

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Personsentrert miljøbehandling skal styrke pasientautonomien i spesialisthelsetjenesten

Et kurs som er utviklet ved Blakstad sykehus, har som mål å øke helsepersonells bevissthet rundt hvordan de utøver miljøbehandling.

[Jan Hammer](#)

Spesialrådgiver og spesialsykepleier
Klinikk for psykisk helse og rus, Blakstad sykehus, Vestre Viken HF

[Kristoffer Bruset Ludvigsen](#)

Psykologspesialist og psykologfaglig rådgiver
Klinikk for psykisk helse og rus, Blakstad sykehus, Vestre Viken HF

[Trude Cecilie Vesthaug Jensen](#)

Miljøterapeut og kurskoordinator
Klinikk for psykisk helse og rus, Blakstad sykehus, Vestre Viken HF

[Mari Harr](#)

Miljøterapeut
Klinikk for psykisk helse og rus, Blakstad sykehus, Vestre Viken HF

[Linn Marie Straith](#)

Spesialsykepleier og fagutvikler
Klinikk for psykisk helse og rus, Blakstad sykehus, Vestre Viken HF

[Audun Welander-Vatn](#)

Utdanningsansvarlig overlege
Blakstad sykehus, Vestre Viken

[Miljøbehandling](#)

[Kompetanseutvikling](#)

[Rusbehandling](#)

[Psykisk helsearbeid](#)

Sykepleien 2024;112(95704):e-95704

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.95704](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.95704)

Hovedbudskap

Fra 2020 til 2022 utarbeidet en tverrfaglig arbeidsgruppe ved Blakstad sykehus et grunnlagsdokument for miljøbehandling. Det førte til at et todagers grunnkurs med søkelys på personsentrert tilnærming ble utarbeidet for spesialisthelsetjenesten. Kurset tar sikte på å forbedre behandlingen av pasienter med komplekse psykiske helseutfordringer gjennom bedre forståelse og bruk av miljøbehandling.

Grunnlagsdokumentet for miljøbehandling er beskrevet i en [tidligere fagartikkel](#) (1). Det består av sju moduler og tar utgangspunkt i en personsentrert tilnærming fremfor en diagnosefokuseret tilnærming. Verdiforankring og grunnleggende holdninger fungerer som en rød tråd gjennom kurset. Kursets læringsmål bygger på kjerneferdigheter innen kunnskapsbasert miljøbehandling (2).

FAKTA

Miljøbehandling

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

Kilde: [Vestre Viken HF](#)

FAKTA

Verdiforankring

Verdier forstås som et kompass for hva organisasjonen ønsker å styre etter – og for valgene hver enkelt medarbeider tar i bestemte situasjoner. Det er vesentlig at organisasjoner gjør sine verdier kjent for medarbeiderne, noe kurset bidrar til.

Kilde: [Vestre Viken HF](#)

Kurset gjennomføres i tillegg til månedlige kurs i det nasjonale opplæringsprogrammet MAP – møte med aggresjonsproblematikk (1, 4). Selv om kurset primært har vært et tilbud innenfor Vestre Viken HF, har andre helseforetak benyttet seg av gjesteplasser. Etter rundt 20 gjennomførte kurs har deltakerne gitt læringsutbyttene karakteren 9 i snitt på en skala fra 0–10, der 10 er toppskår.

Flere fagforeninger har godkjent kurset som et 15-timerskurs, og kurset vant også posterprisen på den nasjonale sykepleierkonferansen om psykisk helse og rus i 2023. I denne artikkelen gjennomgår vi temaene i kurset, kunnskapsgrunnlaget og de pedagogiske virkemidlene. Tabell 1 viser kursprogrammet.

Tabell 1. Kursprogrammet

Dag 1		Dag 2	
Tidspunkt		Tidspunkt	
08.00–08.30	Velkommen til kurset	08.00–08.15	Velkommen til dag 2
08.30–10.45	Modul 1: Verdiforankring	08.15–09.25	Modul 4: Pårørendesamarbeid
11.00–12.00	Modul 2: Grunnleggende behov	09.30–11.00	Modul 5: Validering
		11.15–12.00	Modul 6: Grensesetting
12.00–12.30	Lunsj	12.00–12.30	Lunsj
12.30–13.15	Grunnleggende behov Gruppearbeid	12.30–13.15	Grensesetting Gruppearbeid
13.30–15.15	Modul 3: Klinisk observasjon og dokumentasjon	13.30–15.15	Modul 7: Egne reaksjoner i møte med pasienter og pårørende
15.15–15.30	Evaluering av dagen og vel hjem	15.15–15.30	Evaluering av kurset og vel hjem

Kilde: Klinik for psykisk helse og rus, Blakstad sykehus

FAKTA

Kursets læringsmål

Etter kurset skal deltakerne ha:

- en felles forståelse av verdi- og holdningsgrunnlaget for miljøbehandlingen
- økt kunnskap om pasientenes grunnleggende behov
- økt kunnskap om relasjonskompetanse, egne reaksjoner og egen rolle i samhandlingen med pasienter, pårørende og kolleger
- økt kunnskap om tverrfaglig samarbeid og pasient- og pårørendeinvolvering i miljøbehandling og behandling generelt
- økt kunnskap om observasjon og dokumentasjonspraksis
- økt kunnskap om sentrale kommunikasjonsferdigheter
- økt kunnskap om betydningen av etisk refleksjon og ferdighetstrening

Kilde: [Vestre Viken HF](#)

Hva er betydningen av trygghet og tilhørighet?

Alle mennesker har grunnleggende behov, slik som behov for søvn, aktivitet og ernæring. Behovene påvirker vårt indre følelsesliv. Blir ikke behovene møtt, går det utover helsetilstanden vår (5).

Kursmodulen om grunnleggende behov handler om søvn, aktivitet og ernæring. Den går spesielt inn på hvordan helsepersonell kan møte pasientenes behov for trygghet og tilhørighet. Det emosjonelle klimaet i en døgnsseksjon, også kjent som postatmosfæren, er sammen med en traumebevisst tilnærming viktig i denne sammenhengen (6, 7).

«Pasienter kan ha hyper- eller hyposensitivitet for ulike stimuli.»

Modulen tar videre opp temaet sanseintegrasjon, som handler om menneskets evne til å behandle informasjonen hjernen mottar fra sansene (8). Pasienter kan ha hyper- eller hyposensitivitet for ulike stimuli på grunn av stress og kognitive, perseptuelle og følelsesmessige utfordringer. Modulen avslutter med temaet psykoedukasjon.

Både postatmosfæren, traumebevisst tilnærming og sanseintegrasjon er i ulik grad forbundet med mindre bruk av tvangsmidler, økt trygghet og tilfredshet – og bedre behandlingsresultater (6–8). Psykoedukasjon har vist seg å bidra til redusert symptomtrykk og bedre funksjon over tid hos pasienten (9).

Terapeutiske relasjoner og kommunikasjon er sammenvevd

Terapeutisk relasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten henger tett sammen og er grunnleggende for vellykket døgntilrettelagt behandling (2, 10, 11). For å kunne møte pasientenes behov må helsepersonell øve på hva de sier og gjør (handling) og hvordan de sier og gjør det de gjør (holdning).

Holdninger viser til en verdiforankring som skal gjelde for all samhandling utført ved sykehuset (1). Handlinger omhandler spesifikke intervensjoner med tiltenkt intensjon og resultat, jmfør refleksjonsmodellen for kommunikasjon i MAP (4).

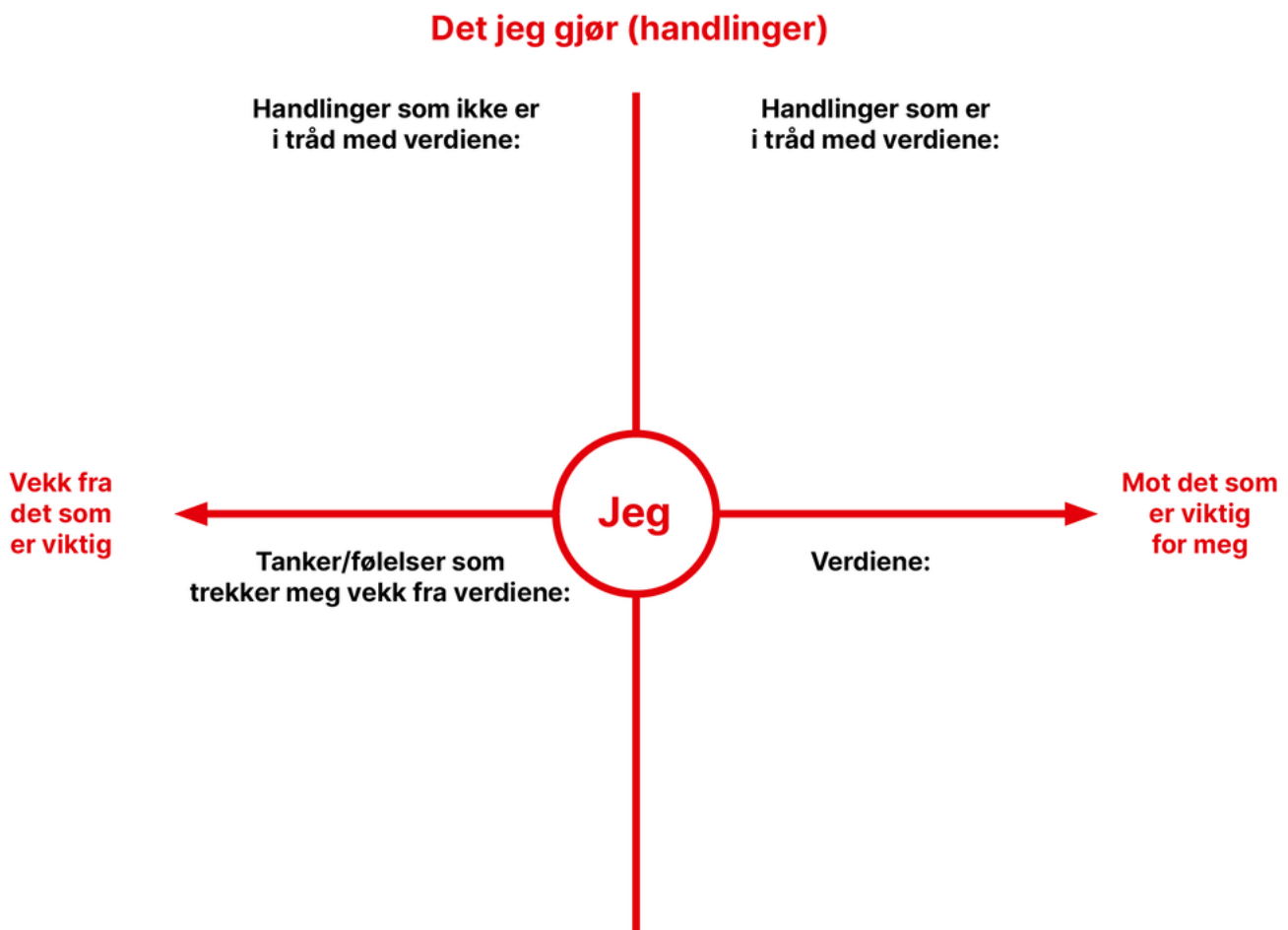
Kurset går nærmere inn på holdninger og handlinger ved tre relasjonelle ferdigheter: verdisamtalen, validering og grensesetting. Felles for disse er at de gir helsepersonell muligheten til å øve på konkrete måter å møte pasienter på. De tre ferdighetene utfyller hverandre, slik at dialogen kan tilpasses pasientens behov og samhandlingsstrategi.

Verdisamtalen: Hva er viktig for deg?

Kurset viser hvordan helsepersonell sammen med pasienten kan undersøke hva som er viktig for hen, hvilke handlinger som tar hen i retning av det som er viktig – og hvilke tanker, følelser og handlinger som tar hen vekk fra det som er viktig.

Hensikten er å hjelpe pasienten med å styrke motivasjon og eierskap til å handle i tråd med egne verdier og synliggjøre hindrene som oppstår underveis. Arbeidet med pasientens verdier kan gi retning for behandlingen og styrke samarbeidet mellom pasient og helsepersonell (3, 12–14). Kurset introduserer verdikrysset som et nyttig verktøy i en verdisamtale (se figur 1).

Figur 1. Verdikrysset



Verdisamtalen er utviklet innenfor basal eksponeringsterapi (BET) (14), mens verdikrysset bygger på ACT Matrix, som er et verktøy innenfor aksept- og forpliktelsesterapi (15). Et eksempel på en verdisamtale er beskrevet i artikkelen «[Bedre kommunikasjonsferdigheter kan forebygge vold og trusler](#)» (16).

Verdisamtalen kan hjelpe til med å finne motvekten til handlinger drevet av automatikk og unngåelse, særlig i møte med mennesker som er fanget i destruktive handlingsmønstre (13–16).

Validering og grensetting er grunnleggende

Validering er en grunnleggende ferdighet i mange tilnærminger, blant annet motiverende intervju (MI), basal eksponeringsterapi (BET), dialektisk atferdsterapi (DBT) og mentaliseringsbasert terapi (MBT) (12, 14, 17, 18). Å validere handler om å anerkjenne den andres tanker og følelser som gyldige og formidle at «jeg ser deg».

Ferdigheten krever både å kunne tone seg inn på pasientens indre liv, skille pasientens opplevelse fra sin egen som helsepersonell – og ha ord til å kunne beskrive hva pasienten antakelig opplever (14). Validering kan være relasjons- og alliansebyggende og føre til bedre følelsesregulering og mer positive opplevelser (14, 19, 20).

«Når grenser blir satt på en autoritær måte, kan pasienter ofte reagere med aggresjon.»

Grensesetting handler om å tydeliggjøre atferd som bryter med reglene som er ansett som nødvendige for å ivareta et terapeutisk miljø. Hensikten er å informere om spillereglene alle må forholde seg til og dermed styrke pasientens evne til å justere sine handlinger i møte med samfunnets krav og forventninger (16, 21).

Når grenser blir satt på en autoritær måte, kan pasienter ofte reagere med aggresjon (22). For å fremme at pasienten følger fellesreglene, bevare den terapeutiske relasjonen og redusere aggresjon må grensesetting utføres på en empatisk, rettferdig, respektfull og konsekvent måte (4, 22).

Grensesetting krever en koordinert tilnærming i personalgruppen og en kontinuerlig refleksjon rundt hvilke regler som er nødvendige. Modulen går inn på hvordan helsepersonell kan sette grenser ved å forsøke å trekke pasienten ut av situasjonen, orientere om problematisk atferd, veilede om konsekvenser og markere regler som gjelder for alle.

FAKTA

Eksempel på grensesetting

En pasient sitter i stua og snakker om at alle som er innlagt på seksjonen, blir tvangsmedisinert. I en slik situasjon kan helsepersonell vise respekt og redusere pasientens sjenanse ved å trekke hen ut av situasjonen. På den måten blir ikke eventuelle korrigerende tilbakemeldinger gitt med andre til stede.

Personalet som er til stede, validerer først opplevelsen ved å si «det høres ut for meg som om du kjenner på mye frustrasjon», før det følges opp med «skulle du og jeg satt oss inne på samtalerommet for å ta en prat?».

Pasienten takker nei til samtale og fortsetter å snakke om tvangsmedisinering. Da kan personalet orientere om atferden som anses som problematisk, ved å si: «Jeg legger merke til at du blir opptatt av medisinerings både for deg og de andre som er her, og at du snakker med andre medpasienter om dette.»

Dersom pasienten ikke responderer, kan personalet veilede pasienten ved å vise til de problematiske konsekvensene atferden kan ha: «Når man sitter i stua på et sykehus, er det noen temaer vi lar være å snakke om, blant annet tvangsmedisinering, fordi det kan skape ubehag for de andre som er til stede.»

Hvis pasienten fortsetter med atferden, markerer personalet regelen som alle må forholde seg til – og konsekvensen av å ikke overholde en markert regel. Pasienten reiser seg og fortsetter å snakke om temaet. Da sier personalet: «Hvis man ikke følger de reglene som gjelder her, kan man ikke være i stua. Det gjelder for oss alle.»

Pasienten forlater stua synlig oppgitt.

Som vist i eksempelet ovenfor består grensesettingen av flere steg. I hvert steg og på en respektfull og konsekvent måte gir miljøbehandleren pasienten muligheten til å slutte med atferden som bryter med fellesreglene.

Klinisk dokumentasjon øker faglig bevissthet

Dokumentasjon er et verktøy for samhandling med pasienten og en faglig bevisstgjørende del av miljøbehandlerens arbeid (23, 24). Mens helsepersonell har flere virkemidler tilgjengelig når de viderefremmer informasjon muntlig, må skriftlig dokumentasjon og informasjonsformidling være mer presis og tydelig for at leseren skal forstå budskapet (23).

«Ofte mangler beskrivelser av miljøterapeutiske tiltak og hvordan helsepersonell jobber relasjonelt med pasienten.»

Skriftlig dokumentasjon av arbeidet vil dermed kunne øke helsepersonells faglige bevissthet. Likevel er dokumentasjonen innen psykisk helsevern ofte preget av vage skildringer, varierende begrepsbruk og irrelevant informasjon (23). Ofte mangler beskrivelser av miljøterapeutiske tiltak og hvordan helsepersonell jobber relasjonelt med pasienten (11).

Å involvere pasienten i behandlingsplanlegging og dokumentasjon kan gi pasienten økt innflytelse og forutsigbarhet, bidra til å oppklare misforståelser og fremme refleksjon, læring og mestring (24). Hvordan helsepersonell forstår situasjonen, blir dermed ikke stående som den eneste sannheten.

Modulen trekker frem hvordan miljøbehandlerne kan gi plass til pasientperspektivet. I tillegg tar modulen for seg hvordan dokumentasjonen kan spisses og få et faglig løft ved å beskrive en aktuell situasjon, hvilken intervensjon personalet velger og hvilken respons pasienten viser på intervensjonen (25). Slik kan man forsterke intervensjoner som har ønsket effekt – og redusere ineffektive eller u hensiktsmessige tilnærminger.

Pårørendesamarbeid bidrar til bedre behandling

Systematisk pårørendeinvolvering kan forebygge forverring og gi pasienter en opplevelse av å bli bedre forstått av sine nærmeste (26, 27). Samtidig er praksisen ofte lite strukturert (28). Helsepersonell kan særlig oppleve taushetsplikten som et hinder. Modulen har derfor søkelys på pårørendes ulike roller og rettigheter.

Ved å bruke film inviterer kursholderne deltakerne til å reflektere rundt hvordan helsepersonell kan involvere og ivareta pårørende. Det gjør de gjennom å gi generell informasjon, etterspørre pårørendes kunnskap og validere deres opplevelser og behov. Modulen bygger på prosjektet «Bedre pårørendesamarbeid», som også Vestre Viken FH er en del av (29).

I møte med pasienter og pårørende får helsepersonell ulike reaksjoner som kan påvirke den terapeutiske relasjonen og behandlingseffekten (30, 31). Blant annet kan pasientens tidligere livserfaringer vekke ulike følelser og væremåter i møte med helsepersonell. Vi snakker om såkalte overføringsreaksjoner (31).

Tilsvarende kan motoverføringer vekkes hos miljøbehandlerne. For eksempel kan en medarbeider kjenne på ubehag fordi en pasient minner hen om en lærer som var uforutsigbar og oppfarende. Å handle ubevisst på motoverføringer, for eksempel ved å være avvisende, kan få alvorlige konsekvenser for pasienten (30). Modulen tar for seg relasjonsarbeid og samspill og hvordan helsepersonell kan jobbe for å identifisere egne reaksjoner og effekt på behandlingen.

Deltakerne får et felles språk

Kursholderne representerer flere profesjoner og fagområder. Det er for å sikre at relevante, tverrfaglige perspektiver blir formidlet. Kontinuitet og kvalitet i opplæringen ivaretas ved at en kurskoordinator, i dette tilfellet medforfatter Trude Cecilie Vesthaug Jensen, har ansvaret for gjennomføringen av alle kurs.

Kurset tar i bruk forskjellige pedagogiske virkemidler med mål om at deltakerne skal ha et størst mulig læringsutbytte (32). Modulene starter med en presentasjon av teorigrunnlaget. Kursholderne knytter teori og praksis sammen, og de inviterer deltakerne inn i en aktiv dialog.

Dialogen skal gi deltakerne en felles forståelse og et felles språk som setter hverdagen deres inn i en faglig kontekst. Teorigjennomgangen følges opp med demonstrasjon og refleksjon rundt filmer som kursholderne har laget med økonomisk støtte fra Marie Lysnes stiftelse.

Slik skal deltakerne kunne se og gjenkjenne terapeutiske verktøy og øke bevisstheten rundt egen praksis. For å bevisstgjøre deltakerne på hvordan de benytter seg av terapeutiske intervensjoner i miljøbehandling, er det lagt inn ferdighetstrening i modulene validering og grensesetting.

«Når vi møter pasienter, skal vi være likeverdige og empatiske.»

For å ta steget videre fra å snakke om verdier til hvordan verdiene blir synlige på handlingsnivå, inviteres deltakerne gjennomgående til å snakke handlingsspråk (13). En deltaker kan for eksempel si: «Når vi møter pasienter, skal vi være likeverdige og empatiske.»

Kursholderen vil følge opp utsagnet med: «Hva gjør en miljøbehandler når hen opptrer empatisk og likeverdig? Hvilke konkrete handlinger kan dere observere?»

Dialogen om for eksempel likeverd konkretiseres i handlinger. Deltakeren tenker seg om og svarer: «Miljøbehandleren setter seg ned sammen med pasienten i stedet for å bli stående og er obs på å snakke hverdagspråk i stedet for å bruke fagspråk.» Slik skal kurset forberede deltakerne på en klinisk hverdag der de har økt bevissthet om hvordan de handler i tråd med organisasjonens verdier.

Avslutning

Sykehuset jobber nå med å utarbeide implementeringspakker knyttet til både kursmodulene og temaer som ikke fikk plass på kurset. Pakkene vil bestå av en teoridel, kliniske verktøy, scenarier for ferdighetstrening, demonstrasjonsfilmer for refleksjon og vurderingskriterier til bruk i kompetanseplaner.

For å fremme implementering i praksis vil ressurspersoner få opplæring, og seksjonene vil etablere implementeringsteam. Implementeringsarbeidet skal evalueres regelmessig, slik at man kan følge med på utviklingen av implementeringen i seksjonene.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



KURSHOLDER: Trude Cecilie Vesthaug Jensen, som er medforfatter av denne artikkelen, har ansvaret for gjennomføringen av alle kurs i miljøbehandling ved Blakstad sykehus. *Foto: Jan Hammer*

1. Hammer J, Jacob A, Torgersen E, Ludvigsen KB, Breistøl G. Tydelig definisjon av «miljøbehandling» skal gi et likere behandlingstilbud. *Sykepleien*. 2022;110(90400):e-90400. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.90400](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90400)
2. Haugland S, Berge U, Gjermestad A, Høium K, Løkke J. Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2022. s. 28.
3. Slade M. 100 råd som fremmer recovery [internett]. Trondheim: NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2017 [hentet 4. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/multimedia/7492/rapport-2-2017-nett.pdf>
4. Nag T, Kristiansen G. MAP – møte med aggresjonsproblematikk. Kortversjon – versjon 1.0 [internett]. Bergen, Oslo, Trondheim, Tromsø: Nasjonalt kompetansesenternetttverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER); 2017 [hentet 4. juni 2024]. Rapport 2. Tilgjengelig fra: <https://sifer.no/wp-content/uploads/2021/09/MAP-kortversjon-A5-v1.0.pdf>
5. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117(3):497–529. DOI: [10.1037/0033-2909.117.3.497](https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497)

6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2013 [hentet 14. mars 2024]. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%2019d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20>
7. Hales TW, Green SA, Bissonette S, Warden A, Diebold J, Koury SP, et al. Trauma-informed care outcome study. *Res Soc Work Pract.* 2019;29(5):529–39. DOI: [10.1177/1049731518766618](https://doi.org/10.1177/1049731518766618)
8. Andersen C, Kolmos A, Andersen K, Sippel V, Stenager E. Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nord J Psychiatry.* 2017;71(7):525–28. DOI: [10.1080/08039488.2017.1346142](https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346142).
9. Barnicot K, Michael C, Trione E, Lang S, Saunders T, Sharp M, et al. Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with schizophrenia-spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2020;82:101929. DOI: [10.1016/j.cpr.2020.101929](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101929).
10. Priebe S, Richardson M, Cooney M, Adedeji O, McCabe R. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychother Psychosom.* 2011;80(2):70–7. DOI: [10.1159/000320976](https://doi.org/10.1159/000320976)
11. Myklebust KK, Rønning SB, Bø Vatnar SK, Bjørkly S. Terapeutisk relasjon – en hjørnestein i miljøterapi – hva viser sykepleierapportene? *Nordisk sykeplejeforskning.* 2022;12(3):1–15. DOI: [10.18261/nsf.12.3.2](https://doi.org/10.18261/nsf.12.3.2)
12. Nymoen HN. Endringsarbeid i samvær med pasienter i dagliglivet – motiverende intervju i miljøterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* 2021;18(1): 79–90. DOI: [10.18261/issn.1504-3010-2021-01-09](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-09)
13. Wilson KG, Murrell AR. Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. I: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, red. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: The Guilford Press; 2004. s. 120–51.
14. Heggdal D. Basal eksponeringsterapi – bærekraft i psykisk helsevern. Oslo: Gyldendal; 2022.
15. Polk KL, Schoendorff B, Webster M, Olaz FO. The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice. Oakland: New Harbinger Publications; 2016.
16. Hammer J, Mantila H, Wolken H, Lillelien A, Nag T. Bedre kommunikasjonsferdigheter kan forebygge vold og trusler. *Sykepleien.* 2021;109(84959):84959. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.84959](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.84959)
17. Linehan MM. Validation and psychotherapy. I: Bohart AC, Greenberg LS, red. *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy.* Washington D.C.: American Psychological Association; 1997. s. 353–92.
18. Bateman AW, Fonagy P. Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse – en praktisk veileder. Oslo: Arneberg Forlag; 2007.
19. Herr NR, Jones AC, Cohn DM, Weber DM. The impact of validation and invalidation on aggression in individuals with emotion regulation difficulties. *Personal Disord.* 2015;6(4):310–4. DOI: [10.1037/per0000129](https://doi.org/10.1037/per0000129)
20. Kuo JR, Fitzpatrick S, Ip J, Uliaszek A. The who and what of validation: an experimental examination of validation and invalidation of specific emotions and the moderating effect of emotion dysregulation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2022;9(1):1–13. DOI: [10.1186/s40479-022-00185-x](https://doi.org/10.1186/s40479-022-00185-x)
21. Törneke N, Luciano C, Salas SV. Rule-governed behavior and psychological problems. *Int J Psychol Psychol.* 2008;8(2):141–56.
22. Maguire T, Daffern M, Martin T. Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *Int J Ment Health Nurs.* 2014;23(2):153–60. DOI: [10.1111/inm.12034](https://doi.org/10.1111/inm.12034).
23. Karlsen R. Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(6):573–77. DOI: [10.1111/j.1365-2850.2007.01144.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01144.x)
24. Vegerstøl K, Tofthagen R. Brukererfaringer med samarbeidende dokumentasjon i en akuttpsykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid.* 2022;19(2–3):156–67. DOI: [10.18261/tpH.19.2-3.6](https://doi.org/10.18261/tpH.19.2-3.6).
25. Ramnero J, Törneke N. The ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician. Oakland: New Harbinger Publications; 2008.
26. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(3):211–21. DOI: [10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5).

27. Hansson KM, Romøren M, Hestmark L, Heiervang KS, Weimand B, Norheim I, et al. «The most important thing is that those closest to you, understand you»: a nested qualitative study of persons with psychotic disorders' experiences with family involvement. *Front Psychiatry*. 2023;15;14:1138394. DOI: [10.3389/fpsy.2023.1138394](https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1138394).
28. Hestmark L, Heiervang KS, Pedersen R, Hansen KM, Ruud T, et al. Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres – a cross-sectional fidelity-based study. *BMC Psychiatry*. 2021;21(285). DOI: [10.1186/s12888-021-03300-4](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03300-4)
29. Universitetet i Oslo. Bedre pårørendesamarbeid – implementering av anbefalinger for pårørendesamarbeid ved alvorlige psykiske problemer [internett]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1. november 2017 [oppdatert 29. januar 2024; hentet 7. april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/paerorendesamarbeid-ved-alvorlige-psykiske-probleme/>
30. Michaud L, Greenway KT, Corbeil S, Bourquin C, Richard-Devantoy S. Countertransference towards suicidal patients: a systematic review. *Curr Psychol*. 2023;42:416–30. DOI: [10.1007/s12144-021-01424-0](https://doi.org/10.1007/s12144-021-01424-0)
31. Crisp H, Gabbard GO. *Gabbard's textbook of psychotherapeutic treatments*. 2. utg. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Pub; 2022.
32. Joyce BR, Showers B. *Student achievement through staff development*. 3. utg. Alexandria i Virginia: Association for Supervision & Curriculum Deve; 2002.