M.M, Starr, S.S. & Thomas, S.P. (2007). “Take my hand, help me out”: mental health service recipient’s experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 274 – 284.

Shattell, M., Andes, M. & Thomas, SP. (2008) How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*. 15, 242– 50.

Schrøver, N.B. (2003). *Fysioterapi og læring. Betydning af rettethed, relationer, rum og refleksion*. Ph.d afhandling. Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik. Københavns Universitet. København: JCVU Forlag, Book Partner A/S.

Skorpen, A., Anderssen, Oeye, C. & Bjelland, A.K. (2008). The smoking-room as psychiatric patients’ sanctuary: a place for resistance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 728 -736.

Skorpen, A., & Øye, C. (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon : en analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Doktor thesis, Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen.

Skorpen, A., & Øye, C. (2010). Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer. En litteraturoversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 12, 3, 15 – 27.

Skule C., Kvalvaag H. & Johnsen J. (2006). Lærings- og mestringssentrene: Fagkunnskap og brukererfaring som likestilte bidrag (Norwegian). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 38- 41.

Skårderud, F., Stänicke, E., & Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.

Sommerfeldt, A. (2005). Tiden ved livets slutt. I: R. Nord & T. Bjerkreim (red). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport nr 04.

Stickley, T. & Freshwater, D. (2009). The concept of space in the context of the therapeutic relationship. *Mental Health Practice* 12, 28 -30.

St meld nr 25 (1996/97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.

- St meld nr 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- St prp nr 63 (1997/98) *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Sosial- og Helsedepartementet.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Stuckey, H.L. & Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American Journal Public Health*, 100, 254 – 263.
- Sullivan, W.P. (1993). «It helps me to be a whole person”: The role of spirituality among the mentally challenged. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 163 (3), 125–134.
- Svensson, B. & Hansson, L. (2006). Satisfaction with mental health services. A user participation approach. *Nordic Journal of Psychiatry*. 60, 365-371.
- Sverdrup, S. (2009). *Utviklingstrekk ved evalueringsfaget i Norge og internasjonalt*. Oslo: Stiftelse av Norsk Evalueringsforening (NEF).
- Sverdrup, S., Borge, L., Angel, O.H. & Fyrand, L. (2011). *Evalueringa av Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD). Resultater fra første fase i en følgeforskning*. Rapport nr 5. Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
- Tetlie, T., Heimsnes, M.C. & Almvik, R. (2009). Using exercise to treat patients with severe mental illness. How and why? *Journal of Psychosocial Nursing*, (47), 2, 33- 40.
- Thibeault, C., Trudeau, K., d’Entremont, M. & Brown, T. (2010). Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, (24), 4, 216 – 226.
- Thomas, SP., Shatell, M., & Martin, T. (2002). What’s therapeutic about the therapeutic milieu. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 99 – 107.
- Timko, C. & Moos, R.H. (1998a). Outcomes of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1137-1150.
- Timko, C. & Moos, R.H. (1998b). Determinants of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs: Implications for improving Patient outcomes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 96-103.
- Topor, A. (2005). *Fra patient til person: hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer*. København: Akademisk Forlag.
- Zborowsky, T. & Kreitzer, M.J. (2009). People, place, and process: The role of place in creating optimal healing environments. *Creative Nursing*, vol. 15, nr 4, s186 – 190.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*, 2. utg. Ontario: Althouse Press.
- Vatne, S. & Fagermoen, M.S. (2007). To correct and to acknowledge: two simultaneous and

conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (14), 1, 41–48.

Vatne, S. & Hoem, E. (2007). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, (61), 6, 690 – 698.

Vygotskij, L. S. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Vygotskij, L.S. (1986). *Thought and language*. Cambridge Mass: MIT Press.

Vaglum, P., Friis, S. & Karterud, S. (1985). Why are the results of milieu therapy for schizophrenic patients contradictory? An analysis based on four empirical studies. *Yale Journal of Biological Medicine*, 58, 349-61.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates.

White, M. (2009). *Kart over narrativ praksis*. Oslo: Pax.

Wressle, E. (2002). *Client participation in the rehabilitation process*. Doctoral Dissertation. Division of Occupational Therapy. Linköping; Department of Neuroscience and Locomotion, Faculty of Health Sciences, Linköping University.

Wright, J.H., Thase, M.E., Ludgate, J.W. & Beck A.T. (1993). The cognitive milieu therapy with inpatients: Structure and Process. In: *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. (eds Wright J.H., Thase M.E., Beck A.T. & Ludgate J.W.), pp. 61- 87. New York, NY, US, Guilford Press.

Yalom, I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4. utg. New York: BasicBooks.



# Paper I- IV

















**Cognitive milieu therapy and physical activity: Experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Submitted***

**Borge, L** *Diakonhjemmet University College, Institute of Nursing and Health, Oslo*

**Røssberg, J.I.** *Department of Clinical Medicine, Oslo*

**Sverdrup, S.** *Diakonhjemmet University College, Institute of Nursing and Health, Oslo*

**Accessible summary**

- Cognitive milieu therapy, including physical activity, promoted mastery and learning in inpatients with dual diagnoses. Physical activity was an important source for personal learning.
- The learning climate was created through the proactive attitude of staff, including the application of an educational process, a focus on cooperation on equal terms between patients and staff, and a professional methodological approach through cognitive milieu therapy.
- The cognitive method was sometimes experienced as theoretical and difficult to understand, and it was a challenge to achieve an optimal balance between staff induced activities and patients' initiatives.
- Patients highly appreciated learning from each other's experiences.

Address correspondence to: Lisbet Borge, Diakonhjemmet University College, Institute of Nursing and Health, P.O. Boks 184, Vinderen, Oslo, NO-0319 Norway. E-mail: lisbet.borge@diakonhjemmet.no

## **Abstract**

During the last decade there has been a growing interest in implementing cognitive milieu therapy (CMT) in psychiatric institutions. However, there is a lack of systematic evaluations from patients' point of view. The aim of this study was to explore and describe patients' perceptions of what were essential experiences of mastery, learning alternative ways of thinking, and acquiring new skills through CMT and physical activity in an inpatient setting. Qualitative interviews were carried out with twenty patients. A hermeneutic – phenomenological approach was used in the data collection and analysis. The results showed that the learning climate in the unit was important. This included a proactive attitude from the staff, focusing on co-operation on equal terms between patients and staff, and a professional methodological approach through CMT. The optimal balance between staff induced activities and patient initiatives were not easy to obtain. Patients appreciated both the education provided by the staff, and learning from other patients. The cognitive method was sometimes experienced as theoretical and difficult to understand. Physical activity, however, was experienced as 'concrete' and providing practical knowledge, and motivated patients to establish new habits, and provided opportunities for the development of mastery together with other patients. Planned physical activity seems to contribute to new personal knowledge about the relationships between thoughts, feelings and behaviour.

Key words: Cognitive milieu therapy, Dual diagnosis, Learning climate, Learning, Mastery, Physical activity

## **Introduction**

This paper is a qualitative study reporting on how patients with severe mental illness and substance use disorders (dual diagnosis) experience mastery, learn alternative ways of thinking, and acquire new skills through cognitive milieu therapy (CMT) and physical activity.

### *Treatment of dual diagnosis*

Dual diagnosis implies substance abuse and/or dependence in addition to a serious mental disorder, particularly schizophrenia, delusional disorder or bipolar disorder with psychotic features. The concept "complex diseases" is probably more accurate, as these persons also struggle with other mental problems and, in addition, have vocational, social, economic and housing-related difficulties, as well as somatic disorders (Kavanagh & Mueser 2007). The combination of substance misuse and severe mental illness has negative consequences for the delivery and effectiveness of treatment. Patients have a high risk of dropping out, less motivation to change, are difficult to engage in treatment and make slow progress. Treatment services need to be flexible, and may also include inpatient treatment (Horsfall *et al.* 2009).

Historically, treatment for mental health problems and substance misuse has been delivered in separate systems (Drake *et al.* 2004). Mueser *et al.* (2005) describe two traditions in the treatment of combined disorders. Sequential treatment implies that one disorder is treated at a time, while parallel treatment implies that the mental disorder and the substance misuse are treated simultaneously by different therapists.

Integrated treatment aims to offer simultaneous treatment of both disorders by the same therapists, and tends to show better outcomes (Drake 2007). An important element of this, when applied in an inpatient setting, is that both individual and milieu therapists have developed a common treatment plan in cooperation with the patient. Drake *et al.* (2004), outlined principles for an integrated service and specific psychosocial interventions which are essential for effective treatment, such as a variety of engagement strategies, group interventions, cognitive behavioral therapy, motivational counseling, stage-wise interventions, active treatment, long-term program retention and relapse-prevention strategies. Family education and interventions, housing and vocational rehabilitation, should also be available.

Cognitive behavioural therapy (CBT) was initially developed as a form of individual psychotherapy for depression and anxiety (Beck 1995). CBT is now also applied in the treatment of psychosis and substance abuse. It is useful also in inpatient settings (Wright *et al.* 1993, Perris 1988), and a further development of this is cognitive milieu therapy (Holm & Oestrich 2006).

### *Cognitive Milieu Therapy (CMT)*

During the last decade there has been a growing interest in the implementation of CMT in psychiatric institutions in the Nordic countries. CMT aims to achieve a more comprehensive and integrated treatment approach in interdisciplinary settings. It is based on the principles of individual CBT, psychoeducation and psychosocial intervention (Holm & Oestrich 2006). The main principle is to teach the patients how their thinking and behavior affect their feelings and how they can cope better with negative feelings by being aware of their thinking and change their behaviors. The efforts of various professionals are integrated so that patients can relate to a treatment plan which is developed cooperatively between the patient and the interdisciplinary staff. This makes it easier for the milieu therapists to use everyday situations on the ward as part of the therapy. The approach incorporates motivational strategies and offers patients a range of cognitive and behavioral strategies, enabling them to deal with their mental health and substance misuse problems. This makes it easier to engage patients in active participation in addressing their problems (Lykke *et al.* 2010, Perris 1988). CMT emphasizes the Socratic dialogue, which is inspired by the Greek philosopher Socrates, and involves a guided conversation using open question. Commitment, respect and equal partnership (collaborative empiricism) are important elements in the therapeutic relationship (Beck 1995).

There are few studies examining CMT however positive results from its use have been reported with a more integrated approach in the interdisciplinary collaboration, better utilization of resources, more discipline and better structure, and clearer documentation of treatment efficacy being described (Holm & Oestrich 2006). We have only identified one study evaluating CMT for inpatients with dual diagnosis. In a prospective study without a control group, Lykke *et al.* (2010) found that patients experienced significant reductions in substance abuse, anxiety and depression during inpatient treatment. The authors recommended that future studies should not only focus on outcomes, but also try to



understand how patients with psychotic disorders and substance related problems experience the different processes in the treatment. Holm & Oestrich (2006) emphasize the importance of psycho-education and physical activity as part of the treatment.

### *Physical activity*

An important element in CMT is behavioral change. Most patients with substance misuse and mental disorders are physically inactive and have reduced physical fitness (Scott & Hapell 2011). Regular exercise may be viewed as a behavioral intervention for sedentary patients within the framework of CMT (Martinsen 2008). There is some evidence that physical exercise is associated with a reduction in negative symptoms in schizophrenia (Beebe et al. 2005) and reduced relapse rates in substance misuse (Mamen *et al.* 2011).

### *Patient experiences*

Most studies in this field have used quantitative methods, and the perspectives of those involved in care and treatment have been ignored (Coombes & Wratten 2007). We conducted searches on Ebsco, Medline and PsychInfo for all years indexed in the databases by using combinations of words for cognitive milieu therapy, dual diagnosis, cognitive behavioral therapy, inpatients treatment, physical activity and patients' experiences. Studies addressing patient experiences living with mental disorders have been conducted (Zolnierek 2011), but there is a lack of systematic evaluations from the patient's point of view. Patients generally have reported that they wish to encounter professionals who clearly invite them to establish a relationship, by reaching out and articulating care. Relational factors, such as empathy, interest and understanding, in addition to a safe therapeutic environment, have been viewed as the most important aspects of care (Cleary & Edwards 1999, Hansson *et al.* 1993, Johansson & Eklund 2003, Letendre 1997). However, we have not identified any studies addressing patient experiences following CMT for dual diagnosis. In a study of five inpatients who received CBT for psychosis, Messari and Hallam (2003) found that a trusting relationship between therapist and patient was of utmost importance. Patients also emphasised the importance of the educational component of therapy.

Carless & Douglas (2012) focused on people with severe mental illness and their experiences of physical activity. The participants emphasized the role of the activity leader,

and suggested that the relationship between the activity leader and the activity group member is no less important than the therapist –patient relationship

The scarce research on patient perspectives, and experiences from therapy, stands in contrast to the potential value of in-depth analysis of patient’s experiences from therapy (Messari & Hallam 2003). More attention needs to be given to the social and interpersonal perspectives through personal learning and mastery in CMT. Qualitative methods focus on meaning and interpretations, and investigations of patient experiences of treatment are useful contributions in this context (Malterud 2001).

Although empirical studies support the usefulness of integrated treatment, there remains scope for improvement. Systematic evaluations of patient experiences are one way to move the field forward. Thus, there is an obvious need for studies examining patient experiences with CMT in inpatient settings for dual diagnosis.

### *Theoretical perspectives*

The present study is inspired and influenced by various sources of knowledge: cognitive milieu therapy (Holm & Oestrich 2006, Wright *et al.*1993), cognitive social learning theory (Bandura 1997) and experiential learning (Dewey 1938, Kolb 1984). A milieu created by interpersonal relationships and the impact of the environment can be understood in a socio-cultural perspective (Vygotsky 1978). From this perspective, the activity of the learner is viewed as essential for the generation of knowledge and learning. Patients' subjective experiences are the basis for the therapeutic activities (Beck 1995). When patients are met individually with maximal flexibility, they will more easily become active participants in their own treatment.

### *Aims of the study*

The study was conducted in order contribute to the limited knowledge in this field. The primary purpose was to explore and describe patients’ perceptions of what were essential experiences of mastery, learning alternative ways of thinking, and acquiring new skills through CMT and physical activity in an inpatient setting.

## **Method**

We applied a hermeneutic - phenomenological approach to the development of knowledge, focusing on the lived experiences of patients and their interpretations of learning and mastery (Van Manen 1997). The study design was exploratory and descriptive, using individual interviews (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1998).

### *Context and treatment model*

The study took place in an interdisciplinary 12 bed unit, offering pre-planned admissions for patients with dual diagnosis. The average length of stay was less than three months. The interdisciplinary staff consisted of nurses, social workers, occupational therapists, psychiatrists and psychologists, who developed a cognitive treatment plan together with the patients. (Larsen & Berge 2011).

The treatment model was integrated dual diagnosis treatment, and the same team members addressed substance misuse and other mental health problems. Medication was used when necessary and some patients received opiate substitution treatment. CMT was a key component, including elements from motivational interviewing, social skills training, education and physical activity (Holm & Oestrich 2006, Kavanagh & Mueser 2007). Patients met weekly in an educational group, focusing on substance misuse, other mental problems and nutrition. A health sport pedagogue offered daily, two hour long, physical activity to all patients. Indoor activities included physical training in health studios and swimming. Outdoor activities included walking, hiking, skiing, biking, canoeing, riding and golf. Some activities were individual, but activity in groups was more common. All activities were directed by the health sports pedagogue. The interdisciplinary staffs had regular and close supervision to learn the principles of the treatment model, and great efforts were made to develop a well -functioning therapeutic milieu. The staff aimed to correct the negative and inappropriate self-perceptions, increase patient reflection and sense of achievement. The treatment facilitated patients' learning of alternative ways of thinking helped them to develop skills to handle problems in more functional ways and to increase their ability to achieve important goals in their lives.

### *Sample*

All patients were assigned an individual therapist and a primary contact who invited patients to participate in the study. Purposeful sampling was used to obtain material with sufficient depth and breadth to answer the research questions (Malterud, 2001). The interviews took place in a period between two days and four weeks before discharge.

A total of 20 patients, eight women and twelve men, who were admitted to the department in the period November 2009 to May 2011, participated in the study. The average length of stay was less than three months. Their mean age was 40.2 years (range 28 – 55) and all but three were ethnic Norwegian. The ICD-10 diagnoses were paranoid schizophrenia (n=11), delusional disorder (n=1), schizoaffective disorder (n=2), bipolar disorder (n=1), borderline personality disorder (n=2), ADHD (n=1), recurrent depression (n=1). One patient received no additional diagnosis. Regarding substance related disorders, 13 were dependent on, or abused, multiple drugs, while four patients used only alcohol, two only opiates and one only amphetamine. Twelve of the patients had their own place to live when they were admitted to the hospital. The other eight patients were homeless. Four of the 20 patients lived with a partner when they were admitted to the hospital. The other 16 patients lived alone.

### *Procedure*

The first author conducted tape-recorded qualitative interviews of 25 to 60 minutes duration. The first author was not employed at the institution. A second researcher took part in the development of the interview guide and conducted some of the interviews. Interviews were audio recorded and transcribed verbatim. Written notes were taken during the interviews of two patients who did not wish to have their interviews audio recorded and transcribed thereafter as accurately as possible. The interviews were conducted as a dialogue, and began with the open question “tell me about your experience in the unit. What has been especially important to you?”. Patients were encouraged to talk about positive, as well as negative, experiences. Examples of the themes that emerged are: the learning and mastery achieved due to participation in CMT, the cognitive treatment plan, everyday life at the hospital with other patients, attitudes from the staff, physical activity, the impact of social support, and other contextual factors.

## *Analyses*

The analytic process recommended by Malterud (2001) was utilized. The analysis began with the following: 1) reading all interview transcripts to achieve a comprehensive understanding, and a search for meaning units of different learning experiences from the hospital stay. Relevant themes were condensed by using the respondents own words; 2) Meaning units (headings and quotes) were identified and grouped in themes. The content of individual meaning units were then abstracted, but remained based on the patients' own expressions. A systematic decontextualisation was carried out by cutting and pasting text segments and quotations under the various themes. These two analytical steps were performed by the first author, validated by an external consultant and then validated by the other authors; 3) the material was sorted into main themes and sub-themes. At this stage the text was interpreted according to our theoretical perspective. 4) Finally, the refined categories were synthesised and the essential contents of the phenomena were formulated (re-contextualisation). These four analytic steps comprise the main structure of the method known as systematic text condensation (Malterud, 2001). The process made it possible to identify five major themes. A table was worked out with themes, contents and examples of quotations. Validation of the findings was done by systematically comparing contents and categories to the original material throughout the entire analytic process (Graneheim & Lundman 2004). As all interpretation of data was done within a scientific perspective to find the essence of meaning and not the singular person's meaning, respondent validation was irrelevant (Giorgi 2000).

## *Ethics*

Patients received written and verbal information about the study. It was clearly stated that participation was voluntary, that they could withdraw at any time, and that this would have no negative consequences for their current or later relationship to the unit. Assurances were also made that all information given was confidential, and that anonymity would be preserved when the results were published. Written consent was obtained at inclusion. The project was approved by the Norwegian Data Inspectorate and the Norwegian Regional Committees for Medical Research Ethics (ref: 2009/1006).

## Findings

The patients had previous experiences from other institutions. They were vulnerable and, in general, were not hopeful of gaining a place to live, work and or a social network. Help with basic needs was essential to be able to establish stability in daily living. Five major themes emerged from the data. The table illustrates the scope, variation and decision trail of themes and content (sub-themes). Patients' voices emerge through the quotes in order to support the themes and content, and are followed by comments and interpretive discussion.

Insert table about here

### *Learning climate*

Themes related to learning climate were safety and warmth, respect and equality, cooperation and participation, engagement and care, and a proactive staff.

The institution was described as markedly different from other institutions to which the patients had previously been admitted. Within the unit they received simultaneous treatment for their mental disorders and their addiction. They considered the staff to be competent and providing safety, warmth and a good atmosphere. There were considered to be good collegial relations between the staff, who were not considered to be talking behind the patients' backs.

Something is different here from other places. There is something about the atmosphere; it seems very well worked through. They know what they are doing.....we are more equal..... We discuss and talk and share experiences. They are curious. There is no such attitude like 'we are the best'. It is very nice that they are competent both in psychiatry and addiction treatment. The staff are very qualified for their job. (Female patient, 48 years old).

The meeting of equals, cooperation with the staff and being offered to be active participants in their own therapy were aspects highlighted by patients. This seemed to facilitate development of skills and the acquisition of knowledge, trust and hope. The engagement of the staff gave them necessary motivation as one patient said:

They respected me. They cared for me, more than normal I would say. That people care for me means very much to me. I become important in this life. This gives me hope. (Male patient, 55 years old).

Engaged therapists, who stimulate and have good attitudes, promote hope and self -efficacy among patients (Bandura 1997). The respect and engagement of the staff was reflected in their flexibility; that they did not rigorously follow the rules and did "the little extra things".

The professional and humane approach of the staff was especially important when patients experienced relapse into drug abuse during the stay, which occurred with several patients. The experiences of not being discharged or punished after a relapse were described as turning points in therapy:

A turning point for me was when I left the ward to abuse substances, and how warmly I was met by the staff afterwards. Then I dared to let myself loose. (Female patient, 43 years old).

These experiences may contribute to experiences of being seen, understood and respected. To be met in this way is important in helping patients experience that they are respected and have value as human beings. When patients experience the milieu as stimulating and accepting, the learning climate is experienced as meaningful, and this contributes to patients' motivation and experiences of learning and mastery.

### *Relation and mastery*

Themes related to relation and mastery were building of relations, structured activities, acquiring tools, and understanding the method.

Patients particularly emphasized the special experience of being met as individuals.

There [other institutions] all patients have to go into the same program. I didn't like that .... I think it is demotivating and hopeless that all patients have to go the same route. (Female patient, 52 years old).

The individualized treatment program was conducted by one primary contact in the unit and a therapist. This facilitated safety, trust and continuity. The patients emphasized the importance of good, trusting relations with a professionally competent staff, but the answers were nuanced; "There are always black sheep in the family", and some staff could be "unprofessional". The good relations during CMT were based on the experiences of being met individually, flexible, seriously and on equal terms:

Therapy sessions here are more open. They let me say what's on my mind. When I start talking, they try to motivate me.... I feel that I am in charge of the talk. For me this is central and important. (Male patient, 53 years old).

Co-operation on equal terms, built on the principles of Socratic dialogue, strengthens the patients' confidence in their own abilities to solve their problems and facilitates reflection.

Patients experienced that working towards defined aims through an individual cognitive plan and a daily schedule contributed to structure and predictability. The presence of staff, and the adapted activities, provided the patients with experiences of personal competence and a sense of coherence.

I feel that they (the staff) emphasize the right things: to start being active and practicing cognitive therapy, to work with myself and make an individual plan, to identify goals and to do things together with others in society. (Female patient, 32 years old).

Dewey (1938) views learning as an active process which implies actions. Through participating in various planned activities patients get useful experiences in a long term learning process, including personal development and lifestyle changes.

The patients had participated in CBT principles during their stay, but the experiences of this varied. Sometimes the CBT principles were too theoretical and difficult to understand. But the therapy was also seen as functioning as a tool they could use in concrete situations, and this gave them hope and motivation. This is illustrated in the following statement:

I remember that I have used an ABC-scheme. I dictated supportive thoughts on a Dictaphone, so I constantly remind myself that if I am able to stay sober, I have positive things in my life. This improves my motivation. (Male patient, 42 years old).

Active action and reflection is central in processes of learning and change. A central element in CMT is reflection on different situations. Identifying thoughts that influenced feelings and behavior in specific situations, and then looking for alternatives, could be experienced as difficult and demanding. In spite of this, the sessions were often experienced as useful. Patients experienced a sense of being in charge during the therapy sessions. The staff focused more on the future than the past, and more on the positive than the negative. Focusing on positive aspects mediated hope and experiences of mastery. When patients were helped to see that there were alternative ways to interpret their experiences, and alternative forms of action, this stimulated development of self- efficacy and trust that they have alternatives of action (Bandura 1997).



### *Tensions in the learning climate*

Themes relating to tensions within the learning climate included the balance between boredom and activity, between freedom and control, motivation and demotivation, and ambivalence.

A stay at the institution had both potential and limitations.

The week-ends are boring. Very little happens...the staffs try a little harder to make us do things together. Sometimes it is very boring here and the patients start complaining. (Female patient, 29 years old).

Time can have different meanings in various contexts (Van Manen 1997). Especially during the periods when few of the staff were at work, the experiences of stagnation and restlessness increased. This was most difficult for patients who had little initiative and those with serious drug problems. Inactivity and lack of initiative can lead to several dysfunctional actions, like rumination and complaining about the staff, and this may increase the risk of relapse. An active motivational climate, provided by the presence and initiative of the staff, helped to improve the motivation.

The experience of limitation in freedom was both positive and negative. Some patients felt that the staff limited their space of action too much. This was especially commented on among those involuntarily admitted. This reduced their experience of freedom and control. As one patient stated: "This is like being in prison". They have total control. It is scary. The control was also experienced as something good, as it reduced the freedom to give in to the craving for drugs. This ambivalence concerning control was especially strong when the staff let patients come back to the ward after relapses.

### *Collaborative learning*

The themes identified relating to collaborative learning were co-learning, education, and family/network.

The patients emphasized the importance of taking part in the addiction group, the content of which was education and social interaction with other patients:

We can always learn something from other people who have experienced the same things. We can learn from each other. If not for that, I would not have been able to go there. If the only content was education with power-point slides, I would not have attended. (Female patient, 39 years old).

The company of, and conversations with other patients and staff provided opportunities to take part in how other people experienced the world around them. In this way the single person benefits from the interactions with others, and later uses this in their own activities and thinking (Vygotsky 1986). The staff had an important role in structuring the groups in order that they were solution focused:

In the addiction group we tell each other about previous experiences and even our life stories. We emphasize to solve problems each one of us have here and now. Yes, we are looking forward. We talk more about things as we want them to be. This is very good. (Male patient, 52 years old).

This contributed to shaping a learning fellowship; patients met in groups, themes were set on the agenda, and patients had the opportunity to discuss their personal experiences with staff and fellow patients. The community contributed to patients recognizing things within themselves, and they experienced that they were not alone with their addiction. In this way patients may be good role models for each other and contribute to a mutual increase in self-efficacy (Bandura 1997). Sometimes, however, model learning could be destructive. As one patient said: "Listening to all this talking about substances and abuse not concerning me makes it difficult to stay here". In spite of some negative experiences, the fellowship seems to contribute to meaningful learning amongst patients by relating experiences of fellow patients to their own life world, which may lead to new understanding and an altered view of themselves.

Through years of addiction and mental problems the patients had experienced broken family relations. Patients were encouraged to re-establish contact with their family, but the majority did not want to involve their family in the treatment.

*Physical activity as personal learning*

Themes related to physical activity as personal learning were compensation, new habits, freedom, meaning and mastery, personal motivation, and meaningful social community.

Physical activity was described as very valuable. Use of drugs and physical inactivity had been detrimental to patients' physical health. Both nutrition and physical activity were important in their treatment process. They experienced that the staff were seriously concerned about the physical activity and the body as one patient remarked:

For me, it is very important that they treat the mental and physical simultaneously. This has given me strength, physically as well as mentally, and contributed to my fast recovery. (Male patient, 49 years old).

Van Manen (1998) ascribes significance to the living body by understanding body and soul as an integrated whole. When patients learn through their own bodily activities, the body is no longer perceived, but becomes a carrier of meaningful activity in the person's own life-world. The physical activity provided to patients was associated with a distraction of thoughts.

Physical activity means a lot. It helps me keep going. When I exercise I abuse less. I experience getting in better shape, which is very useful. I will keep on with this and have applied to an organisation that encourages patients to have daily activities. (Male patient, 43 years old).

The activities provided experiences of freedom and movement, less passivity, feeling less institutionalized, fellowship with others and a possibility of changing habits in a positive sense. The activities were adapted to the needs and potentials of the patients and were taken seriously by the whole staff. An important element was the ability of the staff to push the patients, in a meaningful way, to participate in the activities.

People like us need to be pushed to participate in physical activity. They try to motivate us and they do this in a nice way. This makes us feel that we want to exercise; it is not just something we have to do. This requires a competent and enthusiastic staff. (Female patient, 29 years old).

The fact that the physical activities were individually tailored, and that the staff to some extent pushed the patients to perform activities, were important for motivation. The physical activities were also important, as they contributed to experiences of mastery and improved relationships between patients.

We often walk around in the forest and enjoy the nature. We also go to museums and do other cultural activities. We never use drugs together. We have improved our habits, and that is important in itself. (Male patient, 34 years old).

Regular physical activity makes it easier to return to the society. The body stands in a living interaction and dialogue with its surroundings. Life experiences set their marks in the body (Van Manen 1998). Stimulating the senses and capabilities creates the basis for a healthier self-perception and an active preparedness in relation to the world around us. The patients' comments indicate that physical activity was important for learning and mastery in their treatment process.

### **General discussion and conclusion**

This comprehension of learning and mastery during CMT and physical activity reported in this paper has taken place in one local context. The findings from this study point out that a safety and warmth learning climate in the unit was important to contribute patients' motivation for learning. The interdisciplinary tasks is to arrange the conditions so that learning can take place – with a focus on co-operation on equal terms between patients and staff, and a professional methodological approach through CMT.

Patient-centered therapeutic relations with adapted motivation seem to be central ingredients in the good learning climates. A learning climate engenders feelings of recognition, co-operation and personal value in patients (Borge & Hummelvoll, 2008; Stickley & Freshwater, 2009). It appears to be important for the development of therapeutic qualities like confirming, supportive and empathetic attitudes. This seems to enable individual learning processes and acquisition of practical skills, and this in turn may stimulate change processes among patients (Bandura 1997, Kolb 1984).

The cognitive therapy model in itself may have contributed to providing the staff with respectful and positive attitudes towards the patients, by making them responsible through collaborative empiricism, Socratic dialogues and collaboration on equal terms (Beck 1995). Rogers (1961) states that acceptance is based on the right of every individual to utilize their experiences in their own way and discover their personal meaning. The experience of being accepted by the staff as valuable persons may makes it easier for patients to accept

themselves, and this enhances their self-efficacy (Bandura 1997). Through these approaches, patients' experiences are normalized rather than labeled as pathological. Patients desire a social life, involvement in meaningful activities, and relations with others (Horsfall *et al.* 2009, Mueser *et al.* 2005). They want the opportunities to be involved in their treatment and want to be recognized as individuals and treated with respect (Zolnieriek 2011). These aspects are in line with other studies of the treatment milieu and learning climate in institutions, showing that the relationship between patients, and between patients and staff, are essential to promote learning, development, growth and maturation (Borge & Hummelvoll 2008, Johansson & Eklund 2003, Letendre 1997, Messari & Hallam 2003, Røssberg & Friis 2004).

As we experienced in the present study, the cognitive model can be difficult to understand. There can be several explanations for this. Both a diagnosis within the psychosis spectrum and recent substance abuse may influence learning capacity (Drake *et al.* 2004). It is important that the staff tries to evaluate the individual capacity of learning of each individual patient. Those patients who understood the basic principles in the cognitive model (CBT) and were able to use this in concrete situations experienced CMT as both useful and meaningful. When experiences are acknowledged and reflected upon, new insight may appear, and the acquired learning can be used in new situations (Beck 1995, Kolb 1984). This is in line with other studies, where CBT is presented as an educational process (Messari & Hallam, 2003). Reflection may imply being able to describe with words something that previously had been indescribable. In the learning process, one moves between the roles of participant and observer, between analytical distance and concrete participation (Kolb 1984). In this way, by using the principles behind CMT, the patients can make sense of their mental health and substance abuse problems and learn new coping strategies (Dickerson 2000, Holm & Oestrich, 2006). Learning is a personal phenomenon based on experience. This way of learning has personal value and is associated with increased knowledge about oneself (Rose *et al.* 2005). The experience-based learning model of Kolb (2000) may be useful in helping to understand which factors contribute to understanding, generation of knowledge and new alternative actions. When learning takes place in an interplay, and contact, with the surroundings, motivation may be enhanced (Bandura 1997, Vygotsky 1978). A stay in an institution provides patients with a possibility to work on their own processes in cooperation with other patients and staff (Borge & Hummelvoll 2008). In this way other persons can contribute to patients' processes of change, based on their experiential knowledge (Bandura 1997, Kolb 1984).

Physical activity seems to be a valuable source for personal learning and important in the treatment process. The patients experienced that physical activity contributed to feelings of well-being and joy, and distracted them from negative thoughts. It motivated them to establish new habits, and provided opportunities for experiences of mastery together with other patients. It also structured their day, stimulated hope and engagement, and enhanced social interaction and community building. Careless and Douglas (2012) report similar findings. The sports educator has a key role. When he or she is actively participating in daily life at the ward, physical activity can be a natural element in the daily life of the patients, and can supplement CMT in a meaningful way. The authors point out the importance of a positive social-cultural environment in motivating patients to participate in physical activity. They argue that the role of the health sports educator is as significant in terms of therapeutic outcomes as the role of the therapist in CMT. The findings in our study fit well with this.

A common reason for using substances is to regulate negative emotions, and physical activity may be used as an alternative method for obtaining this (Mamen *et al.* 2011). Bandura (1997) states that personal experiences are the most important sources of coping expectations. Personal coping is part of the self-system, and has consequences for the direction of attention and how impressions are interpreted. In this way, cognitive and action-oriented skills are developed, made conscious and utilized in different life situations. Physical activity is concrete and provides practical personal knowledge (Borge & Hummelvoll, 2008), increased self-esteem (Faulkner 2005), and may be used as an alternative behavior to regulate negative emotions and master stress reactions (Callaghan 2004). Patients get in better physical shape, and experience rewarding experiences together with others. By understanding physical activity as a behavioral intervention, it is easy to integrate it in a CMT model. Thoroughly planned physical activity, involving a positive relationship with the sports educator, contributes to new knowledge about the relations between thoughts, feelings and behavior (Martinsen 2008).

### **Limitations**

As with other qualitative research, the findings from this study cannot be generalized in a traditional sense. The sample size is small, and the results must be interpreted according to this, as they only can be said to be representative of the persons who participated. In any semi-structured interview, the interaction between interviewer and interviewee influences outcome. Thus, it is possible that patients have narrated things in a way that idealizes the

institutions and pleases the interviewer. To reduce this bias, a continuous, conscientious, open and listening attitude was utilized. Critical reflection throughout the entire research process, especially in the systematic analysis of the interviews, facilitated a necessary distance from what the patients communicated (Graneheim & Lundman 2004, Hummelvoll & Barbosa da Silva 1998).

### **Implications for clinical practice and future research**

CMT holds a humanistic approach, where the attitude is that all individuals have an absolute value in itself. When exposed patients experience to be appreciated and accepted, they can use their experience in their own meaningful way. This may increase their coping in the learning process. The cognitive model has relevant concepts which can illuminate how learning and learning processes take place in a therapeutic milieu where patients participate actively. It is crucial that patients, together with fellow patients and staff, develop their own concepts which help them to get a grip on their situation. This knowledge might help patients acquire meaningful concepts for what is difficult and troublesome – which in turn increases the possibility of having control. The alternation between individual activities and participation in a social community, with an emphasis on co-operation on equal terms between patients and staff, provided a good learning climate, which is useful for the learning process. CMT including physical activity seemed to be a useful combination for patients with dual diagnosis. Physical activity is concrete and provides practical knowledge, and may motivate patients to establish new habits, and provided opportunities for experiences of mastery together with other patients. Pedagogical models, as experience based learning, may be useful in helping to understand which factors contribute to understanding, generation of knowledge and new alternative actions. This can contribute to learning by facilitating conscious reflection on events. This requires that professionals try to offer individually adapted therapy within a common theoretical frame of reference. Further research should explore how the staff can optimize CMT in combination with physical activity for patients with dual diagnosis. The role of the health sport instructor, taking an active part in the daily life on the ward, should be further explored. To what degree patients are able to use their new knowledge after discharge is not addressed in the present paper but should be addressed in future studies.

## Acknowledgments

We would like to thank external consultant Professor Jan Kåre Hummelvoll for his valuable contributions to the analytic process and Professor Olav Helge Angel, who took part in the development of the interview guide and conducted some of the interviews. We would like to thank the Regional Competence Center for Dual Diagnosis and the Norwegian Directorate of Health for financial support.

## Declaration of conflicting interests.

The authors declare no conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article.



## References

Bandura A. (1997) *Self-efficacy: the exercise of control*. W. H. Freeman and Company, New York.

Beck J.S. (1995) *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, Guilford Press.

Beebe L.H., Tian L., Morris N., Goodwin A., Allen S.S. & Kuldau J. (2005) Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* **26**, 661-76.

Borge L. & Hummelvoll J.K. (2008) Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **15**, 365 - 373.

Callaghan P. (2004) Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **11**, 476 – 483.

Carless D. & Douglas K. (2012) The ethos of physical activity delivery in mental health: A narrative study of service user experiences. *Issues in Mental Health Nursing* **36**, 165 – 171.

Cleary M. & Edwards C. (1999) 'Something always comes up': Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **6**, 469 – 477.

Coombes L. & Wratten A. (2007) The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **14**, 382 – 392.

Dewey J. (1938) *Experience and education*. New York, Macmillan.

Dickerson F.B. (2000) Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: A review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research* **43**, 71 – 90.

Drake R.E., Mueser K.T., Brunette M.F. & McHugo G.J. (2004) A review of treatments for people with severe mental illness and co – occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal Spring* **27**, 360 -7.

Drake R.E. (2007) Psychosocial intervention research on co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis* **3**, 85 – 93.

Faulkner G. & Biddle S. (2002) Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **9**, 659 – 665.

Giorgi A. (2000) The status of Husserlian phenomenology in caring research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **14**, 3 - 10.

Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **2**, 105–112.

Hansson L., Björkman T. & Berglund I. (1993) What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance Health Care* **5**, 41 – 47.

Holm L. & Oestrich I.H. (eds.). (2006) *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø I likeværdigt samarbejde*. København: Psykologisk Forlag, 2. utg.

Horsfall J., Cleary M., Hunt G.E. & Walter G. (2009) Psychosocial treatments for people with co – occurring severe mental illness and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry* **17**, 24 – 34.

Hummelvoll J.K. & Barbosa da Silva A. (1998) The use of the qualitative research interview to uncover the essence of community psychiatric nursing. Methodological reflections. *Journal of Holistic Nursing* **16**, 453–478.

Johansson H. & Eklund M. (2003) Patient's opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Science* **7**, 339 – 346.

Kavanagh D. J. & Mueser K. T. (2007) Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* **44**, 618–637.

Kolb D.A. (1984) *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J, Prentice Hall.

Larsen G.J.S. & Berge T. (2011) In – Patients' treatment for dual diagnoses. *Tidsskrift Norsk Legeforening* **131**, 666-7 doi: 10.4045/tidsskr.10.1062.

Letendre R. (1997) The everyday experience of psychiatric hospitalization: The users' viewpoint. *International Journal of Social Psychiatry* **4**, 285 – 297.

- Lykke J., Oestrich I. & Austin S.F. (2010) The implementation and evaluation of cognitive milieu therapy for dual disorders inpatients: A pragmatic clinical trial. *Journal of Dual Diagnosis* **6**, 58 -72.
- Mamen A., Pallesen S. & Martinsen E.W. (2011) Changes in mental distress following individualised physical training in patients with chemical dependence. *European Journal of Sport Science* **11**, 269-276.
- Malterud K. (2001) Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet* **358**, 483 – 488.
- Martinsen E.W. (2008) Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry* **62** suppl., 47, 25-29.
- Messari S. & Hallam R. (2003) CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology* **42**, 171 -188.
- Mueser K.T., Drake R.E., Sigmon S.C & Brunette, M.F. (2005) Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co – occurring substance use disorders: A review of specific interventions. *Journal of Dual Diagnosis* **1**, 57 – 82.
- Perris, C. (1988) Cognitive psychotherapy and milieu therapeutic processes in psychiatric inpatient units. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* **2**, 35 – 50.
- Rogers C. (1961) *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rose T., Loewenthal D. & Greenwood, D. (2005) Counselling and psychotherapy as a form of learning: some implications for practice. *British Journal of Guidance & Counselling* **33**, 442 – 456.
- Røssberg J.I. & Friis S. (2004) Patients' and Staffs' Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. *Psychiatric Services* **7**, 798 – 803.
- Scott D. & Hapell B. (2011) The high prevalence of poor psychical health and unhealthy lifestyle behaviors in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* **32**, 589 – 597.
- Stickley T. & Freshwater D. (2009) The concept of space in the context of the therapeutic relationship. *Mental Health Practice* **12**, 28 -30.
- Vygotsky L.S. (1978) *Mind in society*. Cambridge, MA, MIT Press.

Vygotsky L.S. (1986) *Thought and language*. Cambridge, MA, MIT Press.

Van Manen M. (1997) *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy (2nd ed.)*. London, Ontario, Althouse Press.

Van Manen M. (1998) Modalities of body experience in illness and health. *Qualitative Health Research* **1**, 7 – 24.

Wright J.H., Thase M.E., Ludgate J.W. & Beck A.T. (1993) The cognitive milieu therapy with inpatients: Structure and Process. In: *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. (eds Wright J.H., Thase M.E., Beck A.T. & Ludgate J.W.), pp. 61- 87. New York, NY, US, Guilford Press.

Zolnierek C.D. (2011) Exploring lived experiences of persons with severe mental illness: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing* **32**, 46 -72.

Table: Themes enhancing patients' learning and mastery during cognitive milieu therapy and physical activity

Theme	Content	Examples of quotation
Learning climate	Safety and warmth Respect and equality Cooperation and participation Engagement and care	-It was a very warm and safe environment -They treat me as a human being, with respect. -Yes, the staff make you feel as an active participant. -Here I felt that people actually care, they aren't just doing their job to get paid. They are engaged and do care.
	Proactive staff	-They push us and motivate us. It is important that they do this, if they didn't one would never start to trust oneself.
Relation and mastery	Building of relations	-The staff focuses on the positive and not the negative. That gives me hope and a feeling of competence.
	Structured activities	-Every hour there is some planned activity. I need it. It structures my day in a good way.
	To get tools To understand the method	-Theory functions as a tool. -The cognitive model made me tired. I am a practical person. I found the thinking difficult. It is hard to understand it in practice.
Tensions in the learning-climate	Balance between boredom and activity	-Sometimes it is boring. We play yahtzee a lot.
	Balance between freedom and control	-I miss jogging on my own. I feel quite locked up.
	Motivation and demotivation	-Our motivation could disappear if we are left alone too much.
	Ambivalence	-It is difficult and demotivating when other patients have relapsed and used substances .... I also struggle with the same problems.
Collaborative learning	Co- learning	-We patients learn from one another. That is also a form of therapy.
	Education Family/network	-I took part in the education and I enjoyed it. -My parents are invited, but I don't want them to be involved too much.
Physical activity as personal learning.	Substitute	-Activities clearly contribute to distraction of thoughts.
	New habits	- When you sit and stare at the wall, of course cravings arise [...]. So then to plan the day, find something to do, find activities.
	Freedom	-I can leave the ward for one hour, and then I can jog.
	Meaning and mastery Personal motivation	-It helps me to keep going. -That it is exercise, that you have to force yourself, it is voluntary here [...].
	Meaningful social community	-We do not use substances together, but we do activities together.





