

Forord

Jeg vil først og fremst takke min veileder Elise Seip Tønnessen som har vært en inspirerende og konstruktiv kilde til refleksjoner og praktiske grep, gjennom hele prosessen. Det har vært en prosess som på grunn av min rolle som nær pårørende til noen som har vært psykiatrisk pasient hele sitt voksne liv, samtidig som at jeg har pløyd ny mark både faglig og personlig.

Jeg valgte å anonymisere respondentene og helseforetakets identitet, men jeg vil likevel takke for tilrettelegging og samarbeid fra avdelingsledere og enhetsledere, samt aktiv deltakelse av behandlere og miljøpersonale som var villige til å delta på undersøkelsen. Deres erfaringer og refleksjoner ga meg innsikt i det kommunikative fenomenet, og ny respekt for de ansatte som både må være profesjonelle utøvere og takle mellommenneskelige utfordringer, for å hjelpe en av de mest sårbare gruppene i samfunnet dag etter dag. Det gjelder også de som deltok i piloten, som dessuten bidro med innsikt og praktiske råd!

Jeg vil også takke min mann og mine barn for et til tider hektisk liv der husarbeidet stod som siste prioritet. I løpet av denne undersøkelsen har jeg lært at de fysiske omgivelsene kan ha mye å si, og at det kan kontekstualisere min rolle som husmor og mor på en veldig negativ måte som påvirker mitt eget selvbilde også. Derfor har huset i den siste perioden fått en høyere prioritet, til min families store glede. Dermed fungerer ikke uorden som psykisk støy i forhold til den avsluttende delen av skrive- og ryddeprosessen.

Sist, men ikke minst vil jeg sende noen varme tanker til alle de som sliter med psykiske problemer og spesielt de som ikke klarer å ta vare på seg selv på en forsvarlig måte. De fleste mennesker tar sin autonomi for gitt og lever livet sitt med største selvfølgelighet, uten å fatte rekkevidden av å ikke kunne smøre seg en skive brød når vil. Det har tidligere vært vanskelig å ha psykiske lidelser uten å bli stigmatisert i samfunnet, men ny innsikt har ført til integrering og et mer mellommenneskelig fokus som gir håp om en bedre fremtid!

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	4
1.1.1	<i>Sentrale problemstillinger</i>	5
2	TEORI	8
2.1	KOMMUNIKASJON	8
2.1.1	<i>Strategisk eller målrettet kommunikasjon</i>	9
2.1.2	<i>Kommunikativ kompetanse.....</i>	9
2.1.3	<i>Meningsskaping</i>	10
2.1.4	<i>Stil, holdninger og mentale skjema</i>	10
2.1.5	<i>Relasjonsbygging.....</i>	11
2.1.6	<i>Gyldighet</i>	12
2.1.7	<i>Kommunikasjonsmodeller</i>	13
2.1.8	<i>Psykologisk støy.....</i>	14
2.1.9	<i>Samtaleanalyse</i>	18
2.2	DEN RETORISKE SITUASJONEN.....	19
2.2.1	<i>Et påtrengende problem.....</i>	20
2.2.2	<i>Psykiatriens samfunnsmandat</i>	22
2.2.3	<i>Roller</i>	23
2.2.4	<i>Strategiske mål.....</i>	25
2.2.5	<i>Relasjoner.....</i>	25
2.2.6	<i>Kairos, Aptum og Etos</i>	26
2.3	KONTEKST	27
2.3.1	<i>Kontekstualisering</i>	27
2.3.2	<i>Rutiner og rom</i>	28
2.3.3	<i>Place (Sted).....</i>	29
2.3.4	<i>Space (Rom).....</i>	29
2.3.5	<i>Terapeutisk landskap</i>	30
3	METODE	32
3.1.1	<i>Valg av metode</i>	32
3.1.2	<i>Utvikling av intervjuguide Vedlegg 1.....</i>	33
3.1.3	<i>Utvalg av respondenter.....</i>	34
3.1.4	<i>Informasjonsbrev: Vedlegg 2.....</i>	36
3.1.5	<i>Gjennomføring av intervjuene.....</i>	36
3.1.6	<i>Kjennetegn, styrker og svakheter ved kvalitativ metode</i>	38
3.1.7	<i>Etiske hensyn og betraktninger.....</i>	40

3.1.8	<i>Metodiske utfordringer</i>	41
3.2	OPPSUMMERING OG AVSLUTNING.....	41
4	ANALYSE	42
4.1	INNLEDNING	42
4.2	DEN RETORISKE SITUASJONEN.....	43
4.2.1	<i>Det påtrengende problem</i>	43
4.2.2	<i>Rutiner</i>	45
4.2.3	<i>Rom og fysiske rammer</i>	51
4.2.4	<i>Relasjoner</i>	57
4.2.5	<i>Roller</i>	62
4.3	OPPSUMMERING	70
4.3.1	<i>Relasjoner og roller</i>	70
4.3.2	<i>Rom</i>	72
4.3.3	<i>Rutiner</i>	72
4.4	DRØFTING	73
5	KONKLUSJON	76
6	SUMMARY	83
7	VEDLEGG	84

Værelser med utsikt, eller rom for innsikt?

1 INNLEDNING

En analyse av behandlere og miljøterapeuters forutsetninger for kommunikasjon, i lys av ulike rammer for dialog i en akutt psykiatrisk mottaksenhet ved et middels stort helseforetak i Norge.

Jeg vil utrede og drøfte behandlere og miljøterapeuters forutsetninger for kommunikasjon med pasienter ved to akuttpsykiatriske mottaksenheter, sett fra behandlere og miljøterapeuters perspektiv. I den forbindelse vil jeg bruke kommunikasjonsteori og retorisk teori for å belyse relevante forhold som fysiske rammer, roller, relasjoner, og kommunikative ferdigheter.

Jeg har brukt kvalitativ metode fordi jeg ønsket å innhente bred og nyansert informasjon om et kommunikativt fenomen i en akutt enhet innen psykiatrien. I den forbindelse har jeg intervjuet et strategisk utvalg av de ansatte om deres tanker og opplevelser, for å få finne ut hvordan de oppfatter sine egne og pasienters forutsetninger for kommunikasjon. Målet med dette er å finne ut hvilke kommunikative elementer som kan forbedre forutsetningene for kommunikasjon, ved å analysere og drøfte de uttalelser og refleksjoner de ansatte får frem gjennom intervjuene.

Bakgrunn for oppgaven

I praksisperioden var jeg på Regionalt lærings- og mestringssenter i Kristiansand og fikk en del informasjon om hvordan de i langt større grad en tidligere valgte å fokusere på løsninger i stede for problemer når det gjaldt kroniske sykdommer eller lidelser. Jeg hadde opprinnelig ønsket å se på hvilken rolle ærlighet spilte, om noen, i intern og ekstern kommunikasjon. Det ble imidlertid en altfor vid problemstilling som var umulig å evaluere ettersom det ikke fantes noen konkrete retningslinjer for kommunikasjon på det tidspunktet. Ettersom jeg tilhørte det første kullet i Samfunnskommunikasjon var det en mulighet til å teste grensene for faget, og bruke det jeg har lært til noe som kunne være nyttig.

Som nær pårørende til en som har vært psykiatrisk pasient hele sitt voksne liv, har jeg fått god innsikt i ulike sider av hjelpesystemet og apparatet omkring pasienten. Den største utfordringen i denne undersøkelsen var å legge fordommer og opplevelser bak seg. Det var en styrke å ha opplevd noe av det de ansatte fortalte om og akseptert maktesløsheten overfor den psykiske lidelsen, og rammene i situasjonen. En behandler rådet oss til å vise kjærlighet ved å inkludere, bruke empati og anerkjennelse, i stede for å fokusere på lidelsen, symptomene, institusjonen og de fysiske rammene. Det bidro til å åpne for nye muligheter og andre måter å kommunisere på.

Jeg har Bachelor i kommunikasjon, med IKT og læring som fordyping. Samfunnsfag mediefag, juridiske og allmennfag ga innsikt i forvaltningsrett og borgernes rettigheter og plikter i staten. Studier i filosofihistorie, språkvitenskap og vitenskapsteori presenterte ulike perspektiver på eksistensielle og universelle problemstillinger, og synet på meg selv og verden. I den grad arv og miljø former de valg og vurderinger jeg gjør, kan det fungere som en ramme valg underveis, men målet er å være transparent i forhold til relevante premisser i prosessen.

1.1.1 Sentrale problemstillinger

Hvordan påvirker rutiner, rom, roller og ulike kommunikative og retoriske virkemidler forutsetningene for kommunikasjon fra behandlere og miljøpersonales ståsted, samt hvordan håndterer de kommunikative utfordringer eller hindringer?

Utdyping av hovedproblemstillingen

I den forbindelse er det også relevant å utrede hvordan forutsetningene for kommunikasjon påvirkes når den ene parten er psykisk syk eller psykotisk, og pasient på lukket akuttenehet.

Den kvalitative analysen tar utgangspunkt i en analyse av et strategisk utvalg behandlere og miljøterapeuter i en lukket psykiatrisk mottaksenhet. Fra kommunikasjonsteoretisk ståsted naturlig å bruke et pragmatisk perspektiv fordi fenomenet jeg vil utrede hører under kategorien mellommenneskelig kommunikasjon. Fenomenet jeg ønsker å undersøke dreier seg om et møte mellom mennesker i en kontekst som definerer en bestemt rollebesetning. I den forbindelse er det også relevant å se hvilke kommunikative signaler som kan fungere som meningsbærende tegn eller modalitet, eller som kontekstualisering i mottakssituasjonen. Målet med den empiriske undersøkelsen er å utrede de ansatte og pasientenes forutsetning for kommunikasjon og hva som kan påvirke deres holdninger og valg i mottakskonteksten.

Jeg ønsker å fokusere på de funksjonelle sidene ved mottakssituasjonen fra behandlers og miljøpersonalets perspektiv, for å undersøke om partenes forutsetninger for relasjonsbygging og dialog påvirkes av fysiske, strukturelle eller kommunikative faktorer. Relasjonen mellom behandler og miljøterapeut, og de ansatte og pasientene kan defineres i lys av rollene i en akutt psykiatrisk mottakskontekst, men det kan også tolkes som en forhandlingssituasjon der partene kontinuerlig definerer virkeligheten, samt egen og andres roller. Jeg har valgt å ha pragmatisk perspektiv på fenomenet, ut fra en generell oppfattelse av at de fleste som jeg intervjuet har et oppriktig ønske om å hjelpe pasientene. Jeg vil imidlertid drøfte relevante profesjonsetikk og maktrelasjoner i psykiatrien, ettersom det kan være en del av situasjonskonteksten som påvirker

forutsetningene for kommunikasjon.

Intervjuene ga informasjon som kan tolkes i lys av ulike perspektiver. I oppgaven har jeg fokus på det kommunikative ved fenomenet, men det kan også ses i lys av at det hører inn under psykiatriens fagområder og helseforetakets rammer for virksomheten. Jeg vil komme inn på aspekter ved forvaltningen av enheten som kan påvirke kommunikasjonen i en akutt psykiatrisk mottaksenhet. HMS, helseforetakets drift og mål for virksomheten, samt faglige perspektiver i psykiatri og helsefag påvirker behandlingen av pasientene, og at helseforetaket drives på en måte som i samsvar med lover og prinsipper innenfor statsvitenskap, juss, økonomi og ledelse.

I forbindelse med denne oppgaven bruker jeg hovedsakelig begreper fra kommunikasjonsteori og retorisk teori. I intervjuene kan det i forekomme uttrykk som tilhører andre fagområder, og en sjanger som blir brukt av behandlere eller miljøterapeuter innen psykiatriske enheter. De ansatte ble intervjuet i arbeidstiden på et kontor i nærheten av enheten. Direkte sitat fra respondentene kan ses i kontekst av det, samt at jeg tok utgangspunkt i semi-strukturert intervju, for å få tilgang til naturlige data, samt ha en grovinndeling av temaene.

Psykiatriske mottaksenheter

I begynnelsen brukte jeg begrepet behandler som samlebetegnelse på de ansatte i psykiatriske akuttenheter, men etter et avklaringsmøte med ledelsen på psykiatrisk avdeling, fikk jeg presisert bruken av begrep som behandler og miljøterapeut på psykiatrisk mottaksenheten. Da jeg innhentet og analyserte data fantes det fellestrekk og tendenser knyttet til de to rollene og den funksjonen de hadde på enheten. Av hensynet til anonymitet deler jeg inn svarene fra disse underkategoriene inn i en vilkårlig rekkefølge der miljøterapeuter er M1 til M6, mens B1 og B2 er behandlere.

B1 ga under intervjuet en uttømmende definisjon av behandlere ved mottaksenheten; leger i spesialisering (LIS), leger, psykologer, psykolog-spesialister, og psykiatere. Sykepleiere, vernepleiere og miljøterapeuter ble definert som miljøterapeuter eller -personale. Jeg vil bruke begrepet ansatte som felles betegnelse på behandlere og miljøpersonale, når det hensiktsmessig for å formidle et bestemt aspekt som er relatert til deres rolle, som ansatte i helseforetaket eller mottaksenheten i psykiatrien, i den aktuelle kommunikasjonssituasjonen.

De fleste av de ansatte som var villige til å delta i undersøkelsen nevnte et likeverdsprinsipp og empati som utgangspunkt for relasjonsbygging og dialog med pasienten. Dette prinsippet, samt rutiner og retningslinjer fra en tydelig og erfaren overlege i på toppen av hierarkiet, kan danne fundamentet for struktur og praksis på begge enhetene. I "Språklig samhandling" formulerer

Jan Svennevig et samarbeidsprinsipp basert på filosofen Paul Grices tanker. Prinsippet går ut på at deltakernes forventninger til målet med aktiviteten styrer hva som blir sagt, og måten det blir sagt på. I en lukket psykiatrisk mottaksenhet kan rollene og en asymmetrisk maktfordeling endre premissene for samarbeidet, basert på hvordan deltakerne tolker egen og andres roller. (Svennevig, 2009:69).

Kommunikasjonsteorien

Det symmetriske ideal kan spores tilbake til antikkens Hellas, der frie borgere i bystaten Aten deltok i et demokratisk prosjekt der målet var å komme til enighet ved ”å gjøre felles” et bilde av virkeligheten. Demokratiet i Aten var forbeholdt frie menn av en viss status eller formue. Det var med andre ord et direkte demokrati uten reell mulighet til å bli hørt på like betingelser, når stemmeberettigede møttes på torget for å beslutte saker av interesse for bystaten (polis).

I språkteori har forskere og språkvitere med et pragmatisk perspektiv de senere år kritisert idealet som en utopi basert på en normativ teori, på bakgrunn av empiriske undersøkelser og deskriptiv teori. Selv om det er et langt sprang fra den demokratiske staten som var forbeholdt borgerne kan man trekke paralleller til dagens samfunn der sosiale, nettbaserte medier legger til rette for en global landsby der alle med tilgang til digitale medier og nettverk kan uttrykke seg og ha en direkte innflytelse. Det symmetriske ideal kan på så vis få ny aktualitet som normativt utgangspunkt for kommunikasjon, deskriptiv teori baserer seg på empiriske undersøkelser.

I helseforetak og psykiatrisk avdeling har tilknytningen til legeprofesjonen og helseforetaket vært fremtredende. Man kan definere det som en patriarkalsk holdning til pasienten. Det vil si at symmetribegrepet kan tolkes i relasjon til en mottakskontekst som defineres som iboende asymmetrisk, ettersom de ansatte har blitt delegert makt og ansvar fra staten til å treffe vedtak som kan gripe inn i pasientens autonomi. Symmetri forutsetter et relativt balansert maktforhold mellom partene. Likeverd og gjensidig respekt kan bidra til å etablere en symmetrisk relasjon som øker kan danne grunnlag for kommunikasjon og redusere risikoen for kommunikative hindringer eller brudd.

I en mottakssituasjon er verbal, paraverbal og non-verbal kommunikasjon viktig for å etablere kontakt og danne et grunnlag for dialog. De ansatte kan deles i kategorier relatert til funksjonen de har ved enheten. Miljøterapeutene tar vare på og pleier pasientene, mens behandlerne stiller diagnoser og behandler pasientene. Felles for de ansatte er at det er deres jobb å hjelpe psykisk syke pasienter, mens det for pasienten dreier seg om private problemer eller en personlig krise. Nye pasienter som legger seg inn, eller tvangsinnlegges, kan ha liten innsikt i sine rettigheter,

eller urealistiske forventninger til oppholdet ved en lukket psykiatrisk akutenhet som påvirker forutsetningene for kommunikasjon etter samarbeidsprinsippet.

De som legges inn som pasienter på helseforetak i Norge kan forvente å bli tatt vare på og få hjelp til å bli frisk. Men pasienter på en akutt mottaksenhet må forholde seg til låste dører, struktur og rutiner. Pasientens forutsetninger for kommunikasjon kan også bli påvirket av den psykiske tilstanden, psykisk støy i mottakssituasjonen eller fordommer som kan hindre eller bryte kommunikasjonen. Dersom de ansatte definerer rollene i mottakskonteksten uten å gi rom for en reell mulighet til å forhandle seg frem til enighet, gir det sterke kommunikative signaler om en asymmetrisk relasjon. Det bidrar til å svekke pasientens posisjon og kan bidra til å redusere tillit og vilje til å kommunisere eller etablere relasjoner med de ansatte.

Enheter med låste dører eller nøkkelkort kommuniserer tap av autonomi og status til de fleste. De som er syke er overlatt til de ansattes faglige og personlige vurderinger, empati og evne til å kommunisere. Disse forutsetningene for kommunikasjon er også avhengig av om pasienten får tillit til eller identifiserer seg med den ansatte, og føler seg trygg og ivaretatt. Aktiviteter i andre lokaler, eller turer utenfor enheten kan være en innovativ bruk av retorisk kompetanse med hensyn til å gripe eller skape en anledning til dialog med pasienten som gir rom for innsikt. Rom kan på så vis defineres som de fysiske rammene i form av bygningens struktur og uttrykk, samtidig som det kan bety å skape rom for symmetrisk dialog fra et felles utgangspunkt.

2 TEORI

I kommunikasjonsteori tar jeg utgangspunkt i mellommenneskelig kommunikasjon, modeller og ulike elementer som er en del av vår kommunikative kompetanse i ulike sosiale kontekster, og relaterer dette til rollene i en dialogisk behandlingssituasjon. Jeg vil utrede hvilken rolle rutiner, rom og fysiske rammer, roller og kommunikative forutsetninger spiller i en kontekst som preges av asymmetrisk relasjon mellom ansatte som i motsetning til pasienten både har en faglig forankring og en legitim plikt til å ta ansvar for å behandle pasienten, mens pasienten kan være innlagt mot sin vilje og for syk til å forstå hva som skjer. Samtaleanalyse er en form for diskursanalyse med et etnometodologisk perspektiv som kan brukes for å beskrive og drøfte relevante kommunikative elementer, fra de ansattes perspektiv. I denne sammenhengen har jeg brukt det som hjelpemiddel til å se på de ansattes forutsetninger for kommunikasjon.

2.1 KOMMUNIKASJON

I dette kapittelet vil jeg presentere begreper, modeller og deler av teorier og perspektiv som kan

påvirke forutsetningene for kommunikasjon i en mottakskontekst. Jeg vil først trekke de store linjene fra en pragmatisk tilnærming til tegn og ytringer, fordi empiriske data fra behandlere og miljøterapeuters ståsted, er utgangspunktet i undersøkelsene av det kommunikative fenomenet. Deretter har jeg valgt noen hensyn som er relevante i forhold til våre sosiale og kommunikative ferdigheter. Til sist tar jeg for meg elementer fra tre kommunikasjonsmodeller som kan brukes for å undersøke hva som påvirker forutsetningene for kommunikasjon i mottaksenheten.

2.1.1 Strategisk eller målrettet kommunikasjon

Språkets mellommenneskelige funksjon er knyttet til språkhandlinger som kan defineres som pragmatiske ettersom innholdet er avhengig av konteksten og ”er ikke kodet direkte inn i betydningen av ord og setninger (Svennevig, 2009:66). Språkhandlingssekvenser er knyttet til ulike konvensjoner, for eksempel når vi hilser på andre mennesker. Kommunikative mål blir uttrykt gjennom språkhandlinger i et samarbeidsprosjekt der partene forhandler om felles mening på basis av felles forståelse og bakgrunnskunnskap. Strategiske mål er ofte skjult, og har til formål å påvirke mottaker ved hjelp av retoriske element som etos, patos og logos (Svennevig, 2009:81).

I følge Kjeldsen kan retorikk defineres som hesiktsbestemt og virkningsfull kommunikasjon, med opphav i antikkens lære om verbalspråket (Kjeldsen, 2004: 23). En samtale kan defineres som kommunikasjon mellom to eller flere deltakere som både er avsender og mottaker, som koder og dekker verbale og non-verbale tegn som bærer selvstendig mening og påvirker tolkingen av en ytring. Kvalbein kaller det som ikke blir uttrykt verbalt for paraspråk og omfatter ”volum, hastighet, flyt, stemmeleie, og ikke minst taushet.” (Kvalbein, 1999:59)

Språkhandlinger er dynamiske og endrer seg i forhold til den aktuelle situasjonen. En verbal ytring i form av ett ord, etterfulgt av en lang pause, kan være en sterk effekt i fremførelsen av et dikt, mens det kan føre til kommunikasjonsbrudd eller misforståelser i en dialog. Svennevig sier at måten avsender tilpasser budskapet til mottaker samtidig formidler hans tolkning av mottakeren. ”Den mellommenneskelige språkfunksjonen gjør teksten til en potensiell handling overfor en adressat.” I en mottakssituasjon kan vi sammenligne en ytring med en tekst som kan reflekterer og konstruerer et virkelighetsbilde av situasjonen eller verden som virker tiltalende eller støtende på den andre deltakeren (Svennevig, 2009:170).

2.1.2 Kommunikativ kompetanse

De fleste mennesker har visse medfødte kommunikative og sosiale forutsetninger som danner grunnlaget for evnen til å systematisere og bearbeide ny informasjon i mentale skjemaer, på et

bevisst og et ubevisst nivå. De kognitive prosessene stimuleres og videreutvikles gjennom sosialiseringprosesser og tilegnelse av ny kunnskap. Vi har en rekke mentale skjema for å bearbeide og organisere opplevelser og informasjon om verden. De inneholder kunnskap om hva slags kategori de plasseres under, og hvilke prosesser de henger sammen med (Svennevig, 2009:59).

Kommunikativ kompetanse kan deles inn i tre nivåer. Det semantiske nivået dreier seg om strukturen i språket, det sosiolingvistiske nivået tar for seg sosiale dimensjoner, og pragmatisk nivå omfatter det funksjonelle og det diskursive perspektivet. I diskursanalyse defineres kommunikativ kompetanse som evnen til å tolke en samtale mellom to parter i en diskursiv praksis, for eksempel i en psykiatrisk mottaksenhet, i relasjon til situasjonskonteksten og de sosiokulturelle konvensjonene omkring denne. Fra et pragmatisk perspektiv kan pasienten ha kunnskaper og skjema om hvordan man skal oppføre seg overfor en overlege på et sykehus, men være usikker på hvordan denne kunnskapen skal tilpasses en pasientrolle i forbindelse med akuttinnleggelse ved en psykiatrisk mottaksenhet (Svennevig, 2009:79).

2.1.3 Meningsskaping

Det finnes en rekke ulike tegnsystemer og nivåer som bevisst og ubevisst blir en del av den enkeltes deltakers kommunikative kompetanse. Kompetansen kan i denne sammenhengen ses i forhold til om strategiske og kommunikative mål blir oppnådd, og om deltakerne i dialogen kan forhandle seg frem til en felles virkelighetsforståelse de kan bruke som utgangspunkt for relasjonsbygging og kommunikasjon (Svennevig, 2009:79).

For at deltakerne skal klare å lykkes med strategiske eller kommunikative mål kreves det samhandling og tilpassing på flere plan. Først må adressaten formidle en kommunikativ intensjon som motiverer mottaker til å søke etter mening. I tillegg må formen på budskapet tilpasses mottakeren, blant annet i valg av stil, referanser, ord. Det siste planet dreier seg om innhold og språkhandlingsfunksjoner, hva som er gjensidig bakgrunnskunnskap, hva er implisitt og hva må sies eksplisitt for at den andre skal trekke slutninger som intendert.

2.1.4 Stil, holdninger og mentale skjema

Mennesket tilegner seg kunnskap om verden gjennom sanseopplevelser og abstrakt tenking. Informasjonen organiseres i kategorier, relasjon til underkategorier, assosiative relasjoner og prosesser, både bevisste og ubevisste. Mentale skjema inneholder ulike handlingssekvenser knyttet til ulike konvensjoner. Når vi hilser på noen utfører vi rituelle handlinger basert på mentale skjema. Mennesker som har en psykiatrisk lidelse eller sykdom, eller befinner seg i en

psykotisk tilstand har redusert kognitiv funksjon. Dette kan påvirke de mentale skjemaene og kognitive prosessene hos pasientene og dermed svekke deres evne til å kommunisere, ettersom de også fungerer som referanserammer for hendelser, ytringer og atferd. (Svennevig, 2009:59).

Stil kan deles inn i tre typer som formidler posisjoner, holdninger og verdier i en samtale, ifølge "Introducing social semiotics" av Theo Van Leeuwen. Stil er et kommunikativt element som kan skape nærhet eller avstand. Van Leeuwen definerer den første stilen som "a mark of identity" der avsenders identitet kommer til syne gjennom personens følelser og holdninger i forhold til det som sies, eller selve situasjonen. I en mottakskontekst har de ansatte sine private klær, i stede for legefrakk og uniformer for å redusere skillet mellom de ansatte og pasienten (Van Leeuwen, 2006:140).

Den andre typen stil sier noe om gruppetilhørighet og statusen vi har i de sosiale aktiviteter vi kan definere som "class, gender and age, social relations." (Van Leeuwen, 2006:143). Disse kategoriene er eksternt motivert og bestemt av sosiale faktorer utenfor vår kontroll. De reflekterer stil og reduserer individuell verdi og betydning, til fordel for gruppeverdier og interaksjon. Hierarkiet i mottaksenheten blir tydelig ved at pasientene kommer til behandlerens kontor, og at miljøterapeutenes ikke slipper pasientene inn på vaktrommet mens røykerommet er akseptert som pasientenes friområde. I mottaksenheten kan også raslingen av nøkler formidle de ansattes tilhørighet og status, mens det kan signaliserer frihetstap for pasienten (Van Leeuwen, 2006:144).

Livsstil er den tredje typen stil som Van Leeuwen refererer til. Måten vi lever på reflekterer vanligvis den individuelle og den sosiale dimensjonen som uttrykkes i form av konsumpsjon, klær, interiør og valg av transportmiddel. Selv om de ansatte har egne klær i mottaksenheten reflekterer rutiner og de fysiske rammene de ansattes tilhørighet til helseforetaket og enhetens funksjon. I mottakskonteksten relateres identitet og tilhørighet til rollene, mens det ellers er knyttet til utdanning, kjønn, alder, ansiennitet eller klasse, yrke, fritidsaktiviteter, interesser, politikk, religion osv. Rutinene i mottaksenheten kan stå i skarp kontrast til at vi har så stor grad av frihet i livet utenfor den lukkede enheten (Van Leeuwen, 2006:145).

2.1.5 Relasjonsbygging

Mennesker har ulike motiver for å kommunisere. De ønsker å utføre oppgaver, bygge relasjoner eller posisjonere seg. Noen mener effektiv formidling av et budskap er avhengig av innsikt i de sosiale reglene og kulturen man omgis av, eller krever felles bakgrunnskunnskap og relasjonsbygging. Psykolog Herbert H. Clark bruker både psykologi, helsefag og pragmatisk

perspektiv innen kommunikasjonsteori i sin teori om Common ground, oversatt til gjensidig eller felles bakgrunnskunnskap. I følge teorien må deltakerne etablere en gjensidig relasjon basert på samhandling for å kommunisere. I oppgaven forutsetter symmetrisk kommunikasjon at partene trer ut av rollene og interagerer på et mellommenneskelig nivå (Svennevig, 2009:61).

Svennevig deler bakgrunnskunnskapen opp i tidligere samhandling (*dagbokkunnskap*) som inneholder spesifikk og personlig informasjon, og felles kunnskap (*encyklopedisk*) som bidrar med innsikt i den sosiale og kulturelle konteksten (Svennevig, 2009:57). I en mottakskontekst kan de ansattes empati og evne til å reflektere over sin egen rolle og posisjon bidra til å legge til rette for mer symmetrisk dialog. I stortingsmeldingen "Om verdier i den norske helsetjenesta", går det frem at fagarbeideren skal bruke "fagleg grunnlagt empati" når han utøver helsearbeid (Sosial- og helsedepartementet 1999).

I doktoravhandlingen "Vi er da alle mennesker" fra 2010, definerer Per Tore Iversen empati "som en erkjennelses- og anerkjennelsesprosess" som gjør det mulig å se en situasjon fra den andres perspektiv. Med utgangspunkt i Holm (2005), mener Iversen at det kan forklares som evne til empatisk forståelse gjennom holdning og kommunikasjon, mens predikativ empati er evne til å forutse andres reaksjon, og situasjonell empati er evne til å oppfatte den andres følelser. Holm mener egenskapsempati er et personlighetstrekk og Iversen hevder empati er en kombinasjon av affektive og kognitive prosesser, (Iversen,2010:25/26). I denne analysen tolker jeg empati som en medfødt evne til å takle ulike aspekter, men at det også kan trenes opp.

2.1.6 Gyldighet

Filosofen Jürgen Habermas formulerte i følge Svennevig noen universale gyldighetskrav som må innfris for at en ytring skal være akseptabel for partene i en kommunikasjonssituasjon, der målet er at partene skal komme til enighet. Bakgrunnen for reglene er en teori som handler om kommunikasjonens betydning for demokratiske prosesser (Svennevig, 2009:69). De universelle reglene kan overføres til mottakskonteksten ved å endre målet om enighet gjennom saklig og likeverdig debatt til behandling gjennom samarbeid og relasjonsbygging.

Det første kravet dreier seg om at avsenderens intensjoner må ha subjektiv gyldighet. Ytringen må være "et oppriktig uttrykk for talerens tanker og følelser". I mottakssituasjonen er det viktig at de ansatte gir klare og entydige verbale og non-verbale signaler, samtidig som de er tilpasset den enkelte pasientens tilstand og sykdommens egenart. Det vil si at deltakere ikke har skjulte premisser eller strategiske mål som kan hindre effektiv kommunikasjon med den enkelte pasienten (Svennevig, 2009:68).

Det andre kravet dreier seg om objektiv gyldighet og stiller krav til ”en sann beskrivelse av virkeligheten”. Dette kravet dreier seg om hvordan deltakerne i en samtale forhandler seg frem til en felles forståelse gjennom et samarbeidsprosjekt. Prosjektet er en prosess som forutsetter to eller flere relativt likeverdige deltakere som bidrar til å oppnå et kommunikativt mål i form av informasjonsformidling, sosial interaksjon og relasjonsbygging, eller i forbindelse med å utføre oppgaver. De ansatte i psykiatriske enheter har erfaring og kunnskap om pasientenes opplevelse av verden, og kan formidle innsikt i deres virkelighetsoppfatning i den aktuelle situasjonen, ved å tilpasse formen på budskapet til pasienten (Svennevig, 2009:69).

Det siste kravet er et krav om legitimitet som refererer til hva som partene kan akseptere i forhold til den sosiale situasjonen. Kravet til sosiale gyldighet gjelder relasjonen mellom avsender og mottaker og deres rettigheter og plikter som følge av denne situasjonen. I en mottakssammenheng kan de ansatte og pasientene ha ulike perspektiv på hvordan de ulike rollene defineres. Dersom pasientenes forventninger ikke innfris kan det påvirke viljen til å kommunisere. Dersom ikke de tre universelle gyldighetskravene oppfylles kan det føre til at kommunikasjonen bryter sammen (Svennevig, 2009:68).

I en lukket psykiatrisk mottaksenhet kan pasientenes frykt for tvang motivere til å holde en lav profil i enheten, dersom de ser at de ikke har den samme oppfatningen av virkeligheten, eller er uenig i at de ansatte har sosial legitimitet til å fatte vedtak mot deres vilje. Formell legitimitet gir de ansatte rett til å gjøre det de anser som nødvendig for å behandle pasienten, men sosial legitimitet er noe man må gjøre seg fortjent til ved at begge partene samtykker. Motvilje eller frykt gir høyere risiko for at pasienten og de ansatte koder eller dekode verbale og paraverbale ytringer feil, og som igjen kan føre til nye misforståelser eller kommunikasjonsbrudd.

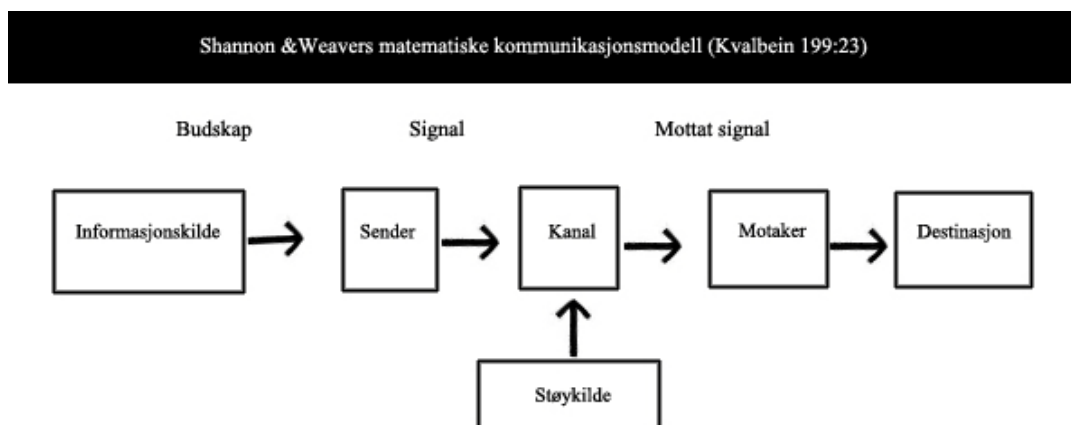
2.1.7 Kommunikasjonsmodeller

Det kan være nyttig å bruke modeller for å kartlegge hva som fungerer som selvstendige meningsbærende tegn og hva som kan kontekstualisere kommunikative signaler i en mottaksenhet. Ved å bruke kommunikasjonsmodeller kan man kartlegge og sammenligne deltakernes kommunikative kompetanse og stil for å analysere hva som fører til hindringer og brudd i en kommunikasjonssituasjon. Modeller kan på så vis belyse hva man kan gjøre for å utforme eller kode en melding slik at mottaker tolker budskapet som intendert. I denne undersøkelsen tar jeg for meg to lineære og en sirkulær kommunikasjonsmodell.

De lineære modellene definerer kommunikasjon som overføring av budskap mellom avsender og mottaker. I dag kan toveiskommunikasjon skje direkte, eller via tilgjengelig informasjons-

og kommunikasjonsteknologi. To eller flere deltakere kan prate sammen, eller sende og motta multimodale meldinger via mobilen og ulike nettmedier, der ulike typer støy kan forstyrre tolkningen av budskapet, jfr. Shannon og Weavers enkle lineære kommunikasjonsmodell, kalt "Mathematical theory of Communication" (Kvalbein 1999:23).

Fra et pragmatisk ståsted er det mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i mellommenneskelig kommunikasjon i form av samtale. Det kan da være nyttig å bruke en sirkulær feedbackmodell. Imidlertid forutsetter denne modellen en symmetrisk relasjon mellom deltakerne, og må i dette tilfellet tilpasses rollene i mottakskonteksten. I den lineære kommunikasjonsmodellen er støy begrepet relevant ettersom det kommunikative fenomenet skjer i en lukket og akutt psykiatrisk mottaksenhet der spesielt semantisk og psykologisk støy kan påvirke deltakerne. Det dreide seg opprinnelig om statisk støy på en telefonlinje i den originale modellen, men den ble utvidet til å omfatte ting som kunne forstyrre tolkningen av innholdet.



2.1.8 Psykologisk støy

I hovedteorien forutsetter den sirkulære kommunikasjonsmodellene symmetri mellom partene i en dialog, ettersom en asymmetrisk situasjonskontekst kan fungere som psykologisk støy som påvirker koding og dekoding av det verbale og non-verbale budskapet på en måte som hindrer kommunikasjonen. Psykiatriske pasienter er særskilt sårbare for nye inntrykk fordi det kan oppfattes som psykologisk støy og bidra til forverring av tilstanden de er i.

Den amerikanske professoren i psykologi, Robert B. Cialdini, tar i sin bok "Påvirkning. Teori og praksis" fra 2005 for seg fenomener relatert til kompleks sosial påvirkning. Cialdini går inn på hvordan samfunnet tjener på autoritetssystemer hvor borgerne er lydige og lojale de som har makt og posisjon til å påvirke våre liv (Cialdini, 2005:190). Autoriteter som leger og

psykologer kan ha stor negativ eller positiv innflytelse på våre liv, og i helsevesenet hadde ansatte utviklet en tradisjon for automatisk lydighet mot legens ordre som svekket deres evne til refleksjon (Cialdini, 2005:192).

De tre sosialpsykologene Ellen Langer, Blank og Charouitz gjorde i 1978 Etnometodologisk studier av dyrs atferd i deres naturlige omgivelser avslørte automatiske handlingsmønstre med paralleller til menneskers reaksjonsmønstre (Cialdini, 2005:36). Fenomenet "Klikk-snurr" kan forklares som automatiske handlingsmønstre hos dyr og mennesker som utløses av en lyd, en lukt eller et visuelt inntrykk. "Klikk" er utløserkjennetegnet som setter i gang en atferd som har tilsvarende form og rekkefølge hver gang. Dette er en snarvei til korrekt handling i følge konvensjoner og koder som vanligvis hjelper oss til å kunne forutsi konsekvenser (Cialdini, 2005:24).

Det er en balansegang mellom hva som er et resultat av psykisk lidelse og hva som kan påvirkes av kommunikasjon. Pasienter som er psykotiske har et redusert kognitivt nivå som påvirker persepsjonen og kan føre til at mottakssituasjonen kan tolkes som truende. "Fight-or-flight-or-freeze response" er en teori som i korte trekk handler om hvordan dyr og mennesker kan reagere på akutt stress eller traumer. Den primitive delen av hjernen, reptilhjernen, kan ta over og aktivere instinktive handlinger som respons på det personen kan oppfatte som en trussel. Stress kan paralisere pasienten, få han til å kjempe eller flykte. Noen pasienter flykter fra virkeligheten ved å gå inn i en psykotisk tilstand, mens andre kan oppfatte det som psykologisk støy i kommunikasjonssituasjon.

Stanley Milgram var en professor i sosial psykologi som i 1974 ledet flere eksperimenter med sjokkerende resultat. Det mest kjente var [Milgram's Obedience study](#). Deltakerne utførte handlinger som tilsynelatende påførte deltakere i en undersøkelse om hukommelse og smerte potensielt livstruende elektriske støt ved feil svar, til tross for at det var i strid med deres egne verdier. Milgram sa "at det har å gjøre med en dyptliggende pliktfølelse overfor autoriteter" og "den absolutte kraften autoritetspresset utøver, og hvordan den kontrollerer atferden vår." [Derren Brown](#) testet det på nytt i 2005 med tilsvarende effekt (Cialdini, 2005:185-189).

Profesjonsutøvere som leger og psykologer har tradisjonelt sett høyest status. Det var i følge forskningsresultater basert på empiriske undersøkelser tilstrekkelig at en person var iført en hvit frakk som likner en legefrakk, for å utløse en automatisert atferdssekvens på grunn av dens symbolske kraft. I psykiatriske enheter har de gått bort fra frakken, men selv om noen erstatter nøkkelknipper med nøkkelkort kan de ansattes holdninger gi klare signaler om status og

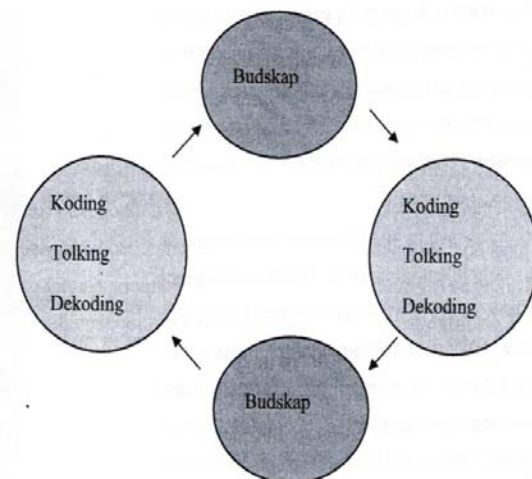
territorium. Dersom behandlerens autoritet utløser en automatisert respons hos pasienten kan det virke som en trussel på pasientens territorium (Svennevig, 2009:126), og eventuelt føre til at pasienten setter opp en mental mur som hindrer kommunikasjon (Cialdini, 2005:206).

Den enkle lineære modellen kan bidra til å illustrere de ansattes rolle i forhold til pasienten. Budskapet kommer hovedsakelig fra de ansatte til pasienten og er i den første fasen av oppholdet ved mottaksenheten motivert av at de prøver å hjelpe pasienten til å få et bedre funksjonsnivå. Denne fasen kan til en viss grad være preget av at de ansatte fokuserer på omsorg og pleie gjennom mat, drikke og søvn. I den neste fasen spiller relasjonsbygging langt større rolle, og dersom de ansatte har fått kontakt med pasienten ved det første møtet, kan han oppfatte fokus på primærbehovene og de fysiske rammene som en trygghet som bygger tillit til den psykiatriske mottaksenheten, eller den konkrete ansatte.

I mottakssamtalen skal behandler kartlegge pasientenes psykiske tilstand, omstendigheter og sosiale ressurser, i samarbeid med en miljøterapeut. Samtalen er relativt kort og pasienten kan være forvirret og sliten. Hovedfokuset ligger på å skaffe informasjon ettersom en diagnose utløser en rekke rettigheter som kommer den syke personen til gode. Stor pågang av pasienter i løpet av året skaper også tidspress, og kan lett føre til at dialogen blir som et intervju med strategiske mål. I noen tilfeller velger de ansatte å gjøre det kortest mulig slik at pasienten skal få mulighet til å komme til krefter, slik at det er lettere å se hvordan de best kan hjelpe.

Schramm's sirkulære feedback-modellen er basert på muntlige samtaler og går ut fra kommunikasjon på mellommenneskelig nivå. En betingelse for å bruke den sirkulære modellens er symmetrisk kommunikasjon, det vil si at partene er likestilte. Ettersom mottakssituasjonen kan defineres som en asymmetrisk maktrelasjon der ansatte tar vare på pasientene ved å påvirke dem til å velge mellom ulike handlingsalternativer.

The Osgood & Schramm Circular Modell (Underwood 2003)

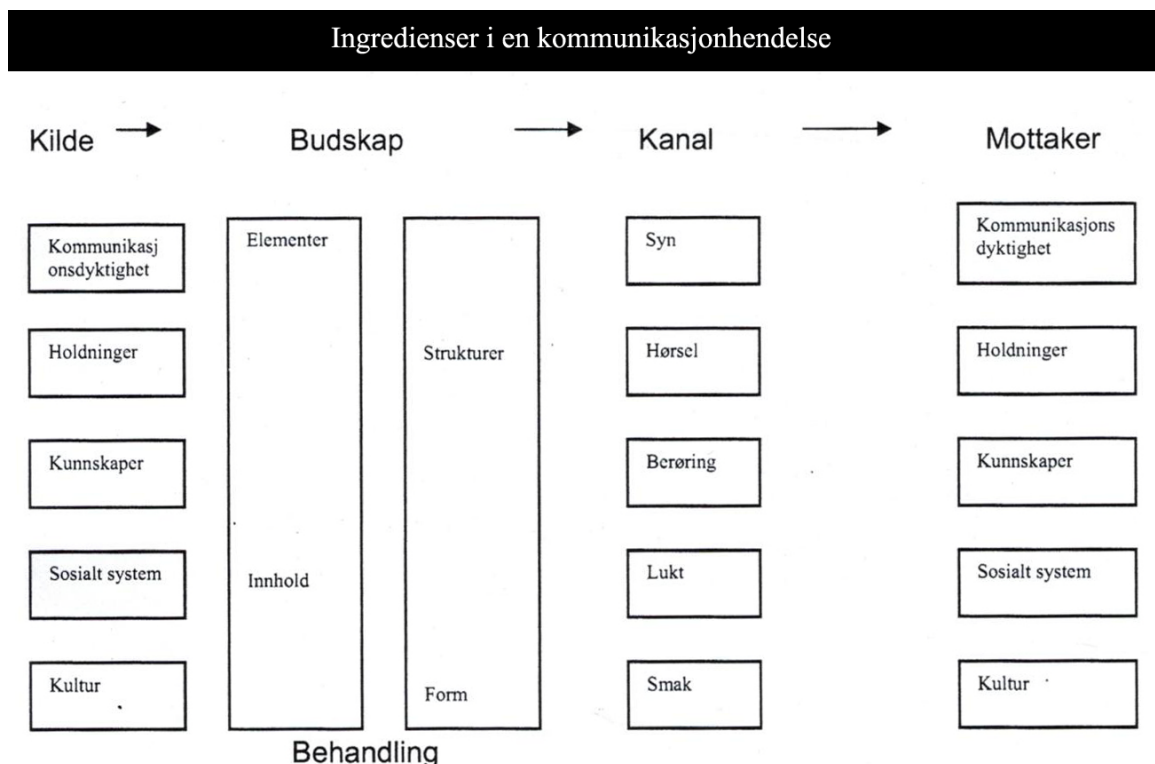


Det asymmetriske maktforholdet forsterkes av at pasientens sykdom eller psykiske tilstand påvirker følelsene, reduserer kognitive evner, og endrer forutsetningene for sosial og kommunikativ kompetanse. Man kan dermed ikke bruke den sirkulære modellen uten å bygge den ut og tilpasse den til rollene i mottakssituasjonen. (Steinsvik, 2007:70).

Den sirkulære modellen til Schram var basert på en interaktiv kommunikasjonsprosess i form av en samtale, der deltakerne koder, dekode og tolker kontinuerlig. Det vil si at avsender koder budskapet med tanke på at mottaker skal kunne dekode det som intendert, samtidig som mottaker bidrar til å gi det en ny mening gjennom sin dekoding. Schram kritiserte de lineære modellene blant annet ved å hevde at de ikke tok høyde for asymmetri, eller ga rom for subjektivitet, meningsskaping og fortolkning.

David K. Berlos utvidede lineære kommunikasjonsmodell

David K. Berlos brukte Shannon & Weavers lineære kommunikasjonsmodell som basis for sin utvidede lineære modell. Modellen setter fokus på verbale, non-verbale, og sosiokulturelle elementer ved en kommunikasjonshendelse. Det kan dreie seg om deltakernes kommunikative eller mellommenneskelige ferdigheter, fagkunnskap, tilhørighet, verdier og holdninger som preger deres virkelighetssyn. Jeg vil bruke denne modellen som basis og kombinere den med relevante aspekter fra de andre to modellene, for å utrede hvilke elementer som kan påvirke kommunikasjon i mottakskonteksten (Steinsvik, 2007:67).



David K. Berlos videreutvikling av Shannon & Weavers modell (Kvalbein 1999:28)

Berlos videreutviklede modell tar med den verbale, non-verbale og paraverbale dimensjonen fra muntlig dialog, men inneholder ingen eksplisitt referanse til støybegrepet vi finner i

Shannon & Weavers enkle modell, eller en aktiv mottaker som medskaper av innhold og mening i budskapet. Ved å bruke denne modellen som utgangspunkt og legge til at kilde og mottaker kan fungere som medskaper, ved at de koder og dekoder gjennom sine roller i mottakskonteksten. Rutiner og rom kan fungere som kommunikative signaler som formidler holdninger, kunnskap, sosialt system og kultur, mens roller og relasjoner er avhengige av deltakernes kommunikative ferdigheter. I tillegg kan rutiner, rom og fysiske rammer og roller fungere som støy som kan kontekstualisere eller vri tolkningen av kommunikative ytringer.

I Schrams modell koder og dekoder deltakerne ytringene samtidig. Vi kan si at deltakerne er medskapere av budskapet gjennom sin dekoding. I en mottakssituasjon kan pasientens tilstand og psykologisk støy påvirker måten pasienten dekoder ytringene og konteksten. I Berlos modell finner vi fem sanser under betegnelsen Kanal i figur 3. De kan relateres til non-verbal og paraverbal kommunikasjon og hvilken betydning blick, mimikk, kroppsspråk, berøring, klær, toneleie, pauser eller utrop har i forhold til relasjonen mellom deltakerne. De andre elementene som sanses er lukt, lys, lyd, temperatur og luftfuktighet kan knyttes til de fysiske omgivelsene.

Kommunikative signalene kan være selvstendige modaliteter, eller være kontekstualisere noe som en bestemt del av konteksten. På et helseforetak vil medisiner ofte være en del av det store bildet, mens i en lukket psykiatrisk enhet kan pasienter som er innlagt på tvang oppfatte det som alvorlige overgrep og tvangshandlinger. Mottakskonteksten blir dermed en selvstendig modalitet. I dette perspektivet kan lyden av nøkler som klirrer være et sterkt kommunikativt signal i lys av de fysiske og strukturelle rammene i enheten. De kan symbolisere tap av frihet som gir assosiasjoner til et fengsel, for pasientene som er der ufrivillig, samtidig som at lyden påvirker oss direkte og gir oss en umiddelbar fysisk reaksjon.

Rom og fysiske rammer kan også bidra til å definere enhetens funksjon og de ulike rollene. Ved å se på rom og rutiner kan vi utrede de ansattes oppgaver og status. Miljøterapeutene skal være sammen med pasientene på enheten og bortsett fra et vaktrom som fungerer som deres territorium, og et røykerom som fungerer som pasientens territorium deler de lokalene. De skal dessuten være tilgjengelige for pasientene hele døgnet, og sørge for at de er trygge. Beliggenhet, planløsning og interiør påvirker de ansattes syn på sin egen og pasientenes rolle. Behandlernes har kontor som ligger i roligere lokaler, og pasientene må komme til avtalte møter. På så vis fungerer rom som en selvstendig modalitet som gir et klart signal om hierarkiet i en lukket psykiatrisk enhet.

2.1.9 Samtaleanalyse

Samtaleanalyse er en form for diskursanalyse med et etnometodologisk perspektiv man kan

bruke for å beskrive og drøfte språklige funksjoner som ekspressiv, mellommenneskelig og referensiell. Den er basert på sosiologi, sosiolingvistikk og antropologi. I samtaleanalyse tolker man en ytring i lys av den umiddelbare konteksten; den foregående ytringen, situasjonen, og deltakernes mål med samtalen. Den sosiale og kulturelle konteksten kan avdekke nyanser som kaster nytt lys over situasjonen.

Rommet og strukturelle rammer i en lukket avdeling kan fungere som kontekstualisering eller utgjøre en selvstendig modalitet som påvirker mottakssituasjonen, og pasienten og de ansattes forutsetninger for kommunikasjon, spesielt når pasienten ikke ønsker å bli lagt inn ved enheten. Et samarbeidsprosjekt forutsetter at deltakerne har et felles mål og følger visse konvensjoner, men de kommunikative ferdigheter og vilje til å kommunisere er helt avgjørende.

I en mottakssituasjon kan møtet mellom de ansatte og personen som kommer inn akutt på enheten være preget av forvirring. Mange takler den psykologiske tilstanden eller sykdommen ved å forsøke å skjule problemer de tolker som private og personlige. I følge Leo Van Leeuwen definerer vi oss på bakgrunn av tilhørighet til en profesjon, livssituasjon, livssyn, status, bosted eller andre demografiske kriterier som vi uttrykker gjennom holdninger og stil.

I vårt samfunn har en lege i hvit frakk høyest status av profesjonene og de fleste oppfatter ham som en autoritet. I pasientens tilfeller kan imidlertid en hvit frakk eller rasling av nøkler fungere som selvstendige modaliteter som kan utløse en automatisert respons som endrer premisene for kommunikasjon. I den forbindelse kom jeg inn på stil, holdninger og mentale skjema på side 9, og psykologisk støy på side 13, mens jeg vil ta for meg behandlerens autoritet og etos under psykologi og retorikk under kapittel

I en samtale tilpasser deltakerne informasjonen eller budskapet blant annet gjennom valg av ord, stil (høy-, lav-, eller mellomstil), og nærhetsstrategi på bakgrunn av personlig og felles kulturell kunnskap han har felles med mottaker. Karakteristisk for muntlige ytringer er hyppig forekomst av verbale eller non-verbale tegn som bekrefter og oppmuntrer avsender, samt ufullstendig setningskonstruksjon. I samtaler skaper deltakerne en indre tolkningskontekst kontinuerlig, mens ytre sosiale og kulturelle kontekster finnes i form av situasjonskonteksten og deltakerne, de sosiale rollene, holdninger og konvensjoner (Svennevig, 2009:128).

2.2 DEN RETORISKE SITUASJONEN

I følge Kjeldsen kan retorikk i vid forstand defineres som hensiktsbestemt og virkningsfull kommunikasjon. (Kjeldsen, 2004:23) Måltrettet kommunikasjon spiller både på logikk og

følelser for å påvirke kommunikasjonen. Aristoteles var filosof som mente at de fagmessige bevismidlene i retorikk var etos, patos og logos. Etos dreier seg om talerens karakter, og kan skape troverdighet knyttet til den som taler, patos appellerer til mottakernes følelser, mens logos bruker saken gjennom et resonnement som virker fornuftig for å overbevise (Kjeldsen, 2004:33). For behandlere er etos spesielt viktig, og jeg kommer tilbake til dette i kapittel 3.1.4.

[Lloyd Bitzer](#) skrev i 1968 artikkelen "Den retoriske situasjonen" En retorisk situasjon består av en avsender, et budskap og en eller flere mottakere, der avsenderen har til hensikt å påvirke mottakerens holdninger eller motivere til handling. I en retorisk situasjon har avsender et strategisk mål med kommunikasjonen som påvirker hvordan han forholder seg til målgruppen han ønsker å nå frem til. I antikken var retorikk knyttet til offentlige taler på markedsplassen i Aten, men i denne sammenhengen er de ansatte avsendere, mens den kommunikative arenaen en mottaksenhet og pasienten er mottakeren. I denne konteksten må de ansatte tilpasse innhold og form til pasientenes fysiske og kognitive tilstand og rammer eller muligheter i den konkrete situasjonen.

2.2.1 Et påtrengende problem

Professor Lloyd Bitzer var en retoriker som definerte en retorisk situasjon ved at et [påtrengende problem](#) oppstod akutt i form av en mangel, hindring eller forventning om noe, og som bare kunne løses med retorikk. Det retoriske publikum er de som blir påvirket av retorikken. Det omfatter også hindringer i form av personer, hendelser, objekter eller relasjoner som har makt til å hindre påvirkning i den aktuelle situasjonen. Retorisk situasjonen i en mottakskontekst er akutt behandling av pasienter som legger seg inn eller blir innlagt med tvang. Man kan også definere den retoriske situasjonen ved å se saken fra pasientens side. Pasienten kommer for å få hjelp til å løse problemene, eller få pleie og omsorg. (Kjeldsen, 2004:78)

Enkelte pasienter ønsker bare å slippe å ta ansvar for sitt eget liv og problemene utenfor. Andre trenger hjelp til med å takle en traumatisk hendelse, eller er i en livskrise. De fleste pasientene har i midler tid psykisk lidelser som schizofreni, bipolar lidelse, eller personlighetsforstyrrelser. De som er psykotiske har ofte ingen sykdomsinnsikt, og kan ha som mål å bli skrevet ut, mens andre ønsker desperat hjelp for å mestre livssituasjon, psykisk sykdom, eller psykose som følge av rusproblemer. Det vil si at de fleste trenger medikamenter for å stabilisere tilstanden og hindre at sykdommen tar overhånd igjen. Det er i midler tid ikke tilstrekkelig til at pasientene blir friske, ettersom relasjonsbygging og kommunikasjon kan øke mestring av lidelsen, og forebygge nye utbrudd.

I "Retorikk i vår tid" sier Jens E. Kjeldsen at Den retoriske situasjonen dreier seg om å dekke et behov eller en mangel. I denne undersøkelsen dreier det seg om å dekke pasientens behov for akutt psykiatrisk behandling, samt å utarbeide en individuell behandlingsplan. Man kan definere det som strategiske mål (Kjeldsen, 2004:79). Det vil si at pasientene er det retoriske publikum som skal påvirkes og motiveres til endring. Det avgjørende punktet er om psykisk sykdom og funksjonstap kan endre de kommunikative ferdighetene på en slik måte at de ikke blir påvirket av avsenderens retorikk (Kjeldsen, 2004:81). Kjeldsen tolker Bitzers definisjon av det påtrengende problemet som et retorisk, pragmatisk og funksjonelt forsøk "på å tilpasse seg omgivelsene og endre virkeligheten", og at det påtrengende problem bare kan endres eller modifieres ved hjelp av kommunikasjon, ikke andre midler (Kjeldsen, 2004:77).

En retorisk situasjon består av et påtrengende problem som engasjerer eller motiverer en eller flere mottakere til kommunikasjon eller handling på en måte som endrer problemet" gjennom tanker, vurderinger eller handlinger" Et retorisk problem handler om den muligheten avsender har til å påvirke en person eller en målgruppe. Mottakerne må være involvert eller engasjert i de faktiske forhold det dreier seg om. Hvis vi overfører problemstillingene i mottaksenheten til en retorisk kontekst må vi undersøke om kravet til pasientens beslutningskompetanse kan innfris. Kjeldsen sier at et problem som kan endres eller modifieres med andre midler enn kommunikasjon ikke kan defineres som et påtrengende problem. (Kjeldsen, 2004:80).

Pasienter som trenger medikamenter for å forbedre det kognitive og fysiske funksjonsnivået, eller stabilisere den psykiske lidelsen har et medisinsk problem. I en psykiatrisk enhet får flere pasienter medikamenter, sammen med annen behandling. Det som er avgjørende er hvorvidt medisiner er tilstrekkelig til å endre eller modifisere det påtrengende problemet. De fleste pasientene som kommer til enheten er avhengige av kommunikasjon og sosiale relasjoner for å bli bedre og lære å takle problemer på en mer konstruktiv måte. Det kan også diskutere om det er feil eller manglende respons på et påtrengende retorisk problem som utløser den psykiske lidelsen, eller forverrer tilstanden. Man kan også stille spørsmål ved om psykiatriske pasienter kan diskvalifiseres som retorisk publikum, hvis de tar medisiner og kommuniserer i samsvar med vanlige regler og konvensjoner. Mange tar jo medisiner hver dag. (Kjeldsen, 2004:80).

De ansatte er betalt for å gjøre en jobb, samtidig som de fleste ønsker å hjelpe syke mennesker, mens pasienter ønsker hjelp til å bli bedre, eller til å komme ut av en tvungen psykiatrisk enhet. Det finnes dermed profesjonelle, personlige og private interesser og hensyn som legger til rette for kommunikasjon og samarbeid for endring av et påtrengende problem. I mottakssituasjonen

er det påtrengende retoriske problemet å etablere kontakt og bygge tillit som legger til rette for kommunikasjon og behandling. I intervjuene kom det frem man kunne bruke kommunikasjon og relasjonsbygging for å sikre at pasienten fikk nytte av oppholdet ved enhetene. Hindringer kan her dreie seg om at rom, rutiner og roller kan kontekstualisere den asymmetriske relasjonen og fungerer som psykologiske støy som vrir meningsinnholdet (Kjeldsen, 2004:79).

Vi kan dermed oppsummere det som at en retorisk situasjon består av en avsender med et retorisk problem som løses ved å søke å påvirke en eller flere personer, eller målgrupper. Etersom budskapet er adressert kan vi definere intenderte mottakere som et retorisk publikum som kan påvirkes av avsenderens retorikk, og bidra til forandring av det retoriske problem. I denne analysen vil det retoriske publikummet være pasientene i mottakssituasjonen, mens de ansatte har et ansvar for å løse det påtrengende problemet om behandling. Kritikere av retorisk teori har hevdet at det er en metode som har til hensikt å påvirke andre til å handle på bestemte måter. Innen psykiatrien har påvirkning og tvang hatt en langt større plass enn i dag, men de har fremdeles mulighet til å bruke ulike tvangsmidler og medikamenter dersom de ikke klarer å nå frem til pasienten ved hjelp av kommunikasjon eller retorikk (Kjeldsen, 2004:81).

Det doble samfunnsmandatet gir en psykiatrisk mottaksenhet rett og plikt til å gripe inn og behandle alvorlig psykisk sykdom i henhold til gjeldende regler og normer, og legger føringer og ansvar på de ansatte. Behandleres strategiske mål er å stabilisere pasientene, utrede og stille en diagnose, samt lage en videre plan for behandling. Bitzer mente den retoriske situasjonen var styrende for hva som sies og hvordan det sies, mens oppfatningen i antikken var at taleren kan benytte anledningen ganske kreativt (Kairos). I en mottakssituasjon kan retorikk brukes for å være relevant ved å tilpasse form og innhold til pasientene i den aktuelle situasjonen (Aptum) samtidig som det gi rom for kommunikasjon med pasienten (Kairos) (Kjeldsen, 2004:78). Jeg kommer nærmere inn på dette i kapittel 2.2.6

2.2.2 Psykiatriens samfunnsmandat

Det doble samfunnsmandatet ved en akutt psykiatrisk mottaksenhet er en plikt som er gitt i kraft av lov for å beskytte samfunnet mot farlige mennesker. På samme tid vil samfunnet ta vare på og beskytte mennesker som fyller bestemte vilkår for diagnose på alvorlig psykiatrisk sykdom, lidelse eller tilstand eller som anses å være til fare for seg selv. Dersom vilkårene blir oppfylt utløses visse rettigheter med hensyn til økonomisk støtte, plass å bo og behandling, og samordning mellom de ulike instansene det omfatter.

Mandatet kommer også til uttrykk gjennom en fysisk manifestasjon, rutiner og struktur på

enheten og kan påvirke pasientens identitet og selvoppfattelse, ettersom de fleste definerer seg selv i en kontinuerlig prosess gjennom å speile seg i de sosiale og fysiske omgivelsene. Per Iversen er primalterapeut, og i hans Dissertasjon "Vi er da alle mennesker." fra 2010 sier han at all utvikling baserer seg på at "vi blir til" i eksistensielle møter mellom likeverdige, der vi definerer oss selv ved å speile oss i hverandre (Iversen, 2010:7).

Andre behandlere mener det er nødvendig med mild paternalisme for å bygge etos i tilknytning til behandlerrollen, Det vil si at behandleren skaper trygghet og tillit ved å bruke sin rolle til å se og bekrefte (validere) personens følelser og behov, og deretter korrigere syke holdninger og atferd. Fra dette perspektivet vil en symmetrisk dialog utydeliggjøre behandlerens ansvar og rolle som veileder. Det kan også bryte med pasientens egne forventninger, bidra til misforståelser eller skape kommunikative hindringer, ettersom de fleste pasienter forholder seg til det tradisjonelle hierarkiet på mottaksenheten. Dette vil jeg senere komme inn på i drøftingen.

2.2.3 Roller

Svennevig definerer roller som "en konvensjonell figur knyttet til en viss aktivitetstype", og som i denne sammenhengen kan defineres både som mellommenneskelig og institusjonell, i form av kategorien helsepersonell-pasient, ettersom miljøterapeutene bruker empati for å bygge en relasjon som er basert på tillit og trygghet, mens pasientens funksjonsnivå er behandlerens hovedfokus. De ansatte samarbeider for å få pasienten tilbake til et tilnærmet normalt funksjonsnivå gjennom å få mat, drikke, søvn og trygge rammer. De ansattes roller er preget av pleie- og omsorgsfunksjonen som har fellestrekk med foreldrerollen. Behandlere har dessuten veilederrollen og håndheverrollen med hensyn til å ta ansvar for at vedtak om tvang blir gjennomført (Svennevig, 2009:109).

Til tross for at paternalisme kan tolkes som nedlatende eller overbærende holdning, kan det også tolkes som et forsøk på å bruke de gode karaktertrekkene fra en ansvarsbevisst og klok forelder som oppriktig prøver å hjelpe. En paternalistisk relasjon har affektive trekk og er preget av nærhet i stede for distanse, selv om dette er preget av et asymmetrisk maktforhold mellom ansatt og pasient. Likeverdprinsippet som ligger til grunn for all interaksjon med pasientene gir imidlertid signaler om å legge til rette for relasjonsbygging og kommunikasjon preget av mer gjensidighet og nærhet enn tidligere (Svennevig, 2009:115).

I «Profesjonsetikk» av Svein Aage Christoffersen, finnes tre kjennetegn ved profesjonsetikken som kan være relevante i mottakskonteksten. Det er et konkret møte, ansikt til ansikt med et annet menneske, i forbindelse med at en oppgave skal utføres. Den faglige kompetansen til

behandleren ligger til grunn for møtet med pasienten. Etikken er basis for moralen, det vil si det som utøves i praksis (Christoffersen, 2004:67)

Kristoffersen sier også at leger har blitt ”kritisert for å ha et svært paternalistisk forhold til sine pasienter”. På latin betyr ”pater” far og sier noe om de plikter og rettigheter den profesjonelle legen har overfor sin pasient. Nye lover og etiske regler gir imidlertid pasienten full rett til informasjon, men at profesjonsutøveren skal bruke sitt skjønn til å formidle det på en måte som er tilpasset pasienten. Det legger premiss for profesjonsutøvelse med en mer symmetrisk relasjon til pasienten, men det tar ofte tid å gjennomføre i praksis.

Jeg vil bruke begrepet paternalisme for å beskrive hvordan behandlerne og miljøpersonalet bruker makten de har ”i kraft av sin kompetanse og sitt ansvar” ved en psykiatrisk akutenhet ved et mellomstort helseforetak i Norge. ”Myk” paternalisme er relatert til pleie og omsorg for pasienter. Det kan dreie seg om å sørge for at pasienten får i seg mat, drikke, nok søvn osv. ”Hard” paternalisme er relatert til tvang og asymmetriske relasjoner (Kristoffersen, 2011:39).

I en mottaksenhet kan tvang dreie seg om tvangsmidler, depotinjeksjoner og skjerming. Dersom de sakkyndige anser en psykiatrisk syk person uskikket til å ivareta sine egne interesser på en forsvarlig måte, kan de fatte vedtak om tvangsinnleggelse, mens andre pasienter legger seg inn frivillig. I noen tilfeller blir den syke ansett som farlig for samfunnet, og ankommer med håndjern og politieskorte. (Christoffersen, 2004:78).

Behandlere har ansvar for at pasienten behandles, og kan etter skjønnsmessige overveielser velge tiltak som defineres som hard paternalisme, for å gjennomføre planen. Pasienter opplever tvang og inngrep i sin autonomi som maktmisbruk eller overgrep. Myk paternalisme kan relateres til omsorg og pleie av pasientene. På mottaksenheten er en av miljøterapeutenes oppgaver at pasienter får dekket behov for mat, drikke, hvile og trygghet. Pasientene er under kontinuerlig oppsikt det første døgnet for å avverge selvmord og avdekke suicidale tendenser. Miljøterapeutene bruker ulike former for kommunikasjon for å gjennomføre sine oppgaver, og håndheve vedtak.

I ulike profesjoner finnes det etiske regler for skjønnsutøvelse med utgangspunkt i faglig og skjønnsmessig dømmekraft. I mottaksenhetene manglet de fleste behandlerne praksis og erfaring, men hadde en erfaren leder som veiledet i tvilstilfeller. Miljøpersonalet kom fra flere disipliner og hadde ulik faglig bakgrunn og erfaring. De bistod behandlere som manglet rutine

i deres første samtale med pasienten. Slik jeg tolker Christoffersen er profesjoners utøvelse av skjønn fra et hermeneutisk perspektiv, basert på kilder som konvensjoner og rutiner, erfaring og forbilder. Hermeneutikk kan helt kort forklares som en forståelseslære der vi tolker delene i lys av helheten og omvendt. Behandleren kan få ny innsikt gjennom sin profesjonsutøvelse, samtidig som kildene får en ny mening i lys av de nye erfaringene (Christoffersen, 2004:74).

2.2.4 Strategiske mål

Kommunikative prosjekter har til formål å formidle et budskap eller bygge relasjon med noen. De kommer til uttrykk gjennom ulike språkhandlinger, mens strategiske mål ofte er skjult. Det kan oppleves som mangel på oppriktighet som ble nevnt i de universelle gyldighetsreglene på side 11, og fungere som psykologisk støy i forhold til dekodning av kommunikasjonen. Jeg har valgt å definere behandlerens mål som strategiske fordi det som skjer er på mottaksenhetens betingelser. De ansatte kan påvirke pasienten ved å bruke sin rolle og maktposisjon til å få han til å samarbeide, hvis de anser det som nødvendig. Et oppriktig ønske om å hjelpe pasienten kan redusere asymmetrien og øke forutsetningene for kommunikasjon (Svennevig, 2009:81).

En dialog ved en akutt psykiatrisk mottaksenhet kan være i form av en åpen samtale eller et semi-strukturert intervju. Fra et kommunikativt ståsted er ikke denne formen for dialog en reell toveis-kommunikasjon, det er en retorisk situasjon der behandleren har ulike strategiske mål med samtalen. I henhold til etiske regler er det først og fremst nødvendig å stille diagnose og treffe tiltak de anser som pasientens beste, i tråd med myk paternalisme. I tillegg stiller helseforetaket krav til effektiv behandling av pasientene. Det vil si at kommunikasjonens formål bidrar til at pasientene blir objekter i en psykiatrisk utredning for å stille en diagnose og lage en behandlingsplan.

2.2.5 Relasjoner

Forutsetningen for en åpen terapeutisk dialog er at den andre parten har en psykisk lidelse eller sykdom. I lys av dette kan behandler dekode pasientens ytringer eller oppførsel i lys av denne konteksten. Dersom behandler opplever at pasienten ikke vil samarbeide kan det være en følge av at behandler i realiteten forholder seg til pasienten som et objekt der han ikke forholder seg til det pasienten kommuniserer, men til pasientens motiver. Det bidrar til mer asymmetri og reduserer muligheten til å kommunisere.

I boken "Pasienten som tekst" fra 1997 skriver Petter Aaslestad blant annet om den hvordan den tvangsinnlagte forfatteren Hamsund opplever det som om det var en "ugjennomtrengelig mur" mellom hans og psykiaterens "Vision du monde" (Aaslestad, 1997:46). Det at deres

bilde av verden var så uforenelige kan være fordi behandleren i realiteten så Hamsund som en landssviker som egentlig skulle ha sittet i fengsel. Hamsund var da så gammel at han i stede ble tvangsinnlagt på psykiatrisk sykehus. Til tross for at Hamsund ser på seg selv som en stor og berømt forfatter, bidrar situasjonskonteksten til en annen tolking.

Det var flere av de ansatte som nevnte at de hadde opplevd pasienter som plutselig satte opp en ugjennomtrengelig mur de ikke klarte å komme gjennom. Det kan ha vært en følge av lavt funksjonsnivå, men det kan også ha vært en kommunikativ hindring som ikke ble håndtert på en måte som motiverte pasienten til å fortsette samtalen. Vi kan relatere dette til det andre av Habermas universelle krav til gyldig kommunikasjon, at deltakerne må ha et felles bilde av verden eller, som Hamsund sier *Vision du monde*. Svennevig sier at "verden" er en fysisk virkelighet og en kulturell referanseramme som skapes gjennom deltakernes tolking av omgivelsene. (Svennevig, 2009:157).

Før Hamsund ble innlagt var han en berømt forfatter med høy status. Han har ikke forstått at hans betraktninger ikke har like stor tyngde som behandleren er et resultat av hans rolle som pasient ved Gaustad psykiatriske sykehus. Behandleren er en profesjonsutøver som forvalter sin myndighet på sin arbeidsplass, og han har i dette tilfellet ansvar for å forvare mennesker som kan være farlige for samfunnet. Institusjonen materialiserer behandlerens kommunikative arena og setter dialogen inn i en kontekst som gjør den asymmetriske relasjonen tydelig. Dette gjør det vanskeligere å samarbeide om et felles mål, eller "forhandle seg frem til enighet" som nevnes på side 12. (Svennevig, 2009:158).

2.2.6 Kairos, Aptum og Etos

I mottaksenheten kan personalet kombinere sin fagkunnskap med kommunikative og retoriske ferdigheter på mellommenneskelig nivå for å klare å nå inn til pasienten. Kairos er evnen til å gripe øyeblikket for å få frem et bestemt budskap. Den rette anledningen kan bidra til å formidle et budskap på en overbevisende måte. I mottakssituasjonen er timing viktigere enn i andre enheter fordi det dreier seg om hvordan pasientens førsteinntrykk av psykiatrien dannes i mottakssituasjonen, som kan påvirke den generelle oppfattelsen av psykiatrien i løpet av få sekunder. Det dreier seg om vilje og evne til å etablere en tillitsbasert relasjon med pasienten (Svennevig, 2009:49).

Aptum kan defineres som "det som sømmer seg", og dreier seg om at form og innhold skal være tilpasset menneskene og rollene i mottaksenheten, på en måte som ikke bryter med deltakernes forventninger. De ansatte bør tilpasse kommunikasjonen til den enkelte pasienten

på en taktfull måte, med hensyn til at de er i en sårbar situasjon. Pasienter som er på lukket avdeling kan miste noe av sin rett til selvbestemmelse, og oppleve stigmatisering når de kommer ut igjen. De som er eller har vært psykiatriske pasienter kan miste ansikt, sosial status og troverdighet (ethos) i enkelte sammenhenger (Kjeldsen, 2004:68).

Ethos er et dynamisk fenomen som endrer seg gjennom en prosess. Det kan deles inn i innledende, avledet og endelig ethos. Innledende ethos dreier seg om hvilke forventninger det retoriske publikum har til behandlerprofesjonen generelt, og den enkelte behandlerens status på mottaksenheten. Avledet ethos er knyttet til hvordan behandleren kommuniserer i praksis. Endelig ethos er helhetsinntrykket man sitter tilbake med etterpå. Høy ethos bidrar til større tillit og høyere sannsynlighet for å påvirke pasienten (Kjeldsen, 2004:123).

I følge Kjeldsen kan retorisk kommunikasjon være saks- eller person orientert. I helseforetak og psykiatriske enheter er mye av kommunikasjonen person orientert. Behandlerne bruker ofte en ethos-orientert retorisk kommunikasjon med miljøpersonalet og pasienter. Det kan henge sammen med at de har et lovpålagt ansvar for å stille diagnoser, lage behandlingsplaner og fatte beslutninger om bruk av tvangsmidler. Mange behandlerne bruker distanse for å unngå å bli utbrent i en arbeidssituasjon der de ser seg tvunget til å ta upopulære avgjørelser de mener er til pasientens beste, mens det kan oppfattes som maktmisbruk av pasienter eller pårørende.

2.3 KONTEKST

2.3.1 Kontekstualisering

Språkhandlinger er dynamiske og endrer seg i forhold til den aktuelle situasjonen. En verbal ytring i form av ett ord, etterfulgt av en lang pause, kan være en sterk effekt i fremførelsen av et dikt, mens det kan føre til kommunikasjonsbrudd eller misforståelser i en dialog. Steinsvik sier at "Når tid og rom endres, vil også rammene for kommunikasjonshandlinger endres, både de rent fysiske og de menneskelige." Han sier også at relasjonen mellom partene påvirkes av situasjonskonteksten, og endrer betingelsene for informasjonsforståelse "i forhold til selve hendelsens tid og sted" (Steinsvik, 2007:73)

Svennevig forklarer kontekstualisering med at vi har visse forhåndsantakelser "basert på vår oppfatning av de fysiske omgivelsene" som blir overordnede tolkningsrammer for den faktiske samhandlingen. Svennevig kaller det å tolke ovenfra og ned, fra den overordnede intensjonen med samtalen, til de enkelte ytringene. Mens meningen i de ulike ytringene får en

ny betydning når man ser det i lys av hele samtalen. Delene og helheten definerer hverandre gjensidig, på bakgrunn av tid og sted. (Svennevig, 2009:157).

2.3.2 Rutiner og rom

En lukket avdeling blir sammenlignet med et fengsel av mange pasienter på mottaksenheten. Det har ingen betydning om pasienten er psykotisk, eller har andre psykiske sykdommer eller lidelser, eller er i en livskrise. Nøkler og låste dører kan bli kommunikative modaliteter som formidler visse holdninger med symbolsk kraft. Mange som blir innlagt er i mottaksenheten mot sin vilje og alle dører er låste. Personalet kan gå når arbeidsdagen er over, mens pasienten må bli igjen på avdelingen. Dersom behandler klarer å formidle troverdighet og trygghet gjennom en relasjon med pasienten, vil ikke de fysiske rammene, låste dører, eller rutiner i forbindelse med innleggelsen spille en avgjørende rolle i forhold til kommunikasjonen.

Det er viktig å forstå litt av bakgrunnen for den kulturen som har preget psykiatrien. Enheten er behandlerens arbeidssted, der de faste regler og rutiner bidrar til å skape forutsigbarhet og trygghet for de innlagte og de ansatte, i en hverdag som kan oppfattes som skremmende eller kaotisk for en utenforstående. Mottakskonteksten kan påvirke de ansattes tolking av verbal og paraverbale signaler. I Petter Aaslestad's bok "Pasienten som tekst" fra 1997 ser vi hvordan en ansatt ved Gaustad beskriver en hendelse i en journal fra 198; "Det var slutten på dagen, de av oss som var implisert var interessert i å gå hjem og under sterk tvil besluttet man å tilby ham en kriseseng til i morgen." (Aaslestad, 1997:69).

Det finnes pasienter som ikke klarer å forholde seg til virkeligheten, og som søker tilflukt i en lukket avdeling, hvor miljøpersonalet hjelper og pleier, mens behandler prøver å motivere pasienten til å ta ansvar. Inger Beate Larsen skriver i masteren "Det sitter i veggene" fra 2008 at et menneske kan gjøre seg "erfaringer som fester ham til en sykdomsidentitet og kanskje også plasserer han i bygninger konstruert for syke" (Larsen, 2008:53). Terkelsen sier at det er et paradoks at det offisielle målet i avdelingen "var å vektlegge det friske og selvstendige i pasienten", og at personalet hadde sykdomsfokusert referanseramme fra medisinske eller sykepleierfaglige studier (Terkelsen,2010:77)

Tradisjonelt har helseforetak vært preget av paternalistiske holdninger fra legeprofesjonen. Naturvitenskaplige metoder hadde stor innflytelse, og pasientene ble behandlet som objekter. I Aaslestad's bok nedtegner den som fører journalen sine observasjoner om en pasient som står og ser ut av vinduet; "Er venlig og tilgjengelig tids og stedorientert." Pasienten snakker om "sindsygdommen til Søren Kiergårds far.." Aaslestad tolker det som om han ikke svarer, eller

snakker med pasienten (Aaslestad, 1997:119). I dag ligger hovedfokus på intersubjektivitet og dialog. Det skal gi behandler bedre innsikt i pasientens syn på virkeligheten mens de fysiske rammene skal gi den trygghet og ro de trenger for å bli bedre.

2.3.3 Place (Sted)

Paul C. Adams tar i sin bok "Geographies of Media and Communication" utgangspunkt i medieteoretiker Joshua Meyrowitzs definisjon av begrepet "place" eller "sted" (1985:35). "A given place, such as a room, takes on particular social significance because its walls and doors and location tend to include and exclude participants in a particular way." Adams fokuserer på den doble funksjonen et sted har, med hensyn til hvordan det definerer et eksakt geografisk areal "which includes or excludes people, processes, and forces, for instant national borders" og hvordan dette påvirker sosial interaksjon og kommunikasjon. Et territorium er et avgrenset område som kan identifiseres og som har en eller annen form for autoritet. Adams mener det er nødvendig å ha innsikt i de dynamiske prosessene bak avgrensning av territorier for å forstå "social geography of communication" (Adams, 2009:87).

I denne undersøkelsen kan place defineres som fysisk beliggenhet i form av lengde og breddegrad, bygningsmasse og omgivelser, arkitektur og funksjonell bruk av bygningen, design og interiør i rommene. Den fysiske konteksten påvirkes også av hvilken tid det er på døgnet, deltakernes ankomst og plassering, lys, farger, temperatur og lyd i forbindelse med en mottakssituasjon. De som kommer på natta må kanskje vente på mottakssamtalen til dagen etter når behandler kommer, og har kanskje allerede begynt å angre på at de har lagt seg inn, fordi de har fått sovet godt og føler seg mye bedre. Det er en helt annen opplevelse enn de som kommer på dagen. I følge Svennevig bruker vi sansene som kilde til informasjon om de fysiske omgivelsene, og minnet som en mental dagbok eller et leksikon. De to kildene kan supplere hverandre og danne grunnlag for ny kunnskap (Svennevig, 2009:154)

2.3.4 Space (Rom)

I "Semiotic landscapes. Language, image, space" fra 2010 skriver Jeffrey L. Kallen; "space is not only physically but also socially constructed". Lefebvres knytter space til "conceived space, perceived space and lived space" og hvordan individet oppfatter seg selv og verden omkring seg. De fysiske rammene som omgir pasientene, rutiner og regler danner en struktur som tilrettelegger for trygg skjerming eller forvaring. Ingen skarpe eller farlige gjenstander er på rommet, ingen bilder er tillatt på grunn av at glasset kan knuses og brukes til å skade seg selv eller andre, eller inventaret. Rommet er minimalistisk og funksjonelt fordi det er lettere

for rengjøringspersonalet å holde det rent, samt at det gir betjeningen bedre kontroll over nye ting som pasienten mottar. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan gjøre ting som er uhygieniske, og på et sykehus er det spesielt viktig å hindre spredning av bakterier.

Space kan ses i sammenheng med hvordan samfunnet prioriterer og legger til rette for sosiale, kulturelle og økonomiske elementer i byer og tettsteder gjennom planlegging av infrastruktur og styring av næringsvirksomhet. Et helseforetak er vanligvis sentralt plassert i forhold til en større by, til tross for at den ligger litt skjermet. Pasienter fra distriktene omkring har som regel enkel tilgang fra hovedfartsårene. Hvorvidt stedet reflekterer helseforetakets mål og funksjon er avhengig av helseforetakets egne prioriteringer, mål, regler og strategier for virksomheten, og balanseres ofte mellom etiske og økonomiske hensyn.

Samfunnets posisjonerer seg gjennom lover og regler. Men de holdninger som kommer frem gjennom disse påvirkes i større grad av den offentlige opinionen, gjennom sosiale medier og ulike former for nettbasert kommunikasjon og massemedier. De siste årene har helseforetak fått utvidet mandatet sitt. I tillegg til å behandle og pleie de som trenger det, skal det også drive forebyggende helsearbeid. I et samfunnsøkonomisk nytte-perspektiv skal psykiatriske enheter både hindre farlige mennesker å skade andre samfunnsborgere, og korrigere uønsket atferd slik at pasientene kan bli produktive bidragsyttere til statskassen.

2.3.5 Terapeutisk landskap

Sara Curtis peker i e-boken "Space, place and mental health" fra 2010 på at helsegeografi setter fokus på "the interactions between people and their social and physical environment and in the ways that it conceptualises space and place." Ved å bruke den geografiske metaforen "landskap", som viser til ulike humanistiske og psykologiske teorier om følgende prosesser knyttet til helse og space: "emotional and psychological response to places and their significance for sense of identity, wellbeing and identity" (Curtis, 2010:2/3)

Curtis henviser til Gesler og "The therapeutic landscapes", 2005/3 og 1992 for å utrede hvordan materielle, sosiale og symbolske dimensjoner flettes sammen har "in particular ways for every individual as they move along their lifecourse trajectory through space and time". Det er et relasjonelt perspektiv ved helse geografi som danner en tverrfaglig ramme basert på psykologi, psykiatri, filosofi og offentlig helse (Curtis, 2010:7).

Toril Borch Terkelsen beskriver i sin master "Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling" fra 2010 miljøterapeutens og behandlernes bruk av det fysiske rommet, på en måte

som markerer forskjellige roller og status. Behandlerne kommer nesten aldri til pasientenes rom, men pasientene må gå til deres kontor for ”individualterapi”, der de testes og utredes i samsvar med vitenskapelige metoder og normer. Miljøpersonalet bruker fellesrommene som arena for ”miljøterapi”. Det var en tradisjonell funksjonsfordeling der behandlerne fokuserer på sykdommen, mens miljøpersonalet viser pleier og viser omsorg (Terkelsen, 2010:46).

Terkelsen oppdaget at pasientene og de ansatte hadde sine territorier. Vaktrommet var de ansattes domene der samtalene var preget av faguttrykk og fagsjargong. På røykerommet snakket pasientene fritt seg i mellom i en personlig og uformell tone. Det var bare sympatiske og empatiske sykepleiere/personal som var velkomne; ”gode, varme, forståelsesfulle”. Det ble sett på som en ”frisone” og ”en arena for planlegging av motstandsstrategier mot personalet.”. Pasientene kategoriserte de som var på avdelingen ut fra om de hadde nøkkel til vaktrom og personal-rom. Nøkkelknippet var en markør på status og tilhørighet (Terkelsen, 2010:61/62)

3 METODE

I denne analysen har jeg valgt en pragmatisk tilnærming til det kommunikative fenomenet jeg ønsker å undersøke. Det betyr at data fra de empiriske undersøkelsene er utgangspunkt for analysen, mens jeg vil drøfte det jeg finner i lys av teorien jeg har funnet i forkant og etterkant av intervjuene. Jeg måtte imidlertid justere teorien etter empirien som kom frem, blant annet ved å avgrense temaet rom og fysiske rammere, finne teori som kunne forklare hvordan noen av de ansatte klarte å kommunisere med pasienter som hadde et svært dårlig funksjonsnivå, hvorfor behandlere og miljøterapeuter taklet hindringene på ulike måter.

Innledning med problemstilling

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for valg av metode og problemstilling ved å se på valg av metode, intervjuguide, utvalg av respondenter, gjennomføring av intervjuer, analyseprosess, drøfting av reliabilitet og validitet, samt etiske hensyn i løpet av forskningsprosessen. Jeg vil komme inn på hvordan rutiner og rom blant annet kan fungere som en tolkningskontekst, og hvordan rollene som behandler og miljøterapeut som kan påvirke valg av virkemidler som brukes for å håndtere kommunikative utfordringer eller hindringer i mottakskonteksten.

3.1.1 Valg av metode

Jeg valgte kvalitativ metode fordi det var den beste måten å få tilgang til bred og dyp informasjon fra en relativt liten gruppe ansatte i en lukket psykiatrisk mottaksenhet ved et helseforetak som er en del av et offentlig tilbud. Jeg valgte utforskende intervju fremfor avslørende, fordi jeg ønsket å utrede fenomenet ved å få tilgang til informasjon som kan gi et nyansert bilde av det kommunikative fenomenet jeg vil undersøke i mottaksenheten. Jeg fikk tillatelse til å spille inn intervjuene slik at jeg kunne dokumentere informasjonen mest mulig autentisk, og valgte å transkribere i en muntlig stil.

Det semi-strukturert intervjuet åpner opp for dialog der respondenten inviteres til å ta initiativ og uttrykke seg med egne ord. Anne Ryen definerer det som ”konversasjon med hensikt” og det er avhengig av at respondentene har tillit til forskeren. I mottaksenheten hadde de ansatte erfaring og ekspertise i bruk av såkalt terapeutisk intervju, som ligner semi-strukturert intervju og selv om de virket relativt formelle, var de oppriktige og imøtekommende under intervjuet. De var ikke redde for å ta ordet eller utdype ting når jeg ba om det, og virket ikke berørt av at det var en opptaker til stede (Ryen, 2002:99).

Jeg brukte litt tid i innledningen på å bli kjent, mens tema og oppfølgingsspørsmål bygde tillit til at jeg kunne nok om det faglige til at de ble forstått som intendert. Strategien var å bygge tillit, mens strukturen på intervjuet la til rette for progresjon. Jeg ønsket informasjon som ikke var preget av deres rolle som ansatt ved enheten, eller at intervjuet foregikk i arbeidstiden. Jeg fikk også anledning til å observere lokalitetene og den fysiske konteksten, samt de ansattes interaksjon med kolleger og

pasienter på arbeidsplassen, som ga bakgrunnsinformasjon om fenomenet jeg ønsket å studere i forbindelse med intervjuene.

I ”Det kvalitative intervjuet” sier Anne Ryen at intervjuet er en av de mest omstridte metodene for å få tilgang til data fordi det stiller store krav til forskerens forkunnskaper og kommunikative ferdigheter å sette seg inn i subjektets perspektiv (Ryen, 2002:19). I følge etnometodologisk perspektiv interagerer forsker og respondent og skaper en intersubjektiv virkelighet, mens andre perspektiv søker etter objektive data ved hjelp av en nøytral forsker. Forskjellene er basert på forestillinger en har om verden i form av paradigmer og antatte sannheter (ontologi), og generell teori om hvordan en tilegner seg kunnskap om verden (epistemologi). Metodologi er en konkretisering av epistemologi i form av praktiske og teoretiske prosedyrer for å tilegne seg viten (Ryen, 2002:23).

For å utrede deltakernes forutsetninger for kommunikasjon i en akutt mottakskontekst valgte jeg å se nærmere på rutiner, rom, roller og praksis i mottaksenheten fordi det kunne si noe om de ansattes perspektiv. Enhetens og de ansattes holdninger kommer frem gjennom rutiner og retningslinjer, og deres oppgaver blir definert. Det påvirker også deres forhold til de fysiske omgivelsene, og gjennom valg av kommunikative og retoriske virkemidler. I forbindelse med intervjuene kom det frem at behandlere var påvirket av det naturvitenskaplige paradigmet som preger legeprofesjonen, mens miljøterapeutene var mer opptatt av hensynet til pasienten.

Det prosessorienterte perspektivet definerer mellommenneskelig aktivitet som en pågående prosess som påvirker den enkeltes kommunikative forutsetninger og rammer for tolkning. Det er dermed mulighet at min tilstedeværelse har påvirket det jeg observerte og de empiriske data fra intervjuene. I følge Svennevig kodes og dekodes ytringer i lys av den aktuelle situasjonen og kulturkonteksten og en intervjusituasjon med en masterstudent i et humanistisk fag kan virke mindre truende enn faglige utfordringer (Svennevig, 2009:171). Jeg sa også at jeg håpet undersøkelsen ville gi resultater som kunne forbedre forutsetningene for kommunikasjon.

3.1.2 Utvikling av intervjuguide Vedlegg 1

Min rolle som pårørende motiverte meg til å prøve finne nye måter å kommunisere på. Da jeg prøvde å finne ut mer om kommunikasjon og psykiatriske pasienter fant jeg problemfokuset utredninger om maktrelasjoner og maktproblematikk på nettet som tok utgangspunkt i et kritisk perspektiv. Det virket ikke som om det var vanlig å bruke kvalitativ metode for å undersøke roller og relasjoner fra de ansattes ståsted. Det ble et spennende utgangspunkt for å se hva som bidro til å påvirke forutsetningene for kommunikasjonen i en psykiatrisk enhet, og om det kunne ha en viss overføringsverdi på tilsvarende situasjonskontekster

Jeg sendte en søknad til personvernombudet for forskning fordi jeg ville være sikker på at alt skjedde i henhold til gjeldende regler for personvern. Det var viktig å sørge for å ta alle forhåndsregler for å

beskytte de som var villige til å delta mot negative konsekvenser. Hensynet til anonymitet skal bidra til å gi tillit til forskning generelt, og sikre rekruttering til nye prosjekter. NSD vurderte imidlertid ikke prosjektet som meldepliktig ettersom jeg bare var ute etter de ansattes meninger og erfaringer, ikke sensitiv informasjon om for eksempel pasienter. Dessuten skulle lydopptakene slettes, og transkripsjonene kodes for å hindre at respondentenes identitet blir avslørt. Jeg har valgt å ha en kopi hvis sensor ønsker bevis.

I forbindelse med intervjuguiden var det naturlig å begynne med rutiner som første tema, for å finne ut hvordan struktur og holdninger påvirket de ansatte og pasientenes forutsetninger for kommunikasjon, samtidig som det var et relativt nøytralt tema som fungerte som en grei introduksjon, samtidig som det ikke virket truende. Før undersøkelsene tok til la jeg størst vekt på rom og fysiske rammer, fordi låste dører, skuffer og skap er karakteristisk i lukket akutt mottaksenhet. I løpet av intervjuene fikk jeg inntrykk av at de fysiske omgivelsene hadde større og mer negativ innflytelse før pasientene ble mer stabile og etablerte relasjoner.

Det tredje temaet var knyttet til rolleproblematikk, blant annet om asymmetri, makt og avmakt. Ettersom jeg bruker et pragmatisk perspektiv, vil jeg hovedsakelig komme inn på det i forbindelse med psykologiske støy, som kan hindre forutsetningene for kommunikasjon. Den siste kategorien skulle dekke ulike kommunikative og retoriske virkemidler som ble brukt for å overkomme hindringer i mottakssituasjonen, og som dermed kunne bidra til å hjelpe meg å svare på problemstillingen.

3.1.3 Utvalg av respondenter

Jeg brukte et strategisk utvalg av ansatte ved to akutte lukkede mottaksenheter i psykiatrien. Opprinnelig hadde jeg tenkt å undersøke behandlere og dele dem inn i ulike demografiske kategorier som kjønn, erfaring og utdanning osv, men var ikke mulig å få tilgang til så mange behandlere på daværende tidspunkt. Det viste seg også at det i en mottakskontekst var like interessant å se på hvilke kommunikative utfordringer de ulike rollene møter i en lukket akutt mottaksenhet, og hvordan de forholder seg til disse.

For å få tilstrekkelig stort utvalg tok jeg utgangspunkt i behandlere og miljøterapeuter ved to enheter ved et middels stort helseforetak i Norge. Jeg ønsket å intervju ansatte i ulike roller og posisjoner, med mest mulig mangfold faglig og personlig, for å se om det var noen fellestrekk som tredde klart frem eller varierte, og om det korrelerte til relevante kategorier i undersøkelsen. Ettersom utvalget skal matche en hensikt ”purposive sampling” trengte jeg behandlere og miljøpersonale som ga data knyttet til funksjon og holdninger (Ryen, 2002:80).

Jeg avgrenset utvalget i forhold til private behandlere fordi det reiser konkurrerende problemstillinger, som at pasientene kan være mer ressurssterke ettersom de betaler for denne tjenesten. Private klinikker

legger dessuten ofte mer vekt på tiltalende omgivelser ettersom de er avhengige av betalende kunder. Det kommersielle elementet kan dessuten påvirke ansattes holdninger til hva som kan påvirke forutsetningene for relasjonsbygging og kommunikasjon.

I forbindelse med formålet og størrelsen på denne oppgaven var det realistisk å få tak i et utvalg på mellom åtte og ti personer, og jeg klarte å få 2 behandlere og 6 miljøterapeuter fra to ulike enheter. Det burde vært med en eller to mer erfarne behandlere som kunne gi sitt perspektiv for å være sikker på at jeg har fått med det som er representativt for denne gruppen. Jeg ønsket fire behandlere for at data jeg fikk skulle gi et representativt bilde av denne kategorien, men flere miljøterapeuter ga et bredt datamateriale å trekke slutninger fra. I undersøkelsen overlappet og supplerte miljøterapeutene hverandre på en uttømmende måte,

Jeg ønsket både de positive og kritiske respondenter for å teste validiteten av hypotesen og få tilgang til eventuelle avvikende data. Jeg brukte en som ikke lenger var ansatt som behandler ved en psykiatrisk enhet i forbindelse med pilotprosjektet og for å få informasjon ellers ville vært utilgjengelig for meg som utenforstående. Samtidig som at jeg fikk relevant informasjon, var han også lojal mot tidligere arbeidsgiver, profesjonsetikk og egen samvittighet. (Ryen, 2002:88/92).

I forbindelse med at respondentene er tilknyttet et offentlig helseforetak som ligger under departementet har de strenge krav og retningslinjer i forbindelse med undersøkelser og forskning som er relatert til virksomheten. I tillegg har psykiatriske avdelinger vært utsatt for hard kritikk i pressen og det kan bidra til generell skepsis mot alle som ikke er en del av organisasjonskulturen. Det var derfor viktig å innhente formelle tillatelser fra ledelsen og overlegene ved avdelingene og informere både muntlig og skriftlig for å bygge relasjon med potensielle respondenter.

Jeg hadde brukt en informant som tidligere hadde jobbet innenfor det offentlige tilbudet for å få mer innsikt i potensielle utfordringer. I forkant av møtet med ledelsen hadde jeg sendt et informasjonsskriv. På et avklaringsmøte med ledelsen ved en psykiatrisk avdeling avtalte vi hvor jeg skulle få tak i det strategiske utvalget. Til tross for at jeg på flere måter var en utenforstående, ikke en potensiell arbeidstaker med mer relevant helsefaglig bakgrunn la de raskt forholdene til rette for koordinering av intervjuer.

Psykiatrien i Norge har vært utsatt for kraftige angrep i offentlige medier, og ledelsen kunne ha reserverasjoner på grunn av tidligere erfaring der ansatte hadde pratet med noen som hadde skjulte motiver. Av hensyn til rederlighet som forsker valgte jeg likevel å formidle at jeg var pårørende til en psykiatrisk pasient under avklaringsmøtet med avdelingsledelsen, og etter å ha diskutert et par punkter la de til rette for intervjuer ved å delegerer organiseringen til enhetslederne.

Enhetsleder hadde ikke fått så mye informasjon, så jeg brukte det informasjonsskrivet jeg hadde sendt til avdelingsleder for å be om hjelp til å rekrutterte respondenter. Enhetslederne informerte noen

muntlig og noen skriftlig i forkant, og noen den samme dagen. Ettersom behandlernes rolle på enheten var relevant for å få svar på problemstillingen måtte jeg spørre om det var mulig å få flere behandlere og de klarte å få tak i en til som var villig til å stille opp på kort varsel. Enhetslederne organiserte sted og rekkefølge og sørget for kaffe og vann. Intervjuene varte omtrent en time, og skjedde i løpet av to dager.

3.1.4 Informasjonsbrev: Vedlegg 2

Det avgjørende punktet i forbindelse med å få tilgang til respondenter fra en akutt lukket mottaksenhet var å overbevise ledelsen i en psykiatrisk avdeling om at jeg hadde tilstrekkelig faglig og mellommenneskelig innsikt til at jeg kunne forvalte informasjon jeg fikk på en måte som reflekterte det de faktisk gjør på enheten, og ikke hadde skjulte intensjoner. Jeg valgte å være åpen om min rolle som pårørende, samtidig som at jeg sa at jeg ønsket å se på fenomenet fra de ansattes ståsted.

Det var viktig å vise at mine intensjoner var ærlige og at jeg var seriøs i forhold til at de som deltok var beskyttet gjennom anonymisering og sletting av opptak. Jeg informerte om at jeg hadde sendt en forespørsel om tillatelse til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og fått melding om at undersøkelsen i følge personopplysningslovens §§31 og 33 ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt. Jeg la også ved en samtykkeerklæring for at de som ønsket å delta på undersøkelsen kunne signere dette i forkant av intervjuene.

3.1.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble spilt inn slik at de kunne transkriberes, og jeg informerte de ansatte om dette i forkant. Jeg ønsket egentlig å intervju de ansatte i en mer uformell situasjon, samtidig som det kunne være en fordel å observere mottaksenheten og de ansatte i en jobbsammenheng. Det er derfor vanskelig å si om deltakerne følte seg forpliktet til å delta siden det var i arbeidstiden eller om eller om de faktisk ønsket å være med i undersøkelsen.

I forbindelse med intervjuene kunne jeg også observere kommunikative ferdigheter. Jeg prøvde å sette meg inn i mottakssituasjonen og se fenomenet gjennom deres øyne, i samsvar med etnometodologisk perspektiv. Jeg reflekterte også over intervjusituasjonen, og hvordan den kunne påvirke respondenten som menneske og som ansatt i en mottaksenhet. Noen av respondentene brukte direkte sitat for å demonstrere rutiner, mens andre var mer formelle, litt påvirket av intervjusituasjonen, eller av hensyn knyttet til sin rolle på enheten.

Jeg oppfattet ikke noen distinkte ulikheter basert på kjønn med hensyn til miljøarbeidernes holdninger til pasientene, men ettersom det bare var to behandlere har jeg ikke tilstrekkelig grunnlag for å abstrahere så mye fra denne kategorien. Behandlerne som var i den akutte mottaksenheten var ofte under opplæring, eller i praksis, mens de fleste av miljøpersonalet hadde variert utdanning og lang erfaring innen psykiatrien.

Jeg har valgt å forholde meg til den informasjonen respondentene har gitt meg som den er, uten å problematisere eller tolke ytringene i lys av at mulige baktanker eller skjult agenda. Intervjueren og konteksten kan likevel påvirke svarene, og noen av respondentene spøkte etterpå med at de håpet det var "det riktige svaret". Det generelle inntrykket er at de ansatte var ærlige, profesjonelle og reflekterte. Det er derfor viktig å være tro mot den tilliten de har vist meg ved å ivareta hensynet til anonymitet, slik at deres deltakelse eller uttalelser de har kommet med ikke skal kunne brukes i mot dem på noe vis.

Denne prosessen har ført til at jeg har valgte å fjerne pauser og småord som brukes for å fylle ut tiden slik at en får tid til å finne det rette svaret, for eksempel "eh, eh", "vet du", "ikke sant", eller "altså", ettersom det kan bidra til å identifisere respondenten. Det muntlige preget kan også svekke reliabiliteten til empiriske data ved at respondentene kan fremstå som usikre og nølende. Hvis pausen kan innebære tvil, ironi eller ettertenksomhet, bidrar til å nyansere innholdet eller fungere som en relevant tolkningskontekst, har jeg valgt å beholde dem.

Jeg har prøvd å være mest mulig transparent i den grad det ikke kan gå ut over deltakernes krav på anonymitet. Det vil si at jeg velger å presentere sitatene i en mindre muntlig versjon for å unngå at det skal virke som semantisk støy som påvirker tolkningen av innholdet. Jeg vil ikke legge ved de originale transkripsjonene fordi de ville blitt publisert, men oppbevarer dem et trygt sted dersom sensor ønsker å teste de empiriske datas reliabilitet. Innsyn og testbarhet kan gi tillit til at premissene er holdbare og øker reliabiliteten til den kvalitative undersøkelsen generelt, og slutningenes validitet i form av abstraksjoner fremfor generelle regler.

Jeg tok utgangspunkt i de fire temaene fra intervjuguiden for å finne relevante kategorier til analysen. De ble til kategoriene rutiner, rom og fysiske rammer, roller og relasjoner. Analysen innledes med et sitat som viser hvordan pasientenes lidelser og tilstand påvirker de ansattes forutsetninger for kommunikasjon i en psykiatrisk kontekst. For å svare på problemstillingen bruker jeg sitater fra respondentene for å beskrive og sammenligne kategoriene, ved å dele inn i svar fra miljøterapeuter og behandlere.

Det var vanskelig å finne ut hvordan det skulle organiseres best mulig ettersom det var et omfattende empirisk materiale med mye tekst. Jeg valgte å transkribere i skriftstørrelse 9 og markere med linjeskift i forbindelse med turtaking, for at det skulle bli lettere å finne tilbake til relevante deler. Jeg noterte stikkord fra relevante deler av teorien og leste gjennom flere ganger og merket nye sitater som kunne drøftes i lys av relevant retorisk og kommunikativ teori og bidra til å kaste lys over problemstillingen.

Intervjuguiden var utgangspunktet for de spørsmålene jeg stilte, men ettersom jeg også brukte oppfølgingsspørsmål kom respondentene ofte inn på ting som jeg hadde ført opp under andre

kategorier. I analysen har jeg bygd videre på inndelingen fra intervjuguiden ved å bruke rutiner, rom, relasjoner og roller som hovedkategorier. Det fantes imidlertid mange glidende overganger mellom grensene til roller og relasjoner. Dersom kommunikasjonen på den ene siden var preget av rollen, kunne den samtidig formidle noe relevant i forhold til relasjonsbyggingen. Det var også visse forhold ved rutiner og rom som overlappet hverandre, og kunne være et tolkningsspørsmål å definere under en av de to kategoriene.

Selv om jeg behandler hver kategori for seg selv var det flere forbindelser mellom relasjoner og roller. Relasjoner er en kategori som både var et resultat av og et vilkår for symmetrisk kommunikasjon, med andre ord kan vi si at relasjoner er abstrahert fra analysen av det siste temaet i intervjuguiden; ”Kommunikasjon i mottakssituasjonen”. I kategorien kom roller det frem at funksjonen de hadde på enheten påvirker deres holdninger og handlinger på ulike måter. Det kom tydelig frem når de definerte og begrunnet grensene mellom profesjonell, privat og personlig. I enkelte tilfeller var det vanskelig å avgjøre om sitatet skulle plasseres under relasjoner eller roller, fordi noen brukte mye av seg selv i rollen.

Det var også mange aspekter ved rom og rutiner som hang sammen med hverandre. Rutiner gir et bilde av hverdagen i enheten, og kan kaste lys over de ansattes oppgaver og samspill i møte med pasienten i mottakskonteksten, mens rom og beliggenhet kan kontekstualisere ulike former for kommunikative tegn og ytringer. Det var ulike rutiner i tilknytning til forskjellige situasjoner, og bruk av venterom, mottaksrom, vaktrom, skjermingsrom. Rom fysiske rammer kunne også være tolkningsramme i forhold til forhold til støy og beliggenhet, eller fungere som en modalitet med en selvstendig mening. De ansatte på lukket enhet ble blant annet kalt fangevoktere av pasientene fordi de ikke fikk lov til å gå ut når de ville, selv om de var der frivillig, ettersom det bare var de ansatte som kunne åpne dører, skap og skuffer i enheten.

Inndelingen i behandlere og miljøterapeuter bidro til å forklare hvorfor de ansatte hadde ulike prioriteringer, hvordan det påvirket deres relasjon til pasienten, hvilke metoder og holdninger de var styrt av, samt hvordan de definerte oppgaver og roller i mottakskonteksten. Det er imidlertid en svakhet at jeg bare fikk tilgang til to behandlere, og at jeg ikke fikk behandlere med mer variasjon i forhold til kjønn, utdanning og erfaring.

3.1.6 Kjennetegn, styrker og svakheter ved kvalitativ metode

Kvalitativ forskning tar utgangspunkt i samfunnsvitenskaplige paradigmer som sosiologi og humanisme, og studerer fenomener i en sosial kontekst med fokus på en kontinuerlige intersubjektiv prosess. Et av hovedpunktene innen mikrososiologi er at aktørenes definisjon av virkeligheten er utgangspunkt for responsen, hvilket gjør det vanskelig å finne kategorier som tilsvarer de naturvitenskaplige konstanter og variabler, og trekke logiske slutninger fra disse (Ryen, 2002:45).

Kvalitativ metode har vært kritisert for å trekke frem et slående eksempel som bekrefter hypotesen, (Ryen, 2002:20) fremfor å være mer transparente med hensyn til prosessen og det som velges ut og re-presenteres i sluttproduktet (Ryen, 2002:61). Kritikere hevder derfor at det er vanskelig å validere kvalitativ studier (Gentikov, Økologisk Validitet)). I tillegg knyttes studiens reliabilitet til forskerens evner til å studere en verden i endring uten mulighet til å teste ved hjelp av stabile faktorer fordi menneskene interagerer i en sosial og kulturell prosess som endrer premissene (Ryen, 2002:56).

Jeg har valgt å gjengi intervjuene med så stor presisjon som mulig for å få innholdet korrekt. Bortsett fra overflødig tilleggsord og pauser som er vanlig å fylle tiden med mens en tenker ut et nytt svar. I tillegg bruker jeg sitater for å formidle budskapet i stedet for å gjengi det med egne ord og uttrykk for ikke å miste nyanser som er knyttet til stil og valg av ord og uttrykk. Det er viktig å analysere måten ting blir sagt på for å kunne tolke meningsinnholdet. Sitatene kan i følge Svennevig formidle et bilde av den som intervjues, gjennom det virkelighetsbilde som formidles. Det blir mer troverdig dersom leseren selv kan lese og tolke det som siteres (Svennevig, 2009:170).

Ved å bruke en erfaringsbasert teori, såkalt "grounded theory", kan man lage teorier fra dataene. Konstant sammenlikning av nye data i forhold til tidligere data gir en god ide om "konsistens, avvik anomalier og negative caser". I spørsmål om rutiner fikk jeg mange like svar, mens behandlere ikke hadde mye å si om rom. I denne undersøkelsen har de ansattes funksjon og oppgaver tilknytning til deres relasjon til pasienten og hvordan de tolker rollene i mottakskonteksten. Det var interessant å se etter hva som kunne ha sammenheng, hvorfor og hvilken konsekvens det kunne ha i forbindelse med å analysere, trekke slutninger og verifisere eller falsifisere problemstillingen (Ryen, 2002:146).

I følge Erlandson ofl. (1993) foregår det tre parallelle prosesser gjennom undersøkelsen. Data blir ordnet og slått sammen, man definerer kategorier og analyserer negative eller avvikende tilfeller. I følge Erlandson er prosessene interaktive. Analyse og tolkning kan ikke skilles fra hverandre ettersom kategoriseringen også innebærer en god del tolkning. Det er en risiko for å miste noe av meningen ved å dele data i små informasjonsbiter. For at det ikke skal vri data må det stå i forhold til andre enheter på en måte som setter det i sin rette kontekst (Ryen, 2002:146).

Ettersom dette er en kvalitativ undersøkelse kan ikke resultatene av disse generaliseres på samme måte som man gjør i kvantitative undersøkelser i form av holdbare premisser og gyldige slutninger som kan formuleres som generelle eller universelle regler. I "Hvordan utforsker man medieerfaringer?" mener Barbara Gentikov at det likevel finnes en mer pragmatisk tilnærming til generaliserbarhetskravet ved å overføre sine funn til andre områder, i en mer generalisert form. Det kan formidle en viss reliabilitet, selv om det ikke er mulig å validere resultatet av den første testen ved å teste det på nytt med samme betingelser (Gentikov, 2005: 60).

Undersøkelsen av hvordan de ansatte oppfattet rutiner, rom og fysiske rammer, roller og relasjoner i mottakskonteksten ga et detaljert bilde av det kommunikative fenomenet. Dersom man kan trekke ut essensen av dette og overføre det til andre områder med utfordringer i forbindelse med roller og asymmetriske relasjoner kan man si at man abstraherer, fremfor å generalisere. Gentikov mener at man kan ”rekonseptualisere generaliseringsbegrepet ved å innføre begrepet abstrahering”, og at det er en måte man kan identifisere noe ved fenomenet som bidra til ny innsikt (Gentikov, 2005: 61). Dersom undersøkelsen har overføringsverdi kan det også være indikasjon på undersøkelsens validitet.

3.1.7 Etiske hensyn og betraktninger

Ettersom jeg valgte å være åpen om at jeg har vært pårørende til en psykiatrisk pasient i en rekke år, var jeg usikker på om det ville bidra til skepsis fra ledelsen ved den psykiatriske avdelingen. Jeg kan også ha hatt fordommer med hensyn til å få adgang til en lukket enhet, fordi jeg hadde opplevd de ansatte ved en tilsvarende enhet som veldig lojale mot pasientene og helseforetaket. Det virket nesten som om de fikk mer tillit når jeg var ærlig om dette, og både ledelsen og ansatte opptrådte veldig profesjonelt, og bistod både med organisering av lokaler og gjennomføring av intervjuene på enheten, samt vann og kaffe.

Psykiatriske pasienter er en svært sårbar gruppe som er ute av stand til å ta vare på seg selv på en forsvarlig måte, og mange oppfatter det som uetisk å intervju dem, spesielt når det bare er i forbindelse med en masteroppgave, ikke tradisjonell forskning. Det kan være risikabelt å intervju slike pasienter fordi man ikke kan forutse hvilke konsekvenser det kan medføre, samtidig som de empiriske data kan ha variabel reliabilitet. Den psykiske tilstanden eller intervjusituasjonen kan påvirke pasientens svar på andre måter enn det en kan regne med ellers. De beskyttes dessuten av lov og helseforetakets etiske råd, som har strenge regler. De avslår mange av søknadene og har lang behandlingstid.

Vi kan se behandlingskonteksten i lys av pragmatiske og humanistiske hensyn. Den psykiatriske mottaksenheten er en del av en offentlig virksomhet som er basert på et samfunnsmandat som går ut på å forebygge, helbrede, lære og mestre sykdommer og kroniske lidelser. Fra en samfunnsøkonomisk side er borgernes helse og evne til å jobbe relevant når man prioriterer ressurser, fordi det bidrar til å holde i gang velferdsstaten. Den offentlige psykiatrien har til tross for nytt fokus på humanistiske og sosiale aspekter ved mestring og læring, sterke bånd til naturvitenskaplige tradisjoner. Nye lover og senere tids forskning har i innført nye prinsipper om brukermedvirkning og likeverd i psykiatrien. Til tross for dette har tradisjonelle holdninger fra legeprofesjonen stor gjennomslagskraft i organisasjonskulturen, gjennom de ansattes lojalitet til den hierarkiske strukturen i psykiatriske enheter (Ryen, 2002:30).

3.1.8 Metodiske utfordringer

For at analysen skal holde god kvalitet må data i størst mulig grad være uten vridning eller resultat av feiltolkninger på grunn av mangel på profesjonell distanse. I tillegg bør alle intervju suppleres av observasjoner som kan gi kontekstuelle referanserammer. Det er viktig å gjøre dette ved å nedtegne et observasjonsnotat så raskt som mulig, fordi observasjoner relatert til intervjuet, forskningsprosessen eller den intersubjektive relasjonen med respondentene ellers kan gå tapt, eller huskes feil.

Det viktig å analysere måten ting blir sagt på, uvanlig lange pauser, eller taushet som bryter med forventninger, for å tolke meningsinnholdet. ”Den mellommenneskelige språkfunksjonen gjør teksten til en potensiell handling overfor en adressat.” I en mottakssituasjon kan vi sammenligne en ytring med en tekst som kan reflekterer og konstruerer et virkelighetsbilde som virker tiltalende eller støtende på den andre deltakeren (Svennevig, 2009:170).

I og med at behandlere har høyere sosial status enn masterstudenter i humanistiske og samfunnsvitenskaplige fag, skal jeg i følge Anne ryen ”intervjue opp”. Denne formen for intervju ligner dessuten på den terapeutiske metoden, noe som kan føre til at deltakeren tar lederrollen. Jeg opplevde noen tilfeller av korrigerende i forhold til at jeg brukte begreper feil, men ellers var både behandlerne og miljøterapeutene svært imøtekommende og ærlige.

Det var imidlertid en klar fordel å ha kunnskap om rutiner, regler og rammer i ulike deler av psykiatrien, samt erfaring som pårørende. Det bidro til å bygge etos, og gi meg legitimitet i rollen som forsker. Jeg hadde intervjuguiden liggende på bordet i tilfelle samtalen stopper litt opp, men brukte bekræftelseslyder og blikkontakt for å bygge en trygg relasjon, mens jeg brukte oppfølgingsspørsmål og småprat for å få naturlige data.

3.2 Oppsummering og avslutning

Kvalitativ metode gi et mer nyansert bilde av et fenomen enn kvantitativ metode. I alle deler av forskningsprosessen tas det valg basert på forskerens personlige og profesjonelle for-dommer og forutsetninger. Det kan føre til at det finnes relevante underforståtte premisser for hypotesen som ikke blir tatt med i vurderingen og gir en feilslutning som svekker metodens reliabilitet. Den kvalitative metoden bruker forskningsprosessen, forskerens og subjektets forforståelse, kompetanse og interaksjon for å få innsikt i fenomenet som studeres.

I forbindelse med intervjuene fikk jeg dessuten erfare hvordan de ansatte brukte retorikk og kommunikasjon i denne situasjonskonteksten. Noen brukte rollespill for å illustrere måten de taklet situasjoner på, mens andre var mer påvirket av intervjusituasjonen, og å svare som representant for sin faggruppe. Jeg prøvde å se mottakssituasjonen gjennom deres øyne, preget av deres personlige og faglige forutsetninger, for å få innsikt i hvordan deres erfaringer og perspektiv bidro til å forbedre forutsetningene for kommunikasjon i en psykiatrisk mottaksenhet.

4 ANALYSE

4.1 Innledning

Jeg vil analysere og drøfte data som kom frem gjennom åtte semi-strukturerte intervjuer og observasjoner av mottakskonteksten i forbindelse med intervjuene av ansatte i psykiatriske mottaksenheter i et mellomstort helseforetak i Norge. Først vil jeg foreta en analyse med utgangspunkt i kategoriene rutiner, rom, relasjoner og roller som er basert på hovedtemaene i intervjuguiden, med ett unntak. Relasjoner er en abstraksjon av ”Kommunikasjon i mottakssituasjonen” ettersom relasjonsbygging og symmetrisk kommunikasjon var et sentralt premiss for kommunikasjon i mottakskonteksten.

For å drøfte fremtredende aspekter ved det kommunikative fenomenet og den relevante konteksten vil jeg ta utgangspunkt i retorisk teori. I analysen vil jeg bruke sitater til å beskrive hva som kjennetegner kommunikasjon i mottaksenheten og hvordan de ansatte håndterer det ettersom det gir et mer nyansert og autentisk bilde. I drøftingen vil jeg ta for meg hvordan behandlere og miljøpersonale tolker sine og pasientenes forutsetninger for kommunikasjon i mottakskonteksten i lys av sin profesjonelle rolle, juridiske eller etiske rammer, eller personlige verdier.

Et av målene i psykiatrien i dag er at pasienten raskest mulig blir tilbakeført og integrert i samfunnet, slik at de unngår å bli institusjonspreget. I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det hensiktsmessig å få pasienten tilbake i jobb raskest mulig, fordi man kan behandle flest mulig samtidig som man reduserer trygd og andre utgifter knyttet til behandling. Psykiske lidelser kan føre til at pasienten må bruke medisiner resten av livet, mens andre kan lære seg å gjenkjenne symptomer på at de holder på å bli psykotiske, eller lære seg å mestre lidelsen.

Medisiner og tvang kan påvirke pasientens forutsetninger for kommunikasjon på ulike måter. Medikamenter kan stabilisere eller endre den psykiske tilstanden, men de kan også redusere pasientens vilje eller evne til å kommunisere. Dersom man tar utgangspunkt i retorisk teori og definerer psykiatrisk akutfase som et påtrengende problem må det trekkes et skille mellom hva som ikke kan endres ved å bruke kommunikasjon, og hvor vesentlig dette er i en helhetlig sammenheng. Det kunne se ut som om det ikke var effektivt å bruke tvang og medikamenter i forbindelse med å løse kommunikative utfordringer.

De fleste pasientene som ankommer enheten ønsker å få kontakt og bekreftelse på at de er trygge i de nye omgivelsene. De første som møter pasienten er miljøterapeutene. Desto bedre

de klarer å tilpasse budskapet til pasienten, jo bedre forutsetninger for kommunikasjon.. Det er viktig å få innsikt i deres psykiske tilstand og det aktuelle stadiet i lidelsen eller om psykose er utløst av rus, for å tilpasse formen og innholdet til den enkelte pasienten.

4.2 DEN RETORISKE SITUASJONEN

I artikkelen "The Rhetorical Situation" fra 1968 utdyper og definerer Lloyd F. Bitzer den retoriske situasjonen som en situasjon der mangler, utfordringer eller problemer inviterer til forandring, fordi mennesker tilpasser seg til de fysiske, sosiale og mentale omgivelsene på en funksjonell måte. Fra dette perspektivet søker menneskene å tilpasse seg omgivelsene på en harmonisk måte, ved å bruke kommunikasjon og retoriske virkemidler og påvirkning for å forbedre situasjonen (Kjeldsen, 2004:77).

I denne oppgaven er saken hvordan de ansatte og pasientene klarere å takle utfordringer knyttet til kommunikasjon i mottakskonteksten. De ansatte har ulike funksjoner og oppgaver knyttet til sine roller som miljøterapeuter og behandlere. I begynnelsen vil jeg bruke noen sitat fra behandler for å illustrere praktiske og etiske hensyn relatert til tvang, men for øvrig vil jeg presentere miljøterapeutenes svar først, ettersom de treffer pasienten først. Når jeg henviser til informantene vil jeg bruke forkortelsen M for miljøarbeidere, og B for behandlere, og et tall i en vilkårlig rekkefølge. Jeg vil innledningsvis bruke et sitat fra B2 som deler inn pasientene i tre grupper, mens rusproblematikk eller psykose utløst av rusmidler er en egen kategori.

B2) Det er tre hovedgrupper som går igjen, Det er de som har alvorlig psykiske lidelser som psykose, manisk depressiv lidelse med maniske og dårlige perioder. Det er klart at der er det en alvorlig sinnslidelse som ligger i bunnen og som gir de problemer. så har vi selvfølgelig en del som har en personlighetsforstyrrelse iblandet ofte ganske mange andre morsomme ting, og det hender at det blir ganske komplisert.

4.2.1 Det påtrengende problem

Tvangsinnleggelse, og bruk av tvang på en lukket akutenhet er et påtrengende problem som skaper et kommunikasjonsbehov. Mottakskonteksten og hvordan pasientene kommer til enheten bidrar til å påvirke forutsetningene for kommunikasjon med pasientene.

Tvang blir av de fleste mennesker i det norske samfunn ansett som et uetisk inngrep i menneskets autonomi og brudd på internasjonale menneskerettigheter. Det finnes likevel rom for bruk av tvang i forbindelse med psykiatrisk behandling av pasienter i mange land. Vilåret

er at allmennheten og myndighetene mener tvangen kan forsvares ut fra hensynet til samfunnet eller pasientenes beste.

Pasienter som kommer til enheten kan være ekstra sårbare på grunn av sin fysiske og psykiske tilstand. I tillegg mener M4 at sårbarheten er større når pasienten tvangsinnlegges, enn når de går med på det eller ønsker å legge seg inn frivillig.

M4) I forhold til om det her er frivillig eller tvang, så er det jo en vesensforskjell, for det er klart at hvis en pasient kommer inn og skal legges inn frivillig så er det noe han ønsker, da er han opptatt av sitt ønske. Da er det fokus for ham. Det opptar hans oppmerksomhet kan du si men det er klart at hvis han skal inn på tvang og kommer med politiet for eksempel så vil han jo være mer sensitiv i forhold til hvordan vi møter ham, for da er det vårt ønske som står i fokus, ikke hans. Så da flyttes jo oppmerksomheten over på oss mye mer enn de som ønsker innleggelse selv, for de er så opptatt av sitt eget ønske om å legges inn.

Det finnes etiske perspektiver på tvangsproblematikken. Noen av pasientene har svært store utfordringer i forhold til sosiale relasjoner og omstendigheter som kan bidra til å utløse psykose. B1 oppfatter det som om noen av de psykotiske pasientene har det bedre når de er syke enn i virkeligheten de tvinges tilbake til.

B1) En manisk psykotisk person kan for eksempel få for seg at den er blitt frelst og har fått en beskjed om at det er dens oppgave å frelse verden, eller gjøre verden til et så godt sted som mulig. De har det jo helt perfekt, men alle rundt dem lider. Og det er klart, det er kjedelig å ta fra dem det. Du har for eksempel personer som kan ha hatt en forferdelig barndom, og mobbet, og overgrep, og som har forsøkt ting i livet og aldri fått noe til. Og så konstruert seg en forestillingsverden om at man har en posisjon, og får alt dette liksom alt til å henge sammen, og får en selvfølelse og en posisjon på grunn av denne psykotiske forestillingsverdenen.

Bortsett fra forbrytere som er idømt forvaring på sikkerhetsavdelingen, regnes barn og psykiatriske pasienter som en sårbar gruppe, og er derfor beskyttet av lover, kontrollorgan og en nemnd i helseforetaket. De er spesielt sårbare i forbindelse med akutt innleggelse på en lukket mottaksenhet dersom de legges inn på tvang, ettersom de da blir umyndiggjort og må få oppnevnt en verge.

Er de mer sensitive, () pasientene, enn ellers?

M4) Det vil jeg tro, ja. I den situasjonen. () Og så er de veldig sårbare, vet du, og da øker det jo følsomheten i forhold til hvordan de blir mottatt. Sårbarheten er viktig.

4.2.2 Rutiner

Rutiner er relevant i en akutt mottakssituasjon fordi de påvirker de ansattes og pasientenes forutsetninger for kommunikasjon. I tillegg er rutiner preget av rammevilkår, prioriteringer, holdninger og verdier, samt taus kunnskap som er implisitt og underforståtte ting som det kan være vanskelig å sette fingeren på. I noen tilfeller kan rutiner hindre kommunikasjon, i andre tilfeller kan det hjelpe de ansatte å utføre oppgaver på en trygg og forsvarlig måte. Det første møtet er viktig, og de ansatte følger den samme rutinen for å etablere kontakt med pasienten.

M5) Det første er jo selvfølgelig å hilse på dem, og ved å kikke på dem. Vi er veldig opptatt av å se dem inn i øynene og hilse på dem med vanlig norsk høflighet, ved å ta dem i handa. Men det er jo ikke alltid at de ønsker det, og det respekterer vi. Det er ikke noe påtrengende her. Det er ikke alltid de vet hvor de er, og vet hva det vil si, når du rekker frem en hand. Da har de ofte med seg noen.

M4 hadde erfaringer han kunne dra nytte av i forbindelse med å finne rett form og innhold til noen av pasientene. Det var viktig å være konkret ved å bruke de rette ordene, tonefallet, og være en rolig og trygg person de kunne ha tillit til.

M4) ” Jeg prøver å være meg selv, prøver å få personen til å føle seg trygg, både ved væremåte, non-verbal kommunikasjon og det å bruke de rette ordene, for eksempel at "Her er du trygg!", "Vi vil deg vel". [...] Det er veldig viktig ()"Dette er et trygt sted!". Du må være konkret hele tiden.

Mange rutiner er skapt for å legge til rette for et trygt og sikkert arbeidsmiljø fordi mange pasienter kan være farlige for seg selv eller andre i en akutt mottakssituasjon. Noen av de som legges inn kan også komme med politieskorte fordi de har vært utagerende, men det finnes en egen sikkerhetsavdeling til personer som har begått farlige forbrytelser som drap eller legemsbeskadigelse i en psykotisk tilstand. M6 forteller på side 1 at sikkerhet er en del av den vanlige rutinen på enheten.

M6) Vi spør om vi får lov til å gå gjennom bagasjen hvis det er aktuelt, spør om de vil ha noe å drikke, en kopp kaffe, en kopp te, har de spist i dag, er de sultne og så prøver vi å gjøre det så hyggelig som mulig når pasienten kommer, og så prøver vi å bruke tiden godt, informere om at når pasienter kommer hit så går vi gjennom bagasjen til alle nye pasienter av hensyn til om de har medisiner eller om de har narkotika eller, ting de kan skade seg med.

De fleste av miljøterapeutene valgte å sette seg inn i hva som var skjedd tidligere, og få litt informasjon om tidligere innleggelse dersom det var tidligere pasienter, mens noen valgte å lese minst mulig på forhånd for å unngå å bli forutinntatt. M3 forklarer hvordan rutinene kan påvirke miljøterapeutens oppfatning av pasienten før de treffes for første gang.

M3) Vi får jo melding om pasienten og situasjonen på forhånd, hva som har skjedd, hvordan pasienten kommer. Kommer han alene eller med politi eller har han rasert noe på forhånd, eller har han vært hos fastlegen og søkt hjelp, så det har jo mye å si i forhold til hva slag forventninger jeg har til pasienten. [...]Men det kan også være at forventningene er for store eller dramatiske, for de har vært dramatiske på legevakten, men når pasienten da kommer her så roer alt ting seg ned og situasjonen kan være helt annerledes. Så jeg vil jo si at på noen måter blir jeg jo påvirket av den informasjonen jeg har på forhånd, at jeg har noen forventninger til det men det behøver i det hele tatt ikke utforme seg sånn som jeg har forventninger om det.

Miljøterapeutenes rutiner for det første møtet med pasienten er å lese tilgjengelig informasjon, men noen velger å fravike disse for å unngå å bli forutinntatt.

M1) [...]Jeg vet jo en sykepleier som velger å ikke vite noen ting og så tar han en vurdering av de observasjonene han gjør her og nå. En akutsituasjon, og man plasserer vurderinga på det som skjer her og nå. Jeg tror man ofte blir påvirket av den informasjonen man får i forkant, hvilke sykehistorie har pasienten. Selv om det er viktig så kan det også være like viktig å ta det som er her og nå.

I henhold til rutinene blir en av miljøterapeutene fritatt fra andre oppgaver for å ta imot og følge opp den nye pasienten. Det er en måte å sørge for å utrede eventuell suicidalfare, samtidig som det er en kvalitetssikring i forhold til pasienten.

M6) [...]Vi kaller det for første mottak. Det er en egen funksjon her, og det går på omgang i personalet hvem som er første mottak, og da skal vedkommende ha mulighet til å bare konsentrere seg om sine oppgaver.

Pasientens behov for trygghet, næring og hvile ble sett som sentrale i forbindelse med å etablere en nær relasjon med pasienten, og i forbindelse med å stabilisere den psykiske tilstanden på en rask og naturlig måte.

M2) Vi er til stede for pasienten og vi prater med pasienten og har en innledning og ja jeg tenker at vi gjør mye for pasienten ved å møte de med en positiv holdning og være trygge, og at hvis de ikke er trygge så er vi to, sånn at vi er trygge. og å tilby den mat og drikke og informere de underveis” at nå skal vi ringe legen, og så kommer jeg tilbake til deg” og så ”legen vil at jeg skal ta et blodtrykk”, så da gjør jeg det.” Er det greit for deg?”

M6 hadde ansvar for et prosjekt som skulle kvalitetssikre behandlingen av pasienten blant annet gjennom en veileder som fokuserte mer på pasientens ressurser i mottakssituasjonen. Prosjektet tok utgangspunkt i brukermedvirkning og hadde blant annet som mål å forbedre rutiner for innsamling og videreformidling av informasjon.

M6) Vi hadde et prosjekt i 2010, POP Prosjektet. Det heter "Prosjekt for optimale pasientforløp", og et prosjekt som vi kalte "Kvalitetssikring med opplysninger i mottak av pasienter". Vi laget en veileder som bygger på dokumentasjonen om hvordan journalene er bygd opp. [...] Dokumentasjonen ble uoversiktlig og de som skulle bruke den senere de måtte finlese over innkomstrapportene for å finne ut av hvordan ting henger sammen. [...] og når du går inn i samtale har du med en sånn veileder. Så kan du notere underveis. Så bruker vi den som støtte når vi skal dokumentere ting i journalen til pasienten og utgangspunktet for dette var at vi ønsket å få frem pasientens ressurser og mestring i større grad enn det vi gjorde tidligere. Vi hadde med en brukerrepresentant i den prosjektgruppa og hun var veldig tydelig på det at dere må klare å få med hva slags liv pasientene har.

I mottakssamtalen bidro ofte en mer erfaren miljøarbeider med innspill til en mer uerfaren behandler som en kvalitetssikring. M6 mente at behandlernes bruk av skjema å gi inntrykk av problemfokusering, og redusere behandleres forutsetninger til å kommunisere. M6 hadde god erfaring med mer åpen samtale, og mente at man kunne få vite like mye slik.

M6)..det som jeg stiller litt spørsmålstegn ved er en del av spørsmålsstillinga som gjerne behandler kommer med, fordi den er ofte så lukket. Jeg savner flere åpne refleksive spørsmål med lukka spørsmålsstillinger så samtalen faller¹, mer enn den åpner opp, og jeg kunne tenke en mer, sånn generelt, en åpen, spørrende spørsmålsstilling, som inviterte mer til samtale.[...]Men så er det jo sånne samtaler som dette, eller mottakssamtalene som det er jo viktig å komme frem til det "Hvorfor er du kommet her til oss?, Hva kan vi hjelpe deg med?"

1) Da er det jo flere måter å komme til målet?

M6) Ja ikke vel. Så da er det jo jeg tenker at konteksten bestemmer litt, vi har kanskje en halvtime trekvarter på oss.

Et intervju med rutinemessige spørsmål er en effektiv måte å sørge for at hver pasient blir behandlet likt, og kommer gjennom alt som er relevant i den situasjonskonteksten innenfor gitte rammer. Gode rutiner i forbindelse med dokumentasjon og overføring av informasjon kan forhindre motstridende beskjeder og kommunikasjonssvikt. Pasienter som legger seg inn frivillig kan miste tilliten til enheten og velge å skrive seg ut, når slikt skjer.

M4)..Hvis personalet sier en ting og terapeuten noe annet eller en lege sier en ting og en annen sier noe annet.. Altså er det viktig at en snakker sammen før en gir en beskjed til pasienten, at en ikke kjører noe solo-løp. Det er derfor de koordineringsmøtene og sånne ting vi har, at vi har gode rapporter og snakker sammen om ting før vi formidler det til pasienten, så at det er samstemt og fundert. Vi kjører aldri solo oppe her, vi rådfører oss hele tiden i vårt team. Så jeg laget nye

¹ At samtalen skjer på behandlerens premisser og på så vis preger svarene og avskjærer en mer naturlig tilgang til relevant informasjon.

retningslinjer for en pasient i sted for at ikke det skulle bli noen misforståelser nå i helga, for nå er det fri.[...] Det å dokumentere alt, det er jo lett. Men det å finne frem alt av dokumentasjon, det er ikke lett, fordi da må du bla deg gjennom alle skrivene.

Nye rutiner i forhold til en gruppe med pasienter som kunne være utprøvende og utagerende ga mulighet til innleggelse uten å gå den lange veien om fastlege eller legevakt. Det førte til redusert uro og stress i enheten.

M6) ...de kan bare ringe avdelingen her og avtale innleggelse. [...] Dette er pasienter som gjerne har emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse med store følelsesmessige svingninger og fare for selvskadning, og vi har hatt et tilbud her siden 2003 hvor pasienter kan komme veldig kjapt inn, og da er det klare rammer for hvordan vi tar imot. At det skal være korte samtaler. Kun fokus på det som er aktuell krise.

I forbindelse med en undersøkelse vernepleierstudenter hadde utført, kom det frem at denne aktuelle pasientgruppen reduserte selvskadningen og taklet de emosjonelle svingningene bedre, selv om angstnivået steg på grunn av at ikke lenger brukte selvskadning som fysisk avledning. Dette var en pasientgruppe de tidligere hadde hatt mye støy og bråk fra på enheten. Den ene mottaksenheten tok også imot personer som var kommet i personlig krise. De ulike rutinene ble tilpasset de ulike pasientgruppene, samtidig som at en av overlegene mente at alle pasientene skulle ha fått litt påfyll ved denne mottaksenheten.

M5) Det kan være noen som har kommet inn her, de behøver ikke ha en psykisk lidelse for å bli lagt inn her men de kan være i en livs-krise. De kan ha mistet en livsledsager og så er alt gått på tverke; ”Hva med økonomi?” Nei da kan de komme inn her når livets utfordringer er for stort å bære så kommer man til oss [...] Ja, eller noen som kan komme inn og egentlig i en periode har behov for støttesamtaler med noen som kan snakke med dem. Da er det å søke psykiatrisk sykepleier, eller akuttambulans²t team eller ACT- team³ som kan komme og snakke med dem, for en tre måneder til seks måneders periode, fordi at de har opplevd noe eller har behov for da har de litt mere når de reiser.

Behandlerens første møte med pasienten preges av at deres funksjon er å utrede den psykiske tilstanden, lage en behandlingsplan og iverksette tiltak for redusere sykdommens intensitet og

² Ambulant akutteam kan gi hjelp til håndtering av alvorlige psykiske kriser for voksne over 18 år ved hjemmebesøk, eller gjennom samtaler i poliklinikk.

³ ACT team er e tverrfaglig enhet som driver aktivt oppsøkende behandling av mennesker med psykoselidelser.

forbedre funksjonsnivået. Behandlerne brukte kommunikasjon og empati for å få tilgang til informasjon og foreta en faglig skjønnsutøvelse om tilstand og lidelse.

I forhold til pasientene dere møter, har du en strategi i forhold til det?

B2) Ja, det har jeg! Når pasienter kommer inn er det jo viktig for meg å høre hva de har å si. Hva er deres agenda? Om deres opplevelse av virkeligheten stemmer med, virkeligheten på ordentlig. Hva er det egentlig som er det mest vanskelige for dem? Hvordan er situasjonen rundt dem? [...].. og det blir jo en del spørring underveis, om folk er deprimerte så trenger en på en måte å kartlegge det, hvis folk er oppstemt så må en jo kartlegge det, men det viktigste er jo å få et bilde av hvem pasienten er og hvordan han opplever (.) situasjonen, trygging og forklare åssen ting virker.

1) Så du utreder det kanskje med noen standardiserte tester?

B2) Ja. Av standardiserte tester i forhold til selve akuttmottaket så er det vel primært Merders jeg bruker i forhold til depresjon, for den kan jeg, der spør jeg spørsmål og så skårer⁴ jeg i ettertid. Også hvis folk er maniske så finnes en Young mani skala som jeg pleier å bruke, som jeg skårer i etterkant på det i videre utredning. Akkurat i mottakssituasjon er ikke hensiktsmessig, for folk har ofte lissom så kaotisk opplevelse av situasjonen. Da er det mye bedre å gjøre mere ting når ting har roa seg. Ofte så er det best å gjør egentlig når ting har falt så til ro at de ikke trenger å være på en akutt psykiatrisk post lenger.

Dersom pasientene er så syke at det er vanskelig å kommunisere, bruker behandlerne andre strategier. Mat, drikke, hvile og medisiner var viktigere hvis pasienten fungerte dårlig, fordi det bidro til at pasienten fikk et bedre funksjonsnivå. I visse situasjoner kunne det være effektivt å være litt foreldreaktig for å få pasientens tillit.

B2) Ja hvis folk er lite tilgjengelige må en prate sakte, være veldig tydelig i kroppsspråket, bruke god tid, og jeg er ekstra oppmerksom på trygghets-skapende ting. Hvis for eksempel folk er veldig deprimerte kan jeg si klart fra at de er psykotiske eller sånn. Så gjelder det å ta det kuli, ikke presse og være litt laidback. Er de skrekkelig sultne da, gi dem en skive. Det er noe med de primære tingene da, hvis du opplever å bli ivaretatt, så får du tillit. [...]Jeg tenker at det viktigste er at de får et godt bilde, og at måten jeg møter pasienten i mottakssituasjonen er veldig definerende for hvordan han oppfatter psykiatrien, så derfor tenker jeg at det er en viktig ting å bruke tid på, egentlig. Hvis folk er veldig maniske så må en passe på å begrense det litt så det ikke bare tar helt av, hvis de er rusa eller sånn noe. Være litt foreldreaktig. Men da er det viktig at en får med den aller mest prekære informasjonen før de går videre, så får de en grundigere rutine dagen etterpå, at en får gjort de viktigste tingene her og nå.

⁴ regner ut om pasienten skårer nok poeng til å klassifiseres som deprimert

Behandlerne mente at tillit var basis for kommunikasjon i en akutt mottakskontekst, og en forutsetning for å bli bedre. Det viktigste var at pasienten følte de var i trygge hender.

Behandlerne delegerte ansvaret for at pasienten fikk det han trengte til miljøterapeutene.

B2)..Det kommer an på hvor syke folk er egentlig. Er du psykotisk har du ikke evne til det da er de så langt borte at det er vanskelig å få tak i dem, og da tenker jeg at for trygghetens skyld er det viktig å gjøre det litt kjapt, og greit å sende ballen videre til sykepleieren, ikke sant, ”nå må dere passe på ham og se til at han har det han trenger, han trenger litt å spise, han trenger å drikke”, ikke sant. Sørge for planlegging, at han får sove⁵ (), trygghet er alt. Det er derfor viktig å ikke dra ut ting. Hvis pasientene synes det er ubehagelig er det viktig å så avslutte det, for tryggheten og tilliten den er jo basisen for at en i det hele tatt skal få kunne nyttiggjøre seg denne akuttposten.

Vedtak om tvang kan møte motstand fra pasienter og pårørende og skal vedtas av overlegen.

B2) Ja og så gjør vi jo av og til noen avgjørelser som er litt upopulære. Ofte så er det overlegen som gjør de minst populære avgjørelsene i forhold til tvang, eller ikke tvang. Og da kan en få en del frustrasjon, og da tenker jeg at det er sånn en må ta. Det tar vi.

Til tross for at pasientene er psykotiske eller alvorlig syke har behandler plikt til gi dem informasjon. Det skal i henhold til legeetiske regler tilpasses den enkelte pasienten. Den psykiske tilstanden kan i midler tid hindre kommunikasjonen.

6) For det er så store stengsler der at å begynne å snakke om. [...] Det er helt låst! så det man gjør er jo heller bare å informere om hvordan man vurderer, at jeg vurderer deg sånn og sånn, nå skal du få plass her og vi skal hjelpe deg å bli raskt frisk.

Dokumentasjon og viderefremidling av informasjon kunne fungere som kommunikative hindre i mottakssituasjonen, når rutiner for innsamling og bearbeidelse av informasjon ikke fungerte. I et helseforetak er det viktig med oversikt over planer og vedtak. Det var vanskelig å finne relevant informasjon i rapportene, og rutinearbeid ble tidkrevende. Motstridende beskjeder om medikamenter kunne føre til misforståelser, svekke tilliten til enheten og føre til at frivillige pasienter skrev seg ut, med uheldige konsekvenser.

Alle de ansatte var opptatt av at pasienter som fungerte dårlig ikke skulle presses, men raskest mulig få anledning til mat, drikke og hvile først. Det viktigste for at pasienten skulle få nytte av oppholdet var at de fikk tillit til de ansatte og ble trygge nok til å kommunisere. De ansatte

⁵ implisitt – bruk av medikamenter som innsovningstabeletter

mente at den første kontakten var avgjørende og brukte tid på å få blikkontakt, håndhilse og ønske velkommen, slik at pasienten tydelig skulle oppfatte at de ville dem vel.

De ansatte samarbeider og supplerer hverandre i mottakssituasjonen, men brukte ulike metoder og mål. Miljøarbeiderne brukte dialog og åpne spørsmål i form av en mer uformell samtale, mens behandlerne hadde en strategi for å forholde seg til lidelsenes egenart og strategiske mål for å skaffe informasjon ved hjelp av skjema i form av et semi-strukturert intervju med lukkede spørsmål. Miljøarbeiderne fokuserte på det mellommenneskelige, og brukte kommunikasjon og pleie for å gjøre pasienten trygg og etablere en relasjon.

Behandlerne brukte paternalisme og status for å skape en tillitsbasert relasjon og ta ansvar for at pasientene fikk sine rettigheter ved å utføre de oppgaver de var pålagt av loven.

4.2.3 Rom og fysiske rammer

Rom og fysiske rammer blir fremhevet i en akutt mottaksenhet fordi en lukket avdeling gir signaler om at pasientene er farlige eller har alvorlige sinnslidelser. Dørene må låses opp både fra innsiden og utsiden, og de dårligste pasientene må be om tillatelse til alt, fra nye klær til et glass vann på kjøkkenet. Mange pasienter kaller i dårlige perioder de ansatte for fangevoktere.

M2) Det er mange pasienter, og av og til spesielt pårørende, som reagerer på at det er lukket og at det er låst. Lukket psykiatrisk avdeling med skjermet enhet kan være veldig belastende, før de får sett de fysiske rammene. Vi har hatt en del pasienter som har opplevd at pårørende har kommet og har gruet seg veldig for at deres datter eller sønn er på skjermet, og så har de kommet inn på skjermet og sett at der er det bilder på veggene, og det et stort, fint rom, og det er sofa. Noen kan ha tv der inne. Og så roer de seg veldig da, mens de mentale bildene før de kom kanskje var et skrekkeeksempel med polstrede dører på hvite vegger, og sånn du kan ha sett på film.

1) Er det noen av pasientene som har referert til det som et fengsel?

M2) Stadig vekk i dårlige faser så er det () føler de seg gjerne fengslet og innelåst.

M5 og M4 mente at omgivelsene på arbeidsplassen var viktige fordi det reflekterte enhetens holdning og hadde definisjonsmakt.

M5) ...Hvis du kommer inn på et sted som det ser ut som om det har vært et basketak, der det er hull i veggene, det er hull i dørene, det er kanskje sprekk i et glass, kan du fort at folk tolker at her har det vært noen som har vært urolige, eller "hvorfor er det sånn?" Eller er de bare aggressive her? Er de utagerende? Det betyr mye, det tror jeg nok. Hvordan vi har det sånn fysisk her er med på å påvirke. Vi er jo som mennesker generelt med på å påvirke arbeidsplassen her.

Bygningen, rom, beliggenhet og utforming av de fysiske rammene utgjør en del av konteksten i mottaksenheten, men enkelte elementer kan dessuten fungere som kommunikative signaler hvis de bryter med forventninger eller konvensjoner.

M4) Det kan godt være gammelt, bare det er godt vedlikeholdt! For omgivelsene bør være pene, og hvis det er noen malingsflekker, og det blir ødelagt noe, så skal det fikses med en gang! Det er viktig!

I) Hvorfor det?

M4) fordi at hvis ikke, så signaliserer en at her lar vi det forfalle!

I) Ja, og det () hvorfor er det ikke bra?

M4) Nei altså fordi vi bryr oss om alt, vi bryr oss både om miljøet, rommet, tapeten. Det fikser vi! Vi vil at det skal være bra, vi vil at alt skal være bra. (...) Det er jo viktig å reparere ødelagte ting kjapt.

I) Det fikk nesten en sånn symbolsk betydning, i forhold til mennesker, og hjelpe og lege.

M4) Det viser jo undersøkelser også forresten, at folk trives jo bedre i vakre miljøer.

M1 mente også at de fysiske omgivelsene reflekterte de ansattes status og verdi. Dersom ledelsen og samfunnet mente de gjorde en viktig jobb så ville de prioritere arbeidsmiljøet.

4) ..Det er noe med det når man sitter i slitte møbler og ting fra gamle tider, man føler seg lite verdsatt, vi skal ikke gå og arbeide i noe sånn () rask! Pasienten synes også det er hyggeligere å ha noen fine omgivelser, og føler at det er noe viktig vi gjør her og at de føler seg satt pris på. Det føler jeg så absolutt! Og så er det jo også den farefaktoren, med at møblene kan hives og sloss med. Vi har jo litt store og tunge møbler som er vanskelige å hive.

De fysiske omgivelsene kan fungere som psykologisk støy hvis det er institusjonspreget fordi det kan stigmatisere innleggelsen, og fjerne oppmerksomhet fra kommunikasjonen. M4 mener at selv om en ikke kan få det hjemmekoselig er det viktigste er at det ikke er så sterilt, og at det er ryddig.

M4) ..Det er viktig å ha det pent og ryddig! For det viser seg at en del folk som er kaotiske inni seg, de trenger, responderer jo på, at det er ryddig rundt dem. De gjør det. Også at rommene er store nok. [...] Hvis du har et mottaksrom som er trangt så får folk det trangt inni hodet. Plassen betyr noe, det er ladet. Det skal være lett å komme ut av rommet, for eksempel. Samtalerom som dette, hadde vært håll i hode, for her slår døra inn. Døra må slå ut. Hvis du skal ha en samtale med en pasient, så må han ha fluktmulighet. Du må møblere et rom sånn at pasienten har en fluktmulighet, trenger ikke nødvendigvis å flykte, men han skal ha muligheten til det, for det øker tryggheten at han faktisk kan hvis han får en følelse av klaustrofobi, som mange opplever at de gjør, så kan han ha muligheten for å stikke av.

De fysiske rammene fyller flere funksjoner. De skal beskytte pasientene mot seg selv og være trygge omgivelser der de kan få hjelp. Det er viktig å vite hva som er relevant for den enkelte.

Hva kan få symbolsk betydning, og hvorfor? Kan de føle seg fanga, at dette er i et fengsel?

M6) Ja! Det er det en del som sier at de opplever at det er som et fengsel. At de vet det er sykehuset ofte, men at det oppleves som et fengsel. Så må vi snakke om dette. Det er en del av sykehuset, og det er låste dører her fordi vi jobber mye med at folk ikke skal ta sitt eget liv, eller det er mye kaos, ja noe i den retningen der. At det skal gi trygge rammer rundt dem i tillegg, noen trenger de trygge rammene. Det også er mer personale til stede for at det skal være trygt å være her.

Rommet bidrar med en setting, men det kan også bidra til at noe oppleves som kaldt og upersonlig. I mottaksenheter er det viktig at venterommet er i orden fordi pasienten av og til må sitte der en stund før de får hjelp. Noen ganger har ikke personalet tilstrekkelig bemanning til å ta seg av nye som kommer, fordi de som er innlagt trenger hjelp. Venterommet har ingen objekter som lett kan knuses eller kastes, og kan derfor virke nedprioriterte når det egentlig er av praktiske og sikkerhetsmessige hensyn. M2 sier at de kunne hatt noe å fordrive tiden med.

M2) Jeg ville se pasienten litt an, og hvis pasienten var i stand til å nyttiggjøre seg av et blad eller en avis, at jeg kunne tatt det inn til pasienten. Men jeg ser absolutt problemet med å pynte det opp da, at vi må ta i mot akutt, og da kan vi ikke rydde rommet før vi tar imot pasienten.

Bygningen på en av akuttenhetene påvirket de ansatte og pasientene på forskjellige måter. Støy som reflekteres fra murvegger, skrik fra skjermingsrom i nærheten, lyden og lys fra biler utenfor, utformingen av lokalene, lukt eller inneklima kan påvirke deltakernes forutsetninger for kommunikasjon både positivt og negativt. M6 sier at siden det er tørr luft kan en bli fort trøtt og at det kan gå ut over konsentrasjonen hvis en ikke får i seg nok væske. M5 har erfaring med at man kan fylle rommet med noe som appellerer til sansene, og endrer fokus.

M5) Vi har erfaringer med det at vi kan komme på jobb og det kan være mye uro, det kan være vandring, det kan være pasienter som er høyrøstet. Men ved å dempe belysningen, kanskje bake noen rundstykker, så de kjenner noe god lukt, så.. Og noen som har lyst å ut og gå tur, og får brukt seg litt, og kommer inn igjen. Og kanskje den som er kjøkkenansvarlig har laget en litt annen kveldsmat og dekket på. Da har vi erfaring med at ting kan roe seg. Og det er jo litt sånn med det fysiske da, erfaringer med at det kan ha en dempende effekt. Men ikke bestandig.

I noen tilfeller bidrar de fysiske rammene til å definere roller og relasjoner i lys av en mottakskontekst. Ved å dra ut på tur eller drive med aktiviteter kunne deltakerne forhandle om posisjon og syn på ulike ting som er basis for relasjonene på et mellommenneskelig nivå.

M1) Trening fysisk aktivitet, en opplevelse av at man får ut en del frustrasjon. Man er sammen om noe, man gjør en aktivitet i et samhold. At man kan uttrykke frykt, utrygghet, redsel, ambivalens, glede, progresjon. Den opplevelsen av å være sammen med andre mennesker, ikke være så sykdomsrettet men å ha et helt annet fokus på en måte. Man er ikke pasient, men man spiller fotball nå, eller går en tur i baneheia eller noe, musikk, sang, vi har piano og gitar og sånn her. Det blir litt brukt.

Ved å gjøre ting sammen får man felles opplevelser og erfaringer som kan gi grunnlag for en mer symmetrisk og nær relasjon som legger til rette for at pasienten får anledning til å kommunisere på sine egne premisser, i stede for å være objekt som trenger behandling.

M5) I vinter når det var surt og kaldt så går vi heller ned i gymsalen. Der var det noen som hadde bordtenniscup. Det er muligheter til å være nokså mange pasienter der nede, men vi får som regel bare med oss maks tre. Men vi har kjøpt inn tursekk, termos sitteunderlag. og du får en helt annen måte å snakke med pasienten, enn du får når det er strålende sol og du sitter på rullesteinene på hver sitt sitteunderlag og du ser utover havet. Og så sitter de ved siden av deg, og da (..) prater de. De prater om masse som de ikke prater om her inne. Vi har et treningskjøkken som folk står og lager mat som folk har lyst til. Det med å gjøre ting sammen med et annet menneske åpner opp fro at de ønsker å snakke om ting som de ikke ønsker å snakke om når de sitter sånn som vi sitter nå,) for da ser du ikke på dem, du gjør noe. Da er det lettere for dem å prate om vanskelige ting, og da byr anledningen seg med en gang.

Behandlerne mente at de fysiske omgivelsene kunne påvirke pasienten på ulike måter.

B1) ... Jeg tror det ville føles tristere og hvis det var veldig gamle nedslitte bygninger som minte mer om et asyl, på en måte. Det er mer stigmatiserende enn å være innlagt i fine og lyse lokaler og folk som kommer på besøk får et helt annet inntrykk også. Det tror jeg.

Dersom pasienter følte seg som fanger på grunn av de var innelåst på en lukket enhet mente B1 at det kunne påvirke både kommunikasjonen og hele handlingsforløpet.

B1)... Det er klart at selv om man er innlagt frivillig så føler man et visst press til å følge behandlingen. Er man innlagt frivillig så kan man jo utskrive seg selv når som helst. Men jeg tror jo det å ha låste dører er jo () alvorlighetstegn. Det er jo noe som gjør folk litt redde, eller for hva som.. Det ligger en sånn type redsel i underbevisstheten altså, hva som kan komme til å skje. Det vil si at man kan føle det som i et fengsel. Så det er klart det påvirker nok behandlingsrelasjonen og sånt litt, det gjør det nok. At de rådene som man gir innenfor sånne rammer, de får en litt annen betydning enn om man skulle sittet på et fastlegekontor for eksempel.

Deltakernes plassering i rommet kan være påvirket av sikkerhetshensyn, hensyn til pasienters behov, eller være en av behandlers virkemidler for å etablere en relasjon.

B1) Ofte i en mottakssituasjon når en skal ta imot en ny pasient så sitter jo pasienten jo allerede på mottaksrommet sammen med miljøkontakten og venter på meg, så da kommer man jo selvfølgelig inn i rommet og håndhilser og plasserer seg i en stol. Ofte så er det greit å plassere seg i en stol så en ikke er rett ovenfor.[...] Ja altså det er lettere at man blir oppfattet som en motstander på en måte altså, hvis en sitter rett overfor hverandre. For folk i en sårbar situasjon kan det være at det påvirker kommunikasjonen. Det er jo sånn på alle legekontorer at pasienten sitter aldri rett overfor, sitter alltid litt på siden sånn er det altså. I mottaksrommet her da som har, det er jo fire kanter på et bord, så velger ofte jeg å sette meg sånn nitti grader overfor pasienten. Da blir det en greiere samtale, hvor jeg tror pasienten kan hvile øynene rett fram uten å stirre meg rett i øynene, ikke sant? Og så kan han velge når han vil ha blikkontakt. Hvis man sitter rett overfor hverandre så blir det lett sånn at man føler seg tvunget til å ha blikkontakt hele tiden, og det blir veldig intenst. Du må liksom aktivt kikke bort hvis du ikke skal ha blikkontakt. Jeg tenker at det blir en mer avslappet samtale hvis man ikke sitter rett overfor hverandre.

1) Er det også for å skape intimitet at du sitter fysisk nærmere, sånn at du på en måte inviterer til dialog?

B1) Ja, altså da sitter man jo ikke med et bord mellom seg. [...] hadde du sittet på andre siden av bordet der hadde det vært en annen samtale kanskje.

I en mottakskontekst kan bygningen og rommenes beliggenhet og plassering ha større betydning enn i andre tilfeller av hensyn til at pasientene ikke skal oppleve innleggelse som traumatisk eller mer stigmatiserende enn høyst nødvendig, og av hensyn til andre pasienter og ansatte på enheten.

B1) (Beskriver mottaksrommets beliggenhet, mulighet for privat adkomst).. "gjør at de slipper å se alle de andre pasientene, for eksempel" det er jo en lokalitetsmessig bra ting tenker jeg.. [...]..folk eller pasienter oppfører seg jo veldig ulikt. Man kan jo ha folk som går rundt og mumler snakker om å drepe mens de går frem og tilbake i korridorene, og hvis det er det første du møter når du kommer inn så er det klart det er skremmende! Du har jo en del pasienter som har et rart utseende, rar frisyre, overdreven sminke, ikke kler seg adekvat i forhold til det som burde være, og man har jo regler for sånt i posten også men det er noe, det finnes jo personlig uttrykk også som man ikke kan regulere på en måte. Når man skal innlegges i en psykiatrisk avdeling, så er det klart det er en sårbar situasjon. Det er traume på en måte () for veldig mange, (..) bare det å legges inn. Og sånn sett så tror jeg at det er nyttig at en kommer inn på et mottaksrom uten å være gjennom hele avdelingen, og få truffet miljøkontakten allerførst, å får truffet legen og får liksom presentert hva dette her dreier seg om, før man () så man hvert fall har noe kunnskap om hva det er man driver med før man kommer inn i

posten. Ellers kan fantasien lett løpe løpsk tenker jeg. I en sånn sårbar situasjon.. Så det er jo en bra ting da tenker jeg at lokalitetene ligger rett ved utgangsdøra og sånn. For pårørende skal jo helst ikke inn i posten () og vi vil jo begrense det så mye som mulig. [...] Det handler om personvern for de andre pasientene at man skal ikke ha mange fremmede rekende rundt inne på en avdeling det skal jo være de som skal være på en avdeling bortsett fra pasienten, er jo personer med taushetsplikt.

For enkelte pasienter er en lukket psykiatrisk enhet en trygg plass å gjemme seg på, mens B1 har opplevd at pasienter kan bli truende eller utagerende på grunn av de låste dørene.

B2) Altså det at døra er låst er jo avgjort en ting som på en måte folk synes er litt ubehagelig, ofte! Noen ganger når folk har vært beskrevet som ganske suicidale, så kan jo det føles som en trygghet, at det er en hjelp for de til å ikke å være for impulsive Det er jo hyggelig hvis en klarer å ikke ha det for sterilt, samtidig som at når folk kommer inn, særlig når folk er psykotiske så må det være relativt rolige omgivelser og lite å henge seg opp i. Eller så er det lett at det blir vanskelig for dem. Så jeg vet ikke om jeg har truffet eller bomma her egentlig.[...]Det er klart at stolene skal være gode å sitte i, de skal sitte en stund. For min del så er det jo viktig at en har muligheten til å, hvis det skulle oppstå situasjoner () som kunne bli truende, at jeg sørger for at jeg ikke sitter innerst for eksempel hvis folk blir rabiante med en ekstern eller en primær. Ja en sykepleier alltid med også i mottakssituasjonen. Det er klart at det kunne nok også bli oppfattet av pasienten at det blir for folksomt at de nok hadde foretrukket hvis en på en måte mer intimt på et vis og forholde seg til en, men det er jo for å sikre gode rutiner.

Alle mente at det var viktig å ha fine og lyse omgivelser, fordi det er viktig for trivselen både for pasientene og de ansatte. Miljøterapeutene brukte rom og fysiske ressurser for å sette preg på omgivelsene og endre stemningen fordi det kunne legge til rette for kommunikasjon. De brukte aktiviteter og tur for å omgås pasientene på en mest mulig naturlig måte, fordi det kunne gi felles opplevelser å bygge videre kommunikasjon på. Behandlerne la større vekt på pasientens behov for beskyttelse og personvern, og hensynet til sikkerheten for de ansatte.

Noen av miljøterapeutene mente de fysiske omgivelsene var viktig av hensyn til pasientens ulike behov, mens andre mente det reflekterte samfunnets verdier og holdninger til oppgaven de utførte siden det var deres arbeidsmiljø. Behandlerne mente det var viktig at pasienten var skjermet for nye inntrykk ved å ha minst mulig i omgivelsene som de kunne bruke for å utagere.

Miljøterapeutene møter pasienten og tilbringer det meste av tiden sammen med dem på enheten på en relativt uformell måte, mens behandlerne bruker sitt kontor for å bygge etos og formidle status ved at pasienten må avtale et møte først, og få hjelp av miljøterapeutene til å

bli ledsaget dit. I mange tilfeller møter miljøterapeuten pasienten ved inngangen, eller utenfor avdelingen, mens behandleren prøver å skjerme andre pasienter fra innsyn fra utenforstående.

4.2.4 Relasjoner

I en akutt mottakskontekst er det viktig å etablere en relasjon med pasienten fordi det bidrar til å trygge pasienten, og det blir lettere å få informasjonen som trengs for å stille diagnose og sette i gang medisiner og andre tiltak for å forbedre funksjonsnivået raskest mulig. Når pasienten kommer inn dominerer (blomstrer) sykdommen på grunn av for lite søvn, mat og drikke. Når de får hentet seg inn øker funksjonsnivået og de blir mer "seg selv". Da endre samtidig de ansattes forutsetninger for kommunikasjon, og de må bruke mer tradisjonelle kommunikative virkemidler og empati for å bygge relasjoner. Et av målene er å motivere pasienten til å treffe valg som gjør ham i stand til å mestre sykdommen og livet sitt bedre.

Pasientens psykiske tilstand kan påvirke forutsetningene for kommunikasjon på ulike måter. M3 mente likevel pasientene hadde en evne til å oppfatte hva som skjedde omkring seg og at det burde påvirke måten de ble behandlet på.

M3) Jeg vil jo si mellommenneskelig og faglig sett, uansett så kan det være så ille som det kan bli, så har pasienten likevel en eller annen sender eller observator () som tar imot inntrykk og det de møter, som de senere kommer til å huske når psykosen er over så derfor må vi, vi er fortsatt på det mellommenneskelige altså, men også faglige.

I det første møtet er det viktig å etablere en relasjon basert på gjensidig respekt og tillit. I tillegg til kommunikasjon skjer dette også gjennom å vise omsorg.

M3)..og møter pasienten med blikkontakt, håndtrykk, jeg velger ofte å si navnet til pasienten så pasienten føler seg sett og ventet her av oss, og så viser vi de inn her på samtalerommet setter oss ned byr på noe å drikke og prøver å ta imot personen på en respektfull og verdig måte. Det er jo veldig stor forskjell på hvor syke de er når de kommer så mye er jo en vurdering i situasjonen. Er det en utagering, er det en depresjon eller er det suicidalitet? Er det suicidalitet så skal det alltid være en person som sitter sammen med pasienten når ikke den suicidalfaren er vurdert

Empati kan tolkes som en evne til å leve seg inn i, og føle med hvordan andre har det. I rollen som miljøarbeider er det viktig å ha evne til å sette seg inn i pasientens følelser og oppfattelse av situasjonen både av hensyn til at det kan være risiko for selvmord, eller selvskading, men også fordi det er en forutsetning for kommunikasjon og relasjonsbygging. M6 mener det er viktig å ta hensyn til at de pasientene har kroniske lidelser som de sliter med hele livet.

M6) Kullberg sier at det er jo en ti prosent som blir friske, men det er vel gjerne de som er unge. Men det er jo et sånn jevnt tall over hele verden ja en prosent av befolkningen som har alvorlige sinnslidelser, psykoselidelser og manisk depressive lidelse så ()ja! Jeg ser det, jeg er med på det, og det vekker mye empati tenker jeg, det å vite at et menneske har såpass mye å slite med. Det stiller en del utfordringer til evnen til å leve seg inn i, sette seg inn i hvordan vedkommende har det og samtidig kunne kanskje kunne () bety en forskjell i perioden pasienten er her hos oss.

Det har i de senere år har det kommet nye lover om brukermedvirkning, som har satt fokus på empati og likeverd som prinsipper i helseforetakene. Det har redusert muligheten de ansatte hadde til å bruke rollen for å få makt over sårbare pasientgrupper. Lyden av nøkler i en lukket psykiatrisk mottaksenhet kan fremdeles definere en asymmetrisk maktrelasjon ettersom det er et kommunikativt signal på autoritet og status. Lyd har en direkte innvirkning på oss ved at vi får en umiddelbar fysisk reaksjon.

M2)...Det med nøkkelrasling er jo et veldig maktsymbol synes jeg. Det er jo tidligere erfaringer der personalet har gått og snurret med nøkler når de har hengt i beltet, og det er i mine øyne veldig uetisk og dårlig bruk av makt. Så vi har det i lommen. [...]..vi ønsker ikke å vise at med den typen symboler, at vi har makt. For det er ikke det samspillet skal gå ut på, at vi har makt. Vi skal forsøke å få en allianse! For å hjelpe dem, ikke for å bestemme over dem.

Det er også viktig å bruke empati med hensyn til at rollen som pasient er et helt annet utgangspunkt enn å være ansatt på enheten.

M5) Jeg legger aldri ut og tar initiativ til noe om meg selv i en samtale med pasienten, for det har de ingen interesse av å vite, ikke før noen spør. Og det er veldig viktig () synes jeg da. Jeg tar ikke noe selvinitiativ til å prate om mitt liv og min familie. "I dag er det fredag, det skal bli deilig å komme hjem og sette seg i sola. Vi skal grille, vi skal på båttur" Hallo!! De er innestengt på en akuttpsykiatrisk avdeling og de vil ikke være her, de vil være sammen med sin egen familie, men kan ikke gjøre det. Da må man tenke seg om!

Dersom ansatte skulle gå ut av den tradisjonelle rollen til pasienten forutsatte det at de hadde et reflektert og avklart forhold til disse tingene, og at de ikke belastet pasientene med sine egne problemer. De ansatte trenger informasjon om omstendighetene til pasienten, for eksempel i forbindelse med å utrede ressursene og eventuelle barn som kan være pårørende. Men mange pasienter synes ofte det kan være vanskelig å prate om private ting før de har fått en nær relasjon, eller at det kan være noe personlig som de ønsker å ha for seg selv.

M6) Det er jo kommet en del forskning på det at kommer du for nær kan pasienten lukke seg. Det er viktig å ha en undrende, spørrende holdning å være interessert i hvorfor du reagerer som du reagerer. Det ser vi særlig når vi kommer inn på barna.

Noen pasienter kan lukke seg hvis de ansatte kommer for nær, blir for personlige eller kommer inn på det private. M2 mener det er viktig å by på seg selv for at relasjonen skal bli mer symmetrisk, men at en ikke måtte bli privat.

M2) Vi tenker mye på nærhet og avstand og () prinsippene rundt det og at vi kan jo ikke bli for personlige, men vi kan jo allikevel, det er jo noe med at du kan være personlig men ikke privat. Det er jo en fin måte å bli kjent med pasientene på å dele litt av sitt eget med dem, siden de utleverer mer eller mindre hele livet til oss, og så møte de litt, så de føler at det kan bli litt kjent med meg. Men på en på en reflektert personlig måte, uten å være privat, som jeg sa.

Dersom man skal få en god relasjon med pasienten er det viktig å komme pasienten i møte. Det blir kunstig å spille en rolle, og det innbyr ikke til en naturlig relasjon og samtale. M6 mener at man må ta utgangspunkt i det som er viktig for pasienten, og prate med dem ved å dele sin private side også.

6) Hva er viktig i forhold til den pasienten, at det styrer en del av kommunikasjonen, men så er det også viktig å legge bort det og prøve å gjøre en innleggelse så normal som mulig. Å bli kjent og by på seg selv i forhold til interesser og hobbyer og hva som opptar pasienten. At det ikke blir så kunstig, det er veldig viktig, det er der mye av relasjonsbyggingen () skjer, at en også kan snakke om det en holder på med resten av livet som opptar en.

M2 mener også at ved å gjøre aktiviteter i felleskap med pasienten, får de en naturlig anledning til å kommunisere og danne en felles plattform som bidrar til relasjonsbygging på tvers av rollene i mottakskonteksten.

M2) Personlig så bruker jeg kjøre tur, baking, spasertur aktivt, med tanke på akkurat det for å kunne få kontakt. For det er jo avvæpnende aktivitet og det er hyggelige ting som man gjør sammen. Bordtennis spill for eksempel, vi bruker mye gymsal. Og så har vi et treningskjøkken som vi kan bake eller lage mat sammen, og det er jo en kjempes fin måte å bedre kommunikasjonen på, dersom det skulle være litt haltende. For det å sitte inne på et rom å snakke sånn rett overfor hverandre er jo ikke alltid hensiktsmessig. Det kan være fint for legene for de trenger jo det, for det er litt mer konkret. Men som miljøpersonell så er det annen type aktivitet, kortspill, yatzy.

M1 mente at dersom pasientene fikk flere alternative måter å uttrykke seg på kunne man få et bedre utgangspunkt for kommunikasjon med de som ikke er så verbale.

M1) ... Tegning farger tegneblokker, mange unge jenter for eksempel tegner mye mørke bilder med motiver som er ganske destruktive. Noen bruker kull og noen bruker farger, og da er vi inne på rett spor. [...].Bare at vi har de tilgjengelig, da kan du jo sitte hvor som hels. Kanskje noe maling eller håndfast modellkitt, eller noe man kan uttrykke seg gjennom. Andre ting enn ord. For det kan jo også være vanskelig noen ganger

M1 mener at det er bedre å fokusere på noe annet enn sykdom og problemer og bare være sammen som mennesker, i stede for pasienter og ansatte. kunne bidra til å skape relasjoner og fellesskap som bidro til en mer naturlig form for kultur i mottaksenheten som forbedret

M1) Den opplevelsen av å være sammen med andre mennesker, ikke være så sykdomsrettet, men å ha et helt annet fokus på en måte, man er ikke pasient, men man er man spiller fotball nå, eller går en tur i baneheia.

Fra behandlernes perspektiv var de psykiske lidelsene og tilstander som psykose med på å hindre kommunikasjon, fra et vitenskaplig og klinisk perspektiv. B1 mener psykose er en av hovedhindringene for å få kontakt og kommunisere med noen pasienter.

B1) De har ikke noen sykdomsinnsikt. Det som hører med i en psykose er tap av sykdomsinnsikt, og så går jo den kognitive funksjonen ned, så at man mister hjernekapasitet.

Fra behandlernes ståsted var det viktig å etablere en relasjon der pasienten hadde tillit til den profesjonelle kompetansen de hadde. B2 sier at de bruker empati og autoritet for å nå frem til pasienten og skape tillit.

B2) Jeg tenker at for meg så er det på en måte den der empatiske vinkelen som jeg bruker. Jeg prøver å sette seg ned å være åpen og mottakelig, og prøver å forstå situasjonen, prøver å la pasienten komme til orde, [...]. og så litt psykoedukasjon⁶. Men det er hvis folk er deprimert og føler seg skamfull over det, så nevner jeg ” sånn, sånn og sånn”, og ”det er tegnene på depresjon”, og ”du er syk! Det er lov”.

B2 mener det at den viktigste forutsetningen for kommunikasjon med pasientene er at de føler at de blir tatt vare på.

B2) Ja det er jo kjempeviktig, for at hvis pasienten ikke er trygg så vil han heller ikke kunne gi uttrykk for hva som er problemet og hva han føler. Så det er jo basis egentlig.

B1 mener dessuten at det er viktig å tilpasse kommunikasjonen til den enkelte pasienten.

⁶ Psykoedukasjon er at pasienten lærer mest mulig om sykdommen sin for bli i stand til å mestre den bedre.

B1) Ja en må jo ha forskjellige strategier for samtalen.

I) Tilpasser du språket, eller ordene, eller..?

B1) Ja både hva jeg sier, og hvordan jeg sier det, og hvordan mimikk jeg har. Om jeg er frempå, eller om jeg er tilbaketrent, om jeg sier ting på en mer sånn formell ansvarliggjørende måte, eller om jeg er mere velger mer sånn empatisk linje, eller kommer med støtteerklæringer. Det er veldig forskjell på..

B1 brukte seg selv som et instrument for å utrede pasientene, og mente at all kommunikasjon var basert på relasjoner og overføring av følelser.

B1) Jeg har en fagkunnskap i bunnen og så har jeg et erfaringsgrunnlag i bunnen og så har jeg jo en menneskekunnskap, gjennom å ha levd mitt liv, som man naturligvis bringer med seg. Man blir jo følelsesmessig () man kjenner jo på følelser. Det er en overføring av følelser fra pasient til behandler. Man har jo empati, og i hvor stor grad man føler empati det er noe som man bruker i forhold til vurderingen. Psykopater for eksempel, er jo eksperter i å fremkalle empati.

B1 mener det er nødvendig å holde en distanse for å kunne foreta en skjønnsutøvelse på faglig basis, og være i stand til å holde fokus på behandlingen av pasienten.

B1) Min rolle er å være en utenforstående person som stiller de rette spørsmålene som trekker altså kommer med gode vurderinger, for å sette pasienten inn på et nytt spor. De kommer jo stort sett her når de er fastlåst i tankemønstre, og ting bare er kaotiske og de er kommet i en krisesituasjon. Og hvis du da har en livredder som går inn i de irrgangene av tanker, så havner du bare i samme basketaket da. [...] Ja man må jo ha en viss distanse til pasienten for å kunne tenke klart da, og for å komme med de rette spørsmålene og utfordre pasienten på de rette punktene. Man må jo ha en emosjonell distanse, ellers så blir man utbrent etter to uker altså. Da blir man jo psykiatrisk pasient selv. Det er det samme som med foreldrerollen det da. Du kan ikke gå rundt og være barn. Du må ha en viss distanse til det de holder på med.

Pasientene som er innlagt på tvangsparagraf har andre forutsetninger for kommunikasjon enn de som kan velge å skrive seg ut. B1 mener at det kan forsterke den asymmetriske relasjonen og fungere som psykologisk støy.

B1) Som terapeut så har man jo mye makt, det er klart. Sånn sett så har man jo både en god anledning for å komme frem med råd om behandling, og man har jo også en risiko for å.. () ikke gjøre overgrep, det er feil ord, men å trampe over pasientens egne ønsker og vilje. De blir små i forhold da, på en måte. Det er et skjevt styrkeforhold sånn kunnskapsmessig, selv om vi jo gjør vårt for å prøve å jevne det ut. Vi ønsker å ansvarliggjøre pasientene, det er jo de som må ta valgene () på veldig mange områder. Men vi skal jo stille med faglige råd og vil skal komme med anbefalinger, og så får de som er underlagt frivillig behandling, det er jo andre i psykiatrien som er underlagt tvungen psykisk helse

også og det er klart og der har man jo mere makt (latter) og midler å spille på, men de som er motvillig til å ta imot behandling de () tar du jo som oftest frivillig.

For å oppsummere likheter og forskjeller på de ansattes relasjoner til pasientene kan vi si at miljøterapeutene ønsker å ha en mer symmetrisk relasjon til pasientene, og bruker av seg selv for å finne et felles grunnlag å kommunisere ut fra, mens behandlerne bruker empati som en strategi for å finne ut mer om pasienten. Miljøterapeutene brukte dessuten egne erfaringer, aktiviteter, omgivelser og andre kontekster for å redusere det asymmetriske aspektet som henger sammen med rollene i enheten, mens behandlerne bruker retorikk og status for å bygge en foreldreaktig relasjon som skal overbevise pasientene om at de er i trygge hender.

Relasjonene påvirkes også av at miljøterapeutene har den første kontakten med pasientene, og allerede har etablert en relasjon med pasientene når de møter behandler for første gang.

Relasjonen mellom miljøterapeut og pasient preges også av at de er sammen hele døgnet, og får mer kunnskap om hverandre på godt og vondt. Det kan også gjøre til at de tester sine egne og hverandres grenser og at relasjonen blir mer personlig. Behandlerne er ofte nyutdannede eller leger i praksis (LIS) som ikke treffer pasientene annet enn på mottaksrommet eller sitt kontor. Det virket som om de hadde en mer distansert og profesjonell relasjon til pasienten der de ikke bare fokuserte på pasientens behov for omsorg, men også prøvde å ansvarliggjøre.

4.2.5 Roller

I en akutt psykiatrisk mottaksenhet blir kommunikasjonen mellom de ansatte og pasientene svært påvirket av rollene de har. De ansatte er betalt for å bidra med sin faglige, sosiale og kommunikative ferdigheter, mens pasienten kan ha blitt tvangsinnlagt eller kommet som følge av sykdom og problemer knyttet til private forhold. Situasjonsteksten legger føringer for hvordan deltakerne skal oppføre seg og samhandle sosialt gjennom de ulike rollene gjennom regler og konvensjoner.

En behandler har en lovfestet myndighet til å treffe vedtak som kan redusere pasienters autonomi, samtidig som det utløser visse rettigheter som samfunnsborger. Rollen som behandler manifesterer et hierarkisk forhold med pasienten på bunnen av den sosiale rangstigen. De profesjonelle rollene kan brukes til å skape trygghet og tillit, eller frykt og distanse mellom de ulike nivåene. Behandlerrollen er i sterk grad preget av samfunnets tiltro til deres faglige og kommunikative ferdigheter i arbeidet med å hjelpe pasienten til å bli frisk.

Rollen som miljøarbeider har flere fellestrekk med sykepleierrollen, men har en lavere status fordi det ikke regnes som en profesjon med tilsvarende formelle utdannelse og status.

Miljøterapeutene bruker kommunikasjon og pleie for å få pasienten til å føle seg trygg og ivaretatt, ettersom dette er en forutsetning for at pasienten skal bli bedre etter oppholdet på enheten, i motsetning til et opphold på en medisinsk enhet.

Miljøterapeutene bruker visse prinsipper som er med på å definere roller og relasjoner til pasientene.

M2 Vi jobber jo ut fra Gundersens miljøterapeutiske prinsipper, og det er jo støttestruktur, engasjement, beskyttelse og validering. Og når vi jobber med miljøterapi så jobber vi ut fra de punktene og så kartlegger vi pasientens behov i forhold til hvor de er, i forhold til disse prinsippene. Hva trenger vi å tilby de? Trenger de beskyttelse? Nå kan vi øke på med struktur på et senere tidspunkt i forhold til det, og det er jo en verdi som avdelingen jobber utefra i forhold til miljøterapi.

1) Så den holdningen dere har, går den ut på både å beskytte og gi utfordringer?

5) Det kommer an på, dette blir veldig i forhold til behandlings () men vi har jo en gaff score der vi scorer pasienten i forhold til funksjonsnivå og ut ifra den så prøver vi å kartlegge hva pasienten trenger, og det er jo en veldig skjematisk fremstilling.

Sider ved mottakskonteksten eller rollene som kan hemme kommunikasjon med pasientene.

M6) Ja altså mye av det vi er opptatt av her, vi har et stort fokus på mottak av pasienter, vi tar imot nesten 900 pasienter i året bare på denne avdelingen, og vi skal dekke mye i de mottakene og i den løpende pasientkontakten. Så jeg vil jo si at det er mye. Jeg tror nok en tenker gjennom hvordan jeg kommuniserer med pasientene, enn hvordan jeg gjør i en annen sammenheng fordi at det forventes av rollen, det forventes av hva vi skal følge opp i forhold til den pasienten behandlingsplaner.

De fleste sosiale handlinger er avhengige av at vi klarer å kommunisere effektivt gjennom språkhandling tilpasset funksjonen i en bestemt situasjonskontekst. Dersom pasientene som kommer inn er så syke at de har problemer med å ta vare på seg selv på en forsvarlig måte er det viktig at noen kan ivareta deres interesser og rettigheter. Flere miljøarbeidere ga uttrykk for at de hadde en sterk lojalitet til pasienten.

Har du lojalitet, siden du er ansatt her i helseforetaket, til for eksempel profesjonen din, eller har du lojalitet som du kjenner ligger litt nærmere hjertet ditt, som føles mer naturlig for deg?

M3) Jeg føler jo i mottakssituasjonen, og i pasientens situasjon, at jeg er på en måte () Jeg må være lojal overfor pasienten, jeg må være pasientens advokat. Jeg må gjøre det lettere for pasienten også i forhold til legen hvis kommunikasjonen der skjærer seg eller, så er det min oppgave føler jeg.

M3 trekker et klart skille mellom rollen som miljøarbeider og rollen som ansvarlig behandler. Lojaliteten til pasienten kan imidlertid komme i konflikt med lojaliteten til behandlere i situasjoner som låser seg på grunn av at de mangler praksis.

M3) Jeg tror at jeg har en del erfaring, og at jeg er trygg på det jeg gjør, og at jeg vet hva jeg gjør. Men jeg vet at jeg er ingen lege, ingen behandler. Mange ganger kan det være mottakssituasjonen med nyutdanna leger som er usikre () og der de kan framstå som () der situasjonen kan låse seg faktisk, mellom lege og pasient, og da kan jeg be om å få bryte inn. Uansett så er jeg en del av samtalen, kan be om å få stille spørsmål eller () komme med innspill i samtalen, ja!

Miljøpersonalet er opptatt av hvordan pasientene blir tatt i mot på enheten, hva som kommuniseres og hvordan det oppfattes av pasienten. Det er viktig å kvalitetssikre mottakssituasjonen og prøve å nå inn til mennesket, ikke bare definere pasientrollen.

M6) Jeg har tatt det opp flere ganger, og det skal jobbes på nytt, både med hvordan vi tar imot pasienter, vi i personalet og behandlere tar imot, så det er en noe nytt på trappene da. Men jeg skulle ønske at vi hele tiden kunne hatt et fokus på hvordan vi tar imot nye pasienter. Det er jo kvalitetssikring det her handler om, hvordan vi kommuniserer.

1) Må en sørge for at den opprettholdes hele tiden?

M6) På vår poster og presentasjon var overskriften: "Hvem er du?", for å få mer med av hvem er du som pasient som kommer til oss? Ikke bare det at du har en depresjon eller sliter med selvmordstanker.

1) Du går utenfor rollen () pasientrollen, ...du går på mennesket bak symptomene?

M6) Ja, og så få et lite blick inn i hva slags liv har pasienten som kommer alle de sosiale forholdene blir nevnt. Det er ikke dermed sagt at vi får svar på alt dette, men det er jo et viktig utgangspunkt for samtale

Noen sider av rollen kan fremme kommunikasjonen. En av miljøarbeiderne definerer sin egen og pasientens rolle i lys av hverandres formål på mottaksenheten.

1) Spørsmål 12. Kan pasienten har mer tillit til deg siden du er en del av teamet som er rundt pasienten, at du er en profesjonell på en måte?

M1) Ja, jeg tror det. De er jo her for å få hjelp, og vi er i hjelperollen, vi er jo hjelpeapparatet, så jeg tror vi er jeg tror at () ja jeg har opplevd det som at de fleste har stor tillit til oss for det vi gjør. Men så er det jo mange som har en lang historie med psykiatriske problemstillinger, for de skal gjennom flerfoldige tiår, og pårørende har gått i dette i mange år, og () det er kanskje mange av dem som har mistet den der tilliten til helsevesenet Det er det, helt sikkert!

I kjølvannet av nye lover ble brukermedvirkning en del av helseforetaks nye mål med hensyn til å forebygge og mestre kroniske sykdommer og lidelser ved å se på hele mennesket, ikke bare fokusere på pasientens sykdom.

M6) Ja altså vi i lang tid så har vi () så hadde vi vært frustrert over at det blir så stort problemfokus, så hadde vi fått tak i hvordan fungerer dette mennesket hjemme, eller hvordan skal dette mennesket fungere når det kommer ut av avdelinga når det er ferdig med behandlingen? Det er jo et helt liv, og så ser vi jo en helt vanvittig liten del. men det er jo viktig for oss som er akuttposten å så ta tak i det akutte, men vi skal ha syn for hele mennesket og for åh det å hva det kommer fra og hva det går til og vi har laget en baseline og vi har implementert den bruken.

Miljøarbeidernes rolle er gjenstand for kontinuerlig tilpassing i samspill med de andre rollene i mottakskonteksten. I forbindelse med mottakssamtalen har miljøterapeuter og behandlere ulike oppgaver, mens pasientens rolle i stor grad påvirkes av situasjonskonteksten.

M6) .. at vi avklarer vår rolle i samtalen. Jeg er sånn type at jeg gjerne kaster meg utpå Noen behandlere setter pris på det: "Det er bra at du husket på det, at du tok opp det, jeg glemte det, det var bra at du tok opp det " Noen behandlere er mere tilkneppet sånn at de vil kjøre samtalen mer for seg selv. Av og til så bryr jeg meg ikke om det, men jeg spør allikevel. Men noen vil gjerne ha den dere.. for å få flyten i samtalen, det er en sjelden gang. Ofte setter behandlere pris på at vi at vi er aktive. Det at vi har en diskusjonene om vår rollefordeling i mottakssamtaler, det tror jeg er viktig særlig når vi skal ivareta viktige perspektiver.. og vår veileder, i forhold til å gjøre gode mottak.

Rollen som miljøterapeut er vanskelig å avrense fordi de bruker seg selv og sine erfaringer i kontinuerlig samspill med pasientene. Grensene mellom profesjonell, personlig og privat er avhengig av hvordan begrepene defineres til enhver tid, og situasjonskonteksten, noe som åpner for nye muligheter i mottakskonteksten.

Må du som terapeut ha profesjonell distanse til pasientene?

M6) ja det kommer an på hva en legger i profesjonalitet da. Tidligere så gikk der et skille mellom hva det var å være faglig () i motsetning til det å være personlig. En skal ikke bli privat, men i senere tid så er det blitt mer viktig at du skal fremstå som en fagperson. Og da må du jo bruke av deg selv, og da er jo kontaktevne våre forskjellig. Noen holder en større distanse, det kan kanskje være nyttig og bra. Andre kommer tettere på, det kan være bra, men det kan også bli for tett.

1) Men føler du at det nå har glidd over fra at du nå kan være både personlig og privat, som behandler?

M6) Jeg vil ikke si privat. Jeg vil si at hvis du sier skalaen fra privat, personlig og til en fagperson, så kan en godt være personlig til en viss grad. Men du blir ikke privat tenker jeg. For jeg bruker min person i jobben, og med all erfaring jeg har, uten at jeg trenger å bli privat

Noen av behandlerne mener imidlertid at det finnes situasjoner der man kan og bør tre ut av den profesjonelle rollen og møte pasienten på et mellommenneskelig nivå.

M4) Jeg prøver å være meg selv. Prøver å få personen til å føle seg trygg, både ved væremåte, non-verbal kommunikasjon, og det å bruke de rette ordene, for eksempel at "Her er du trygg!", "Vi vil deg vel."

Den lukkede akutenheten utgjør en situasjonskontekst som påvirker deltakernes syn på sin egen og andres roller. Miljøterapeutene interagerer kontinuerlig med pasientene og det bidrar til at de får god innsikt i rollenes begrensninger og fordeler, og er i stand til å gripe anledninger som byr seg.

M6) Vi ser pasienten fire og tjue timer i døgnet, og en beholdersamtale varer kanskje tjue til førti minutter, og det er vi som har stort sett den løpende kontakten med pasienten, i forskjellige skift. Jeg vil jo si at en beholdersamtale er ofte noe annet enn den løpende kontakten resten av dagen, selv om det er det er jo mange samtaler i løpet av en dag som har preg av () så det er vanskelig å sette noe skille da, men en må løfte frem det at personalet har så mye kontakt med pasientene og over lang tid. Det er kanskje så mange mere aspekter som vi er innom. Kanskje en ikke går så mye i dybden som i en beholdersamtale, men når anledningen er der så må en bruke den. At det er en døråpning, at en kan stå i den! Og så da dokumentere det videre til behandler. De fleste av miljøterapeutene mente at det var viktig å by på seg selv og bruke personlige erfaringer som utgangspunkt for å få til en naturlig dialog som bidro til trygge relasjoner i en mottakssituasjon. Det kan også redusere stigmaet ved en innleggelse.

M6) Jeg tror nok en tenker mer gjennom hvordan en kommuniserer med pasientene, enn hvordan jeg gjør i en annen sammenheng, fordi at det forventes av rollen, det forventes av hva vi skal følge opp i forhold til den pasientens behandlingsplaner. [...]. Det styrer en del av kommunikasjonen. Men så er det også viktig å legge bort det og prøve å gjøre en innleggelse så normal som mulig. Å bli kjent, og by på seg selv og i forhold til interesser og hobbyer og hva som opptar pasienten. At det ikke blir så kunstig. Det er veldig viktig, det er der mye av relasjonsbyggingen skjer, at en også kan snakke om det en holder på med resten av livet som opptar en.

I en annen kontekst kan deltakerne forhandle seg frem til felles mening og bilde av verden, samt posisjon og rolle i gruppa. Ved å ta pasientene med ut av enheten kan de ansatte vise en

mer personlig side og legge til rette for kommunikasjon som gir rom for gjensidig fellesskap og relasjonsbygging med pasienten.

M5) I vinter når det var surt og kaldt så går vi heller ned i gymsalen. Der var det noen som hadde bordtennis cup Det er muligheter til å være nokså mange pasienter der nede, men vi får som regel bare med oss maks tre. Men vi har kjøpt inn tursekk, termos sitteunderlag, og du får en helt annen måte å snakke med pasienten enn du får når det er strålende sol og du sitter på rullesteinene på hver sitt sitteunderlag og du ser utover havet. Og så sitter de ved siden av deg, og da prater de. De prater om masse som de ikke prater om her inne. Vi har et treningskjøkken som folk står og lager mat som folk har lyst til. Det å gjøre ting sammen med et annet menneske åpner opp for at de ønsker å snakke om ting som de ikke ønsker å snakke om, når de sitter sånn som vi sitter nå, for da ser du ikke på dem, du gjør noe, og da er det lettere for dem å prate om vanskelige ting. Og da byr anledningen seg med en gang.

Noen av pasientene er opptatt av hierarkiet på enheten, og av at desto mer relevant utdanning og funksjon du har på enheten, jo mer tillit har de til vedkommende.

M2) Det er jo alt fra at pasientene uttrykker tilliten med då si at vi har en pasient nå som vil at jeg skal gi ham medisiner siden jeg er sykepleier, ja og det blir et slags () det danner et slags hierarki i den nye avdelingen. Ved å ha en slags tittel så er jeg "godtatt" for å si det sånn, innenfor hans () innenfor de få menneskene han ønsker å ha kontakt med.

I) vet du hvordan han lager seg det hierarkiet?

M2) Det er basert på at overlegen er øverst og så kommer de andre under, ja psykiatrisk sykepleier, sykepleier, eller hjelpepleier, resepsjonist eller vaskehjelp!

Behandlerne tolker sin rolle i lys av formålet med enheten. Selv om det er vanskelig å ta tak i de psykiske problemene, er det vanligvis en av betingelsene for å bli bedre. B1 mener de må ta ansvar for å kunne fungere bedre.

B1) Man kan jo ikke være innlagt her resten av livet! Man må jo sluse folk u. Man må jo ha en strategi i en samtale, ellers så blir jo alt bare altså sånn terapeutmessig, ellers så blir alt støttesamtaler hvor man ikke får noe fremskritt. Hvor man bare heller får satt fingeren på hvor elendig ting er, og det er jo ikke derfor man er her. Man søker jo behandling for å bli bedre.

B2 opplever at pasientene ønsker å gi informasjon fordi de vil ha hjelp til å bli bedre og at det forbedrer forutsetningene for kommunikasjon.

B2) De blir tillitsfulle, at de har ønske om å gi meg informasjon sånn at situasjonen blir godt belyst og de får best mulig behandling, og det tenker jeg at () det er vel min status som behandler.

B2 mente at behandlerne fikk tillit fra på grunn av sin rolle og funksjon ved enheten, men at det var viktig å samarbeide med miljøterapeuter fordi de hadde mer erfaring.

B2) Etter hver eneste samtale en har hatt i mottak med pasienten så begynner vi med å gå tilbake igjen, sykepleieren som var med og behandler, og diskutere. Og sykepleierne er jo veldig mye mer erfarne enn meg, de aller fleste av dem, så de har veldig mye fornuftig å komme med.[...] Noen ganger, hvis det er en veldig uoppklart situasjon og pasienten er veldig dårlig, da vil overlegen komme til og så hilse på pasienten og få seg sitt eget inntrykk. Og så diskutere vi videre behandling, og da vil jeg alltid konferere det i forhold til medisiner, det vil vi alltid diskutere med overlegen.

B1 mente at behandlerrollen gled over i en veilederrolle, fordi samarbeid ga bedre resultater.

B1) altså statusen altså men så fremt det er mulig så vil jeg jo så vil jeg jo helst ikke bruke noen status, vil helst ikke bli identifisert med så mye status i den i den rollen, fordi i psykiatrisk behandling så er det jo pasienten selv som skal leve med sine problemer. Når de blir skrevet ut herfra så er det de som må ta valgene om de putter disse pillene i munnen eller om de vil gå til psykologen sin, eller om de vil forsøke å gjøre lure ting i livet sitt, eller om de vil la alt skure og gå som de gjorde før innleggelsen, for eksempel. Så det er viktig at pasienten eier så mye som mulig av problemstillingene sine selv, at det er de som kommer frem til svarene, og at det er de som finner ut hva som er lurt. [...] Og så tenker jeg at min rolle skal jo helst være en sånn rådgivnings rolle da, hvor jeg skal sette pasientene best mulig i stand til å leve sine liv på best mulig måte. Så jeg ønsker jo å være mest mulig likeverdig sånn sett da. Det er klart jeg har en fagkunnskap, men det er de som er eksperter på seg selv og vet hva som kommer til å fungere i sitt eget liv Det hjelper jo ikke hva jeg finner på hvis ikke de vil gjennomføre det etterpå Altså hos de aller fleste pasientene som er her under frivillig behandling, ikke sant.

B1 trekker imidlertid et klart skille mellom det profesjonelle, personlige og private i rollen som behandler fordi det viktigste var å utfordre og motivere pasienten til ansvar og endring.

B1) Hvis en skal bruke fagkunnskap, så er det helt nødvendig å ha profesjonell distanse.[...] Min rolle er å være en utenforstående person som stiller de rette spørsmålene, som altså kommer med gode vurderinger, for å sette pasienten inn på et nytt spor. De kommer jo stort sett her når de er fastlåst i tankemønstre, og ting bare er kaotiske, og de er kommet i en krisesituasjon, ikke sant. Og hvis du da har en livredder som går inn i de irrgangene av tanker, så havner du bare i samme basketaket da.

1) så du utfordrer pasienten?

B1) Ja man må jo ha en viss distanse til pasienten for å kunne tenke klart da, og for å komme med de rette spørsmålene og utfordre pasienten på de rette punktene. Man må jo ha en emosjonell distanse, ellers så blir man utbrent etter to uker altså. Da blir man jo psykiatrisk pasient selv. Det er det samme som med forelderrollen det da. Du kan ikke gå rundt og være barn. Du må ha en viss distanse til det de holder på med, og det barna mener. Det må være en tanke med hvorfor toåringen protesterer med

bordet. Du kan ikke si " Så vil du ikke ha det?" Du kan ikke føle med hele tiden. Du må jo sette noen grenser og skissere et terreng som de kan utvikle seg i, og det blir jo litt på samme måte.

Behandlerne har ansvar for å ansvarliggjøre pasienten og motivere til endring for å bli bedre, på samme tid er en forutsetning for kommunikasjon at pasienten føler seg trygg. De fleste pasientene kommer tilbake fordi det er sykdommens natur, og B1 mener at det har flere forklaringer enn at det er på grunn av behandlingssystemets begrensninger.

B1) Det er jo alt etter hvem du spør om det fungerer eller ikke da, for det er jo mange personer som mener at de fungerer veldig dårlig ute, og så kommer de inn her som sånn en trygg havn. Her er det trygt og mennesker rundt en, og bare snille mennesker, og en får servert mat og får nesten ett hotellrom, ikke sant. Og det er klart, de er det jo om å gjøre å få skrevet ganske raskt ut igjen. For blir de innlagt over ganske lang tid, så får de et funksjonstap. De blir jo veldig institusjonalisert og det gjør dem dårligere i stand til å takle livet sitt ute [...] Det er jo mere en kamp om hvem som skal ta ansvaret. Det er jo pasienter som mener at andre skal ta ansvar for deres liv, og vi forsøker å ansvarliggjøre dem.

B1 mente man det var viktig å ha realistiske forventninger til pasientene og akseptere at rollen som behandler har sine grenser, for å unngå å brenne seg ut.

Er det vanskelig å forholde seg til av og til, det at de kommer igjen og igjen, at de ikke blir bedre?

B1) Ja det spørres jo hvor du har fokus da. () Hvis fokus, hvis målsettingen er å gjøre alle friske, så blir du fort skuffet. Hvis målsettingen er å se hva du kan bidra med i den situasjonen, så er det jo veldig mye lettere å jobbe.

B1 nevner flere kilder som påvirker holdningene til funksjon og roller på mottaksenheten. Dersom noen av hensynene kommer i konflikt er det lov om psykisk helsevern som har høyest status, selv om B1 mener at noen pasienter har det bedre i en psykotisk tilstand fordi pasienten har en viktig oppgave og alt får en mening.

B1) Det ene jeg har lojalitet til, som kanskje ligger aller dypest det er jo min egen etikk, mine egne standarder, hva jeg synes er ok og hva jeg ikke synes er ok å gjøre, og så har man jo en fagetikk, ikke sant? [...] Mens leger jo er opplært til å se situasjonen, koordinere, sette i gang tiltak, koordinere og det er klart man får jo en litt ulik fagetikk ut fra sånne hensyn også. Leger er jo løsningsorienterte, det er det som er. Finner gjerne en sånn sjekklister med ting og lager løsninger fremfor å problematisere ting, eller fremfor å bare følge med noen. Eller så () det er klart sånn fagetikk, det har en med seg. Og så har jeg jo lojalitet til pasienten selvfølgelig, med hvordan det må være å være i en sånn situasjon. Og det handler jo litt om empati også, jeg må jo forholde meg til hvordan den personen må oppleve den situasjonen han er i. Og så har jeg lojalitet til avdelingen her. Jeg er jo ansatt for å utføre en jobb,

og for å utføre den jobben finnes det jo masse forskjellige retningslinjer og prosedyrer som jeg er nødt til å forholde meg til.

Det er viktig å avklare rollene i mottakssamtalen fordi behandler og miljøarbeider har ulike perspektiv og funksjon ved enheten. Tradisjonelt har behandler høyest status, men i mottaksenhetene er mange av behandlerne uerfarne fordi de er under opplæring, mens miljøterapeutene har lang fartstid. Det kan påvirke de ansattes og pasientens oppfatning av situasjonskonteksten og påvirke tilliten til den psykiatriske mottaksenhetens kompetanse.

B1) Hvis de vet at de er lagt inn på tvungen psykisk helse, så vet de at det kan bli snakk om tvang hvis de nekter. Det er klart rollen sånn sett er jo på en måte. Man er jo en representant for hvilken makt som ligger i systemet da, på godt og vondt.

Alle setter hensynet til pasientens tillit og trygghet høyt, men de har ulike motiv for å gjøre det. Miljøterapeuten er fokusert på mennesket bak pasientrollen, mens behandler prioriterer ansvaret han fått i kraft av lov om å innlegge og behandle de som er til fare for seg selv eller andre. Miljøterapeutene setter hensyn til at pasienten ikke skal føle at de blir behandlet som et objekt, mens behandlerne prioriterer hensynet til sin egen og de ansattes sikkerhet høyere. Det kan virke som om miljøterapeutene brukte mer empati for å få en symmetrisk relasjon og et felles grunnlag for kommunikasjon med pasienten, mens behandlerne brukte det instrumentelt fordi det ga tilgang til informasjon, og at veiledning ga bedre resultater og gjorde det lettere å motivere pasienten til å treffe de valg behandleren mente kunne hjelpe og mestre lidelsen.

4.3 OPPSUMMERING

4.3.1 Relasjoner og roller

I forbindelse med at miljøarbeiderne jobber så tett innpå pasientene får de innsikt i menneskene bak pasientrollen, samtidig som pasientene tester ut grensene mellom den profesjonelle rollen og deres private holdninger og verdier. De fleste miljøarbeiderne var åpne for å bruke sine personlige erfaringer som basis for å kommunisere med pasienten, forutsatt at det var av hensyn til pasienten. Det var viktig å opptre profesjonelt, fra et etisk og et faglig perspektiv, men også bruke av seg selv for å vise at pasientens ve og vel var det viktigste.

Behandlerrollen preges av sin tilhørighet til legeprofesjonen og den terapeutiske tradisjonen. Denne rollen har høy status både i og utenfor avdelingen både på grunn av den makten de har gjennom det doble samfunnsmandatet og den faglige kompetansen. Dette samfunnsansvaret konkurrerer med hensynet til mennesker som tilsynelatende fungerer bedre i pasientrollen, og

en psykotisk tilstand, enn tilbakeført til et liv de ikke klarer å mestre eller ta ansvar for, på grunn av kronisk psykisk lidelse. Lojalitet til profesjonen, enheten og pasientene forsterker dette dilemmaet, ettersom helsevesenet i følge loven har plikt til å behandle syke mennesker.

Miljøterapeutene og behandlernes oppgaver og funksjon på mottaksenheten supplerer hverandre. Miljøterapeutene sørger for at pasienten får mat, drikke og hvile og fungerer som pleier i forhold til å gi medisiner. Disse oppgavene er resultat av overordnede retningslinjer som er fastlagt av overlegen, og som kommer til uttrykk i rutiner og praksis. Miljøterapeutene møter pasientene som mennesker, ut fra de rammene rollen har, mens behandlerne som har ansvar for å gjøre pasienten bedre, har større fokus på pasientens problemer og symptomer, for å vurdere og forbedre pasientenes funksjonsnivå. Ettersom avdelingen sluser så mange pasienter gjennom hvert år kommer kravet til effektivitet i konflikt med hensyn til pasienter som trenger tid til for å bli i stand til, eller trygge nok til å kommunisere.

Relasjoner henger i denne undersøkelsen delvis sammen med roller, ettersom det finnes glidende overganger mellom den profesjonelle rollen, personlige aspekter ved den og hvem man er som privatperson. Miljøterapeutene tar utgangspunkt i empati og et likeverdsprinsipp når de kommuniserer og bygger relasjoner med pasientene. De ønsker en nær og symmetrisk relasjon basert på gjensidig respekt og tillit, for å gi pasientene tryggheten de trenger for å nyttiggjøre seg oppholdet. De fleste miljøterapeutene mente det var viktig å by på seg selv og bruke sine personlige erfaringer som et utgangspunkt for kommunikasjon og relasjonsbygging med pasienten.

Behandlerne har en mer faderlig og formell relasjon til pasientene, fordi det var lettere å foreta en faglig skjønnsutøvelse. Behandlerne bruker sin status for å få pasientens tillit og troverdighet, samtidig som at veilederrollen legitimerer den asymmetriske relasjonen for å påvirke valgene pasientene tar. Behandleren mener at det er viktig å ha en profesjonell distanse til pasienten og problemene, fordi en relasjon på et privat eller personlig nivå kan påvirke skjønnsutøvelsen, rokke ved tilliten til profesjonen og føre til utbrenthet.

Mange pasienter deler sine opplevelser mens de driver aktiviteter som redefinerer rollene og gir rom for symmetrisk kommunikasjon. Dette øker forutsetningene for en nær relasjon bygd på gjensidig bakgrunnskunnskap på det mellommenneskelige nivået.

4.3.2 Rom

I denne kategorien er hovedfokus på den fysiske bygningen som mottaksenheten er en del av fordi konteksten kan bidra til å påvirke de ansatte og pasienters holdninger og forutsetninger for kommunikasjon. De enhetene jeg besøkte var av ulik dato, materiale og utforming og bidro derfor til å belyse flere aspekter. En av mottaksenhetene var nylig oppusset, men bar likevel preg av tidligere virksomhet, dårlig inne klima og stramt budsjett til interiør og vedlikehold. En av de andre enhetene var ny, lys, med store rom og fint interiør. Det var likevel påtrengende synlig at alle dører og skuffer var låste og at man måtte spørre om tillatelse til alle aktiviteter.

Miljøterapeutene var i større grad enn behandlerne opptatt av de fysiske omgivelsenes betydning. De nevnte ulike forhold som kunne påvirke dem eller pasienten på positive eller negative måter. Noen var opptatt av at omgivelsene skulle reflektere mottaksenhetens holdning til pasientene, at omgivelsene skulle tas godt hånd om. Det var viktigere at det var godt vedlikeholdt enn at det var nytt, fordi det fungerte som et kommunikativt signal til pasientene. Noen mente at dårlige lokaler formidlet lav status og reflekterte at jobben de utførte ikke var så viktig. Andre nevnte at dempet belysning og duftlys kunne endre pasientens forutsetning for kommunikasjon i visse tilfeller, mens at det ikke fungerte andre ganger. Hvis noen av pasientene var høylydte, kunne det skape mer uro i murbygninger.

De fleste miljøterapeutene mente at omgivelsene i mottaksenheten bidro til å definere og kontekstualisere kommunikasjonen mellom de ansatte, og i forhold til pasientene på ulike måter. Behandlernes status kom tydelig frem ved at de tok i mot pasienten etter avtale på sitt kontor, mens miljøterapeutene var sammen med pasientene i mottaksenheten 24 timer i døgnet. Det fantes også ulike territorier på enheten som viste et klart skille mellom pasienter og miljøterapeuter, samtidig som at det fungerte som en referanseramme som påvirket deres og pasientenes forutsetninger til å kommunisere og bygge relasjoner.

Noen av miljøterapeutene nevnte at de brukte aktiviteter og turer utenfor enheten til å legge til rette for kommunikasjon og relasjonsbygging på en mer naturlig måte. En tur i skjærgården ga en ny setting der det mellommenneskelig ble mer sentralt enn rollene de hadde i enheten.

4.3.3 Rutiner

I kategorien rutiner var de ansatte enige i at pasienten først og fremst trengte å komme seg til hektene. Gode rutiner kan gi ro og forutsigbarhet for pasienter og ansatte på enheten, mens manglende eller dårlige rutiner kan bidra til misforståelser, feilbehandling eller at pasienten

mister tillit til enheten og bryter kommunikasjonen ved å skrive seg ut. Men rutinene kan også hindre kommunikasjon fordi det bærer preg av å være innøvd, og gi inntrykk av at dette er en del av oppgavene som hører til rollen. Dersom ikke de ansatte er naturlige og oppriktige kan det formidle at de ansatte er profesjonelle som er betalt for å bry seg om pasientene.

Rutiner kan skape trygghet i forhold til pasienter som har problemer med å sette grenser og som tester de ansattes grenser ofte. En av miljøterapeutene sa at dersom det var enighet om rutinene var det lettere å stå i kaos. De kunne føle seg trygge på at dette var testet og vedtatt som en metode som fungerte bra. Rutinene som dreier seg om informasjon og sikkerhet kan ha vært en følge av at de ansatte er forpliktet til å informere pasienten om sine rettigheter og rammene for oppholdet. På samme tid definerer det rollene og setter tonen på en måte som kan forsterke den asymmetriske relasjonen.

Behandlernes rutiner i forhold til pasientene preges av en funksjonell holdning til pasienter med dårlig funksjonsnivå. De kan delegere ansvar til miljøterapeutene om å sørge for mat og drikke og nekte pårørende å komme på besøk til pasienten har fått sovet skikkelig. Det er også rutiner i forbindelse med tvangstiltak som kan defineres som hard paternalisme. Selv om mange av de ansatte synes synd på slike pasienter, var det ingen alternativer til disse rutinene, og det var viktig at alle fulgte planen behandler hadde vedtatt for at pasienten skulle bli bedre.

4.4 DRØFTING

Behandlerne bruker miljøterapeutene for å bygge tillit til den psykiatriske mottaksenheten og de som er ansatt der. I teorien defineres det på side 24 som strategiske mål, som kan være underforståtte eller skjulte. Miljøarbeiderne og pasientene deler fellesareal, og er tilgjengelige hele døgnet, mens røykerommet er pasientenes fristed. Fra helsegeografisk perspektiv markerer de ansattes og pasientenes bruk av rommet status og rollene i enheten på side 28 og 29 ettersom behandlerne tar i mot pasientene på et mottaksrom eller et kontor etter avtale.

Miljøarbeiderne bruker empati og mild paternalisme for å nå frem til pasienten og etablere en relasjon, mens behandlere bruker den profesjonelle rollen som etos-element for å legge til rette for behandling av pasienten. Kjeldsen kommer på side 27 inn på den endelige etos som er totalinntrykket pasienten sitter igjen med. Det å fremheve sin autoritet kan også fungere som psykologisk støy ettersom det i henhold til Stanly Milgrams Obedience Study på side 14, kan fremkalle en automatisert respons som dreier seg om å underordne seg sterke autoriteter.

Det å fremheve sin autoritet kan også bidra til å forsterke det asymmetriske forholdet på en måte som påvirke endelig etos negativt dersom det bryter med forventninger som pasienten har. Habermas tredje gyldighetskrav dreier seg om hva partene kan akseptere i den sosiale situasjonen, det er et krav om at både pasienten og behandleren må akseptere rollene og relasjonen i mottakskonteksten. I en slik situasjon har behandleren en formell legitimitet til å gripe inn i pasientens liv. Redsel for tvang kan i følge en undersøkelse av sosialpsykologene Langer, Blank og Charouitz, oppfattes som en trussel mot territoriet som fører til en setter opp en mental mur. Det kan også defineres som psykologisk støy på side 12 siden det bidrar til å hindre eller vri kommunikasjonen.

Instrumentell bruk av dialog kan dessuten bli tolket som manglende oppriktighet som i følge Habermas på side 9, er den viktigste av de universelle gyldighetsreglene. Det kan tyde på at behandler ikke har nok brukerinnsikt og kommunikative ferdigheter til å tilpasse budskapets form og innhold til pasienter med et helt annet perspektiv på virkeligheten enn de har. Vi kan sammenligne det med Hamsunds Vision du monde på side 25 der behandleren og pasientens bilde av verden er uforenlig fordi de ser det i lys av ulike tolkningsrammer.

Det kan også sammenlignes med Habermas andre universelle gyldighetskrav på side 10 som dreier seg om at partene deltar i et samarbeidsprosjekt der en forhandler seg frem til en felles forståelse. Kravet om at budskapet skal være relevant i forhold til saken var relatert til at det dreide seg om regler for offentlig debatt der målet var å komme til enighet i et demokratisk prosjekt, forutsatte likeverdige deltakere i følge Habermas. Dersom vi ser kravet i lys av mottakskonteksten, kan vi definere det som et av virkemidlene i et retorisk prosjekt der målet er å motivere pasientene til å begynne å ta ansvar ved å ta medisiner og få behandling, for mestre lidelsen og sitt eget liv. I fra dette perspektivet vil fokus ligge på hva som er viktig for pasienten, og hvordan man klarer å tilpasse og formidle det til mottaker, i stede for å fokusere på behandler som avsender..

Fra dette perspektivet er det viktig å forhandle seg frem til en gjensidig definisjon av rollene i mottakssituasjonen, og sette opp mål som stiller realistiske krav til pasienten. Det kan være motiverende å trekke inn pasientens ressurser utenfor fordi det kan bidra til å sette ting inn i en videre kontekst som står i kontrast til rollen de har i mottakskonteksten. I teorien beskrives det på side 26 som at kontekstualisering påvirkes av forhåndantakelser som blir en overordnet tolkningsramme som er påvirket av tid og rom.

Når pasienten og miljøterapeuten står ved siden av hverandre og lager mat på kjøkkenet åpner det opp for en mer naturlig og symmetrisk dialog. Det samme skjer dersom en av de ansatte tar en eller to pasienter med seg på tur. Pasientene tar mer initiativ til å vise andre sider av seg selv, når ikke mottaksenheten fungerte som en kontekst som definerer dem i lys av rollene. Miljøterapeutenes stil formidler en holdning som pasienten kan identifisere seg med og som i følge Van Leeuwen på side 10. Dersom pasienten får tillit til en ansatt eller enheten, reduseres betydningen av situasjonskonteksten og øker forutsetningene for kommunikasjon.

I følge psykolog Herbert H. Clarks teori om Common ground på side 11, er utgangspunktet for en nær relasjon å samhandle for å kunne kommunisere. Dersom miljøterapeuten tar pasienten med på tur kan det å dele opplevelser og sanseintrykk gi dagbokkunnskap og bidra til en relasjon mellom deltakerne i form av verbal eller non-verbal kommunikasjon mellom to symmetriske deltakere. Dagbokkunnskap. I forbindelse med at rom eller fravær av fysiske rammer kontekstualiserer og preger kommunikasjonens form og innhold kan man si at det har definisjonsmakt. Man kan dermed forbedre forutsetningene for kommunikasjon ved å gjøre konteksten mindre relevant ved å bygge trygge relasjoner.

I retorisk teori på side 26 vil jeg trekke frem Kairos, som dreier seg om evnen til å gripe øyeblikket. Opprinnelig dreide det seg om hvordan en taler kunne bruke ulike virkemidler for å overbevise sitt publikum, men kan også brukes for å oppnå kommunikative eller strategiske mål gjennom muntlig dialog. Det er i følge Christoffersen viktig å ta hensyn til at pasientene er sårbare og at skjønnsutøvelse baseres på etiske prinsipper og regler. Det er i følge Iversen på side 21, også viktig å bruke empati og for å tilpasse budskapets form og innhold til hva som er passende å formidle verbalt, paraverbalt eller non-verbalt i ulike situasjoner i følge Aptum i retorisk teori .

Miljøterapeutene tar utgangspunkt i et mellommenneskelig nivå der de bruker blikkontakt, dialog og berøring for å etablere kontakt og kommunisere med til pasientene. Behandlerne har et kontor eller mottaksrom som formidler deres status, og fungerer som et territorium, mens miljøarbeiderne har vaktrommet, og pasientenes fristed er røykerommet. De som har høyest rang på mottaksenheten er overlegen som har ansvar for å godkjenne vedtak, mens pasienten har lavest status og må underkaste seg alle. Pasienter kan tilpasse seg de hierarkiske reglene fordi de ønsker å holde seg på god fot med de som bestemmer, av frykt for tvang, eller fordi de har respekt for og tiltro til autoriteter, eller håp om at legen skal hjelpe dem å bli friske.

Ved å akseptere behandlerens og miljøterapeutenes definisjoner av pasientrollen og deres forsøk på å nå kommunikative eller strategiske mål deltar pasientene i et samarbeidsprosjekt som i følge Svennevig på side 9 er at deltakerne forhandler seg til enighet om et bilde av virkeligheten. I realiteten er pasienten uten reell innflytelse og prosjektet et uttrykk for at pasienten å tilpasse seg det tradisjonelle hierarkiet.

Behandlere bruker også plassering i rommet for å skape en mindre truende og mer avslappet kommunikasjonssituasjon for pasienten ved å plasserer seg på tilsvarende måte som en allmennlege. I følge Cialdini på side 14 fant de tre sosiologene ut at Klikk-snurr fenomenet ble satt i gang av et utløserkjennetegn, I en mottakskontekst kan det være en hvit frakk, lyden av et nøkkelknippe som rasler, plasseringen ved bordet hos behandler, eller vedtak som delegeres videre til miljøterapeutene. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten underkaster seg behandler autoritet vis ikke Habermas tredje krav om sosial legitimitet innfris selv om målet er å veilede og hjelpe pasienten.

Mens rutinene kan sikre at oppgaver gjøres på en forsvarlig måte og at alle pasientene får lik behandling, kan visse rutiner formidle behandlerens autoritet og status på enheten. Ettersom relasjonen mellom behandler og pasient har klare paralleller til foreldrerollen, kan det legge grunnlag for en overføring av følelser, fra tillitsbasert lojalitet til voldsom opposisjon. Det som defineres som mild og hard paternalisme er utgangspunkt for tradisjonelle holdninger innen lege og behandlerprofesjonen, der deres fagkunnskap er instrumentet de bruker for å stille en diagnose og hjelpe pasienten. Svennevig nevner på side 22 at rollene kan defineres som institusjonell. Dersom pasientene har samme holdning kan et brudd med forventningene svekke etos og fungere som støy.

5 KONKLUSJON

Nye lover om brukermedvirkning og empati, likeverdsprinsippet, de universelle kravene til gyldighet og teori om gjensidig bakgrunnskunnskap setter fokus på relasjonsbygging og mer symmetrisk kommunikasjon som kan brukes i psykiatriske mottaksenheter og i forbindelse med behandling. De faste strukturen og de tradisjonelle rollene til de ansatte kan fungere som en lite fleksibel kontekst med hensyn til relasjonsbygging og kommunikasjon med syke pasienter som kommer inn i mottaksenheten, selv om pasientene trenger beskyttelse og rammer for å være trygge.

De ansatte prøver å møte pasienter ut fra et likeverdsprinsipp, men myk paternalisme i form av omsorg og empati kan sammenlignes med den asymmetriske relasjonen mellom barn og foreldre. Pasienter som kommer til en akutt psykiatrisk enhet kan dessuten ha med seg fordommer og frykt for hard paternalisme. Det er et klart skille mellom pasienter og ansatte som kommer til uttrykk gjennom eksklusive territorier der de samles, og om de kan bevege seg fritt, eller må søke tillatelse til å åpne dører, kjøkkenskap og gå ut. Det forsterker den asymmetriske relasjonen, skaper distanse og kan redusere pasientenes vilje til dialog.

Rutiner og struktur har en viktig funksjon i mottaksenheten fordi det gir mottaksprosessen flyt og bidra til å kvalitetssikre at oppgavene utføres i henhold til lover og regler og foreskrevet praksis. Disse rammene gjør det enklere og tryggere å takle fysiske og mentale utfordringer fra utagerende, selvdestruktive eller farlige pasienter. Det kan også bidra til å skape en viss forutsigbarhet, på en enhet som kan ha høyt stressnivå. Enheten skal forvalte et lovpålagt samfunnsmandat som går ut på å beskytte mennesker mot selvskading, selvmord eller andre syke handlinger. Personalet lever med en risiko for at pasienter kan bli alvorlig skadet, traumatisert eller miste livet, hvis de ikke får kontakt med pasienten eller vurderer noen feil.

I senere tid har tendenser i samfunnet gått mer bort fra å sykeliggjøre mennesker med psykiske problemer ved å tilrettelegge for at pasienter skal leve utenfor psykiatriske institusjoner, eller få behandling ved distriktpspsykologiske senter. Det forutsetter en ny holdning til psykiatriske pasienter med fokus på læring og mestring av en hverdag med utfordringene de har i forbindelse med sin lidelse. Det blir i større grad lagt til rette for brukermedvirkning, og en langt mer aktiv pasientrolle enn før. Tidligere ble det fokusert på pasientenes problemer, mens de i dag tar hensyn til pasientenes ressurser og medvirkning.

Den paternalistiske og omsorgsfulle holdningen er viktig for å gi pasientene en følelse av at noen bryr seg når de er dårlige, og legger grunnlaget for tillit og trygghet. Paternalismen kan imidlertid også videreføre et sykt avhengighetsforhold som holder pasienten igjen fra å lære å takle utfordringer, modnes og bli mer selvstendig. Det kan være nødvendig å utfordre den paternalistiske relasjonen, fordi mer fokus problemløsning og det som fungerer i praksis for å få kontakt med pasientene, samhandle, bygge relasjoner og fokusere mer på ressurser og mestring kan bidra til en symmetrisk kommunikasjon som kan utfordre alle deltakerne.

Pasientens psykiske lidelse, skam og bekymring for barn eller pårørende, kan føre til stress for pasienten. Det kan bli psykisk støy som reduserer pasientens evne til å kommunisere. Fokus på pasientens ressurser, kontakt med de nærmeste, og bistand til for eksempel mindreårige

barn, kan bidra til at de ansatte og pasienten samarbeider om et felles mål, samtidig som det danner gjensidig bakgrunnskunnskap som gir grunnlag for relasjonsbygging. Det kan redusere den asymmetriske relasjonen og skape en vilje til å kommunisere.

De ansatte har ulike måter å nå frem til og veilede pasientene på. I en av de psykiatriske mottaksenhetene kunne pasientene benytte kjøkkenet, eller andre rom i forbindelse med aktiviteter, eller kjøre en tur hvis de var sammen med en av miljøpersonale. Mange pasienter gikk ut av rollen og viste andre sider når de kom ut av mottakskonteksten eller i en annen setting. Når de stod side ved side og laget mat på kjøkkenet skapte det ofte en intimitet og nærhet som la til rette for mer symmetrisk kommunikasjon. Samhandling produserer gjensidig bakgrunnskunnskap og setter fokus på det som de to menneskene har felles, i stede for å fremheve de asymmetriske rollene.

Miljøterapeutene brukte sin faglige bakgrunn og egne erfaringer for å finne nye måter å kommunisere med pasientene på, og var løsningsrettede og kreative når pasienter stadig kom tilbake igjen. En av miljøterapeutene ønsket flere muligheter til å kommunisere og uttrykke seg, for eksempel gjennom musikk eller ved å tegne eller male, fordi det kunne gi et felles grunnlag å bygge videre på. De ansatte må være trygge på seg selv, og ikke belaste pasienter med private eller personlige ting som er uavklarte. Det er viktig med et godt selvbilde, fordi det formidler kompetanse og bygger etos, og høyt etos øker ifølge Svennevig viljen til å lære.

En av respondentene sier at pasientene ikke bare aksepterer hierarkiet på avdelingen, men også forsterker og bygger opp under denne ved for eksempel å nekte å ta imot medisiner fra andre enn sykepleieren. Det kan tyde på at det paternalistiske systemet kan legge til rette for holdninger som hindrer relasjonsbygging og kommunikasjon, selv om omsorg og veiledning kan være et godt retorisk middel for å bygge en etos-basert relasjon i den mest sårbare fasen. Miljøarbeiderne sørger for at pasientene får dekket basisbehov for mat, drikke og søvn. Det kan skape en affektiv relasjon, fordi de føler seg bedre når funksjonsnivå blir høyere. Andre pasienter kan oppfatte omsorg som en ansiktstruende handling og føle seg invadert i stede.

De profesjonelle rollene som behandlere og miljøterapeuter kan hindre relasjonsbygging og dialog på et mellommenneskelig nivå. Pasientene kan være utagerende og uttrykke seg på en måte som forsterker avstanden mellom rollene. Det er en konflikt mellom den profesjonelle og den intersubjektive relasjonen som kommer til uttrykk i diskusjonen om profesjonell, personlig eller privat. Behandlerne definerte rollen gjennom den funksjonen de hadde på enheten, mens miljøpersonalet i større grad var baserte sin rolle ut fra omsorg for pasienten.

Mottakskonteksten er miljøterapeutenes og behandlernes arbeidsplass der de har sine faste territorier og rutiner som gir trygghet og forutsigbarhet. I tillegg har de en formell rett til å treffe vedtak om tvang og innskrenkninger i et menneskes autonomi hvis de er innlagt der. De ansatte har full kontroll over situasjonen mens nye pasienter kan være sensitive, traumatiserte og overveldet på grunn av sin psykiske lidelse og utmattelse på grunn av lite mat og søvn. Dersom asymmetrien viser seg gjennom en innarbeidet rutine er det viktig å være klar over at pasienten kan oppfatte det og oppfatte det som problematisk uten å våge å si det rett ut.

Det er viktig at den interne kommunikasjonen fungerer best mulig, slik at behandlere og miljøterapeuter er enige, samtidig som at det finnes rutiner for å takle kommunikative brudd eller hindringer på en god måte. En av enhetene hadde effektive retningslinjer for situasjoner som kunne oppstå med pasienter, eller mellom ansatte. Dersom det var noe personlig skulle det tas opp så snart som mulig med den det angikk, på tomannshånd. Ellers var det rom for å ta ting opp til drøfting i plenum, eller være uenig i det som behandler hadde vedtatt, forutsatt at det kom i form av konstruktiv kritikk.

Til tross for at miljøterapeuter og behandlere hadde ulike forutsetninger for kommunikasjon i form av ulike roller, status, og kommunikative midler og mål i mottakskonteksten finnes det visse elementer de var enige om at fungerte. Det første møtet med pasienten var preget av en tilstedeværelse, respekt og empati. De ansatte er der for å hjelpe pasienter som på grunn av psykiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser ikke kan eller vil hjelpe seg selv. De kan mangle sykdomsinnsikt, eller foretrekke å la andre ta ansvar fordi livet som pasient er mer komfortabelt og trygt.

De ansattes og pasientens forutsetninger for kommunikasjon kan ikke skilles fra lidelsens natur, eller evne og vilje til å kommunisere. Til tross for at de fysiske rammene og rommene i mottaksenheten kunne kontekstualisere maktrelasjoner og rolleproblematikk hadde det ikke lenger definisjonsmakt når de følte seg trygge og ivaretatt, eller hadde knyttet relasjoner til de ansatte. Habermas gyldighetsregler forutsetter at alle tre krav oppfylles for å hindre at kommunikasjonen brytes.

Det viste seg at de ansatte som våget å bruke seg selv i et mellommenneskelig samspill med pasienten av på bakgrunn av et oppriktig, respektfullt og empatiske ønske om å hjelpe pasienten i form av en gjennomtenkt faglig skjønnsutøvelse hadde best forutsetninger for å etablere en dialog. Jeg vil dermed påstå at symmetrisk relasjoner kan bidra til å motivere

pasientene i å delta i et samarbeidsprosjekt der målet er å bygge en relasjon Habermas universelle gyldighetsregler og teorien om gjensidig bakgrunnskunnskap.

Litteraturliste Master kom 500

Bøker

Aaslestad, Petter (1997) *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890-1990*. Tano Aschehoug (i dag: Universitetsforlaget).

Adams, Paul C. (2009) *Geographies of Media and Communication. A Critical Introduction*. 1st edition. Blackwell. London, UK.

Buber, M (1923) *Jeg og Du*. I Buber, M (1992) *Jeg og Du*. Oversatt av Wergeland, Hedvig. J. W. Cappelens forlag a.s. Oslo.

Christoffersen, Svein Aage (2011) *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. 2. utgave. Universitetsforlaget. Oslo.

Cialdini, Robert B. (2003) *Påvirkning. Teori og praksis*. Abstrakt forlag. Oslo.

Gentikow, Barbara (2005) *Hvordan utforsker man medieerfaringer? Kvalitativ metode*. 2 utgave. IJ-Forlaget AS. Kristiansand.

Holm, Ulla (2005) *Empati - å forstå andre menneskers følelser*. Oslo. Gyldendal akademisk, Oslo.

Ihlen, Øyvind og Robstad, Per (2009) *Informasjon og samfunnskontakt-Perspektiver og praksis*. 3 opplag. Fagbokforlaget. Bergen.

Johansen, Anders. (2008) *Medievitenskap: Medier - kultur og samfunn*”, Fagbokforlaget. Bergen.

Kjeldsen, Jens E. (2004) *Retorikk i vår tid. En innføring i moderne retorisk teori*. Spartacus forlag. Fagernes.

Kress, Gunter (2010) *Multimodality. A social semiotic approach to contemporary communication*. Routledge, New York i USA.

Ryen, Anne (2002) *Det kvalitative intervjuet*. Fagbokforlaget. Bergen.

Svennevig, Jan (2010) *Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Cappelen Damm as. Oslo.

Van Leeuwen, Theo (2005) *Introducing social semiotics*. Routledge. New York, USA.

E-bøker

Curtis, Sara (2010) *Space, place and mental health*. ISDN: 9780754690405 Trykt: Farnham, Surrey, Burlington, UK.

Masteravhandlinger

Iversen, Per Tore (2010) *Vi er da alle mennesker. Erfaringer med brukermedvirkning ved et distriktpsykiatrisk senter. En fenomenologisk studie Gestalt Akademien i Skandinavien, Stockholm*

Steinsvik, Anne-Tone (2007) *Intern kommunikasjon og jobbtrivsel. Er det en sammenheng med intern kommunikasjon og jobbtrivsel?* Universitetsbiblioteket i Oslo, Humaniora og samfunnsvitenskap: 796495KJO

Doktorgradsavhandlinger (PhD)

Fossli Jensen, Bård (2011) *Hospital Doctor`s Communication Skills. A randomized controlled trial investigating the effect of a short course and the usefulness of a patient questionnaire*. UiO, Oslo

Larsen, Inger Beate. (2008) *Det sitter i veggene. Materialitet og mennesker i distriktpsykiatriske sentra*. UiB, Bergen

Terkelsen, Toril Borch (2010) *Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres*. UiB, Bergen.

Stortingsmelding 26

Sosial og helsedepartementet. (1999) *Om verdier for den norske helsetjenesta*. Stortingsmelding 26. (1999-2000). Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Lenker

Psykologisk støy

http://en.wikipedia.org/wiki/Fight-or-flight_response

Milgram Obedience Experiment (4 oktober 2012)

<http://www.youtube.com/watch?v=zpGJjNUbmpo>

Derren Brown tester Milgrams eksperiment i en fjernsynsepisode i "The Heist" fra 2006.

<http://www.youtube.com/watch?v=y6GxIuljT3w>

Kuleshov eksperimentet av Lev Vladimirovitsj Kulesjov, en sovjetisk filmskaper og formalist.

<http://montages.no/2009/10/begrepet-kuleshov-eksperimentet/>

6 SUMMARY

In this analysis I have investigated and discussed the presuppositions for communication in a psychiatric unit within a public health facility from the staffs perspective. I have examined the physical limits and surroundings, the roles, relationships, context and communicative skills based on a functional approach, since the social and cultural aspects were significant to complete the analysis of the communicative phenomenon.

I used qualitative method because I wanted to explore the phenomenon thoroughly and achieve as much relevant information as possible. The empirical data was based on observation and interviews of a strategic choice of healthcare staff at a medium sized hospital in Norway. My assignment was to examine how the staff conceived their own and the patients ability to communicate. The goal was to identify the communicative elements that enhanced the ability to connect and communicate, by analyzing and summarizing before discussing the empirical material, and finally I will try to present some abstractions which may prove as a final result that may be useful in similar contexts and challenges, in regards to physical, asymmetrical relations and roles within a restricted area.

7 VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsbrev

Vedlegg 2. Intervjuguide