

# Miljøterapi i en akuttenhet

## Kort intro

- Miljøterapi er selve forskjellen på å være innlagt ved en døgnpost, fremfor å motta behandling poliklinisk.
- Den er grunnen til at vi fremdeles finnes, vår aorta.

### **Påstander:**

- Den har ikke vondt av litt mer oppmerksomhet
- Den kan effektiviseres (som også betyr mer virkningsfull)

# Hva er miljøterapi

- Miljøterapi defineres som en realitets- og aktivitetsbetont behandling som er psykologisk, pedagogisk og sosialt begrunnet, og hvor kommunikasjon og samhandling danner basis (Beckgaard, 1992).
- 
- Miljøterapi er en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale, fysiske og materielle betingelser i forhold til individet og gruppens situasjon og behov (Ahlin et al., 1969).

- Miljøterapi er en reflektert, aktiv, kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å tilrettelegge for utvikling, vekst og modning, og gi gode og overførbare relasjonserfaringer, og derigjennom fremme og tydeliggjøre mer hensiktsmessige samhandlingsmønstre” (Andersen,1997).

## Miljøterapeutiske holdninger:

- Tålmodighet og ikke-krevende
- Vise respekt
- Tilby kontakt og muliggjøre alliansebygging
- Uttrykke forståelse for pasientens situasjon
- Sammenheng i verbal og nonverbal kommunikasjon

## Så da er miljøterapi ...

- Miljøterapi er resursfokusert. Man leter etter pasientens ressurser og ser muligheter for utvikling
- Det handler om å utnytte de mulighetene som ligger i det daglige samværet, rutinene og aktiviteter.
- Kjerneantakelsen er at det daglige samspillet, støtte i omgivelsene og det å ta del i et fellesskap skal ha en terapeutisk effekt på pasientene og deres problemer.

## Fasespesifikk miljøterapi

- Kort og enkelt en miljøterapi som tar utgangspunkt i den fasen som pasienten til enhver tid befinner seg i.
- Kan miljøterapien slik vi kjenner den i dag, gjøres med effektiv- ja tror jeg, om den gjøres mer fasespesifikk.

# Gunderson

- Gunderson (1978) definerer fem terapeutiske komponenter som han mener eksisterer i alle behandlingsmiljøer, uavhengig av type sengepost, pasientgrupper og avdelingsideologi.
- Disse komponentene er selve kjernen i miljøterapien slik som vi forstår den i dag.
- Tanken er at ved å gjøre miljøterapien mer fasespesifikk, så vil disse komponente bli lettere å anvende for miljøpersonalet og dermed komme pasientene mer tilgode.

## Fem terapeutiske komponenter

- **Beskyttelse:** sikre fysisk velvære, øke selvkontroll og å ta vare på liv.
- **Støtte:** øke selvfølelse og identitetsfølelse.
- **Struktur:** forutsigbarhet over tid, for sted og situasjon, skape en trygg plattform.
- **Engasjement:** lære å ta sjanser og utvide sine grenser i forhold til seg selv og andre
- **Gyldiggjøring:** bekrefte pasientens egenart og egenverdi og frigjøre egne ressurser for videre vekst

# GAF-S

## (Global Assessment of Functioning – score)

- **GAF-S:** brukes for angivelse av en persons generelle funksjonsnivå. Det tas hensyn til psykologisk, sosial og yrkesmessig fungering.
- Kontinuerlig skala som løper fra 1 til 100, hvor 1 er det lavest tenkelige funksjonsnivå og 100 er det maksimale.
- GAF-S kan tjene som et mål på psykiatrisk/ psykologisk behandlingsbehov
- GAF-S måling scorer både funksjons og symtombilde.

# En rask oversikt over noen av nivåene i GAF-S

## GAF-nivå 91-100:

- Ingen symptomer. Nivået er representert av glede, kreativitet, livsgnist og psykisk velbefinnende.

## GAF-nivå 81-90:

- Dersom det forekommer symptomer er disse helt minimale. Humøret vil være jevnt og godt, men kan romme lettere stressopplevelser som mild eksamensangst, spenning foran et intervju etc.

## GAF-nivå 31-40:

- Psykosegrense. Rommer også svært alvorlige personlighetsforstyrrelser og svært alvorlige depressive lidelser, misbrukslidelser, angstlidelser osv.

## GAF-nivå 21-30:

- Psykotiske atferdsforstyrrelser og/eller alvorlig suicidalitet av en slik art at utenforstående (inkludert helsevesenet) føler det påkrevet å gripe inn.

GAF-nivå 11-20:

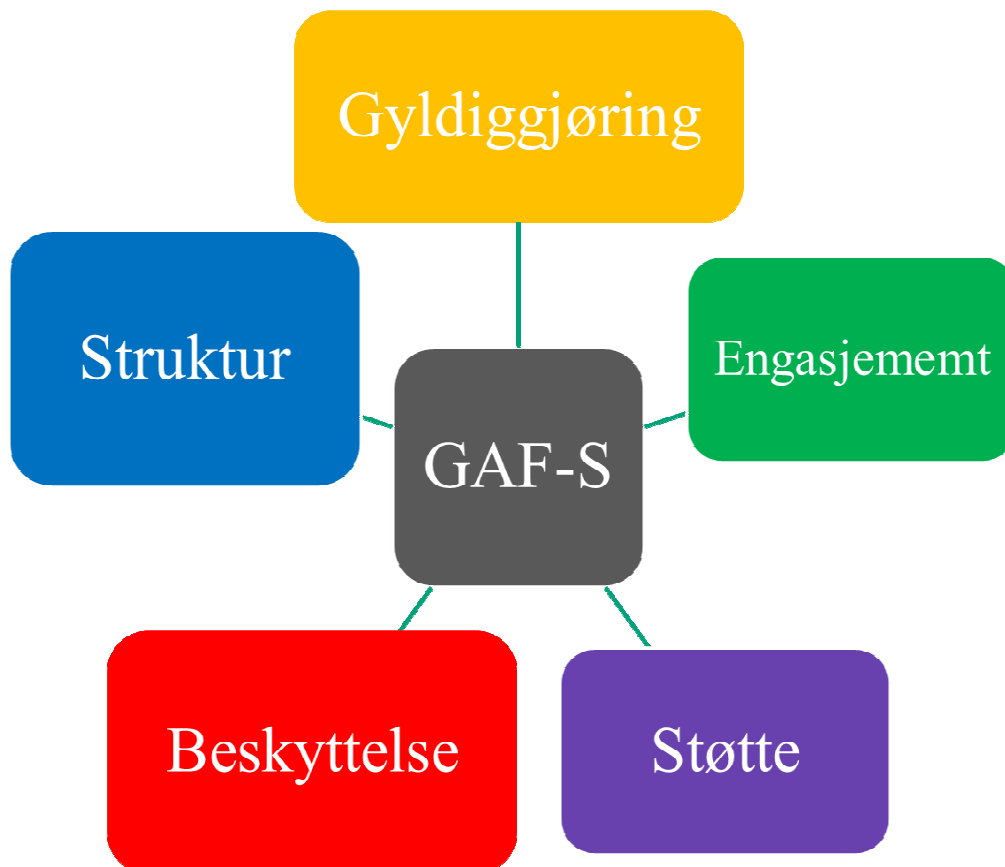
- På dette nivå er vedkommende åpenbart utilregnelig. Skade- begrensende tiltak er nødvendig, men ikke kontinuerlig observasjon.

GAF-nivå 1-10:

- De aller alvorligste psykopatologiske tilstander. Her er symptomer og dømmekraft av en slik art at vedkommende trenger konstant observasjon og beskyttelse.

Forholdet mellom GAF score, symptomfaser og miljøterapeutiske prosesser.

| <b>GAF-S</b> | <b>Symptomfaser</b> | <b>Miljøterapeutisk prosess</b> |
|--------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 - 30       | Akutfase            | Beskyttelse                     |
| 11 - 45      | Subakutt fase       | Støtte                          |
| 25 – 55      | Tertiær fase        | Struktur                        |
| 40 – 65      | Postpsykotisk fase  | Engasjement                     |
| 55 – (90)    | Postpsykotisk fase  | Gyldiggjøring                   |



## Akutenhet 6.1

- Akuttpost 6.1, en akutenhet med 15 senger med en tilhørende mottaksenhet (2 senger) som også har mottaksfunksjon for vår tilhørende akutenhet 6.2 (10 senger).
- Det kan til tider være ganske krevende å komme de ulike pasientgruppene i møte ifh optimal miljøterapi, med tanke på at pasientene ofte kan ha svært forskjellige behov og også toleranse for sine medpasienters lidelsesuttrykk.

## Gaf-S – 6.1

- 6.1 ønsker å unytte GAF-S i større grad enn hva som gjøres i dag.
- Tanken er at det vil kunne gjøre behandlingen mer systematisk og kunne gi en høyere grad av kvalitet på den hjelpen som ytes til den enkelte pasient.
- Tidligere erfaringer fra post C i Arendal (psykosepost) peker også på at personalet opplevde større grad av trivsel og fellesforståelse for den behandlingen som ble gitt den enkelte pasient.

---

## Hvilken fase er pasienten i?

- Pasient ble tilbudt kaffe av et miljøpersonell. Han var i tvil om han ville ha eller ikke. Miljøpersonellet kom tilbake til ham med en halv kopp kaffe og uttalte ironisk «det var ikke mer igjen, men du var jo så usikker på om du ville ha, så da gjør det vel ikke noe»
- Pasienten fortalte om denne hendelsen først flere dager etter. Pasienten sa at etter denne opplevelsen hadde han blitt veldig paranoid på dette miljøpersonellet, og generelt mer mistenksom.

- Pasienten unnskyldte nå dette miljøpersonellet med at han nok ikke virket så syk. I og med at han fremstod som velstelt og i enkel samtale ikke hadde problemer med å fremstå som ordnet og adekvat.
- Det hadde ikke fremkommet noe paranoiditet i behandlers eller miljøpersonalets samtale/kontakt med pasienten i forkant av denne opplevelsen. Men han hadde symptomer som tilsa en Gaf-S på rundt 30.
- Ironi er en svært avansert form for kommunikasjon, som en person med en så lav Gaf-S aldri skal utsettes for.

## Fasespesifikk miljøterapi i praksis

- Vi møter på flere pasienter som har en voldsom svingning i sin psykiske tilstand, da mer en noen gang trenger miljøterapien å være fasespesifikk.
- Jeg trekker frem et eks....

- Pasient som vekslet mellom to svært forskjellig faser.
- Når hun var sammen med venner, var hun stort sett en livlig, utadvendt og tidvis sprudlende jente.
- Når hun kom tilbake til enheten og sitt rom ble gjerne all gladhet borte. Hun kunne bli liggende på sengen, gjerne under dynen i flere timer, og fremstod nærmest som et barn.
- Pasient selvskadet seg, gjerne like etter at hun kom tilbake til post etter å ha hatt det flott med venner.

- Blant miljøpersonellet verset det flere ulike tanker og følelser ifh til pasienten, de store svingningene og behandlingen.
- Glad og tilsynelatende godt fungerende i det ene øyeblikket, sur og «helt umulig å samarbeide med» i neste øyeblikk....
- «Hun snakker med noen få av personellet, men oss andre svarer hun nesten ikke»...
- «Når hun selvskader seg, hvorfor får det ikke konsekvenser for henne, hvorfor får hun dra avsted med venninner like etterpå».....

- For å unngå hyppige, tidkrevende og tildels lite konstruktive diskusjoner. Ble en enige om å sette sammen en behandlergruppe bestående av pasientens behandler, enhetsleder og miljøpersonellet som jobbet med pasienten.
- En opplevde da i denne gruppen at Gaf-S var et verktøy som kunne være med på å forklare og lage struktur for hvilke miljøterapeutiske tilnærminger som skulle ytes og når de skulle ytes ovenfor pasienten.

- En kunne si at det er ingen som med sikkerhet kan si noe om at dette er viljestyrt eller ikke, men en kan med sikkerhet slå fast at personen har ligget under dynen uten å ha tatt til seg vått eller tørt i 7 timer, hun blør i pannen fordi hun har skade seg selv osv.
- Hun hadde en Gaf-S på rundt 70 når hun var ute med sine venner, akkurat nå har hun kanskje bare 15. Den sprudlende jenta er ikke her akkurat nå, derfor fokus på beskyttelse og støtte. Derfor hyppigere intervallobservasjon....

# Fasespesifikk miljøterapi er et must

- Det gjelder alle, men som et tydelig eks, pasienter med dissosiasjonsproblematikk må ha en miljøterapi som er fasespesifikk.
- Eks: Pasient som i opp mot 23 timer i døgnet oppholdt seg i posten uten at en kunne merke noe videre til henne. Hun fungerte bra ifh til egenomsorg, sosialt osv. Når hun dissosierte krevde hun sine 2-3 tre menn. Gaf-S ned mot 0.
- Overhengende fare for liv og helse. Fokus på beskyttelse og tiltak som kontinuerlig observasjon.

- Etterhvert som pasient kom mer til seg selv, og en opplevde at Gaf-S var stigende, mer fokus på støtte.
- Når pasient var kommet til seg selv igjen, var en over på struktur (rydde på plass møblende på rommet osv).

- I stor grad så gjøres nok mange av disse intervensjonene i de ulike behandlingsmiljøene ganske automatisk. En gjør det fordi, med vår helsefaglige bakgrunn og den kunnskapen vi har ervervet oss, så oppleves det naturlig og kanskje som selvfølgeligheter.
- Vi skal i all hovedsak ikke slutte å gjøre det vi gjør, bare forstå hva vi gjør bedre.

## Tenke mer likt

- Tanken er at Gaf-S kan bidra til at miljøpersonalet kjører på samme side av veien.
- Eks skjerming, at miljøpersonellet og den tilnærmingen de har til den, har mye å si ifh til hvor god skjermingseffekten blir.
- Vi ser det særlig ved bruk av skjermingsavtaler laget sammen med pasienten, når innleggelsen er frivillig.
- At en kan ha en ulik forståelse av når en tenker det er ok at pasienten kommer ut i fellesmiljøet, hvor mye osv

- Slike forskjeller kan bli uheldige, først og fremst for pasienten selv, da det kan ta lengre tid å bli frisk.
- Det kan også påvirke sykdomsprosessene til øvrige innlagte pasienter, i den grad det f.eks oppstår uro ute i fellesmiljøet.
- Tanken er at om miljøpersonellet hadde hatt en forståelse av pasientens Gaf-S, vært med å sette den, så hadde en fått en mer samstemt forståelse av symptomer og situasjon.

## Gaf-S som forklaring på....

Aktiv bruk av Gaf-S kan også tenkes å gi miljøpersonellet en større grad av forståelse for en del av de tiltakene som gjøres ovenfor den enkelte pasient.

Et eks med utgangspunkt i intervallobservasjon:

Hvis en har i.o 15. Grunnlag er innleggelsesårsak (suicidalitet) og den kontinuerlige journalen hvor man kan se at pasienten ikke kan love å ikke skade seg i posten.

En kunne også sagt intervallobservasjon 15 sett i lyset av en Gaf-S 20.

## Gaf-S for å sikre at den enkelte får den hjelpen de trenger

- Hvorfor bruke så mye tid på han/hun?
- Han/hun ser jo ut til å klare seg bra....
- Gaf-S kan som verktøy hjelpe oss å kvalitetssikre at den enkelte får den hjelpen han/hun har behov av.

## Eierskap til behandlingen en gir

- Ved å aktivt la miljøpersonellet får være med på Gaf-S prosessen, kan vi gi miljøpersonellet en større grad av eierskapsfølelse ifh til den den behandlingen de er med å utføre.
- Det vil kunne gjøre jobben mer spennende og givende.
- Miljøpersonell som er motiverte har et godt utgangspunkt for å gi god hjelp.

- Utfordringen, men også styrken for miljøterapien er at en får følge pasienten i alle faser, hele tiden.
- En vesentlig forskjell fra en poliklinikk.
- Miljøterapien i en døgnenhet gir pasientene muligheten til å få hjelp hele døgnet, akkurat når det trengs.
- For mange er bare denne vissheten nok til å dempe lidelsesuttrykket betraktelig.

- Jeg har hørt flere pasienter si « det at du kunne prate med meg, sitte hos meg, gå tur med meg, akkurat når det ble så vanskelig var redningen for meg»
- Mange erfarer at om de får hjelpen fort, så blir de også mye raskere bedre.
- «Jo lengre tid jeg blir alene med mine tanker, opplevelser, angst, jo vanskeligere blir det for meg og deg å få stabilisert symptomene og å få hentet meg inn.

- Ved å gjøre miljøterapien mer fasespesifikk vil en kunne unngå at miljøpersonellet blir for opphengt i det en tenker er normal adferd
- Eks søvn, jo en bør sove på natten, men har man en Gaf-S på 15, så er fokuset på beskyttelse og ikke struktur. Har pasienten behov for å sove noe mitt på dagen så må han få gjøre det.

- Miljøterapi dreier seg ikke om å ta over pasientenes liv, men å rydde veien til den enkelte pasient for hindringer, og å komme inn som hjelper akkurat når pasienten trenger oss.
- Vi er de gode hjelperene som skal få Espen Askeladd til sitt mål, så han kan vinne prinsessen og halve kongeriket.

- Vi skal dele ut nøkler som åpner positive dører og hjelpe til å låse de negative.
- «Life is like a box of chocolate, you never know what you get»
- Sånn skal det ikke være med miljøterapien, men dessverre tror jeg det kan føles litt sånn for pasientene. At det er tildels store variasjoner fra det enkelte skift, til den enkelte primærkontakt osv. Sånn vil det nok til en viss grad alltid være, men.....

- Antagelsen min er at å aktivt koble Gaf inn i miljøterapien, for så å fokusere på å gjøre den fasespesifikk, vil effektivisere den og gi pasientene en større grad av forutsigbarhet.
- Tanken er at miljøterapien som kan oppleves noe personavhengig, kulturavhengig og kanskje noe ukonsis. Vil om forankret i Gaf og gjort mer fasespesifikk, kunne fremstå som mer konsis, og ha en høyere og mer målbar kvalitet



# Miljøterapi må se ut som noe

- Miljøpersonellet må først og fremst forstå hva miljøterapi er.
- Enda mer lære seg å tilpasse den til den fasen hvor den enkelte pasient befinner seg.
- Pasienten er der hvor han/hun er, miljøet og terapien følger etter.

## Begynnelsen på skiftet/vakten

- Miljøpersonellets første møte med pasientene på det enkelte skift.
- Den første kontakten mellom primærkontakt og pasienten.
- Legger det metse av grunnlaget for de neste timene.
- Har vi en forståelse av hvilken fase pasienten er i, vil møtet og samtalen trolig oppleves som mer positivt og givende for pasienten.

- Miljøterapien kan og bør være en motvekt til medisiner. Klarer vi å legge den på det nivået og spisse den til den fasen pasienten befinner seg i, kan pasientens behov av f.eks beroligende medisiner bli markant mindre.

- Miljøterapien kan hjelpe mennekser å beholde seg selv når de føler de går i oppløsning. Frykten blant mange av våre pasienter, er at de aldri skal bli den samme igjen.

- Vi kan ikke ta blodprøver for å følge utviklingen til våre pasienter, som somatikken, men vi kan gjøre Gaf –S.
- Gaf-S kurve

## **Miljøterapeutisk tilnærming**

- Den miljøterapeutiske tilnærmingen er avhengig av i hvilken symptom- og funksjonsfase pasienten er i. En GAF-S er et bra verktøy for å kartlegge hvilken fase i sykdomsforløpet pasienten befinner seg.

- Den enkelte ansatt, det enkelte skift og posten som helhet kan gjøre sitt beste for å finne pasienten og møte ham der han/hun er.
- Ved å ha forståelse for hva miljøterapi er, ved å være bevist hva det betyr i praksis, kan gjøre at man ligger noen skritt foran evt konflikter/ utagering osv, og da at en kan ha muligheten til dempe evt avverge det som kan bli en negativ opplevelse for pasienten.
- Viktig å ha et ”våkent” personell.

- Det er viktig at alle som har med pasienten å gjøre forstår disse miljøterapeutiske prosessbegrepene.
- At en stadig gjør seg kjent med i hvilken fase pasienten befinner seg i.
- At de tilhørende miljøterapeutiske prosessene kontinuerlig drøftes.
- Det betyr: at en drar nytte av hverandres kunnskaper og postens tverrfaglige mangfold for å komme nærmest mulig det som måtte være en god behandling for den enkelte pasient.