

FAGUTVIKLING

Covid-19 hadde stor innvirkning på miljøterapi

Koronarestriksjonene utfordret sykepleiere innen psykisk helseomsorg. Mange følte på avstand, avmakt og frykt.

Rune Kleist Vestbirk

Klinisk sykepleierspesialist

Psykiatrisk Center Nordsjælland, Region Hovedstadens Psykiatri, København

Kristine Rørtveit

Professor

Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Psykisk helse

Psykisk helsearbeid

Kvalitativ studie

Sykepleien 2023;111(91206):e-91206

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.91206](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91206)

Hovedbudskap

Miljøterapi er en viktig del av det psykiske helsearbeidet som planlegges og gjennomføres av sykepleiere innen psykisk helseomsorg. Koronarestriksjonene hadde stor innvirkning på den daglige miljøterapien, og mange sykepleiere var bekymret for tilbudet de kunne gi til innlagte pasienter. Denne artikkelen belyser noen av sykepleiernes erfaringer. Dataene er hentet fra dybdeintervjuer med åtte sykepleiere. Vi mener at funnene våre er viktige i en diskusjon om omsorg, og vi har trukket noen linjer til omsorgsteori.

Miljøterapi er betegnelsen på bevisst planlagt omsorg i daglig institusjonsbehandling. Miljøterapi tar sikte på å styrke pasienters bedringsprosesser blant annet innen psykisk helsevern (1).

Miljøterapiens verdigrunnlag er basert på humanistiske ideer som knyttes opp mot demokrati og fellesskap, og omfatter relasjonsarbeid og lærings- og endringsprosesser. Tilnærmingen er ofte inspirert av psykodynamiske, kognitive og pedagogiske forståelsesmodeller, for å nevne noen (2).

FAKTA

Miljøterapi

Miljøterapi er en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg de til enhver tid tilgjengelige ressursene omgivelsene gir. Gjennom samhandling tar man sikte på å legge til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst og styrking av brukerens egenomsorg. Det oppnår man ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet.

Kilde: Lillevik og Øien (1).

Det kan være nyttig å ha søkelys på omsorg for å gi dybde til miljøterapi. Det er hvilken situasjon vi står i og skal handle godt og riktig i, som er avgjørende for den profesjonelle omsorgen (3).

Omsorgen kommer til uttrykk gjennom faglig vurdering og skjønnsutøvelse. Praktisk kunnskap er viktig sammen med teoretisk kunnskap og skjønn. Skjønn skal skape forbindelse mellom det allmenne og det særskilte (3).

Koronatiltakene fikk store konsekvenser

Under utbruddet av covid 19-pandemien i 2020 ble det på kort tid innført en rekke innskrenkende, praktiske tiltak på sykehus over hele Norge, som en del av smittebegrensningen.

Tiltakene fikk betydelige konsekvenser for sengeposter innen psykisk helsevern. I ettertid kan vi bruke erfaringene for å fremheve viktigheten av den frie, gjennomtenkte og verdige miljøterapien, som i en velfungerende miljøterapietting bør være en selvfølge.

I denne artikkelen forsøker vi å beskrive hvordan betydningen av viktige miljøterapiiltak innen psykisk helsevern ble påvirket av covid-19-tiltakene. Resultatene viser at miljøterapeutene følte de ble utfordret på temaer som avstand og nærhet, avmakt og utilstrekkelighet, belastninger og frykt, avstand og isolasjon – og tidstyver.

Slik ble undersøkelsen gjennomført

Artikkelen er en del av førsteforfatters mastergradsoppgave i relasjonsarbeid ved Universitetet i Stavanger. Erfaring fra å jobbe som miljøterapeut underlagt koronarestriksjoner, med de begrensningene det innebar, inspirerte førsteforfatter til å dybdeintervjue miljøterapeuter i samme situasjon.

Andreforfatter, som er professor og veileder for masterprosjektet, har mange års erfaring som miljøterapeut. Vi lurte på følgende: Hvordan opplevde miljøterapeuter å arbeide miljøterapeutisk og relasjonelt i rammene av koronarestriksjonene?

Vi benyttet kvalitativ metode med systematisk tekstkondensering for å beskrive, analysere og tolke miljøterapeutenes erfaringer (4, 5). Prosjektet ble gjennomført ved en klinikk for psykisk helsevern på vestkysten av Norge.

Vi inkluderte sykepleiere med minimum tre års ansettelse.

Vi inkluderte sykepleiere med minimum tre års ansettelse, og som var ansatt i hele prosjektperioden fra februar 2020 til mars 2021. Vi ekskluderte ledere og sykepleiere ved mottakspost, sikkerhetspost eller ved poster klassifisert som covidpost eller covid-avklaringspost innen psykisk helsevern.

Totalt åtte miljøterapeuter deltok som informanter. De hadde jobbet fra tre til over 20 år på psykiatrisk sengepost. Intervjuene ble gjennomført i perioden januar 2021 til mars 2021. Intervjuene ble transkribert, kategorisert og meningsfortettet (4). Studien ble utført i henhold til Helsinkideklarasjonen (6).

Den daglige miljøterapien måtte tilpasses

Miljøterapeutene beskrev at mange av smitterestriksjonene innebar praktiske tilpasninger i den daglige miljøterapien. Tilpasningene hadde til hensikt å skape fysisk avstand og var knyttet til ulike sammenhenger.

Tilpasningene førte ofte til belastende begrensninger som rammet det relasjonelle miljøterapeutiske arbeidet og følelsen av å arbeide fritt etter grunnleggende miljøterapeutisk og relasjonelle prinsipper.

Restriksjonene rokket med alt fra muligheten til å gi pasienten en god velkomst og god omsorg til det mer generelle i samhandlingen (se tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over funn

Kategori	Subkategori	Situasjoner
Avstand og nærhet	Nært og distansert Smitteeksponert	Situasjoner hvor avstand hemmer samhandling. Redsel for at miljøterapeut og pasient skal smitte hverandre på og utenfor jobb.
Makt og avmakt	Maktbalanser	Opplevelser av skille og forskyvning av maktbalansen. Opplevelser av at pasienters autonomi påvirkes. Kontroll via korrigerende.
Tid og tidstyver	Nye oppgaver Planlegging Informasjonsarbeid	Når nye praktiske tiltak og smittevern tar tid i hverdagen.
Positive følger	Færre pasienter Synlig personale	Når flere ansatte er tilgjengelig for færre pasienter. Mer tid til den enkelte pasient. Når uniform oppleves positivt.

Avstand og nærhet

Koronarestriksjonene krevde fysisk avstand på flere områder, noe som kunne skape en emosjonell distanse. Når miljøterapeutene ikke lenger kunne være nær pasienten og guide eller aktivt benytte beroligende teknikker, måtte hele behandlingsforløpet skje på avstand.

Miljøterapeutene følte de mistet noe i det relasjonelle arbeidet.

Miljøterapeutene følte dermed de mistet noe i det relasjonelle arbeidet.

Fellesområdene inne på postene var ikke laget for å ivareta smittevern, og derfor ble opphold i stuen begrenset. Det ga mindre tid til å samhandle med personalet. En miljøterapeut uttalte:

«[Pasientene] har vel fått mindre kontakt med miljøpersonalet og behandlere. Det ble satt begrensninger på tid i samtaler.»

Ansatte var redde for smitte og for å gjøre feil

Samtalene begrenset seg til å ivareta kartlegging i stedet for å drive relasjonsbygging. Miljøterapeutene opplevde også at pasienter med vrangforestillinger hadde problemer med å forstå situasjonen og smitteverntiltakene. Det medførte høyere grad av mistenksomhet.

Miljøterapeutenes frykt for smitte ble av noen beskrevet som overveldende. De var redde for å ta med smitte hjem. En sa:

«Jeg går rundt og føler meg skitten for ingenting. Har jeg tatt i noe, så føler jeg meg skitten. Så fokuset blir veldig mye på håndhygiene og avstand».

Selv små feil følte kjempestore.

«Men så var det en pasient som trengte å få posten sin. Og da gjorde jeg en feil. Hun fikk jo posten sin inn på avdelingen, og da ble jeg veldig redd for det (smitte). Men det er jo en sånn psykisk belastning at du er så redd for å gjøre feil. Og så gjør du feil noen ganger.»

Makt og avmakt

Fysisk avstand, som innføring av uniformbruk, begrensning av samtaleid, droppe å håndhilse og ikke spise i fellesarealet, ble assosiert med makt.

Det ble innført konsekvenser for manglende overholdelse av smittevern, noe som bidro til ytterligere begrensning av pasientenes autonomi.

Eksempler er at kaffe i fellesrom ble fjernet og at fjernkontrollen til TV-en kun ble administrert av personalet. Det ble også gjort vurderinger av om en pasient skulle få gå ut fra avdelingen i følge med noen fra personalet, om vedkommende skulle få gå ut alene, eller om det skulle gis permisjon.

Miljøterapeutene følte de ble mer autoritære

Det var personalet som til syvende og sist bestemte hvem som kunne få besøk og ikke. Miljøterapeutene følte at de i større grad ble autoritære, og det kunne se ut som at situasjonen ville holde pasienten fast i pasientrollen.

Når miljøterapeutene håndhevet restriksjonene, tok de på seg en autoritær rolle som de ikke var vant til, for eksempel i situasjoner hvor pasientene ikke overholdt avstandskravet.

«Vi gikk jo og korrigerer mye. Altså, det ble et annet fokus. I stedet for å tenke på hva som er det beste for pasienten, så er det jo i forhold til hva som er det beste for avdelingen, i forhold til smitte.»

Å ikke kunne hjelpe pasientene, men heller holde avstand, ga en følelse av avmakt.

Miljøterapeuter kunne også kjenne på avmakt hvis de for eksempel var forhindret fra å vise omsorg for kollegaer.

Tid og tidstyver

Restriksjonene påvirket tidsbruken. Samtaler med pasientene måtte være korte.

«Du kom ikke i dybden på samtalene. Du fikk ikke de gode samtalene, som du gjerne hadde før.»

Restriksjonene og smitteverntiltakene tok tid av arbeidsdagen fordi aktiviteter måtte planlegges nøye.

«Vi får jo på en måte ikke prøvd dem ut. Det går lengre tid før de får utgang med følge. Og lengre tid før de får utgang alene. Og det går lengre tid før vi tenker de kan forholde seg til åpne dører. At de kan gå videre på DPS eller [...] altså, alt tar lengre tid.»

Mange oppgaver følte som tidstyver

Selv aktiviteter hvor personalet ikke nødvendigvis måtte delta, som telefonhenvendelser fra pårørende og forskjellige instanser, organisering av besøk eller turer hjem med familien, følte som tidstyver.

Å til enhver tid holde seg oppdatert på nye restriksjoner, veiledninger og smitteverntiltak tok mye tid. Å utføre smitteverntiltak som desinfisering av kontaktflater og møbler kunne være tidkrevende.

Tidstyvene førte til at det ble større avstand til pasienten.

Andre oppgaver som tok mer tid, var å gjøre ærender for pasientene. Disse tidstyvene førte til at det ble større avstand til pasienten. Noen mente det hindret dem i å gjøre gode observasjoner. Andre mente at det kunne lede til lengre innleggelse.

Pasientene var i høy grad avhengige av at personalet utførte de nevnte gjøremålene.

Positive følger

Færre innleggelse førte til mer tid til en-til-en-oppfølging av alle pasientene. Det kjentes godt at det var nok personale i utageringssituasjoner, nok tid til å ta lange turer alene med pasientene – og tid til mange korte samtaler.

Det veide opp for at lengden på de individuelle samtalene var kortere og for den manglende gruppedynamikken som pasientene ellers ville fått fra medpasientene.

I møte med pasienter som var påvirket av ulovlige stoffer eller pasienter sterkt plaget av psykose, var uniformene med på å fremheve at det var helsepersonell de sto overfor. Dette kunne gi en større trygghetsfølelse og ro i hele avdelingen.

Undersøkelser og dokumentasjon er viktig for ettertiden

Vår tilgang til kunnskap om karantene knyttet seg i stor grad til lærdom fra sammenliknbare pandemiscenarier under SARS-utbruddet tidlig på 2000-tallet og historisk tilgang til pandemier i Europa.

Mens det til nå har kommet flere fortellinger om hvordan koronarestriksjonene har påvirket helsepersonells hverdag, kunne vi ved oppstarten av prosjektet ikke finne forskning på hvordan koronarestriksjonene innvirket på sengeposter som ikke hadde direkte kontakt med koronapositive pasienter.

Historien forteller oss at dette sannsynligvis ikke blir den eneste pandemien i vår levetid, så det å undersøke og dokumentere i form av førstehåndsberetninger er viktig for ettertiden.

Relasjonelle skader heles gjennom refleksjon

Studien understøttes av ideen om at det viktigste i miljøterapien er å bruke relasjoner til å hele relasjonsskader (7). Det skjer via en styrket relasjon gjennom samhandling og dialog. Studien fremhever videre viktigheten av de praktiske gjøremålene knyttet til omsorgen.

Relasjonelle skader heles gjennom refleksjoner om pasienten – refleksjoner som gjøres sammen med pasienten – og om praktiske situasjoner (7). Det er i tråd med Hummelvolls definisjon av innsiktsorientert miljøterapi (8).

Etableringen av en terapeutisk relasjon skjer allerede i første møte.

Den praktiske omsorgen innenfor miljøterapi er lite beskrevet i litteraturen. Elementer som avstand og nærhet, makt og avmakt, tid og tidstyver knyttes i vår studie tett opp til det praktiske miljøterapeutiske arbeidet.

Etableringen av en terapeutisk relasjon skjer allerede i første møte, hvor sykepleieren lytter til og lærer av pasientens fortelling. Sykepleieren sår frøene som gjør at det videre samspeillet med pasienten utvikler seg positivt.

God dømmekraft er avgjørende

En god blanding av ulike kunnskaper trengs, for eksempel ferdighetskunnskap, teoretisk kunnskap, klokskap og dømmekraft (3). Dømmekraft, eller skjønn, skaper en forbindelse mellom det som er allment, og det særskilte i situasjoner. Dømmekraft bør alltid vektlegges, ifølge Alsvåg og Martinsen (3).

Det avgjørende er hvilken situasjon vi står i og skal handle godt og riktig i (3). I vår studie reflekteres miljøterapien som en del av en dynamisk prosess. Praktiske elementer som for eksempel måltidssituasjoner, turer, samtaler og romvask er viktig. Det er i tråd med en dynamisk og helhetlig sykepleie (9).

Sykepleieren tilpasser seg fortløpende for å kunne støtte pasientens behov. Alt skjer som en del av den dynamiske prosessen (9). De fleste situasjonene som miljøterapeuter forholder seg til og handler i, er sammensatte.

Alsvåg og Martinsen (3) argumenterer for at situasjoner skal forstås og fortolkes, og at utøveren skal balansere mellom teoretisk kunnskap, innsikt og ferdigheter.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



DISTANSE: I situasjoner hvor pasienter ikke overholdt avstandskravet,...

LES MER ▾

1. Lillevik OG, Øien L. Hva er miljøterapi? Sykepleien. 2015;103(5):60–62. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2015.54066](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066)
2. Borge L, Hummelvoll JK. Miljøterapi – samspill og læring i helende omgivelser. En oppdatering. Klinisk Sygepleje. 2019;33(1):40–54. DOI: [10.18261/issn.1903-2285-2019-01-04](https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-01-04)
3. Alsvåg H, Martinsen KM. Omsorg og skjønn. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2018;4(3):215–222. DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03)
4. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
5. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
6. World Medical Association (WMA). WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. Ferney-Voltaire: WMA; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 26.01.2022).

7. Skårderud F, Sommerfeldt B. Miljøterapiboken: mentalisering som holdning og handling. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
8. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed. 4. utg. København: Hans Reitzel; 2013.
9. Schjødt T, Heinskou T. Miljøterapi på dynamisk grunnlag. 1. utg. København: Hans Reitzel; 2007.