

BSOBAC - BACHELOROPPGAVE MED FORSKNINGSMETODE

Kognitiv miljøterapi som helhetlig tilnærming i døgnbehandling/rehabilitering



Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

UIS, juni 2022

Kandidatnummer: 7144

Antall ord: 12 370

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	4
1.1. Valg av tema.....	4
1.2. Relevans av tema for sosialt arbeid.....	6
1.3. Begrepsavklaringer.....	6
1.3.1. Kognitiv atferdsterapi.....	7
1.3.2. Miljøterapi.....	8
1.3.3. Kognitiv miljøterapi.....	9
1.4. Implementering av kognitiv miljøterapi.....	10
1.5. Tidligere forskning på feltet.....	12
2.0. Teori	14
2.1. Fenomenologi.....	14
2.1.1. Livsverdenen.....	15
2.1.2. Intersubjektivitet.....	16
2.2. Sosialkonstruktivisme.....	16
2.2.1. Eksternalisering, objektivisering og internalisering.....	17
2.2.2. Primær- og sekundærsosialisering.....	18
2.2.3. Sosialkonstruktivistisk perspektiv på endring.....	19
3.0. Metode	20
3.1. Valg av metode.....	20

3.2. Datainnsamling.....	21
3.3. Presentasjon av valgte artikler.....	23
3.4. Oppgavens troverdighet.....	26
4.0. Diskusjon av funn.....	28
4.1. Betydning av implementering av KMT på organisatorisk nivå.....	28
4.2. Betydning av og utfordringer knyttet til implementering av KMT innenfor personalgruppen.....	29
4.2.1. Personalets holdninger er avgjørende for etablering av KMT.....	30
4.2.2. Arbeidserfaring.....	32
4.2.3. Kompetanseheving.....	33
4.2.4. Yrkesrolle.....	34
4.3. Kliniske resultater fra implementering av kognitivbasert praksis.....	35
5.0. Konklusjon.....	38
6.0. Litteraturliste.....	39

1.0. Innledning

Velferdsstaten er i stadig utvikling og det er også de offentlige tjenestene innen sosial- og helsesektoren. Balansegangen mellom kvalitetsikrede tjenester og ivaretagelse av brukernes autonomi, så vel som spenningen mellom hjelp og makt fører med seg noen utfordringer på veien til utforming av en virksom praksis til det beste for brukeren.

Endringer i lovgivningen og utvikling av evidensbasert kunnskap i de siste tiårene har ført til høyere krav om brukermedvirkning i utforming av behandlingstilbudet (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s.36), slik at respekten for det enkeltes liv, integritet og menneskeverd er ivaretatt (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Dette fører også nye krav til behandling som etterspør økt bevissthet, engasjement og kunnskap blant ledelse og fagutøvere.

Forskning viser at implementering av et felles teoretisk grunnlag kan danne en sammensveiset arbeidskollektiv som gjennom en økt bevissthet på egen praksisutøvelse og felles verdier sørger for et godt terapeutisk miljø (Ness et al., 2015; Sommer og Eilertsen, 2013).

1.1. Valg av tema

Jeg jobber i en kommunal bolig for mennesker med psykisk utviklingshemming. Da jeg søkte på stillingen sto det i jobb beskrivelsen at enheten utfører tjenestene etter PAS (positiv atferdsstøtte). PAS er en helhetlig kognitiv miljøterapeutisk tilnærming, med vektlegging på omgivelsene, atferdsendring, læring og mestring med utgangspunkt fra den enkeltes forutsetninger (NAKU, 2021). Mine erfaringer etter oppstart viste dessverre et helt annet bilde enn det jeg forventet. Arbeidsmiljøet var ikke noe særlig oppmuntrende og motiverende. PAS var bare et tema som vi tok opp uregelmessig og som ikke førte til noe mer. Ansatte drev med egen, ureflekterte praksis. Det var ikke noe felles tenkning og diskusjon om struktur, forventninger og verdier som skulle bære arbeidshverdagen. Lite engasjement fra ledelsen og store forskjeller i ansattes faglig kompetanse resulterte i en kaotisk utføring av tjenesten som var åpenbart lang i fra den kvaliteten som velferdspolitikken og lovverk etterstreber. Alt jeg har lært på universitetet så langt krasjet med virkeligheten på arbeidsplassen.

I min praksisperiode i fjor fikk jeg sjansen til å være en del av et lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige. Siden de fleste brukere var fast besøkende, var det lett å bygge relasjoner og jobbe etter miljøterapeutiske prinsipper. Personalet besto av 6 ansatte som hadde et meget godt forhold seg imellom. De jobbet etter et felles teoretisk- og verdigrunnlag som bygget på motiverende intervju, aktiv brukermedvirkning og fokus på den enkeltes forutsetninger. Dette gjorde at samhandling mellom ansatte og med brukere var samkjørt og forebygging av uønsket atferd blant brukere var mulig. Opplevelsen av et godt tverrfaglig samarbeid og nytten for brukerne fikk meg til å lure på hvordan vi som jobber på den kommunale boligen kan forbedre vår og brukernes erfaring i møtet mellom hverandre. Jeg har senere hatt flere diskusjoner om det med mine kolleger - både faglærte og ufaglærte og det jeg gjennomskuet fra samtalene var manglende motivasjon for endring.

Tiden for skriving av bacheloroppgaven kom og jeg begynte å lete etter tema som kunne ha vært interessant å forske på. Jeg søkte litteratur om psykiske lidelser og ulike tilnærminger som gir god effekt i behandling. Blant de artiklene som kom opp i nettleseren var det noen som omtalte kognitiv miljøterapi. Jeg visste ikke noe om denne formen for terapi fra tidligere, men jeg husket at temaet om miljøterapi og kognitive metoder fra forelesningene på universitetet hadde gjort et stort inntrykk på meg. Da jeg fikk en liten oversikt over en del teori og forskning på temaet viste det seg at gjennom utdypning kunne jeg få et svar på hva som skal til for å sørge for et faglig forsvarlig tjenestetilbud. Derfor bestemte jeg meg å utforske videre implementering og virkning av kognitiv miljøterapi i døgntilbud. Jeg ville vite mer om opplevelsen av det å gi og motta en strukturert og helhetlig utformet tjeneste, samt hvilke muligheter en slik prosess åpner for.

Derfor har jeg spisset min problemstilling slik : *Hvilken betydning kan implementering av kognitiv miljøterapi ha for personal og pasienter i en døgntilbud/rehabilitering?*

1.2. Relevans av kognitiv miljøterapi for sosialt arbeid

Miljøterapi og kognitiv terapi har i dag en sterk forankring i ulike institusjoner for behandling og rehabilitering innenfor psykisk helse, rusmiddelavhengighet, barnevern, boliger for psykisk utviklingshemmede mv. De er blant de terapeutiske tilnærmingene som Helsedirektoratet anbefaler innenfor rusbehandling for å sikre kvaliteten på tjenestene (Helsedirektoratet, 2017). Som en ressurs- og mestringsorientert ideologi som innebærer helhetlig oppfølging, individuell tilnærming og aktiv brukerinvolvering i egen bedringsprosess tilstreber kognitiv miljøterapi de nye kravene som behandling og oppfølging skal oppfylle (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s.36).

Sosialt arbeid med sin mangfoldige anvendelse kan sies å være en uløselig del av behandlings- og rehabiliteringsprosesser siden pasienter og brukere har behov for oppfølging og tilrettelegging ift psykososiale utfordringer de sliter med. For mange kan anvendelse av kognitive prinsipper være svært relevant, siden en god del problemer har utspring i den subjektive opplevelsen av virkeligheten. Endring er en prosess der mennesker lærer nye forståelsesmåter om seg selv og omverdenen. Fagutøvere er en del av omverdenen og det krever at de er bevisste på sin rolle i denne prosessen. Ellers kan praksis uten intensjon til og med være skadelig for de det gjelder. Derfor mener jeg at kognitiv miljøterapi som en bevisst tilnærming kan ha en stor betydning i arbeidet med mennesker, både som individuell- og fellespraksis.

1.3. Begrepsavklaringer

For å kunne belyse bedre min problemstilling har jeg valgt innledningsvis å gi en generell beskrivelse av kognitiv terapi og miljøterapi, og så redegjøre for hva som kjennetegner kognitiv miljøterapi. Videre presenterer jeg viktige prinsipper ved implementering av kognitiv miljøterapi som en helhetlig tenkning innenfor behandling og rehabilitering. Jeg avslutter innledningsdelen ved å vise til tidligere forskning på feltet som belyser effekter og utfordringer ved implementering av kognitiv miljøterapi.

1.3.1. Kognitiv atferdsterapi (KAT)

KAT oppstod på 1960 tallet og er brukt hovedsaklig i arbeid med mennesker med psykiske lidelser og som supplement til behandling av somatiske lidelser. Den anvendes også i arbeidspsykologi, idrettspsykologi og som redskap for selvhjelp (Berge & Repål, 2015, s.19-20). Terapien har et sosialkonstruktivistisk og fenomenologisk idegrunnlag og fokuserer på rollen av våre persepsjoner og fortolkninger, hvordan de konstruerer den subjektive opplevelsen av virkeligheten og hvordan det påvirker ens væremåte (Mørch & Rosenberg, 2005, s.19-20). KAT har som formål å synliggjøre, bearbeide og endre uhensiktsmessige tankemønstre som hemmer mestring og livskvalitet. Det er stort fokus på bevisstgjøring av sammenhengen mellom ens oppfatninger, følelser og atferd som krever pasientens aktiv deltakelse og eierskap til prosessen.

Kognisjon og emosjon er to viktige begreper som KAT opererer med. Emosjon er en kompleks kroppslig og følelsesmessig reaksjon, som er tett knyttet til vår oppfatning av det vi interagerer med (situasjon, handling, person), en mental tilstand som tar over ens fungering der fokus og handling er rettet mot å rette opp, avskaffe eller forsterke tingenes tilstand. Gjennom konkrete handlinger vil vi gjerne korrigere en situasjon som framkaller i oss emosjoner som frykt, sinne, skam eller skyld, mens når vi får glede vil vi beholde denne følelse så langt som mulig ved å forsterke den (Hoffart & Langkaas, 2013).

Våre handlinger speiler våre virkelighetsoppfatninger, mens de sistnevnte gjenspeiler våre tillærte holdninger og mestringsstrategier. Kognitiv terapi identifiserer hvordan emosjoner kommer til uttrykk, dvs. hvordan våre umiddelbare emosjonelladete tanker forårsaker kroppslige reaksjoner og styrer atferden vår. Hjernens virksomhet knyttet til mottakelse av sanseinntrykk, behandling og bearbeidelsen av disse slik at de satt sammen gir mening kalles i KAT for kognisjon. Kognisjoner er ubetinget, bygger på erfaringer og fremstår som sannhet. I samsvar med dem og i samspill med omgivelsene danner en dysfunksjonelle antakelser om hvordan en skal møte visse situasjoner og utvikler videre handlingsstrategier i tråd med disse antakelsene (Mørch & Rosenberg, 2005, s. 25). Ved å bli bevisst på egne sentrale kognisjoner og hvordan de påvirker følelser og atferd kan en endre på de.

Det er tre hovedstrategier i KAT: Innsiktsgivende strategi sikter på å øke selvinnsett hos pasienten om hvordan egne tanker spiller inn på symptomer og problemer; Pedagogisk strategi har som formål å øke pasientens forståelse om egen diagnose og problemer, og lære

vedkommende å anvende kognitive metoder på egen hånd; Problemløsningsstrategi vil legge til rette for opparbeidelse av strategier som hjelper den enkelte å mestre problemer i hverdagen (Mørch & Rosenberg, 2005, s.30).

Blant de viktigste elementene som inngår i KAT er kasusformulering, sokratiske dialog, psykoedukasjon og sosial ferdighetstrening. Kasusformulering er en oversikt over pasientens problemer og hvordan disse opprettholdes av etablerte livsoppfatninger (Berge og Repål, 2015; Mørch & Rosenberg, 2005). Sokratiske dialog er en samtaleteknikk som omfatter bruk av åpne utforskende spørsmål, empatisk lytting, hyppige oppsummeringer og tilbakemeldinger (Dramsahl & Jordahl, 2015; Mørch & Rosenberg, 2005). Psykoedukasjon handler om å gjøre pasienten eller brukeren kjent med sin psykiske lidelse og dermed øke forståelsen for symptomer og utfordringer som lidelsen medbringer. Sosial ferdighetstrening er rettet mot forbedring av ens kommunikasjonsevner gjennom identifisering og bearbeiding av hindrende kognisjoner og eksponering som skal danne en ny forståelse for situasjoner pasienten frykter for (Mørch & Rosenberg, 2005, s.20).

KAT vektlegger betydningen av pasientenes aktive deltakelse i utforming og gjennomføring av behandlingen. Terapien er en form for "hjelp til selvhjelp" siden pasientene trener på å identifisere hvordan de attribuerer konkrete situasjoner som vanskelige, uløselige, uoppnåelige. Ved hjelp av alternative tankemåter blir disse konstruksjonene omdannet til løsbare og oppnåelige. Slik fremmes håp, mestring og empowerment.

1.3.2. Miljøterapi

Miljøterapi er godt egnet til mennesker med psykiske plager og er en helhetlig gjennomtenkt terapeutisk praksis der de fysiske og de sosiale omgivelsene organiseres og tilrettelegges slik at de støtter læring, endring, mestring, utvikling og ansvarliggjøring for egen prosess. Denne tilnærmingen springer ut av døgnbehandling og har en sosial, psykologisk og pedagogisk dimensjon. Det kan sies å være en relasjonsbehandling som fremmer mentalisering både hos beboere og ansatte. (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 29-30). Mentalisering er "våre evner til å forstå både vårt eget og andres sinn" (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 20). Sinn kan her forstås som akkumulasjon av erfaringer som former vår virkelighetsforståelse og påvirker våre emosjoner og handlingsstrategier. God mentaliseringsevne fremmer selvregulering og øker bevisstheten på dysfunksjonelle reaksjonsmønstre. For å kunne hjelpe

mennesker som har mentaliseringssvikt må miljøterapeuter utøve en verdifundert reflektert praksis med en utforskende og "ikke-vitende" holdning som åpner for gode relasjoner og aktiv brukermedvirkning (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 22-25).

Miljøterapi inngår i alle elementene som hverdagen på en døgninstitusjon består av: praktisk bistand, aktiviteter, måltider, medisiner, terapeutiske samtaler osv. Det er altså "...den totale konteksten hvor bruker og terapeut til enhver tid kan være i samhandling for å skape vekst" (Lillevik & Øien, 2015, s.61). Beboere, ansatte, ledelse og alt som skjer mellom og rundt de har avgjørende terapeutisk betydning. Å sette disse elementene i en helhet og tilpasse for den enkeltes individuelle behov, samt å spre håp og vise engasjement er blant hovedoppgavene for miljøterapeuten (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.34).

Miljøterapi har utviklet seg gjennom årene i ulike retninger og er blitt til et uavgrenset begrep som uttrykker en fagideologisk tenkning. For at det skal bli til en konkret metode må miljøterapien være forankret i en teoretisk retning (Lillevik & Øien, 2015, s.60).

1.3.3. Kognitiv miljøterapi (KMT)

KMT er en betegnelse på målrettet kognitivbasert behandling som fremmes av den miljøterapeutiske interaksjonen med pasienter. Ift det skriver Creed et al. (2020): "*While there are many functions to a therapeutic milieu (e.g., safety, stability, supervision), the Collaborative Care CBT Milieu provides the opportunity to extend the benefits of individual and group therapy by capitalizing on the daily interactions within and among staff and patients*" (Creed et al., 2020, s. 429).

Behandling og samhandling i KMT bygger på KAT prinsipper og metoder som anvendes av hele personalgruppen i all form for interaksjon med pasienter døgnet rundt (Dramsahl & Jordahl, 2015, s.36). Miljøterapeutiske tiltak bygger på den kognitive forståelsesmodellen som Aron T. Beck utvikler i 1960 tallet og som viser til sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd (Dramsahl & Jordahl, 2015, s.30). Kognitive prinsipper er utgangspunktet for planlegging og utføring av ulike aktiviteter. De brukes også som tilnærming i "her og nå" situasjoner for å hjelpe pasienter å forstå hvordan deres valg påvirker livskvaliteten deres og for å oppnå en ny innsikt om valgmulighetene de har (Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 106). Formålet med KMT er at både de som utformer

behandlingen og de som interagerer mest med pasientene driver en konsistent og lik praksis som skaper forutsigbarhet og dermed trygghet for pasientene. Dette forutsetter at hele personalet arbeider etter et felles teoretisk grunnlag, skaper et mentaliserende behandlingsmiljø og sørger for utarbeidelse og gjennomføring av en koordinert og konkret individuelt tilpasset plan for behandling (kassusformulering), med stor vekt på brukermedvirkning og klar fordeling av oppgaver i personalgruppen (Bliksted, 2005, s.317-318).

Bruk av kognitive metoder som bl.a. sokratisk dialog, psykoedukasjon og atferdsobservasjon sikter for å klargjøre/ utdype symptomatikk og utløsende faktorer som skal behandles og bearbeides gjennom miljøterapeutiske intervensjoner (Bliksted, 2005; Nordvoll et al.,2015).

Fysisk aktivitet er mye brukt i KMT ettersom effekten av det er godt dokumentert innenfor psykisk- og fysisk helse. Den utvikler hos brukerne sosiale ferdigheter, fremmer mestring, kan være nyttig for oppmerksomhetstrening og kan i noen tilfeller fungere som eksponeringsterapi (Nordvoll et al.,2015, s.385).

Kognitiv miljøterapi er blitt utprøvd i Norden for første gang i 1980 tallet av den italiensk-svenske psykiateren Carlo Perris på en sykehusavdeling i Umeå (Sverige). Allerede da understreker Perris viktigheten av felles praksis blant personalet og en bevisstgjøring over egne holdninger ift. pasientene og arbeidsoppgavene for øvrig (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s.31). Etter 9 måneders kontrollstudie som viser lovende resultater fra den nye behandlingsformen (bl.a. kortere liggetid og mindre medisiner, sammenlignet med kontrollavdelingen) blir 1984 KMT offisielt innført på avdelingen (Solbjør, 2013).

I Norge blir KMT først implementert i tre barnevernsinstitusjoner og benyttes i dag på flere institusjoner innenfor barnevern og psykisk helsevern (Aune, 2021).

1.4. Implementering av KMT

Implementering av KMT på døgninstitusjon er en langvarig prosess som krever innsats på flere områder (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s.37). Det finnes ulike modeller for KMT. Mest relevant for døgninstitusjoner er helhetsmodellen som innebærer at hele personalet på en

enhet arbeider etter en felles teoretisk grunnlag, og at utforming av tiltak, fysiske forhold og aktiviteter springer ut av prinsipper i kognitiv terapi (Nordvoll et al., 2015, s.378).

Ledelsens rolle i prosessen innebærer følgende oppgaver (Dramsdahl & Jordahl, 2015, Nordvoll et al., 2015):

- ha overordnet fokus på implementering av KMT slik at prosessen blir styrket og prioritert høyt på dagsordenen;
- budsjettere og organisere opplæring av personalet;
- ha en systematisert utdannings- og implementeringsplan;
- være bevisst på organisasjonskulturen og hvordan felles normer og verdier påvirker samhandling i praksis;
- tilrettelegging til tverrfaglig samarbeid;
- anerkjenne personalets innsats og sørge for motivasjon;
- synliggjøre de som er fagligansvarlige for implementeringen (rolleavklaring) og planlegge turnus slik at det alltid er én av dem på hvert vaktskift;
- tilrettelegge for at viktig informasjon kommuniseres mellom vaktene;
- organisasjonen må være stabil ift bemanning blant ledelse og ansatte;

KMT som felles praksis avhenger av at personalet lærer grunnleggende kognitive prinsipper som blir etterhvert brukt bevisst i møte med brukeren. I forbindelse med det utarbeider institusjonen manualer som beskriver mål, delmål og virkning for de ulike miljøterapeutiske aktiviteter slik at personalet har en felles forståelse for betydningen av disse for behandlingsforløpet (Bliksted, 2005, s.319). Fortløpende veiledning i implementeringsprosessen, jevnlig påfyll av kunnskap og praktiske øvelser for utvikling av spesifikke ferdigheter er vel så viktig som innarbeiding av felles verdier og identifisering av uhenksomme holdninger blant fagutøverne (Solbjørg & Kleiven, 2013, s.20-21). Nye ansatte skal også være inkludert i opplæring slik at praksis er så homogen som mulig.

Uenighet om implementeringsmodell og metoder blant personalet, forskjellig kompetanse og holdninger, stramme tidsrammer og uklar rollefordeling kan hemme implementeringsprosessen (Dramsahl & Jordahl, 2015, s.52).

Implementering av KMT blant pasienter skjer gjennom deltakelse i psykoedukative grupper som danner grunnlag for videre terapeutisk arbeid. Ulike temaer knyttet til konkrete fysiske/psykiske utfordringer ift til brukernes diagnoser blir presentert med en klar forankring i kognitiv teori (Nordvoll et al., 2015, s.387). Målet er at brukerne skal kunne forstå og benytte teknikkene på en adekvat måte (Dramsahl & Jordahl, 2015, s.116).

1.5. Tidligere forskning på feltet

Rapport om KMT fra 2013 som er utført på oppdrag av NAPHA viser til 32 kvalitative studier fra ulike land, som tyder på at implementering av KMT bidrar til et positiv behandlings- og arbeidsmiljø. Pasienter opplever mer støtte, struktur og forutsigbarhet i hverdagen, og en bredere forståelse for de ulike miljøterapeutiske aktiviteter. Økning i funksjonsnivå, selvfølelse og brukermedvirkning, samt reduksjon av psykopatologi, angstnivå, depressive symptomer og fysisk tvang er også dokumentert (Solbjørg & Kleiven, 2013, s.23-24).

Når det gjelder personalets opplevelser, viser studiene til en økt selvstendighet og trygghet i arbeidsutøvelsen, økt fokus på arbeidsfordeling og individuell tilnærming, økt forståelse for miljøterapeutiske aktiviteter og kognitive metoder, økt målrettethet og bedre samhandling med pasienter. Tjenesteytere erfarer også etter implementering av KMT endring i pasientenes oppfatning av seg selv og formålet med innstusjonsoppholdet som påvirker mestring og tillit til personalet i en positiv retning. Utfordringer knyttet til iverksetting av metodikken er at prosessen er tids- og innsatskrevende på grunn av organisasjonsrammer, variasjon i bemanning og ikke tilstrekkelig kompetanse.(Solbjørg & Kleiven, 2013, s.24-25).

Rapporten understreker at det er ikke nok systematisk forskning på feltet som gjør det vanskelig å få en god oversikt på effekten av implementering av KMT. De fleste artikler presenterer forskning på enkeltavdelinger uten å ha en kontrollavdeling for å kunne sammenligne resultatene. De konkrete miljøterapeutiske og kognitive metoder som er blitt brukt på de ulike stedene er ikke tilstrekkelig dokumentert, noe som setter spørsmålsteget ved

graden av en helhetlig implementering av KMT. I tillegg er det ulike variabler som er tatt hensyn til i de ulike studiene. Dette svekker en troverdig måling av totaleffekten av KMT (Solbjørg & Kleiven, 2013, s. 28).

En forskningsbasert evaluering fra 2015 (Ness et al., 2015) støtter funnene knyttet til den positive effekten av KMT som NAPHA rapporten viser. Evalueringen dokumenterer ansattes og beboernes erfaringer med introduksjon og gjennomføring av KMT på utvalgte boenheter. Ansatte angir KMT en høy relevans for deres yrkesutøvelse og evaluerer den som en nyttig verktøy i samhandling og kommunikasjon med beboere. Brukere på sin side opplever økt medbestemmelse, bedre kommunikasjon med ansatte og har en forventning av mer lik praksis i forhold til praktisk bistand og oppfølging av personalet. Det er både kvalitativ og kvantitativ data som er innsamlet blant personal og beboere, men en usystematisk deltakelse ved oppfølging av prosjektet gjør det vanskelig å generalisere funnene og måle endring (Ness et al., 2015, s.17).

Jeg har sett på flere andre artikler som beskriver implementering av KMT på forskjellige døgnbemannet bo- og behandlingstilbudt for ulike målgrupper. En felles konklusjon kan sies å være at implementering og gjennomføring av KAT ikke er systematisk dokumentert (Solbjørg & Kleiven, 2013; Ness et al., 2015; Sommer & Eilertsen, 2003). Det er få effektstudier som omhandler nytten av KMT for pasienter og brukere (Bruasett et al., 2017; Solbjørg & Kleiven, 2013; Aune, 2021) og et behov for videreforskning på metoder som fremmer implementering av en helhetlig tilnærming (Sommer & Eilertsen, 2003).

2. Teori

I denne delen presenterer jeg to teoretiske innfallsvinkler som kan hjelpe bedre å forstå mekanismene som påvirker implementering av KMT og som gir retning til resultatene av den. Fenomenologi med sin lære om den subjektive opplevelsen av virkeligheten kan relateres til pasienters og brukeres opplevelse av KMT, samt til individuelle oppfatninger og innstillinger blant personalet, knyttet til implementeringsprosessen og selve metoden. Sosialkonstruktivisme derimot gir forklaring på den gjensidige relasjonen mellom sosialskapte prosesser og individets rolle i de. Dette kan gi en innsikt over hvordan organisatoriske og strukturelle rammer påvirker etablering og etterlevelse av en ny arbeidsideologi blant personalgruppen og ledelsen.

2.1. Fenomenologi

Fenomenologi er en filosofisk tradisjon som omhandler opplevelsen av fenomener fra en første-person perspektiv. Som grunnlegger til fenomenologien anses Edmund Husserl (1859 - 1938), men det er flere som har bidratt til dens utvikling bl.a. Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Alfred Schutz, Emmanuel Lèvinas, Maurice Merleau-Ponty, Paul Ricoeur mv.

Fenomenologi er enkelt sagt læren om fenomener. Fenomen skal ikke forstås som det som vi tar for gitt, men snarere måten objektet framtrer for oss i seg selv, som en manifestasjon av sine egenskaper. Begrepet fenomen omfatter alt som vi kan få en fysisk, emosjonell eller kognitiv opplevelse av. Det kan være et annet menneske, et dyr, en gjenstand, et kunstverk, musikk eller relasjon. Alle de viser seg for oss på ulike måter. Dessuten kan et og det samme fenomen framtre for oss på ulike måter og med ulik intensitet (Zahavi, 2005, s.13).

Fenomenologien betrakter den menneskelige eksistensen som kroppslig, sosialt og kulturelt betinget. Opplevelser av fenomener er derfor en sammenheng av kontekst og nærvær. Mennesker er forskjellige i sin bakgrunn, erfaringer og fortolkninger av virkeligheten som gjør at enhver opplever like fenomener ulikt. Erfaringer danner forestillinger og forventninger i ulike sammenhenger som inntreer umiddelbart ved en neste lignende opplevelse. Slik bygger vi en subjektiv virkelighet som hindrer oss i å kjenne fenomenens sanne natur. Bare hvis vi kan legge våre antakelser og konstruksjoner til side kan vi undersøke bevisst sammenhengen mellom subjektivitet og virkelighet for å oppleve den sanne virkeligheten (Zahavi, 2005, s

20-22). Det er altså en bevisstgjøring på de mentale mekanismene som skaper vår subjektive virkeligheten som kan gi oss muligheten til å se fenomenene rundt oss upartisk og i en større sammenheng (Zahavi, 2005, s.13).

Det som gjør dette mulig er vår bevissthet som aktiveres når vi retter vår oppmerksomhet mot noe – ytre fenomener eller indre tilstander. Vår bevissthet på den nærliggende virkelighet, som vi sanser og kan påvirke, har derimot en pragmatisk karakter. Vi retter oppmerksomheten hovedsaklig mot våre egne handlinger og ting som tjener våre nåværende interesser og behov. Alt annet forblir derfor ukjent for oss (Berger & Luckmann, 2000, s.41-42).

2.1.1. Livsverdenen

Fenomenologien skiller mellom den vitenskaplige og den reelle virkeligheten. En absolutt syn på verdenen utelukker dens subjektive opplevelse og er sådan ikke det som en fenomenologisk forståelse for virkeligheten er. Fenomenologi kaller den sanne verdenen for livsverden. Dette begrepet omfatter den hverdagslige erfaringsverdenen der vi føler, tenker og handler.

Livsverdenen er den overordnede virkelighetsdimensjon. Den er skapt av språklige konstruksjoner, handlingsmønstre, rutiner, forventninger og instillinger som vi tar for gitt (Berger & Luckmann, 2000, s.42). Avvik fra hverdagens rytme oppleves vanligvis som et problem som vi forsøker å løse ved at vi tilegne oss nødvendig kunnskap og ferdigheter. Når disse blir integrert rutinemessig i hverdagen, forvandles problemet til en utvidelse av vår handlings repertoar (Berger & Luckmann, 2000, s.44).

Livsverdenen utgjør grunnlaget for en systematisk erkjennelse (vitenskapelig kunnskap) som i sin tur påvirker og forandrer livsverdenen. Ulike metoder for erkjennelse kan gi oss en mer objektiv (teoretisk) eller mer subjektivt konstruert virkelighet, men å oppnå fullstendig objektivitet er umulig, fordi "...enhver objekt, enhver forklaring, forståelse og teoribygging forutsetter første-persons perspektivet som sin bestandige grunn og forutsetning" (Zahavi, 2005, s.33).

2.1.2. Intersubjektivitet

Vi interagerer med verdenen ut ifra våre subjektive holdninger og fortolkninger. Disse blir bestandig utformet av samspillet med andre som avspeiler vår forhold til oss selv og til omverdenen. Dette betegnes som intersubjektivitet og viser til hvordan kunnskap om fenomener og om oss selv er sosialt betinget (Zahavi, 2005, s.37). Den intersubjektive verdenen er den felles virkeligheten vi deler med andre. Gjennom den vedvarende interaksjon og kommunikasjon med omgivelsene skaper vi en felles mening, forståelse og kunnskap om verdenen (Berger & Luckmann, 1966, s. 43).

De andre påvirker oss gjennom sitt nærvær, kroppslig atferd og språk. Språk gir oss en direkte adgang til den andres subjektivitet og intensjoner (Berger & Luckmann, 2000, s. 55). Kontekst og holdninger er avgjørende for hvordan og i hvilken grad vi lar den andre opptre som den, den er. (Berger & Luckmann, 2000, s.50). Når vi møter noen ansikt-til-ansikt utfører vi en umiddelbar kartlegging av vedkommende på bakgrunn av utseende, verbalt og nonverbalt språk. Vi organiserer de inntrykkene av den andre i typeinndelingsskemaer (f.eks. bruker, pasient, hjelpetrengende, vennlig, fiendlig osv.) som påvirker vår måte å interagere og kommunisere på. Det er fordi vi fortolker andres atferd etter den typeinndelingen vi har foretatt. Det samme gjør den som møter oss.

2.2. Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivismen betrakter virkeligheten som samfunnsskapt konstruksjon. Thomas teoremet fra 1982 som sier at “det mennesket oppfatter som virkelig, blir virkelig i sine konsekvenser” (Tjora, 2020) gjenspeiler dette perspektivet. Teoriet som jeg skal redegjøre for her er utviklet av sosiologerne Peter Berger (1929 – 2017) og Thomas Luckman (1927 – 2016) på bakgrunn av det fenomenologiske og Schutz teoretiske bidrag. De analyserer rollen og betydningen av viktige begreper som språk, sosiale roller, identitet, normalitet mv. (Zahavi, 2005, s. 85).

Sosialkonstruktivismen tar utgangspunkt fra livsverdenen for å undersøke grunnlaget for hverdagens kunnskap. Berger og Luckmann (2000) definerer denne undersøkelsen som “...objektiveringer av subjektive prosesser (og betydninger) som den intersubjektive verden er bygget på” (Berger & Luckmann, 2000, s. 40). Virkeligheten er en prosess av bestandig

gjenskapning der mennesker, naturgitte omgivelser og samfunn påvirker hverandre gjensidig. Livet vårt blir utformet av ulike strukturelle forhold som er menneskeskapt. Kultur, religion, politikk, sedvaner og de forekommende sosiale forståelsesrammer legger mulighetsbetingelsene for vår livsutfoldelse. Moralske kategorier, sosiale normer og regler som går i arv fra generasjon til generasjon impliserer hva flertallets oppfatning av normalitet og unormalitet er. Vi er konforme dyr som gjør at vi stort sett forholder oss til de allment aksepterte rammene, ikke minst fordi det å være en del av fellesskapet er knyttet til grunnleggende behov som beskyttelse, identitet og tilhørighet. Samtidig gir vår selvforståelse og selvutvikling rom for utvidelse og endring av allment aksepterte sosiale rammer.

Berger og Luckmann (2000) bygger sin teori på tre prosesser som inngår i hverandre:

1. Samfunnet er menneskelig produkt (eksternalisering).
2. Samfunnet er en objektiv virkelighet (objektivering).
3. Mennesket er et sosial produkt (internalisering).

2.2.1. Eksternalisering, objektivering og internalisering.

Mange av våre handlinger består av gjentakende handlingsmønstre som blir til rutiner og vaner. Disse hjelper oss til å få gjort ting kjapt og effektivt ved å begrense mangfoldet av handlingsalternativer. Sådant behøver vi ikke å analysere hver lignende situasjon separat og hverdagen blir mer forutsigbar. Ulike vaner blant større grupper i samfunnet danner grunnlaget for typifisering og typeinndeling av vanemessige handlinger. Denne typifiseringen skaper en sosialforankret forventning at visse handlingsmønstre blir utført av bestemte mennesker og grupper. Dermed får vi tildelt ulike roller knyttet til de ulike typifiserte handlinger som fører til arbeidsfordeling og oppbygging av institusjoner (Wenneberg, 2000, s.92).

Institusjonalisering gir retning til menneskelig aktivitet ved å definere hva som er akseptabelt eller uakseptabelt og danner grunnlaget for sosial orden - et historisk betegnet menneskelig produkt med en kontrollerende funksjon (Berger & Luckmann, 2000, s.69-70).

Institusjonelle normer og verdier etableres, gyldiggjøres og kontrolleres gjennom språket. Språket objektiverer individuelle eller felles erfaringer som danner grunnlaget for en

intersubjektiv kunnskap. Typeinndelingene som springer ut fra denne kunnskapen påfører en objektiv preg av våre handlinger og deres betydning. Hvis for eksempel en mor slår sine barn og det er en akseptert oppdragelsesmetode av samfunnet, så utfører moren en objektiv handling, som mange andre mødrer tyr til. Handlingen blir ikke lenger et subjektivt trekk hos den ene moren, men en rettferdiggjort måte å opptre i rollen som mor. Videre betraktes den objektive handlingen som isolert fra det subjektive selvet, nærmere som en sosial rolle som individet er tildelt etter typeinndelinger som vedkommende passer inn i. Gjennom internalisering av de ulike standartiserte roller (interaksjonsmønstre) blir den objektive virkeligheten til en meningsfull subjektiv opplevelse. Vi blir til en sosial produkt (Berger & Luckmann, 2000, s.86).

Som barn kjenner vi ikke til noen begrensninger helt til våre omsorgspersoner og andre viktige figurer i vårt liv, også kalt de signifikante andre, "lærer" oss hva som er riktig og galt, godt og ond, skummelt og trygt, mulig og umulig. Vi tar denne eksterne læren for gitt og med tiden vi lærer å innrette oss etter den sosiale ordenen samfunnet er bygget på (eksternalisering). Gjennom vår sosialisering blir den institusjonelle kunnskapen til en objektiv og tilsynelatende uforanderlig virkelighet for vår bevissthet (objektivering) som vi gjenskaper om og om igjen gjennom vår aktivitet og vi overfører til neste generasjon som en gyldig sannhet (internalisering). Slik sett blir vi, som individer, utformet av den sosialt aksepterte "sannheten" som setter rammene for hvordan vi tolker og forstår sammenhengen av våre livserfaringer (Berger & Luckmann, s.79-80). Eksternalisering, objektivering og internalisering oppstår ikke hver for seg, men snarere glir inn i hverandre i løpet av livsføringen som gjør at det er vanskelig å sette klare grenser mellom dem.

2.2.2. Primær- og sekundærsosialisering

Primærsosialisering finner sted i barndommen og er uløselig knyttet til omsorgspersonene, de signifikante andre, som barnet har en emosjonel bånd med. Gjennom oppdragelsen overfører de signifikante andre sine subjektive definisjoner om verdenen. Disse framstår som en objektiv virkelighet og blir internalisert i barnets bevissthet. Barnet begynner etterhvert å identifisere seg med dem og rette sin atferd etter dem. (Berger & Luckmann, 2000, s. 136 – 138). Primærsosialisering er det viktigste stadiet i vår personlige og sosiale utvikling, fordi det er da vi får våre grunnleggende innstillinger, ferdigheter og kunnskap om verdenen og om

oss selv. Det legger også grunnlaget for sekundærsosialisering som bygger på den allerede internaliserte sosiale virkeligheten.

I sekundærsosialisering trer individet inn i nye sfærer av den objektive sosiale verdenen – utdanningssystemet, yrkeslivet og andre spesifikke områder. Denne fasen kjennetegnes av at vi tilegner oss en rollespesifikk kunnskap ift den institusjonsbaserte arbeidsdeling i form av terminologi og rutinemessig atferd som samsvarer institusjonens tilhørende regler og normer. Til forskjell for primærsosialisering er identifisering i sekundærsosialisering ikke emosjonelt betinget, men inngår som en gjensidig prosess i kommunikasjonen med andre. Disse andre formidler ikke en absolutt og helhetlig virkelighet, men snarere en konkret institusjonell sammenheng som vi kan ta en objektiv avstand fra (Berger & Luckmann, 2000, s. 145-146). Likevel er de andre med på å utforme og vedlikeholde vår subjektiv virkelighet ved å bekrefte eller avkrefte de ulike sidene av den opplevelse av verdenen som vi tar for gitt (Berger & Luckmann, 2000, s.155).

2.2.3. Sosialkonstruktivistisk perspektiv på endring

I interaksjonen med andre kan etablerte virkelighetsforståelser og selvidentifisering endres gjennom resosialisering. Prosessen av resosialisering betegnes av forvandling av nåværende kognisjoner til nye ved å gi dem en ny mening. Det er nødvendig med et tilgjengelig sosialt miljø der nye forståelsesrammer bekreftes og innarbeides i individets identitet (Berger & Luckmann, 2000, s.159). Rollen til de signifikante andre i denne prosessen er å formidle den nye virkeligheten og å være et forbilde. Selvsagt må tilknytningen til disse personene føre til følelsesmessig identifisering med dem i likhet med prosessen av primærsosialisering. For at endring kan skje er det viktig at den skal være kontinuerlig og skal framstå for individet som troverdig og betydningsfull. Dette innebærer at vedkommende skal ta avstand fra ideer og mennesker fra den gamle virkeligheten slik at tilbakefall forebygges. Men den gamle verdenen forsvinner ikke selv når den nye er etablert. For å kunne fortrenge det som har vært gyldig i fortiden må én gjentolke den med utgangspunkt i de nye forståelsesrammene. Da blir det en skille mellom “før” og ”nå” der “før” har ledet frem til “nå”, mens “nå” er et helt ny kapittel livsførselen (Berger & Luckmann, 2000, s.159 - 161).

3.0. Metode

3.1. Valg av metode

Det finnes ulike måter å gå fram for å besvare en problemstilling. Metode er verktøyet vi bruker for å samle inn data og sier noe om hvilke dimensjoner av et fenomen vi vil fange opp (Dalland, 2017, s.51). Formålet med det vi vil studere, så vel som ressurser og tidsrammer for gjennomføring av oppgaven styrer metodevalget (Dalland, 2017, s.195). Enhver metode krever systematisk og etterprøvbar fremgangsmåte som redegjøres og begrunnes for (Dalland, 2017, s.54).

En problemstilling kan besvares ut fra en kvantitativ, kvalitativ eller litteraturbasert forskning. Kvantitativ metode er knyttet til innsamling av målbar data som gir grunnlag for analyse av omfanget til ulike sosiale forhold. Ved kvalitativ metode innsamler en derimot data i form av tekst som viser til egenskaper og karaktertrekk ved fenomener som ikke lar seg måle. Dette bidrar til en mer nyansert fortolkning og forståelse av et gitt fenomen (Dalland, 2017, s. 52-53). En litteraturstudie bygger på allerede eksisterende data i form av forskning som analyseres og drøftes i lys av fagkunnskap og ulike teoretiske perspektiver.

Siden min problemstilling er knyttet både til personalets og pasientenes nytte av KMT skulle det være større krav ift omfanget av data jeg måtte samle inn og analysere ved bruk av en kvantitativ eller kvalitativ tilnærming. Begge metodene ville ha vært tids- og ressurskrevende med tanke på at det er to målgrupper og ulike aspekter ved det jeg forsker på. En kvantitativ metode kunne ha hjulpet meg å få et innblikk på utbredelsen av bruk av KMT som arbeidsmetode både blant institusjoner og innenfor de, grad av tilfredshet blant ansatte og pasienter med KMT, samt mengde av positive og negative kliniske utfall. En kvalitativ undersøkelse gjennom observasjon eller intervju kunne ha gitt meg nyttig informasjon om den subjektive opplevelsen av utfordringer og positive sider knyttet til det å drive eller motta KMT. Jeg ville derimot få et sammensatt perspektiv på hva implementering av KMT medbringer, både som objektivt omfang og subjektiv opplevelse. Derfor valgte jeg litteraturstudie som gir meg muligheten til å se min problemstilling fra ulike sider.

3.2. Datainnsamling

Rienecker og Jørgensen (2013) påpeker at enhver metode har sin systematiske framgangsmåte og at leseren skal kunne gjenta undersøkelsen og finne fram de samme resultatene (Rienecker & Jørgensen, 2013, s.187). Jeg skal derfor redegjøre for prosessen av datainnsamling og hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg har benyttet for å finne fram artiklene som jeg har valgt å bruke i oppgaven. Deretter skal jeg begrunne valg av artikler og gjøre rede for oppgavens reliabilitet og validitet.

Søk av artikler ble utført i perioden 27. februar - 14. mars 2022. I begynnelsen søkte jeg i populære databaser som "Yahoo" og "Google" for å se hvilke informasjon om KMT finnes for den gjennomsnittlige internetbrukeren og hvor utbredt temaet er. En av nettsidene som med en gang fanget oppmerksomheten min var den til Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT) og nærmere den digitale tidsskriften som foreningen utgir ("Tidsskrift for Kognitiv Terapi"). Der fant jeg flere fagartikler og forskning knyttet til implementering og nytte av KMT som jeg kunne vise til i oppgaven min. Videre utforsket jeg databasene "Oria" og "Google scholar" for å se hvilke studier som fantes om KMT og for å få inspirasjon til aktuell problemstilling. Til slutt bestemte jeg meg til å lete etter artikler bare i databasen "Oria". Jeg brukte "kognitiv miljøterapi" som søkeord og jeg fikk 81 treff. Etter at jeg avgrenset søket til fagfelleverderte artikler ble tallet redusert til 30. Jeg måtte også lete etter nyere forskning og valgte derfor artikler som er utgitt de siste 5 årene. Denne gangen fikk jeg 13 treff som jeg leste kjapt gjennom. Det viste seg at bare en artikkel var relevant for meg som etter min veileders mening var ikke godt nok kvalitetsikret. Da bestemte jeg meg for å lete etter fagfelleverderte artikler bare på engelsk fra de siste fem årene og jeg fikk over fem tusen. Neste strategien var å benytte meg av funksjonen "avansert søk" for å kunne begrense antallet artikler ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier (det som artiklene skal/ikke skal inneholde etter gitte kriterier). Jeg brukte søkeordene "cognitive milieu therapy", "inpatients unit" og "implementation". Jeg avgrenset søket til fagfelleverderte tidsskrift på engelsk med emnet "social sciences", utgitt i de siste fem årene og fikk 48 treff. Av de virket fire av interesse for meg. Jeg gikk inn på artiklene og leste kjapt gjennom. Det viste seg at to av de var relevante for oppgaven min:

1. Creed, T., Waltman, S. & Williston, M. (2020). *“Establishing a collaborative care CBT milieu in adolescent inpatient units”*.

2. Schenkel, L., S., Spaulding, W., D., Wilkniss, S., M., Savitz, A. & Silverstein, S., M. (2020). *“The effects of a staff-training program in behavior management and social-learning principles on staff-patient interactions within a psychiatric rehabilitation inpatient unit”*.

Jeg valgte å bruke den første, fordi den gir et godt innblikk i helhetlig implementering av KMT som individuell og gruppetilnærming på en akuttpsykiatrisk avdeling med en relativ kort innleggelsestid. Det var derfor spennende å se i hvilken grad kan KMT påvirke kliniske resultater med tanke på at relasjonsetablering og perspektivendringer kan ta tid. Ikke minst viser artikkelen til utfordringer, så vel som elementer som styrker implementeringsprosessen. Den andre artikkelen valgte jeg fordi den går inn på ulike personalkarakteristika, som blant annet arbeidserfaring, yrkesrolle og holdninger knyttet til dem, som har betydning for implementering av felles arbeidstilnærming.

Den tredje artikkelen fant jeg i "Tidsskrift for Kognitiv Miljøterapi" (tidsskrift.kognitiv.no). Den var ikke fagfellevurdert, men godkjent av tidsskriftets redaktør. Jeg var klar over at det å bruke denne artikkelen kunne være "dumdristig" med tanke på oppgavens reliabilitet. Derfor sjekket jeg hvilke mandat NFKT har som organisasjon og hvor pålitelig dens tidsskrift var. Det viste seg at det er en ideell medlemsforening som driver med videreutdanning i kognitiv terapi for helse- og sosialfaglig personell innenfor psykisk helsevern, kommunehelsetjeneste, NAV, somatiske sykehus og rehabiliteringssentre, i regi av Helsedirektoratet (NFKT, u.å.). Jeg tenkte at hvis Helsedirektoratet subsidierer NFKT må det bety at dens virksomhet blir rapportert og kontrollert, og dermed kvalitetsikret både når det gjelder utdanningstilbudt og publisert forskning. For å sikre meg tok jeg det opp med veilederen min. Han mente at en solid begrunnelse kunne rettferdiggjøre bruk av ikke fagfellevurdert forskningsartikkel.

Til slutt bestemte jeg meg for å ta artikkelen med i oppgaven:

3. Matre, P., J., Lauritsen, T., Dahl, K. & Nordahl, H. (2021). *“Implementering av helhetlig støtte system i barnevernet”*

Dette gjorde jeg fordi den beskriver helhetlig implementering av KMT i 12 barnevernsinstitusjoner i Norge – en omfattende og langvarig forskning, basert på 602 personlige svar, samlet inn i løpet av 4 års periode som gir viktig informasjon om implementeringsstrategier og resultater på organisatorisk-, personal- og på brukernivå. Studien benytter måleinstrumenter som er “ gjennomprøvde med akseptabel til høy validitet og reliabilitet” (Matre et al., 2021). Artikkelen har i tillegg blitt henvist til i flere materialer jeg har lest om KMT og belyser implementering av metodikk som i årene er blitt utviklet til “...den nasjonale standarden for institusjonsarbeid i Bufetats omsorgsinstitusjoner” (Matre et al., 2021). Forskningen gir innsyn for etablering og opprettholding av KMT i norske tilstander som gir mulighet å se om det er noen forskjeller med det å drive KMT i Norge sammenlignet med andre land.

3.3. Presentasjon av artiklene

Her skal jeg presentere artiklene jeg har valgt for oppgaven min ved å skrive et kort sammendrag fra hver av dem.

Artikkel 1: Creed, T., Waltman, S. & Williston, M. (2020). *“Establishing a collaborative care CBT milieu in adolescent inpatient units”*.

Denne artikkelen presenterer kvalitativt basert forskning knyttet til implementering av KMT på en akutt psykiatrisk sykehusavdeling for ungdommer mellom 13 og 18 år som sliter med depresjon, selvmordstanker, drapstanker og høy risikoatferd. Forskningen tar utgangspunkt i antakelsen at felles teoretisk forståelse og målrettet individuell tilnærming kan endre ansattes holdninger til pasientene og kan sørge for et bedre terapeutisk miljø. Formålet er å finne ut om hvilke fordeler som tverrfaglig samarbeid basert på KMT frembringer. Hovedfokuset er rettet mot personalet som medbringer mest tid med pasientene.

Det er 27 helsearbeidere (mental health technicians) som blir opplært i å anvende kognitive prinsipper i den daglige interaksjonen med pasienter. I tillegg får hele personalet opplæring i KAT strategier og metoder som blir anvendt ved planlegging og utføring av individuell behandling, i gruppearbeid, ved samarbeid med pårørende, dokumentering, skiftrapportering osv .

Resultatene som forskningen viser er at ett år etter implementeringen av KMT har fysisk og mekanisk tvang blitt redusert sammenlignet med året før oppstart. Forfatterne konkluderer at dette gir grunn til å tro at KMT fungerer bra som tilnærming i døgnbehandling.

Artikkel 2: Schenkel, L., S., Spaulding, W., D., Wilkniss, S., M., Savitz, A. & Silverstein, S., M. (2020). *"The effects of a staff-training program in behavior management and social-learning principles on staff-patient interactions within a psychiatric rehabilitation inpatient unit"*.

Denne kvantitative studien forsker på hvordan implementering av et didaktisk-interaktivt treningsprogram for hele personalet på en rehabiliteringsavdeling påvirker kvaliteten på interaksjonen med pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Målet med forskningen er å fange opp hva som kjennetegner samspillet mellom personal og pasienter og å utforske hvilke personalkarakteristikker (arbeidserfaring, yrkesrolle mv) som har betydning for resultatene av studien.

Personalgruppen som består av 32 ansatte blir delt opp i to grupper - medisinsk (psykiatere, sykepleiere og helsearbeidere) og ikke-medisinsk personal (psykologer og sosialarbeidere). Opplæring blir først gitt bare til halvparten av personalet. Etterhvert blir alle opplært i atferdsprinsipper og sosial læringsprinsipper, samt ferdighetstrening, etterfulgt av skriftlig eksamen og "in vivo"(praktisk) eksamen.

Studien bygger på fire hypoteser basert på tidligere forskning på feltet:

- opplærte ansatte vil skåre høyere i positiv og terapeutisk atferd og lavere i uhensiktsmessig interaksjon med pasientene, sammenlignet med de som ikke ennå har fått opplæring;
- ikke-medisinsk personal vil skåre høyere i positiv og terapeutisk atferd enn medisinsk personal;
- bedre prestasjon i den teoretiske og praktiske eksamen vil kunne relateres til økt positiv og terapeutisk atferd og redusert negativ atferd;

- ansatte som har negative holdninger mot metoden som blir implementert vil vise minst progresjon på slutten av ferdighetstreningen;

Resultatene er basert på data som er samlet fra den teoretiske og den "in vivo" eksamen, samt fra jevnligte observasjoner av interaksjonen mellom personal og pasienter som er gjennomført i tre perioder (før, under og etter implementering) av en uavhengig observatør. I tillegg blir tatt i bruk måleskalaene SRIFS (Staff-resident interaction fidelity scale) for å dokumentere art og omfang av personalets verbale og nonverbale interaksjon med pasienter og SLIS (social-learning ideologi subscale) som måler ansattes holdninger knyttet til bruk av sosial læringsprinsipper overfor pasientgruppen.

Resultatene av forskningen bekrefter hypotesene som er satt opp i forkant. Når det gjelder personalgruppen som helhet viser dataen signifikante endringer i ansattes samspillsferdigheter i en positiv retning og reduksjon av uhensiktsmessig atferd. I forhold til pasientgruppen har uønsket atferd blitt redusert betydelig, samt mindre bruk av skjerming og isolasjon på avdelingen.

Artikkel 3: Matre, P., J., Lauritsen, T., Dahl, K. & Nordahl, H. (2021). *“Implementering av helhetlig støtte system i barnevernet”*

Denne artikkelen presenterer en kvantitativ studie om implementering av helhetlig støtte system (HSS) i 12 barnevernsinstitusjoner i Bufetat region Nord i en fire års periode. Implementeringen har fokus på spesifikk kompetanseheving innenfor KAT prinsipper som skal brukes som verktøy i den daglige interaksjonen med barn, unge og deres foresatte. I tillegg blir tatt i bruk HPC modellen (High Performance Cycle) for å øke jobbprestasjoner og jobbtilfredshet blant ansatte og DPR modellen (Deklarativ, Prosedural, Refleksjonsmodell) som sørger for utvikling av kunnskaper, kliniske ferdigheter og selvrefleksjon.

Der er 320 ansatte og 12 ledere som får opplæring i KAT og systematisk kartlegging. Opplæring og trening av miljøterapeutiske ferdigheter blir gjennomført i de to første årene. Resten av implementeringsperioden blir dedikert til å fastholde de ervervete ferdigheter, samt opplæring av lokale HSS veiledere for å sikre etterlevelsen av den nye metodikken.

Datainnsamling blir jevnlig utført i løpet av hele implementeringsperioden gjennom nettbaserte spørreundersøkelser, strukturerte intervjuer og selvutfyllingsskjemaer. På ledernivå har rapportering og evaluering av implementeringsprosessen blitt gjort fire ganger i året på regionale ledermøter. Tilbakemeldingene på disse har hatt en forpliktende karakter for institusjonene.

Resultatene viser at det er blitt en positiv faglig utvikling blant ansatte og ledelse som har økt kvaliteten på tjenestene. Systematisk veiledning, evaluering, høy grad av lederstøtte og lederinnvolvering har vært blant de hoved faktorene for vellykket implementering av HSS. I implementeringsperioden har også holdningene til HSS blitt mer positive blant personalet, bruk av KMT har økt og tverrfaglig samarbeid har blitt bedre. Dette har medført til færre uønskede hendelser og en mer lik praksis på institusjonelt og regionalt nivå.

NB: Siden artikkelen er hentet fra nettside (tidsskrift.kognitiv.no) mangler det sidetall når jeg henviser til den i teksten videre i oppgaven.

3.4. Oppgavens troverdighet

Dalland (2017) beskriver enhver undersøkelse som en prosess der én må ta stadig valg for å besvare den valgte problemstillingen, slik at resultatene én kommer fram til er gyldige og pålitelige (Dalland, 2017, s. 55).

Kravet om reliabilitet og validitet sikter for troverdigheten av studiens resultater og relateres til etterprøvnbarheten på forskningen som er blitt utført og gyldigheten av funnene som én har kommet fram. Dette innebærer at én skal kunne redegjøre for hvordan datainnsamling er gjennomført og hvorvidt den valgte faglig litteratur og forskning er relevante for problemstillingen, samt eventuelle svakheter ved de. Det er også viktig å redegjøre for egen ståsted og forforståelse som forsker og hvordan det kan prege studiens objektivitet (Dalland, 2017, s.55).

I denne oppgaven har jeg vist til hvordan søkeprosessen er blitt utført, hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg har benyttet for å finne fram aktuelle artikler og hvorfor jeg synes de er relevante. Jeg har også redegjort for valg av teori og har begrunnet min avgjørelse om å bruke forskningsartikkel som ikke er fagfellevurdert.

Siden valg av tema er knyttet indirekte til min arbeidserfaring som assistent på enhet for funksjonshemmede har jeg prøvd å være bevisst på mine egne oppfatninger og preferanser, samt å være så nøytral som mulig når det gjelder valg av litteratur og drøfting av resultater.

4.0. Diskusjon av funn

Studiene jeg har valgt å presentere indikerer positive utfall av implementering av KMT, samt utfordringer som implementeringsprosessen setter for ledelse og ansatte. I denne delen av oppgaven skal jeg gå nærmere inn på fortolkning av resultatene ved hjelp av teorien som jeg har redegjort for i teori delen, for å kunne finne svar på min problemstilling.

4.1. Betydning av implementering av KMT på organisatorisk nivå.

Selv om min problemstilling ikke omhandler direkte organisering og gjennomføring av implementering av KMT på organisatorisk nivå, er det verdt å nevne hvilken betydning ledelsen har for etablering av en ny praksis og hvilken betydning implementeringsprosessen kan ha for ledelsen.

Ut fra et sosialkonstruktivistisk syn er institusjonens oppbygging en historisk betinget prosess som speiler sosiale etablerte normer og verdier. Ikke minst har institusjoner en kontrollerende funksjon som støtter etablert praksis og dens internalisering hos nye ansatte og gjør at den ofte framstår som uforanderlig og legitim (Berger & Luckmann, 2000, s.70). Lederen sin rolle er knyttet til opprettholdelse av institusjonens rammer og organisering av virksomheten etter de typeinndelingene som sier noe om oppgavefordeling blant de ulike yrkesgruppene og forventninger knyttet til enkeltes arbeidsutøvelse.

Implementering av og satsing på en ny arbeidspraksis er først og fremst betinget av organisasjonens oppbygging og økonomi, ledelsens vilje og den legitime begrunnelsen for endring av den etablerte arbeidsmåte. I de presenterte artiklene har implementering av KMT vært en forskningsbegrunnet respons på behovet for en mer konsistent og målrettet praksis som egner seg godt i arbeidet med mennesker med psykososiale utfordringer. Dette behovet har legitimert den ønskede endringen og ledelsene har blitt involvert i stor grad både ved tidsorganisering og tilrettelegging for opplæring, veiledning og ferdighetstrening i implementeringsprosessen. Ledernes fokus på bruk av kunnskapsbasert praksis har vist seg å være grunnleggende for personalets innstillinger og innsats knyttet til implementeringen. Etablering av en ny arbeidsmetode kan bli betraktet som en kollektiv resosialisering, der ansatte blir introdusert en ny virkelighet som gir arbeidsutøvelsen en ny mening. I denne

prosessen er rollen av leder eller lederteamet avgjørende for å bekrefte og validere betydningen til den nye praksisen.

Implementering av kognitiv miljøterapi krever en bevisst organisering og planlegging av arbeidshverdagen (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 41). En av de største organisatoriske utfordringene som tidligere forskning påpeker og som Creed et al. (2020) viser til i sin studie er knyttet til tidsorganisering med tanke på opplæring og veiledning. Balansegangen mellom det å finne tid til opplæring av personalet uten at avdelingen blir underbemannet kan være vanskelig. Løsningen som ledelsen i artikkel 1 finner er å organisere samlinger før og etter arbeidstid som ansatte blir betalt for. I tillegg har ledelsens innsats vært rettet mot det å styrke gjenformidling av viktig informasjon på tvers av vakter og yrkesgrupper, samt klar oppgavefordeling i personalgruppen (Creed et al., 2020, s.436). Dette dekker noen av ledelsens hovedoppgaver knyttet til implementeringsprosessen som jeg har redegjort for i innledningsdelen (1.5. Implementering av KMT) og har sørget for konsistens og målrettethet i etablering av KMT.

Grad av innvolvering som ledelsen har i etableringen av en ny arbeidsideologi avhenger av dens kompetanse ift selve ideologien og gjennomføringen av den. Artikkel 3 av Matre et al. (2021) viser at opplæring av ledere, oppfølging og jevnlig tilbakemeldinger har ført til en bredere forståelse om implementeringsmodellen, samt utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid og arbeidet med den spesifikke målgruppen. Dette har resultert i et økt engasjement som har ført til økt opplevelse av lederstøtte blant personalet (25%) og som følge av det - økt jobbengasjement (20%). På regionalt nivå har samarbeid mellom institusjonslederne blitt mer samskjørt som har ført til en mer lik praksis og mindre variasjon i institusjonstilbudene (Matre et al., 2021). Dette viser at lederens kompetanse og rolle som pådriver og motivator i implementeringsprosessen direkte påvirker ansattes innsats og dermed styrker organisasjonens virksomhet for øvrig.

4.2. Betydning av og utfordringer knyttet til implementering av KMT innenfor personalgruppen.

Skårderud og Sommerfeldt (2013) omtaler miljøterapi som en gjennomtenkt organisering av en behandlingskultur som bygger på felles holdninger og forståelser, og som skaper rom for inspirasjon og refleksjon blant ansatte. Behandlingskultur kan variere siden den blir preget i

stor grad av ansattes holdninger og verdier knyttet til egen yrkesrolle, pasientgruppen og utøvelsen av egen praksis. Miljøterapi med sin mentaliserende funksjon kan i utgangspunktet være en mediator mellom de ulike relasjonene som inngår i institusjonen (leder-ansatte, mellom ansatte med ulik faglig bakgrunn, ansatte-pasienter, ansatte-pårørende) og på den måte skape et terapeutisk miljø som tjener både ansatte, pasienter og pårørende .

4.2.1. Personalets holdninger er avgjørende for etablering av KMT.

Holdninger blant ansatte kan betraktes som en blanding av virkelighetsdefinisjoner dannet i primær- og sekundærsosialiseringen (jf. Sosialkonstruktivisme). Det er altså “sannheter” som individet har lært i løpet av barndommen og i voksenalderen. De førstnevnte kan sies å være mer fastsatte og kan variere i stor grad fra person til person. De andre nevnte er knyttet til konkrete institusjonelle sammenheng (yrkesrolle, pasientgruppe, arbeidsoppgaver mv.) og er lettere å endres (Berger & Luckmann, 2000, s. 145 - 146).

Alle studiene jeg har presentert tar utgangspunkt i forståelsen om at personalets holdninger og atferden knyttet til dem er avgjørende for kvaliteten på interaksjonen med pasientene og for det terapeutiske miljøet for øvrig. Generaliserende holdninger til pasienter basert på diagnoser fører ofte til negative innstillinger blant personalet og feiltolkning av pasientenes atferd (Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 31). Ikke minst kan utilstrekkelig kunnskap om diagnoser gi opphav til feilslutninger og misforståelser i møtet med den enkelte. Negative holdninger og atferd hos ansatte kan utløse fysisk og verbal utagering fra pasientene (Schenkel et al., 2020, s. 421) som påvirker den terapeutiske relasjonen. To av artikklene påpeker at personalets holdninger kan være hinder for implementering av atferdsstrategier (Schenkel et al., 2020; Creed et al., 2020) siden én som ikke er bevisst på egne holdninger lett kan ty til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre i møte med pasient. Det er i tillegg vanskelig å implementere en felles arbeidsmetode når deler av personalgruppen ikke er positivt innstilt mot ideologien bak det.

I de presenterte artikklene har opplæring av personalet hatt stort fokus på å skape en forståelse og bevissthet om sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd (jf. den kognitive forståelsesmodellen utviklet av Aron Beck). Årsaken til dette er tosidig. For det første handler det om at ansatte kan gjenkjenne egne automatiske tanke- og atferdsmønstre og hvordan de preger deres kommunikasjon i møte med kollegaer, pasienter og pårørende (jf.

selvregulering). Denne bevisstgjøringen har stor betydning for graden av empati og forståelse som personalet møter pasientene med. For det andre muliggjør det emosjonsregulering blant pasientene som er grunnleggende for endringsarbeidet.

Reduksjon på bruk av mekanisk og fysisk tvang (Creed et al., 2020, s. 435) kan tolkes som et tegn på at personalets evne å håndtere og regulere utfordrende atferd har blitt forbedret i løpet av implementeringen. Schenkel et al. (2020) viser til en økning av positiv atferd blant hele personalgruppen etter opplæringsperioden, mens Matre et al. (2021) rapporterer at holdningene knyttet til KMT har blitt mer positive med tiden. Dette har ført til en signifikant økning i dens systematiske bruk, samt økning i måloppnåelse, jobbprestasjon og jobbtilfredshet (Matre et al., 2021). Alt dette viser at KMT som arbeidsideologi kan påvirke ansattes selvforståelse, holdninger, motivasjon og engasjement, noe som i neste omgang har positiv effekt på pasientene.

Creed et al. (2020) beskriver at for å forsterke ansattes positive atferd på akuttavdelingen for ungdommer har det blitt tatt i bruk “kudos” program der ansatte kan skrive komplimenter om hverandre, knyttet til positiv atferd som støtter et godt arbeidsmiljø. Målet med det er å styrke ansattes fokus på andres positive atferd som i neste omgang skal sørge for at personalet fokuserer på pasientenes styrker og ikke på deres negative handlinger. Interaksjonen med omverdenen danner den intersubjektive virkeligheten som er en del av vår hverdagsvirkelighet (Zahavi, 2005, s.37). Det å rette vår bevissthet på det gode rundt oss kan bli til en vane etterhvert som kan endre både vår egen opptredelse og kvaliteten på den intersubjektive opplevelsen av virkeligheten. Likevel har individer ulike utgangspunkt for selvinnsikt og bevisst interaksjon med andre. Endring av holdninger og etablering av nye vaner er samtidig tidkrevende og mer utfordrende i en kollektiv sammenheng, hvor tidspress og arbeidsoppgavenes mengde fremstår som hindre for en pågående refleksjon og endringsvilje. Effektivitet krever automatiserte handlinger. Rutiner sparer tid og er anerkjente for å være virksomme innenfor institusjonens rammer. De tas oftest for gitt og “... krever ikke noen ytterligere bekreftelse utover dens blotte tilstedeværelse” (Berger & Luckmann, 2000, s. 44). Å sette spørsmålstegn ved dem forutsetter “en veloverveid og på ingen måte liten anstrengelse” (Berger & Luckmann, 2000, s.44). I tillegg til en kritisk analyse av egen forståelse og praksis krever dette å stille spørsmål ved det overordnede konseptet som institusjonens rutiniserte praksis bygger på, fordi det utformer ansattes holdninger knyttet til arbeidsutøvelsen.

En bevisst undersøkelse av sammenhengen mellom subjektivitet, intersubjektivitet og virkelighet som fenomenologien taler om (Zahavi, 2005, s.22) kan være mulig bare hvis den kollektive bevisstheten øker .

4.2.2. Arbeidserfaring

Arbeidserfaring vanligvis relateres til kompetanse. Kompetanse er summen av kunnskap, ferdigheter, skjønn, holdninger og verdier. Det anses at lengre arbeidserfaring øker kompetansen. Samtidig har hver organisasjon spesifikke mål, verdier og prosedyrer som utformer organisasjonskultur og praksis. Ansatte som jobber lenge på samme stedet kan utvikle seg både personlig og faglig, men det er ikke alltid tilfellet. Funnene som artikkel 1 presenterer viser at medarbeidere som har hatt lengre arbeidserfaring har skåret lavere både på den teoretiske og “in vivo” eksamenen etter opplæring og ferdighetstrening. De har også hatt få tilfeller med positiv og terapeutisk atferd og økt tendens til å bruke mer tid på kontorarbeid og kollegasamtaler, sammenlignet med resten av kollektivet (Schenkel et al., 2020, s. 426).

Å begynne på en ny arbeidsplass oppleves som regel krevende. I tillegg til arbeidsoppgavene som må bli gjort, må vedkommende passe inn i organisasjonens rammer og rollen som han er blitt tildelt (eksternalisering). I denne prosessen er ledelse og kollegaer et forbilde som nyansatte retter seg etter ift. praksis, holdninger og verdier. Etterhvert blir det til en objektiv virkelighet som vedkommende tar med seg og i siste omgang blir organisasjonens formelle og uskrevne regler indoktrinert i ansattes subjektiv opplevelse av det å være en del av denne organisasjonen (Berger & Luckmann, 2000, s.79-80). Etter flere år på samme arbeidsplass kan det være utfordrende å endre på rutiner og holdninger som er blitt opprettholdt i organisasjonen med tiden. Motstand mot nye rutiner og framgangsmåter kan da komme naturlig siden det fordrer at de ansatte tilegner seg ny kunnskap og ferdigheter (Schenkel et al., 2020, s. 427).

4.2.3. Kompetanseheving

Matre et al. (2021) påpeker at gapet mellom tiltak som forskning anbefaler og den egentlige praksis på institusjoner er sammensatt og kan skyldes bl.a. lite fokus på kunnskapsbasert praksis og utilstrekkelige ferdigheter blant ansatte. Creed et al. (2020) understreker videre at variasjon av kompetanse blant ansatte i et tverrfaglig team ofte kan være til hinder for en lik tilnærming til pasientgruppen. Øking av kompetanse og trening av spesifikke ferdigheter er derfor grunnleggende for implementering av kunnskapsbasert praksis.

Schenkel et al. (2020) beskriver at i begynnelsen av implementeringen har bare halvparten av personalgruppen på den psykiatriske avdelingen fått opplæring og trening i kognitive prinsipper for å kunne måle hvordan forskjell i kompetanse spiller seg ut i samspillet med pasientene. Resultatene viser at på det tidspunktet der bare halvparten av ansatte er opplært demonstrerer de bedre ferdigheter i terapeutisk tilnærming og mindre tilfeller av negativ og ikke-interaktiv atferd, sammenlignet med gruppen som ikke har fått opplæring. Det har vært også signifikant økning i positiv og terapeutisk atferd blant hele personalgruppen på slutten av studiet, samt reduksjon av uhensiktsmessig atferd (Schenkel et al., 2020, s. 424). Dette ifølge forfatterne skyldes effektiviteten som opplæringsprogrammet har for mestring av spesifikke ferdigheter basert på kognitive prinsipper (Schenkel et al., 2020, s.426).

Disse funnene er basert på jevnlig observasjon, gjennomgått av uavhengig observatør. Dette taler for at resultatene er upartiske og dermed pålitelige. Likevel kan det oppstå et spørsmål om ansatte har vært oppriktige i samspillet med pasienter eller de har rett og slett vært bevisst på at de er blitt observert. Akseptere regler, normer og verdier påvirker éns handlingsvalg og væremåte i vise sosiale sammenheng (Zahavi, 2005, s.81). Med tanke på at det har også vært dokumentert en del negativ atferd, kan én ikke utelukke muligheten for at uhensiktsmessig samhandling med pasientene kunne ha vært i en større omfang da ansatte ikke har vært observert (Schenkel et al., 2020, 427).

Personalets atferd er det viktigste redskapet i samspillet med pasienter. Den har betydning for relasjonsbygging, mentalisering og emosjonsregulering i samhandling med pasientgruppen. Psykiske lidelser handler mye om dårlig følelsesregulering (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 85) og hvordan personal møter pasienter har mye å si for bedringsprosessen. I kommunikasjonen med andre gjenspeiler vi den andres holdninger (Berger & Luckmann, 2000, s.50). Vår atferd blir styrt av følelsene som blir utløst av måten den andre behandler oss

og vi mer eller mindre automatisk handler på tilsvarende vis. Kroppsspråk, tonefall og ikke minst det som blir sagt virker umiddelbart på den andre. Personalets væremåte og holdninger preger interaksjonen med pasientene og deres selvoppfatning. En avvisende eller altfor beskyttende væremåte kan hindre for pasientenes mestring og føre til avmakt eller lært hjelpeløshet (Lillevik & Øyen, 2015, s.63).

Gjennom påfyll av kunnskap og oppbygging av kompetanse tar implementering av KMT sikte på å bevisstgjøre hva ansatte formidler i miljøet til enhver tid. Etablering av nye mønstre for samspill hos personalet danner grunnlaget for nye, positive erfaringer hos pasientene, samtidig som det fremmer de ansattes evne til å støtte og regulere pasientene. Kompetanseheving forsterker også den intersubjektive følelsen av kollektiv tilhørighet og likeverdighet på tvers av yrkesgrupper og kan øke betydelig arbeidsinnsats, måloppnåelse og jobbengasjement (Matre et al., 2021). Artikkel 3 viser til økning av kompetanse (22%) og systematisk bruk av KMT ($p < .05$). En svakhet ved disse resultatene er at de kommer fra ansattes selvrapporing (Matre et al., 2021) og kan dermed være upresise. Selvevaluering har en subjektiv preg som kan resultere i under- eller overvurdering av egen kompetanse og ferdigheter (Johansen et al., 2019). I tillegg er mennesker tilbøyelige å handle på en sosialt akseptabelt måte som gir en forutsigbar og fortrolig opplevelse av det å være en del av fellesskapet (Zahavi, 2005, S. 83). Slik sett kan selvrapporing gi upålitelig data. Andre ting som kan påvirke reliabiliteten til selvrapporert informasjon kan være bl.a. rollen én har i organisasjonen, betydning av resultatene for virksomheten, samt hvem som har tilgang til de (Johansen et al., 2019). Det er derfor ønskelig med utvikling av måleinstrumenter som gir en objektiv evaluering av individuell kompetanse- og ferdighetsutvikling slik at det er lettere å påvise sammenhengen mellom kompetanseheving innenfor KMT og positive kliniske utfall.

4.2.4. Yrkesrolle

I de presenterte artiklene består personalgruppene av ansatte med ulik faglig bakgrunn. Et av de spesifikke mål som Schenkel et al. (2020) setter for sin studie er å fange opp hva som kjennetegner interaksjonen mellom personal og pasienter med fokus på forskjeller mellom medisinsk (psykiatere, sykepleiere og helsearbeidere) og ikke-medisinsk personal (psykologer og sosialarbeidere). Resultatene peker på at ikke-medisinsk personal skårer

signifikant høyere på terapeutisk atferd og har mye mindre tilfeller av negativ atferd, kontorarbeid og kollegasamtaler både før og etter gitt opplæring (Schenkel et al. 2020, s.424).

Denne forskjellen kan tolkes ut fra de ulike forståelsesmodeller som yrkesspesifikk kompetanse bygger på. Medisinsk personal blir utdannet etter den biologiske modellen som gjør at synet på sykdom og pasientenes funksjonsnivå blir forklart som en biologisk sammenheng der medisinerer er en viktig komponent for behandlingen. Derimot arbeider ikke-medisinsk personal etter den psykososiale modellen som vektlegger det komplekse samspillet mellom mennesker og omgivelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 44). Dette gjør at ikke-medisinsk personal kan tenkes å være mer opptatt av personen i situasjonen og har større fokus på miljøterapeutiske intervensjoner i behandling og rehabilitering.

Ut fra denne antakelsen er implementering av en kognitivbasert behandlingsideologi lettere å forene med en psykososial tilnærming enn med en biologisk tilnærming. Dessuten kan ulike yrkesgrupper ha behov for ulikt opplegg for opplærings og ferdighetstrening som kan sørge for en lettere overgang mellom den nåværende ideologien og den som implementeres (Schenkel et al., 2020, s.427). Resultatene viser tydelig at ideologien som står bak yrkesutdanningen påvirker betydelig ansattes forventninger og holdninger knyttet til pasientgruppen og ikke minst ansattes tilbøyelighet til å tilegne seg en ny arbeidsmetodikk. Som nevnt tidligere kan endringer knyttet til implementeringsprosessen kreve av noen ansatte en arbeidsmessig resosialisering for at de kan passe inn i den nye ideologien. Dannelse av nye kognisjoner og vaner kan ta tid og støtte og motivasjon fra ledelse, kolleger og veiledere er avgjørende for denne prosessen. Implementering av felles faglig språk og tilnærming kan dessuten utjevne forskjeller i faglige ideologier og bidra til en mer samkjørt praksis på tvers av yrker.

4.3. Kliniske resultater fra implementering av kognitivbasert praksis.

Alle studiene som jeg har presentert viser til en positiv effekt av KMT på pasientgruppen. Artikkel 1 av Creed et al. (2020) rapporterer at ett år etter implementering av KMT har fysisk tvang blitt redusert med 21,25, mens mekanisk tvang har steget ned med 43,98%. Artikkel 3 av Matre et al. (2021) viser til færre uønskede hendelser som et resultat av økt bruk av KMT. Schenkel et al. (2020) rapporterer signifikant økning av hensiktsmessig atferd, reduksjon av uønsket atferd (60%), økt pasientdeltakelse i miljøet (50%) og reduksjon i bruk av skjerming

og isolasjon på avdelingen. Disse resultatene kan sies å være lovende med tanke på at det er flere utfordringer som målgruppen ha i forhold til diagnose og selvoppfatning. Ut fra et fenomenologisk perspektiv er enhver opplevelse kontekstuellet betinget av enkeltes bakgrunn, erfaringer og virkelighetsfortolkninger. Sykdom, symptomer og forekommende utfordringer kan synes å være like for pasienter med samme diagnose, men likevel er opplevelsen av dem veldig individuelt. Sårbarhet grunnet opplevde traumer, ledsagende angst og depresjon, dårlig språkforståelse og emosjonsregulering, liten innsikt i egen problematikk og uhensiktsmessige handlingsstrategier fører til lav mestringstro og passiv holdning til egen behandling (Fossen et al., 2018). Dette setter noen barrierer for behandlings- og rehabiliteringsforløpet og er derfor viktig å planlegge den etter den enkeltes forutsetninger. Utarbeidelse og aktiv bruk av kasusformulering sørger for en individuell tilnærming til pasienter og brukere, ved å sette konkrete individuelle mål og spesifikke intervensjoner som støtter disse målene. Creed et al. (2020) beskriver denne prosessen slik: *“...all milieu staff learned to support patients in working toward their goals through CBT strategies and skills, and to enhance empathy and interpersonal effectiveness through a cognitive behavioral case conceptualization lens”* (Creed et al., 2020, s.431).

Virkeligheten er et relativt produkt av våre subjektive oppfatninger og endrer seg i takt med våre kognisjoner. Endring av kognisjoner er hovedoppgaven for KAT. Med sitt sosialkonstruktivistiske perspektiv på endring sikter KMT for en resosialisering i et mentaliserende terapeutisk miljø. Økt forståelse om utløsende og opprettholdende faktorer for pasientenes atferd fremmer emosjonsregulering og demper dermed utagering (Matre et al., 2021). Pasienter som føler seg sett og forstått har bedre utgangspunkt for medvirkning i og eierskap til egen prosess. Ikke minst har bruk av atferdsprinsipper en forsterkende effekt på pasientenes positive atferd og sørger for avlæring av uhensiktsmessige atferdsmønstre. Erfaringer som pasientene får i et beskyttende og tilrettelagt miljø har styrken til å avkrefte etablerte kognisjoner og muliggjør dannelsen av nye. I denne prosessen har ansatte rollen av “de signifikante andre” som støtter pasientene i deres resosialisering, bekrefter den etterstrebet nye identiteten og opprettholder de nye forståelsesrammene som endringen medbringer (Berger & Luckmann, 2000, s. 136-138).

Opphold på en institusjon kan være stigmatiserende i seg selv. Psykoedukasjon som en del av KMT hjelper pasientene å takle og forholde seg til sine utfordringer på en mer hensiktsmessig måte. En bedre forståelse av sammenhengen mellom egne tanker, følelser og handlinger har

stor betydning for normalisering og forebygging av tilbakefall (Bruaset et al., 2017; Røssberg, 2019). Psykoedukasjon sørger også for utjevning av maktforskjellen mellom personal og pasienter. Kunnskap om egen sykdom og tilegnelse av nye handlingsstrategier og ferdigheter gir pasientene makt over egen situasjon, øker mestring og selvstendighet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.186).

KMT har ikke bare en terapeutisk funksjon, men også en etisk dimensjon, knyttet til menneskesynet ift pasientene. Ansatte kan ha en tendens til å være for opptatt av egne oppfatninger om pasientenes utfordringer og motiver, uten å se de ulike sidene ved ens situasjon og å legge vekt på hva pasientene selv mener. I miljøterapien betegnes dette som mentaliseringssvikt og er hovedårsaken for uhensiktsmessig atferd (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 92). Fenomenologien forklarer dette ut fra den pragmatiske karakteren vår bevissthet har og som alltid retter seg mot våre nåværende interesser og behov slik at alt utenom forblir ukjent for oss (Berger & Luckmann, 2000, s.42). Ut fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv kan typeinndelinger som “pasient”, “bruker”, “psykisk syk”, “hjelpetrengende” være hinder for et helhetlig syn på de som oppholder seg på institusjonen som kan resultere i følelse av stigmatisering og avmakt. KMT som ideologi ivaretar pasientenes integritet og menneskeverd, og fremmer brukermedvirkning og engasjement. De presenterte artiklene poengterer i forbindelse med det betydningen som systematisk veiledning har hatt for at ansatte kunne endre sine oppfatninger om pasientene i en positiv retning og å holde fokuset på den enkeltes forutsetninger og spesifikke mål.

5.0. Konklusjon

Tjenesteytere i Norge må oppfylle visse krav for å sikre et faglig forsvarlig tilbud for behandling og rehabilitering. Ivaretagelse av pasientenes og brukernes integritet og rettigheter er lovfestet og er en av de hovedoppgavene som helse- og sosialfaglig arbeid med ulike målgrupper har. Praksis bør bygge på felles teoretisk kunnskap, felles verdier, faglig skjønn og kritisk refleksjon over egne og andres tilnæringsmåte.

Implementering av kunnskapsbasert praksis kan ha stor betydning både for ansatte og for pasienter. Vellykket implementering av KMT kan danne grunnlaget for en selvforsterkende sirkel der ansatte og pasienter bekrefter gjensidig hverandre gjennom det de oppnår sammen i hverdagen. Ansattes bevisstgjøring på egne holdninger skaper en personlig vekst, samt fremmer refleksjon over egen praksis som styrker deres mentaliseringsevne. Økt kompetanse og ferdighetstrening skaper trygghet i arbeidsutøvelsen og hjelper personalet å imøtekomme pasienter etter deres behov og med fokus på deres mål og styrker. Resultatet blir en økt engasjement og måloppnåelse for begge sidene.

Felles språk, forståelse og tilnærming viser seg å være også det som forener personalgruppen på tvers av yrker og danner grunnlaget for økt arbeidstrivsel, økt tilfredshet, økt driftsmessig stabilitet og kapasitetsutnyttelse innenfor institusjonen. Dette igjen resulterer i et gunstig terapeutisk miljø som fremmer emosjonsregulering, muliggjør endring og støtter bedringsprosessen til pasientene. Slik sett kan KMT betraktes både som en relasjonell og en strukturell redskap som hever kvaliteten på det subjektive opplevelsen av det å jobbe eller oppholde seg innenfor en institusjon, avdeling e.l.

Til tross for de positive resultatene som implementering av KMT frembringer er det nødvendig med videre forskning på feltet. Det er behov for flere studier som benytter kontrollgrupper for å presisere nytten av en kognitivbasert miljøterapi som helhetlig tilnærming. Etterlevelse av metodikken er også noe som bør undersøkes. I tillegg bør det utvikles måleinstrumenter som er egnet å fange opp og kartlegge kvaliteten på interaksjonen med pasienter, fordi det kan gi et mer fullstendig svar på hvordan kognitive prinsipper i den daglige interaksjonen påvirker endring og bedring. Det er ikke minst behov for forskning knyttet til pasientenes subjektive erfaringer med KMT som kan en være viktig forutsetning for justering og videreutvikling av metoden.

Litteraturliste:

- Aune, T. (2021, 30. juni). Benytter institusjoner som har fått opplæring i kognitiv miljøterapi seg av metoden?. *Tidsskrift for kognitiv terapi*.
<https://tidsskrift.kognitiv.no/benytter-institusjoner-som-har-fatt-opplaering-i-kognitiv-miljoterapi-seg-av-metoden/> *19 sider
- Berge, T. & Repål, A. (2015). Introduksjon til kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2.utg., s. 19-38). Gyldendal akademisk. *20 sider
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Fagbokforlaget. *205 sider
- Bliksted, V. (2005). Kognitiv miljøterapi. I M. M. Mørch & N. K. Rosenberg (Red.), *Kognitiv terapi: Modeller og metoder* (s.317 -332). Hans Reitzels Forlag. *16 sider
- Bruaset, G. T. F, Sundbye, K. & Midgaard C. (2017). Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi. *Sykepleien*, 2017;105. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64279> *11 sider
- Creed, T., A., Waltman, S., H. & Williston, M., A. (2020). Establishing a collaborative care CBT milieu in adolescent inpatient units. *Cognitive therapy and research*, 45(3), 428-438 (2021).
<https://link-springer-com.ezproxy.uis.no/content/pdf/10.1007/s10608-020-10134-z.pdf> *11 sider
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk. *kap. 3 og kap. 11, 22 sider
- Dramsdahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi: Samarbeid og endring*. Fagbokforlaget. *kap.1, kap.2 og kap.4, 64 sider
- Fossen, N., Vik, H., F. & Haugerud, L., O. (2018). Hvordan møte motstand og utfordringer i pasientgruppen? *Tidsskrift for kognitiv terapi*.
<https://tidsskrift.kognitiv.no/hvordan-mote-motstand-og-utfordringer-pasientgruppen/> *13 sider

Hoffart, A. & Langkaas, T. F. (2013). Emosjon og kognisjon i kognitiv terapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 752-758. *7 sider

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/08/emosjon-og-kognisjon-i-kognitiv-terapi>

Hovd, S. (2021, 1. juni). Fenomenologi: Arven fra fenomenologien. I *Store norske leksikon*. Hentet 30.mars, 2022 fra <https://snl.no/fenomenologi>

Johansen, A., Gjervan, B. & Aune, T. (2019). Selvevaluering av ferdigheter i kognitiv miljøterapi - praktisk egnethet og psykometrisk evaluering av et nytt instrument. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.

<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/05/selvevaluering-av-ferdigheter-i-kognitiv-miljoterapi> *19 sider

Lillevik, O., G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi. *Sykepleien*, 103(5), 60-63.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066> *4 sider

Matre, P., J., Lauritsen, T., Dahl, K. & Nordahl, H., M. (2021). Implementering av helhetlig støtte system i barnevernet. *Tidsskrift for kognitiv terapi*.

<https://tidsskrift.kognitiv.no/implementering-av-helhetlig-stotte-system-i-barnevernet/> *18 sider

NAKU. (2021, 29. Oktober). *Positiv atferdsstøtte (PAS)*.

<https://naku.no/kunnskapsbanken/positiv-atferdsst%C3%B8tte-pas>

Ness, O., Iversen, Ø., Westerlund, H. & Bjørgen, D. (2015). *Introduksjonskurs i Kognitiv miljøterapi 2013-2014 – en forskningsbasert evaluering*. (Forskningsrapport nr. 14/2015).

NAPHA. https://napha.no/multimedia/5516/kognitiv_2015.pdf *61 sider

Nordvoll, J., Borge, L. & Steinstad, D. (2015). Kognitiv miljøterapi i psykisk helsevern. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 377 - 392). Gyldendal akademisk. *16 sider

Norsk Forening for Kognitiv Terapi (u.å.). *Om NFKT*. Kognitiv.no.

<https://www.kognitiv.no/om-nfkt/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>

- Rienecker, L. & Jørgensen, P., S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2.utg.). Fagbokforlaget. *22 sider
- Rosenberg, N. K. & Mørch, M. M. (2005). Kognitiv terapi. I M. M. Mørch & N. K. Rosenberg (Red.), *Kognitiv terapi: Modeller og metoder* (s.17-45). Hans Reitzels Forlag. *29 sider
- Røssberg, J., I. (2019). Kognitiv miljøterapi - hva er kunnskapsstatus. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/kognitiv-miljoterapi-hva-er-kunnskapsstatus/> *9 sider
- Schenkel, L., S., Spaulding, W., D., Wilkniss, S., M., Savitz, A. & Silverstein, S., M. (2020). The effects of a staff-training program in behavior management and social-learning principles on staff-patient interactions within a psychiatric rehabilitation inpatient unit. *American journal of orthopsychiatry*, 90(4), 419-431.
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1037/ort0000443> *13 sider
- Skirbekk, S, (2020, 15. september). Kunnskapssosiologi. I *Store norske leksikon*. Hentet 6. april, 2022 fra <https://snl.no/kunnskapssosiologi>
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Gyldendal Akademisk. *kap. 1, kap. 2, kap. 6, kap. 7 og kap. 14, 67 sider
- Solbjør, M. (2013, 06. september). Kognitiv miljøterapi: Tidligere erfaringer fra Umeå. NAPHA. <https://napha.no/content/14661/kognitiv-miljoterapi:-tidlige-erfaringer-fra-umea> *5 sider
- Solbjørg, M. & Kleiven, H. H. (2013). *Kognitiv miljøterapi - forskningsbassert kunnskapssammenstilling*. (Rapport nr.3/2013). NAPHA.
<https://napha.no/multimedia/3775/NAPHA-Rapport-Kognitiv-7k.pdf> *36 sider
- Sommer, M. & Eilertsen, G. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien Forskning* 2013;8(2), s.132-138. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0051> *7 sider
- Tjora, A. (2020, 3. desember). Sosialkonstruktivisme. I *Store norske leksikon*. Hentet 6. april, 2022 fra <https://snl.no/sosialkonstruktivisme>

Wenneberg, S., B. (2000). *Socialkonstruktivisme: positioner, problemer og perspektiver*.
Samfundslitteratur. *kap.6, 11 sider

Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Roskilde Universitetsforlag. *103 sider

Selvvalgt pensum: 808 sider