

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPESIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår 2013

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Maria Kvinnesland Budal

VEILEDER: Phd Kristine Rørtveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Kognitiv miljøterapi: Miljøterapeuters erfaring.

Engelsk tittel: Cognitive Milieu Therapy: Mental Health workers experience.

EMNEORD/STIKKORD: Kognitiv terapi, kognitiv miljøterapi, miljøterapeuters erfaring

ANTALL SIDER: 77 sider

STAVANGER : 31.05.2013

DATO/ÅR

”Tøff i pyjamas”

Av og til
så er jeg så dum
at når jeg ser meg i speilet
da blir jeg irritert
og jeg blir dum i pyjamas
jeg blir dum med frakk
og når jeg går på bussen
da skjønner alle at

her kommer dumme dumme dumme dum
her kommer dumme dumme dumme dum

wow wow
yeah yeah
slik går refrenget her

og av og til
så er jeg så tøff
at når jeg ser meg i speilet
da blir jeg imponert
og jeg blir tøff i pyjamas
og jeg blir tøff med frakk
og når jeg går på bussen
da skjønner alle at

her kommer tøffe tøffe tøffe tøff
her kommer tøffe tøffe tøffe tøff

wow wow
yeah yeah
slik går refrenget her

og av og til
så er jeg slik
at når jeg ser meg i speilet
ser jeg ingenting
jeg tar ikke på meg pyjamas
jeg tar ikke på meg frakk
og når jeg går på bussen
da skjønner alle at
da skjønner alle at
da skjønner alle at...?

Delillos (1986)

Forord:

Å skrive denne oppgaven har vært en lærerik prosess, der jeg ikke bare har fordypet meg i mitt valgte tema, men også har fått testet meg selv med lange dager, dager med skrivesperre og dager der jeg så lys i tunnelen, opp til flere ganger.

Jeg har satt pris på alt fra hjelp jeg har fått, både liten og stor. Og de som står meg nær, vet hvem det gjelder. Spesiell takk til Ann Elin, setter pris på din gjestfrihet. Også spesiell takk til min far som har stilt opp som korrekturleser.

Jeg er takknemlig for alle informantene som stilte opp, det hadde ikke blitt noen oppgave uten deres bidrag.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min veileder Kristine Rørtveit, som alltid fikk meg til å føle meg litt klokere når jeg gikk ut døren, enn når jeg kom inn.

Sammendrag:

Kognitiv miljøterapi kjennetegnes ved at det er en strukturert, problemorientert og psykoedukativ behandlingsform. Det er en kortvarig terapiform som tar sikte på at pasienten skal tilegne seg verktøy som kan brukes etter utskrivelse. Miljøterapien har utviklet seg de siste tiårene, behandlingstiden ved institusjonene er kortere, og miljøterapien har utviklet seg til å bli mer individrettet. Formålet med denne studien er å få kunnskap om hva miljøterapeuter som jobber med kognitiv miljøterapi erfarer er fordelene og ulempene med en denne type tilnærming, samt hvordan de opplever støtte og interesse fra deres kollegaer og ledere. Dette er en kvalitativ studie, hvor 7 miljøterapeuter har blitt intervjuet. Alle informantene har deltatt i e-post intervju, og det er i tillegg foretatt dybdeintervju med 2 av informantene. Studien viser at det oppleves mange fordeler med kognitiv miljøterapi, for eksempel er teknikkene lett forståelige av både personal og pasient. Man utvikler et godt samarbeid mellom pasient og miljøterapeut, og pasientene får et verktøy de kan bruke etter utskrivelse. Det viser seg at det er vanskelig å drive rendyrket kognitiv miljøterapi, da aksept av metode kreves av hele personalgruppen og økonomi spiller inn. Det viser seg også at kognitiv terapi ikke blir benyttet ved visse diagnoser, dette synes å skyldes både at det er lite kjennskap til noen av de kognitive modellene og at noen pasientgrupper oppleves vanskelig å jobbe kognitiv med. Spørsmålet er om dette skyldes mangel på kunnskap om modellene, eller om noen diagnoser profiterer dårligere på kognitiv terapi.

Summary

Cognitive milieu therapy is characterized by structured, problem-oriented and psycho-educative therapy. It's a short term therapy aiming at enabling the patients to acquire tools for use after discharge. Milieu therapy has developed the last decades, patients have shorter stays as inpatients and milieu therapy has developed to an individually focused therapy. The aim for this study is to get knowledge about mental health workers experience of what's the advantages and disadvantages with cognitive milieu therapy. And also how they experience support from coworkers and leaders. This is a qualitative study, and 7 mental health workers have been interviewed. All of the informants have participated in qualitative e-mail interviews, and there is also conducted qualitative interview with 2 of the informants. The study shows that there are many benefits from using cognitive milieu therapy, the techniques are easily understood by both workers and patients, good cooperation between worker and patient are developed, and the patients acquire tools they can use after they have been discharged. The study shows that it's difficult to run comprehensive cognitive milieu therapy, when accept of the model from all of the staff are required, finances also play a role. The study also shows that there is lacking knowledge of some of the cognitive models, and some categories of patients are experienced as difficult to treat by this method. The question is if this is caused by lack of knowledge of the models or if certain diagnoses respond less to cognitive milieu therapy.

INNHALDSFORTEGNELSE:

1.0 INTRODUKSJON:	8
1.1 Formålet med studien:	11
1.2 Tidligere studier:	12
1.2.1 Studier om miljøterapi:	12
1.2.2 Studier om implementering av kognitiv miljøterapi:	13
1.2.3 Studier om empirisk status av kognitiv terapi:	14
1.2.4 Kritikk til studier av kognitiv terapi:	15
1.3 Begrepsavklaring:.....	16
1.3.1 Kognitiv terapi:	16
1.3.2 Miljøterapeut:	16
1.3.3 Miljøterapi:.....	16
1.4 Oppbygning av masteroppgaven:.....	16
2.0 TEORETISK UTGANGSPUNKT:.....	18
2.1 Kognitiv teori.....	18
2.2 Miljøterapi:	21
2.2.1 Relasjonens betydning i miljøterapi:.....	23
2.3 Kognitiv miljøterapi:.....	24
2.3.1 Prinsipper ved kognitiv miljøterapi:	24
2.3.2 Struktur ved kognitiv miljøterapi:	25
2.3.3 Behandlingsplan:	25
2.3.4 Miljøterapeutens arbeid:	26
2.3.5 Modeller for implementering av kognitiv miljøterapi:	27
2.3.6 Ledelse og organisasjon i forbindelse med kognitiv miljøterapi:	28
3.0 METODE:	28
3.1 Søk etter litteratur:	29
3.2 Kvalitativ metode:.....	29
3.3 Utvalg:.....	30
3.4 Analyse:.....	31
3.5 Metodekritikk:	32
3.6 Validitet og reliabilitet:	32

3.7 Etikk:.....	33
.....	
3.8 Posisjonering som forsker og forforståelse:	34
4.0 RESULTAT:	35
4.1 Erfaringer med fordeler med kognitiv miljøterapi:	39
4.2 Erfaringer med ulemper med kognitiv miljøterapi:.....	41
4.3 Interesse og støtte fra kolleger, ledelse og informantens bidrag:	43
4.4 Oppsummering:	44
5.0 DISKUSJON:.....	45
5.1 På hvilken måte vil miljøterapien bli påvirket ved implementering av kognitiv miljøterapi?	46
5.2 Fordelene erfart med kognitiv miljøterapi	49
5.3 Ulempene erfart med kognitiv miljøterapi.....	52
5.4 Hvordan kollegaenes og ledernes støtte og interesse innvirker ved kognitiv miljøterapi og hva gjør informantene selv for å holde interessen oppe?	55
5.5 Metodediskusjon:	57
5.6 Refleksjon over egen læring:	57
6.0 KONKLUSJON:.....	58
6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	59
7.0 LITTERATURLISTE:.....	60
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD, intervju	66
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD, e-post intervju	68
Vedlegg 3: Godkjenning fra forskningsavdelingen, intervju.....	69
Vedlegg 4: Godkjenning forskningsavdelingen, e-post intervju.....	71
Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i intervju	72
Vedlegg 6:Forespørsel om deltakelse i e-post intervju.....	73
Vedlegg 7: Samtykkeerklæring.....	74
Vedlegg 8: Intervjuguide	75

1.0 INTRODUKSJON:

Miljøterapi står sentralt som en del av behandlingen ved psykiatriske avdelinger. De fysiske og mellommenneskelige interaksjoner og prosesser som finner sted på en sengepost, antas å ha minst like stor behandlende effekt som psykoterapi og medikamenter (Tveit, Haaland, Knudsen og Bøe, 1997). Tanken bak miljøterapi er at omgivelsene skal ha en terapeutisk virkning på psykisk sykdom, og at det derfor er viktig å ha et bevisst forhold til hvordan disse utformes. Miljøterapi kan defineres som summen av den virkning som selve miljøet og intervensjonene som brukes i et terapeutisk miljø har på pasienten, som for eksempel på en psykiatrisk sengepost (Holm et.al., 2006).

Psykiatriens organisering har endret seg fra et terapeutisk samfunn, der behandlingen var kollektivt orientert, det at flere mennesker oppholdt seg sammen og samhandlet, skulle ha en terapeutisk effekt. Til at vi i dag har mer individtilpasset tilnærming i miljøterapien (Øye og Skorpen, 2010). Behandlingstilbudet har også endret seg med årene, der det før var vanlig at pasienter var innlagt med langvarig pleie og omsorg, har nå strukturelle endringer ført til kortere innleggelse ved sykehusene. (Holm et.al, 2006). Det er blant annet føringer i DPS-veilederen (2006) om at distriktpsykiatriske senter bør drive målrettet og strukturert behandling, og at det er behov for å oppjustere det miljøterapeutiske tilbudet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Miljøterapi kan være forskjellig, avhengig av hvilken teori, mål og valg av tilnærming som benyttes (Henriksen et. al., 2011). Kognitiv miljøterapi er miljøterapi som anvender kognitiv teori som utgangspunkt for intervensjonene i miljøet. Kognitiv miljøterapi er en strukturert, problemorientert og psykoedukativ behandlingsform, som er basert på kognitive og atferdsterapeutiske prinsipper (Holm et.al, 2006). Kognitiv terapi tar utgangspunkt i at mennesket lever i interaksjon med omgivelsene, og at det er sammenheng mellom tanker, følelser og hvordan vi opplever verden. Kognisjon har en betydelig rolle i utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser. Ved mange psykiske lidelser kan modifisering/endring av dysfunksjonell tenkning bidra til at en kan få dempet symptomene og lidelsestrykket, og får en mer hensiktsmessig fortolkning av situasjonen. Kognitiv terapi er en kortvarig terapiform som tar sikte på at pasienten skal tilegne seg et verktøy som kan brukes etter utskrivelse (Holm et.al., 2006) Hjemmeoppgaver er integrert i kognitiv miljøterapi, som har

vist effekt ved at de som gjennomfører hjemmeoppgaver har større fremskritt enn de som ikke gjennomfører dem (Holm et.al, 2006; Kazantzis, Deane og Ronan, 2000).

Man har hatt gode erfaringer med implementering av kognitiv miljøterapi på sykehuset i Levanger, som beskrevet i flere artikler(Løvaas og Johansen, 2012a, Løvaas og Johansen, 2012b). Løvaas og Jonasen (2012a) beskriver implementering av kognitiv miljøterapi på to sengeposter ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset i Levanger, hvor den ene startet i 2007 og den andre sengeposten hadde endelig innføring i 2009. Ved begge postene var det tett samarbeid mellom miljøpersonal og ansvarlig behandler for pasient, ved utøving av kognitiv miljøterapi. Det blir holdt psykoedukative grupper fast hver uke, hvor hensikten var å formidle kunnskap om psykiske lidelser og grunnprinsipper i kognitiv terapi til pasientene. Det ble foreslått nye løsningsstrategier, og pasientene kunne dele sin erfaring og lære av hverandre. Undervisningsbolken ble alltid avsluttet med en hjemmeoppgave til neste gang, slik at pasientene kunne trene videre på de kognitive prinsippene de hadde lært. Den kognitive miljøterapien ble utført ulikt på de to sengepostene, med forskjellige pasientgrupper. Forskjellen lå i krav til oppmøte i grupper og til struktur, ut ifra pasientens funksjonsstatus. Erfaringen var at kognitiv miljøterapi fungerer selv for tvangsinnlagte pasienter (Løvaas og Johansen, 2012a). I følge Løvaas og Johansen (2012a) er det nødvendig med forankring i ledelsen ved implementering av kognitiv miljøterapi. De poengterer at for å sikre god oppfølging, kreves det mer ressurser enn for en vanlig undervisningspakke.

Hallberg og Ørbeck (2006) argumenterer for at kognitiv terapi som metode ikke skal være forbeholdt leger og psykologer, men at det også bør benyttes av miljøpersonal. De mener det er uhensiktmessig at disse teknikkene bare benyttes av behandlere, ettersom en slik tilnærming er nyttig for alle som arbeider innenfor psykisk helsevern. De poengterer at det er økt interesse for emnet i undervisning på høyskolene, og erfaring fra undervisningsgrupper og veiledning viser at dette er en tilnærming som passer godt for miljøterapeuter. De sier det burde vært opplæring av kognitive metoder tilgjengelig for studenter ved høyskolene, og dessuten for alle yrkesgrupper ved institusjonene innenfor det psykiske helsevern (Hallberg og Ørbeck, 2006).

Kognitiv terapi har utviklet modeller for behandling av et bredt spekter av psykiske lidelser (Fredheim, 2009; Rosebert og Hall, 2009). Det er foretatt meta-analyser av flere

randomiserte kontrollerte studier av kognitiv terapi. Resultater viser at det er en effektiv behandling for depresjon, angstlidelser, PTSD og spiseforstyrrelser, samt at det har hatt langtidseffekt på depresjon, generalisert angst, panikklidelser, sosial fobi, OCD, schizofreni og tilpassningsforstyrrelser (Butler, Chapman, Forman og Beck, 2006; Shafran et.al., 2009). Murphy, Straebl, Cooper og Fairburn (2010) støtter i sin studie at kognitiv terapi har god effekt ved bulimi, og det er sterke indikasjoner på at det kan hjelpe ved alle former for spiseforstyrrelser. Kognitiv terapi har også vist noe effekt ved personlighetsforstyrrelser (Davidson, 2006). Det har vist seg at bare 60-70 % blir bedre av medisiner, og ved dyktig utført terapi kan det tenkes at de resterende 30 % også kan få utbytte av behandling (Beck, 1997). Helsedirektoratet anbefaler kognitiv terapi og atferdsterapi som behandling ved depresjon på bakgrunn av positive resultater av studier (Sosial og Helsedirektoratet, 2009).

I følge Simonsen (2007), er det ingen publisert forskning på kognitiv miljøterapi i Norge. Dagens miljøterapi beskrives som en eklektisk tilnærming. Dette innebærer at man ofte ikke har noen bestemt underliggende teori, med det resultat at man får en flerfaglig tilnærming i stedet for tverrfaglig (Simonsen, 2007; Simonsen, 2009) Mye av forskningen som måler effekten av behandling med kognitiv terapi er studier av psykoterapi. I følge Holm et.al. (2006) er det vanskelig å måle effekten ved bruk av kognitive teknikker i miljøet, ettersom det er så mange faktorer som spiller inn. Dette gjør det er vanskelig å skille ut de faktorene som er utslagsgivende.

Fredheim (2009) diskuterer om det er realistisk å implementere kognitiv miljøterapi på en akuttpost, der pasientene har de mest alvorlige psykiske lidelsene og har kort innleggelsestid. Kognitiv miljøterapi er mer utprøvd i Sverige og Danmark enn i Norge (Fredheim, 2009). Fra våre naboland er det rapportert positive resultater ved implementering av slik miljøterapi i dagavdelinger, korttidsposter og eksterne enheter der pasientene er over lengre tid. I Norge derimot er det få sengeposter som har erfaring med kognitiv miljøterapi. Også i følge Fredheim (2009), er kognitiv miljøterapi en tilnærming som er lite utprøvd i norske institusjoner. I Sverige har behandlingsenhetene eksklusjonskriteriene rusavhengighet, alvorlige personlighetsforstyrrelser og schizoaffektiv lidelse. Disse lidelsene er også det en ofte ser på en akuttavdeling. Dette selv om randomisert kontrollerte studier har vist at bruk av kognitiv terapi gir reduksjon av psykotiske symptomer sammenlignet med ordinær behandling. Fredheim (2009) diskuterer

om en skal implementere kognitiv terapi som supplement til miljøterapien, eller om kognitiv miljøterapi skal være en helhetlig ideologi. Det blir vektlagt at kognitiv miljøterapi er et eget fagområde som krever spesiell kompetanse. Det konkluderes med at det vil være en utfordring å bruke kognitiv miljøterapi, da kort behandlingstid gjør det vanskelig å skape en terapeutisk allianse. Men om det i miljøet legges til rette for strukturen i kognitiv miljøterapi, øker sjansene for at terapien kan gi positive resultater. To viktige faglige krav blir imøtekommet med kognitive modeller i miljøterapien, kvalitetsutvikling av behandlingen og sikring av at pasientene selv bidrar aktivt i egen behandling (Fredheim, 2009).

Psykiatrisk Center Sct. Hans i Danmark har utarbeidet en rapport som evaluerer kognitiv miljøterapi ved en avdeling for dobbeltdiagnose pasienter, der de har påvist at kognitiv miljøterapi gir forbedring i psykiske symptomer, funksjonsnivå og nedsatt misbruk av stoffer (Lykke, Austin og Oestrich, 2007).

Utgangspunktet for denne oppgaven er å søke kunnskap om miljøterapeuters erfaring med kognitiv miljøterapi.

1.1 Formålet med studien:

Som tidligere beskrevet er det lite forskning på kognitiv miljøterapi (Simonsen, 2007), men det er blitt beskrevet gjennomføring av kognitiv miljøterapi ved psykiatriske sengeposter i flere norske artikler (Løvaas og Johansen, 2012a; Simonsen, 2007). I følge Simonsen (2007) eksisterer det lite forskning på miljøterapi generelt. Også Øye og Skorpen (2009) slår fast i sitt doktorgradsarbeid at det er lite forskning på miljøterapi-begrepet slik vi kjenner det i dag.

Formålet med denne studien er å få kunnskap om hva miljøterapeuter som jobber med kognitiv miljøterapi erfarer er fordelene og ulempene med en slik type tilnærming, samt hvordan de opplever støtte og interesse fra deres kollegaer og ledere. Og hvordan de selv kan bidra til å øke interessen for terapiformen.

Problemstillingen er: På hvilken måte erfarer miljøterapeuter at kognitiv tilnærming kan påvirke miljøterapien på en psykiatrisk sengepost?

Forskningsspørsmål:

1. På hvilken måte vil miljøterapien bli påvirket ved implementering av kognitiv miljøterapi?
2. Hva oppleves som fordeler med kognitiv miljøterapi?
3. Hva oppleves som ulemper med kognitiv miljøterapi?
4. Hvordan innvirker ledelsens og kollegaenes støtte og interesse ved kognitiv miljøterapi og hva gjør informantene selv for å holde oppe interessen?

1.2 Tidligere studier:

1.2.1 Studier om miljøterapi:

I en fenomenologisk studie utført ved en akuttavdeling på et psykiatrisk sykehus, ble det undersøkt med dybdeintervju som metode, hvilke erfaringer pasienter hadde med miljøterapi. Formålet med studien var å stille spørsmål om hva som var terapeutisk med det terapeutiske miljøet. Dette på bakgrunn av at historisk er terapeutiske miljøer myntet på langtidsrettet behandling, men at det i dag blir benyttet mer på avdelinger med kortere innleggelse (Thomas, Shattell og Martin, 2002). I følge Thomas et.al. (2002) har det vært liten oppmerksomhet på miljøterapi, og de påpeker at artikler om og forskning på området knapt har funnet sted de siste årene. På grunn av forandring av samfunnsmessig kontekst og økonomisk press, har det blitt foreslått at miljøterapien bør oppdateres ved dagens akuttavdelinger. Pasientene rapporterte at de opplevde psykiatrisk sengepost som et tilfluktssted og et nøytralt territorium, hvor de kunne få en pause fra dagliglivets påkjenninger. Når en sammenligner undersøkelser fra psykiatriske pasienter og somatiske pasienter, er utfallet svært forskjellig. Somatiske pasienter ønsker seg utskrevet fortest mulig, og de opplever omgivelsene som skremmende. I kontrast til dette viser det seg at psykiatriske pasienter opplever frihet, bekreftelse på identitet og muligheter, selv om de var på lukket avdeling. Pasientene fra studien forteller om samhold og felleskap mellom pasientene. Det kom frem at det beste "terapeutiske" rommet var røykerommet. Der opplevde pasientene at de kunne være sammen uten å bli overvåket, og kunne snakke om ting de ikke følte for å snakke om i større grupper. Røykerommet var et rom hvor det var lov til å uttrykke sinne, skrike og banne, og det ble sagt at "det som skjer på røykerommet, blir

på røykerommet". Pasienten fryktet å bli utskrevet fra det trygge miljøet og tilbake til angsten som ventet på dem. Noen var mer sosiale på avdelingen enn de noen gang hadde vært hjemme. Det ble etterlyst mer dialog med miljøpersonalet. Det var ofte lukket dør til kontorene, og det oppleves som en forstyrret om en banket på døren for å spørre om noe. Det ble sagt at det opplevdes som om det var en barriere mellom personal og pasienter. Det konkluderes med at det bør blir gjort mer for å forberede pasientene på utskrivelse, og at miljøpersonal bør være tilgjengelige for spontane samtaler. Ifølge Thomas et.al (2002) blir det vanskelig å utøve gyldiggjøring, det siste av Gundersons 5 miljøterapeutiske prinsipper, da det er gjennom dialog med personal bekreftelse på individualitet skjer.

Øye og Skorpen (2010) belyser miljøterapiens forandring med årene fra en kollektiv tilnærming til en mer individuell tilretteleggelse. Gjennom etnografisk metode studerte de to forskjellige psykiatriske avdelinger over en periode på ni måneder. Aktivitetene som foregikk på avdelingen var frivillige, og aktiviteten var myntet mer på den enkelte pasient enn for kollektivets del. På denne måten var miljøet organisert mer som et "servicetorg" for den enkelte, enn for et kollektivt miljø. Med denne individualistiske tilnærmingen legges presset på pasienten, der den enkelte skal ledes til å ta ansvar for seg selv. Dette fører til at miljøet er i skjæringspunktet mellom å ta hensyn til den enkelte pasients behov, og det å unytte de muligheter som ligger i et sosialt miljøfelleskap. Det kan sies at ordet miljøterapi har mistet noe av sin kraft, om en tenker tilbake på opprinnelsen fra det terapeutiske samfunnet, der det nettopp var felleskap som var plattformen for utvikling og sosial læring (Øye og Skorpen, 2010).

1.2.2 Studier om implementering av kognitiv miljøterapi:

Ifølge Forsyth, Weddle, Drummond og Mann (2008) er psykiatriske sengeposter i England kritisert for at de ikke har tilstrekkelig strukturerte aktiviteter og god nok terapeutisk behandling for pasientene. Kognitiv terapi er anbefalt av Department of Health 2002 i England. Forsyth et.al (2008) tar for seg hvordan en kan forbedre tilgangen til ansatte med kompetanse i kognitiv terapi. Selv om denne type behandling er anbefalt, og det er bred tilgang til kurs, får sjelden inneliggende pasienter denne type behandling. Strategisk bruk av kognitiv miljøterapi kan legge til rette for pasient-engasjement og intervensjoner som bidrar

til håp. Fordelen med at ansatte er opplært i kognitive modeller, er at intervensjonene som brukes i pasientbehandlingen er bedre forstått og praktisert (Forsyth et.al., 2008).

I følge McCann og Bowers (2005) er kognitiv terapi assosiert med 25-50 % redusert restitusjonstid. Inntil nylig har disse teknikkene vært utøvd av psykologer og leger, men det er en betydelig mulighet for at helsepersonell kan implementere disse teknikkene i miljøterapien. På bakgrunn av at en serie med studier viste at kognitiv tilnærming har positiv effekt på akutte symptomer ved schizofreni, og på andre symptomer ved den psykiske lidelsen, har McCann og Bowers (2005) undersøkt hvordan 7 akuttavdelinger implementerte kognitive teknikker i miljøterapien. De kom frem til at det er flere faktorer som spiller inn for å få et godt resultat. De to viktigste faktorene var effektiv ledelse og styring, og tilstrekkelig og stabilt personal på avdelingene. Flere avdelinger som var med i undersøkelsen benyttet ikke teknikkene etter en stund, dette skyldes at kvalifisert personal skiftet jobber eller at personalet ikke fikk veiledning. Det kommer frem at det sannsynligvis er et gjennomgående problem at det er stor gjennomstrømning av personal på akuttavdelinger, som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre slike intervensjoner (McCann og Bowers, 2005).

1.2.3 Studier om empirisk status av kognitiv terapi:

Butler et.al (2006) har foretatt en oversiktsstudie som tar for seg oppsummering av foreliggende meta-analyser av behandlingsresultater ved bruk av kognitiv terapi ved et bredt spekter av psykiske lidelser. Det er totalt 16 metodisk strenge meta-analyser med i studien. Det er et forsøk på å sammenligne kognitiv terapi med andre terapiformer der det har vært mulig, fordi tidligere studier er blitt kritisert for manglende sammenligning. Studien viser stor behandlingseffekt av kognitiv terapi ved unipolar depresjon, generalisert angst, panikklidelse med eller uten agorafobi, sosial fobi, posttraumatisk stresslidelse, barndoms depresjon og angstlidelser. Moderat effekt av behandling ved problemer i ekteskapet, sinne, somatiske lidelser hos barn og kroniske smerter. Kognitiv terapi viste seg å være overlegent sammenlignet med antidepressiva behandling hos voksne med depresjon. Kognitiv terapi og atferdsterapi var like effektiv i studier av depresjon hos voksne og ved tvangshandlinger/tanker (OCD). Meta-analysen hadde blandede resultater fra liten til middels effekt når det gjaldt behandling av schizofreni, men oppfølgingstester har vist at kognitiv terapi har hatt langtids effekt (Butler et.al., 2006).

En nyere litteraturstudie foretatt av Hofman, Asnaani, Vonk, Sawyer og Fang (2012) tar for seg 106 tidligere meta-analyser som måler effekten av kognitiv terapi. De kom frem til at studiene viser at kognitiv terapi har størst effekt ved angstlidelser, somatoforme lidelser, bulimi, sinnekontroll problemer og generelt stress. Behandling av depresjon med kognitiv terapi var overlegen sammenlignet med psykodynamisk behandling, men her når det var kombinasjon av depresjon og angst. Studier viste at psykodynamisk behandling var effektiv ved personlighetsforstyrrelser, men at effekten av kognitiv terapi også var stor. Og selvrapporterte resultater viste at kognitiv terapi var mer effektiv enn psykodynamisk behandling. Kognitiv terapi viste seg også ha effekt på akutt psykose og sekundærutfall (andre områder enn de som var mål for behandlingen) ved behandling av schizofreni, som generell funksjon, stemningsleie og sosial angst (Hofman et.al, 2012).

1.2.4 Kritikk til studier av kognitiv terapi:

Munro, Baker og Playle (2005) har foretatt en kritisk evaluering av studier som måler effekten av Kognitiv terapi benyttet på akuttavdelinger med pasienter som var akutt psykotiske. Internasjonalt er de inneliggende pasientene på psykiatriske akuttavdelingene stort sett alvorlig syke, eller har varige lidelser. Det har vært flere rapporter i Storbritannia som har satt søkelyset på at det er svak terapeutisk behandling på akuttavdelinger. Målet med studien er og utforske om kognitiv terapi er, eller ikke er en effektiv behandlingsform for pasienter med akutt psykose. Munro et.al (2005) analyserer 4 tidligere studier, og kritiserer måten de måler effekten av kognitiv terapi på, da de forskjellige studiene har forskjellige ekskluderingskriterier, og har brukt forskjellige metoder i behandlingen, og forskjellig framgangsmåte for å måle utfallet. Dette gjør det vanskelig å sammenligne resultatene. Konklusjonen er at kognitiv terapi viser seg å kunne være effektiv, men at det i fremtidige målinger må det være strengere metodiske framgangsmåter, og at det bør sammenlignes med andre terapiformer i kontrollgruppene.

1.3 Begrepsavklaring:

1.3.1 Kognitiv terapi:

Kognitiv terapi i oppgaven, betyr kognitiv terapi utøvd av miljøterapeuter som en del av miljøterapien.

1.3.2 Miljøterapeut:

Ved miljøterapeut i denne oppgaven, menes det helsepersonell med 3-årig høyskoleutdanning i helse og sosial som jobber ved psykiatrisk sengepost. Deltakere i oppgaven har bakgrunn som vernepleier eller sykepleier med utdanning i kognitiv terapi, noen har også psykiatrisk videreutdanning i tillegg.

1.3.3 Miljøterapi:

Ordet miljøterapi er litt over 50 år gammelt (Simonsen, 2007). Miljøterapi er sammensatt av "mil" som betyr midten eller omgivelser. "Jø" betyr sted eller oppholdssted. Dermed blir betydningen av miljø, noe som foregår midt i oppholdsstedet. Terapi betyr behandling av sykdommer. Dermed blir betydningen av miljøterapi, behandling av sykdommer midt i oppholdsstedet (Holm et.al, 2006; Tveit et.al., 1997).

Miljøterapi som beskrives i denne oppgaven, vil være fra psykiatriske sengeposter.

1.4 Oppbygning av masteroppgaven:

Kapittel 2

Kapittelet inneholder en oversikt over litteraturen som fungerer som et bakteppe for oppgaven. Det blir gjort rede for Becks kognitive teori. Det blir et historisk tilbakeblikk og veien til det vi i dag omtaler som miljøterapi. Og det blir brukt Holm et.al(2006) sin bok om Kognitiv Miljøterapi og Wright, Thase , Beck og Ludgates bok om Cognitive Therapy with Inpatients (1993) som teoretisk bakgrunn for bruk av kognitiv miljøterapi.

Kapittel 3

Dette kapittelet tar for seg metoden som er brukt i studien. Det blir gjennomgått på hvilken måte det er blitt søkt etter litteratur for studien, kvalitativ metode presenteres og hva denne

metoden innebærer, videre blir det gjort rede for utvalg. Det er eget avsnitt om analyseverktøy, metodekritikk, validitet og reliabilitet. Til slutt er det en gjennomgang av etiske overveielser.

Kapittel 4

Dette kapitlet tar for seg resultatene fra de kvalitative intervjuene, de viktigste funnene vil bli presentert. Her vil informantenes erfaringer bli presentert, deres erfaring med hva som er fordeler og ulemper med kognitiv miljøterapi, samt at det blir lagt frem resultat av deres erfaring om hvordan de opplever støtte fra kollegaer og ledere og hvordan de selv kan bidra til økt interesse for kognitiv miljøterapi.

Kapittel 5

I det femte kapitlet blir funn som er presentert i resultatkapitlet drøftet opp mot det teoretiske fundamentet. Her blir det også en metodediskusjon og refleksjon over egen læring.

Kapittel 6

I dette kapitlet vil det bli gitt en konklusjon på drøftingen av funnene, og det blir gitt implikasjoner for praksis og videre forskning.

2.0 TEORETISK UTGANGSPUNKT:

Becks (1997) kognitive teori er anvendt som teoretisk bakteppe for oppgaven, da teorien er et vesentlig element i metoden kognitiv terapi og kognitiv miljøterapi (Holm et.al., 2006). Noen av de faktorene som har formet miljøterapien opp igjennom historien til slik vi kjenner den i dag, vil bli beskrevet, samt hvilke komponenter moderne miljøterapi er sammensatt av. Kognitiv miljøterapi blir belyst av Holm et.al (2006) sin bok "Kognitiv miljøterapi" og Wright, Thase, Beck og Ludgates (1993) bok "Cognitive therapy with inpatients". Det kommer frem i forordet til Holm et.al (2006) at det er lite litteratur på kognitiv miljøterapi. Beck(2006) skriver i forordet:

Skønt kognitiv terapi er den mest utforskede psykoterapeutiske metode, vi har, og at det er den metode, der tilbyr de mest overbevisende resultater og de beste beviser på et godt klinisk udbytte af behandlingen inden for mange kliniske områder, er det stadig kun få bøger og meget lidt forskning, der handler om at implementere kognitive behandlingsplaner i psykiatriske miljøer(...) Bogen giver et solidt fundament for at forstå kognitiv teori og metode, og den tilbyder specielt værktøj til behandlingsmiljøer for indlagte patienter.(s.11-12).

Og i forordet til Wright, Thase, Beck og Ludgate (1993) blir det skrevet:

Cognitive therapy is a pragmatic model for treatment that can be understood and used by wide range of professionals who work in inpatients setting(...) The goal of this book are to provide the reader with practical knowledge on (1) how to perform CT with inpatients; and (2) how to develop a cognitively oriented treatment milieu.(s.vii).

På bakgrunn av lite litteratur på området (Beck, 2006), ble disse bøkene valgt som en del av det teoretiske fundamentet.

2.1 Kognitiv teori

Kognitiv teori ble utviklet av Aaron T. Beck på 1960-tallet (Beck, 1997). Beck jobbet da som psykoanalytiker, og han oppdaget at pasientene hadde selv-evaluerende tanker, ofte devaluerende tanker om seg selv som de ikke rapporterte (Beck, 1997). På bakgrunn av observasjoner han gjorde i sitt kliniske arbeid, begynte han å betvile flere sentrale psykoanalytiske forklaringsmodeller, som for eksempel at deprimerte hadde "behov for å lide". Beck satte så i gang med systematiske undersøkelser av deprimerte pasienter, og fant ut at de hadde gjennomgående fellestrekk slik som tanker preget av negativitet, opplevelse av verdiløshet og tema knyttet opp mot nederlag eller tapsopplevelse (Beck, 1997). Beck

utforsket sine egne automatiske tanker i løpet av en dag, og oppdaget at disse tankene kunne avgjøre hvordan han følte seg (Beck, 1997). På bakgrunn av dette skiftet Beck retning bort fra psykoanalysens fokus på drifter og indre konflikter, og ble overbevist om at det var antagelser om hvordan verden var konstruert, som lå til grunn for psykiske lidelser (Beck, 1997).

Beck utga en rekke artikler i 60-årene som la grunnlaget for kognitiv terapi, og modellen fortsatte å utvikle seg til den ble publisert som en fullstendig modell i 1976 (Wright et.al, 1993). Beck utviklet "Den depressive triaden", som skal forestille kjernen av depresjon uavhengig av årsak; negativt syn på seg selv, erfaringer og fremtid (Beck, 1997). "Den depressive triaden" har utviklet seg fra det Beck omtalte som negative automatiske tanker som var typisk for deprimerte pasienter, til at den i dag er utviklet til flere modeller som brukes på et bredt spekter av psykiske lidelser. En av modellene som er videreutviklet fra "Den depressive triaden" er "Den kognitive modell". Denne modellen for utvikling og forandring tar utgangspunktet i måten mennesker tenker på. Modellen er satt sammen av 4 faktorer; følelser, tanker, adferd og sanser. Sansene representerer den kroppslige fornemmelsen en får i en viss situasjon, som for eksempel kan være økt hjerterefrekvens ved angst (Holm et.al, 2006). En viktig del av behandlinger er å skille mellom tanker, følelser og handlinger. Tanker, følelser og handlinger påvirker hverandre, og vil ha betydning for hvordan vi ser en situasjon. Mellom hendelsen og følelsen, vil tankene våre skape en oppfattelse om hendelsen. Kognisjon sikter til hva vi tenker, oppfatter og husker om noe. Dette er årsaken til at mennesker opplever og handler forskjellig i samme situasjon. Fokuset i kognitiv terapi ligger både på "her og nå" og fremtidige situasjoner. Kognitiv terapi tar utgangspunkt i kartlegging av grunnantakelser (skjema) og automatiske tanker, som avdekker symptomenes karakter (Holm et.al., 2006; Wright et.al., 1993).

Skjemaer er kjerneoppfatninger vi har om oss selv, om andre og om fremtiden. Skjemaene er formet gjennom interaksjon med omgivelsene, og preget av oppvekst, men kan forandre seg med tiden. Skjemaene påvirker filtrering av informasjon ved selektiv oppmerksomhet og selektiv hukommelse basert på tidligere erfaringer (Wright et.al., 1993; Dobson og Dobson, 2009).

Automatiske tanker er typisk ved depresjon og angstlidelser, og dette er ofte tanker som handler om selvpoppfatning, private tanker og interne dialoger. Automatiske tanker er noe som kommer uten overveielser, og vil stå ubestridt om de ikke blir utfordret. De negative tankene virker troverdige, og er ofte basert på virkelige hendelser, men er ofte overdrevne og irrasjonelle. Automatiske tanker er en normal mental aktivitet, men i et psykopatologisk perspektiv, vil de inneholde repeterende, personlig, dysfunksjonelt innhold (Wright et.al, 1993).

For ikke å gå i den fellen at en tror en vet hva pasienten tenker, benyttes Sokrates utspørring for å få frem hva pasienten faktisk tenker (Berge og Repål, 2010). I følge Berge og Repål (2010) er genuin nysgjerrig holdning utgangspunktet for all god behandling. I stedet for å påpeke "feil" ved en tankerekke, som ofte oppleves som kritikk og forårsaker motstand, er målet å stille spørsmål om bakgrunnen for deres vurderinger, og derved oppnår man at pasienten selv kan merke den logiske bristen i tankerekken de hadde (Berge og Repål, 2010, Berge og Repål, 2009).

Ved kognitive metoder er omstrukturering av negative tanker et sentralt element. Et problem er at vi som regel ikke leter etter alternative forklaringer om vi har eksisterende forklaringer. Ved å se alternativer for det bakenforliggende meningsinnholdet i plagene, kan en lage alternative konstruksjoner gjennom reflekterende observasjon. ABC-modellen er et rammeverk for reflekterende refleksjon, og denne modellen ble utviklet av Albert Ellis, som har hatt innflytelse på den kognitive teorien (Simonsen, 2007; Wright et.al., 1993). Modellen har tre ledd: Situasjon-tanke-konsekvens. (På engelsk: activating event, belief, consequences=ABC) A:hendelsen, B:tankene,C:følelsene,D: Alternative tanker til B. (Simonsen, 2007).

Eksempler på vanlige mønstre av irrasjonell tenkning også kalt tankefeller:

- Enten/eller tenkning: At noe er rett eller galt, godt eller dårlig.
- Katastrofetenkning: Antar at noe galt kommer til å skje uten å vurdere alternativene.
- Følelsetenkning: Det å konkludere ut fra følelsene alene.
- Personliggjøring: å gi seg selv skylden for noe en ikke rår over.

- Stempling: Å sette merkelapper på seg selv eller andre. Lage en definitiv merkelapp, "Jeg er en idiot".
- Forstørrelse og forminskning: Gjøre det positive mindre, og overdrive det negative.
- Tankelesning: Å anta hva andre tenker om meg.
- Overgeneralisering: Bevis fra en hendelse blir generalisert usannsynlig (Wright et.al., 1993; Holm et.al, 2006).

2.2 Miljøterapi:

Når en leser psykiatriens historie og hvordan holdningene til psykisk sykdom har vært gjennom tidene, legger en merke til at en mer human holdningen har kommet inn i bildet flere ganger, for så å bli borte for en periode. Det har pendlet mellom at de sinnsyke var uhelbredelige og måtte forvares og nærmest stues bort, til en filosofi om at pleie og omsorg kunne ha en helbredende virkning. Ved humane bidrag har det blitt satt fokus på miljøet pasienten befant seg i, forklaringene bak har vært flere, men det var først når sosialpsykiatrien slo gjennom så sent som på 1950-60 tallet, at grunnlaget for miljøterapi ble utviklet (Kringlen, 2005).

Miljøterapiens røtter kan spores tilbake til 1700-tallet. Tanken var at et godt miljø rundt pasienten var en viktig faktor for å få pasienten frisk. Den franske legen Pinell har gitt sitt humanitære bidrag til det vi i dag kaller miljøterapi. Pinell forbød årelating og senking i kokende varmt og iskaldt vann. Pinell sin grunntanke var at sinnslidende hadde mangel på frihet, ren luft og hygiene. Derfor skulle pasientene løses fra sine lenker og bli møtt med en vennlig holdning. (Kringlen, 2005; Vatne, 2006).

I 1778 åpnet Oslo Dollhus, Norges første anstalt beregnet spesielt på sinnsyke. Dette var en anstalt for forvaring av sinnsyke, der det ble benyttet halsjernbånd og lenker. Først i 1798 ble det innrettet en luftegård, og da måtte pasientene bruke tvangstrøye under luftingen. På grunn økonomiske nedgangstider, ble det åpnet for at fattige kunne få plass ved institusjonen, da fattigvesenet dermed supplerte økonomisk til driften (Abrahamsen, Isdahl, Myhre og Østberg, 1988).

En ny behandlingsfilosofi under navn *Moral treatment*, kom i 1830, men skulle vise seg å ikke vare så lenge. Her var filosofien at pasientene skulle behandles i små institusjoner, nærmest som gjester, der tvangsmidler var avskaffet. Det lyktes å skape toleranse for sinnslidende og forbedret psykiatrisk pleie, men bevegelsen døde ut etter noen tiår. Asylbyggingen startet på 1800-tallet, i Norge 1850. I begynnelsen fikk pasientene god pleie og utskrivingsprosenten var stor de første årene. Etter hvert ble asylene overfylte, og holdningen som hang igjen fra *Moral treatment* ble mer og mer borte. Nå lignet asylene mer på fengsler enn sykehus, da det kunne være en blanding av schizofrene, fattige og kriminelle. Tilnærmingen ble påvirket av datidens naturvitenskap, og ikke minst den såkalte degenerasjons teori. En fikk et mer somatisk perspektiv, man så på sinnssykdom som en medfødt tilstand. Pasientene ble da behandlet mer som medisinske tilfeller og objekter, enn personer (Kringlen, 2005).

Professor Fredrik Holst var med på å danne grunnlaget for Norges første sinnsykelov som kom i 1848, men det var hans etterfølger Herman Wedel Major som til slutt var med og innførte den. Holst kom med kritikk av hvordan de sinnsyke ble behandlet, og mente at institusjonene bar preg av fengsler. Denne loven ble gjeldene med små justeringer helt til 1961 (Abrahamsen et.al., 1988).

I 1960 kom en ny bølge av optimisme innen psykiatrien, da psykofarmaka kom. På samme tid slo sosialpsykiatri igjennom. Sosialpsykiatrien førte til positive endinger, og utvikling av miljøterapi (Kringlen, 2005).

Grunnleggeren av de miljøterapeutiske prinsippene regnes vanligvis å være Maxell Jones, som etter andre verdenskrig tok seg av skadde soldater som ikke var i stand til å arbeide. Dette ble en avdeling for sosial rehabilitering, og det som senere fikk navnet terapeutisk samfunn (Segraeus, 2000).

I begynnelsen ble miljøterapi beskrevet som et "vitenskapelig planlagt miljø". Miljøterapi kan defineres som et terapeutisk "samfunn" der hele strukturen er lagt opp til å være en del av hjelpeprosessen (Fontaine, 2003). De terapeutiske samfunnene skulle presentere et miljø som lignet på samfunnet, men uten de uheldige sidene samfunnet kunne ha (Hummelvoll, 2006). Det terapeutiske miljøet har også blitt kalt et "leve-lære" miljø, hvor pasientene i trygge rammer kan være del av et sosialt felleskap og oppnå nye ferdigheter, korrigere vrangforestillinger om sosiale situasjoner og danne nye erfaringer med interpersonelle

relasjoner (Schjødt og Heinskou, 2007). Avinstitusjonaliseringen av psykiatrien på 1980-tallet medførte at pasientene skulle behandles ved distrikt psykiatriske sentre og i sine hjemkommuner, og dermed forsvant de terapeutiske samfunnene slik de hadde vært frem til da (Andersen, 1997).

Henriksen et.al (2011) definerer dagens miljøterapi slik:

Et behandlingsmiljø skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer og tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljø over tid (Henriksen et.al, 2011, s. 5).

Gunderson (1978) beskriver 5 miljøterapeutiske prosesser som eksisterer i alle behandlingsmiljø, uansett hvilken behandlingssideologi, størrelse på enheten, varighet av oppholdet, og uansett bemanning. De 5 miljøterapeutiske prosessene kan ses på som en stige, der en velger ut hvor i prosessen en starter ut i fra pasientens funksjonsnivå.

Prosessene er: Beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring.

Der beskyttelse vil si å skjerme og trygge, dette benyttes når pasienten har mest symptomer og har veldig lav funksjon, som ved en akutt psykose. Støtte brukes når pasienten er i bedring, her gjelder det om å gi støtte slik at pasienten føler seg vel og i sikkerhet. Det skal bidra til å øke selvfølelsen. Etter støtte kommer struktur, som skape forutsigbarhet for sted og situasjon, og fremme forandring i sosialt uheldige symptomer og handlingsmønstre. Engasjement står for en aktivt handlende fase, og skal bidra til at pasienten føler seg respektert, og blir i stand til å påvirke sine menneskelige relasjoner. Den siste fasen er gyldiggjøring som skal legge til rette for og utfordre pasient til å uttrykke sin egen lidelse, og gi rom for å tolerere avvik, tap og ensomhet (Henriksen et.al., 2011).

2.2.1 Relasjonens betydning i miljøterapi:

Alle typer miljøterapi forutsetter en god relasjon (Vatne, 2006). En gjensidig allianse kjennetegnes ved enighet om hvilke mål en skal jobbe mot, hvilke metoder som skal bli brukt og et emosjonelt bånd som er preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet og som oppmuntrer til å jobbe målrettet i mot samarbeid. Andre nøkkelord for en god relasjon er empati, annerkjennelse og ekthet (Berge, Repål, Ryum og Samoilo, 2009; Dobson og

Dobson, 2009). Relasjonen er et bærende element i terapeutisk arbeid, og bidrar til at pasient er trygg nok til å gi uttrykk for det sårbare og det vanskelige (Bøe og Thomassen, 2000). I følge Vatne (2006) er det sentrale i forståelsen av å bygge en relasjon, hjelperens evne til å være aktivt lyttende, skape trygghet, være anerkjennende og empatisk. Med en slik tilnærming skapes en subjekt – subjekt – relasjon, som innebærer at begge parter anerkjenner hverandre som subjekter, som står i motsetning til subjekt – objekt - relasjon. Forskjellen mellom disse to typene relasjon er at i subjekt - subjekt relasjon er begge parter likeverdige individer, mens i subjekt - objekt – relasjon blir den ene parten objektivisert. Subjekt - objekt – relasjon oppstår når den er preget av biomedisinsk tenkning og fokus på diagnoser (Vatne, 2006).

2.3 Kognitiv miljøterapi:

Kognitiv miljøterapi ble introdusert for første gang tidlig på 80-tallet ved Norton Psychiatric Clinic of the University of Louisville (Wright et.al., 1993). Målet med behandlingsformen er å implementere kognitive prinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med innelagte pasienter (Simonsen, 2007). Hovedinnholdet i kognitiv miljøterapi er psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening og kognitiv terapi (Holm et.al, 2006; Fredheim, 2009). Atferdsteori er integrert i kognitiv miljøterapi, som baseres på at all atferd er tillært, og at dysfunksjonell atferd er forstyrrelser i innlæringsprosessen. Kognitiv miljøterapi er kortvarig terapiform som tar sikte på å reintegrere pasienten i samfunnet raskest mulig (Holm et.al., 2006). Kognitiv miljøterapi har som overordnet mål å utvikle pasientens mestringstro og tiltro til å forklare tanker, følelser og handlinger (Simonsen, 2007).

2.3.1 Prinsipper ved kognitiv miljøterapi:

I følge Holm et.al (2006) er det følgende generelle prinsipper som gjelder ved gjennomføring av kognitiv miljøterapi:

- Behandlingsmiljøet er planlagt og designet etter kognitive prinsipper, alle intervensjoner i miljøet skal være kognitive.
- Den kognitive behandlingsfilosofien skal være akseptert av hele arbeidsstaben, og det skal benyttes tverrfaglige team.

- Kognitiv gruppebehandling brukes som supplement til individual behandling.
- Pasientene gis hjemmeoppgaver mens de er innlagt.
- Psykoedukasjon etableres for å sosialisere pasientene, pårørende blir også introdusert til den kognitive modell. Pårørende skal være involvert i behandlingen så langt det går.
- Overgang til DPS eller ambulant behandling skal foretas tidlig i behandlingen.
- Utdannelse og trening til hele det tverrfaglige personalet skal være etablert (Holm et.al, 2006).

2.3.2 Struktur ved kognitiv miljøterapi:

Sentralt for strukturen i kognitiv miljøterapi er kognitiv omstrukturering, som er med på å støtte og medvirke til endring i pasientenes reaksjonsmønster. I følge Holm et.al (2006) er de sentrale elementene i det kognitive miljø: observasjon av pasientenes reaksjoner og atferd, strukturering av pasientens dagsplan, omstrukturering av dysfunksjonell tenkning og atferd, forebygging av tilbakefall, oppbygning av ferdigheter og mestringsstrategier og psykoedukasjon. Innleggelsen er grovt sett delt opp i tre faser. I begynnelsen når pasient kommet til avdelingen startes det med observasjon og vurdering, neste fase gjennomføres intervensjoner med mål om omstrukturering av problemet som kommer frem ved observasjon og vurdering. I siste fase arbeides pasienten med forebygging av tilbakefall, oppbygning av ferdigheter samt kontinuerlig psykoedukasjon. Strukturen i miljøet er med på å skape forutsigbarhet, samtidig som strukturen er med på å gjøre det mulig for tverrfaglige yrkesgrupper å jobbe sammen med pasienten (Holm et.al, 2006).

2.3.3 Behandlingsplan:

Den kognitive kasusformuleringen gir grunnlag for behandlingsplanen (Berge og Repål, 2010). Behandlingsplanen skal inneholde målene for pasientens innleggelse, og målene skal være klare for både personal og pasient. Pasient og primærkontakt samarbeider om behandlingsplanen, slik at uenigheter kan diskuteres og forhandles. Behandlingsplanen skal inneholde den informasjonen som kommer frem i intervju med pasienten. Det kan benyttes instrumenter for intervju som for eksempel BDI (Becks Depression Inventory), BAI (Becks anxiety inventory), intervjukjema for kartlegging av sosiale ferdigheter og selvsverd for å få

en baseline. Kasusformuleringen inneholder en liste over pasientens problemer, det pasienten opplever som problematisk. For eksempler kan det handle om angst, konflikt på arbeidsplassen, ønske om å slutte med narkotika og lignende. Videre i kasusformuleringen skal det være med diagnose, hypotese om hendelser som har medvirket til problemene, uhensiktsmessige antakelser rundt pasientens problemer, automatiske tanker som oppstår i de vanskelige situasjonene, forslag til mulige grunnantagelser (skjemaer) som er med på å opprettholde problemet, oversikt over unngåelses strategier (Holm et.al, 2006; Berge og Repål, 2010). Behandlingsplanen inneholder kognitive redskaper og pasientens agenda for innleggelsen. Det samarbeides med behandlingsplanen mellom personal og pasient, og det fungerer som et styrende og felles redskap i den tverrfaglige behandlingen. Planen evalueres sammen med pasienten flere ganger i løpet av innleggelsen, og revideres etter behov (Holm et.al, 2006).

2.3.4 Miljøterapeutens arbeid:

Miljøterapeuten er først og fremst interessert i pasientens symptomer og ytre atferd. Hensikten med kognitiv terapi er å gjøre pasienten oppmerksom på alle eksisterende muligheter og hjelpe han til å utvikle nye ferdigheter og omstrukturere tanker som hindrer fremgang og personlig vekst. Miljøet er preget av positivt og optimistisk syn på pasientens fremtid (Holm et.al., 2006). Den kognitive modellen brukes aktivt i det miljøterapeutiske arbeidet. Personalet stiller hele tiden åpent følgende spørsmål med tanke på å hjelpe pasienten å endre: Måten pasienten reagerer på? Måten pasienten tenker på? Måten pasienten føler på? (Holm et.al, 2006). Ved bruk av kognitive teknikker har miljøterapeuter en unik mulighet til der og da å ta tak i situasjoner som oppstår i miljøet, og kan sammen med pasienten gå igjennom kognisjonene, gjenkjenne og skille mellom følelser, tanker og handlinger (Bowler, Moonis og Thase, 1993). Miljøterapeutens oppgave vil være utførelse av pleieplan, observasjoner, kontakt og omsorg samt hjelp til at pasientene utfører de handlinger og aktiviteter det i følge pleieplan står at pasient skal gjennomføre. I tillegg vil miljøterapeuten (oftest sykepleier eller vernepleier) ha ansvar for medisinutdeling, og ha ansvar for avdelingen og daglige oppgaver (Holm et.al., 2006). Miljøterapeuter kan gjennomføre psykoedukasjon i grupper til faste tider, eller tilpasse psykoedukasjon til hver enkelt pasient alt etter hvor langt i motivasjonsprosessen de har kommet (Holm et.al., 2006).

2.3.5 Modeller for implementering av kognitiv miljøterapi:

Wright et.al (1993) beskriver 4 modeller som dominerer når det gjelder implementering av kognitiv teknikker i miljøet for inneliggende pasienter.

Hovedbehandler modellen (Primary Therapist model).

Ved denne modellen blir kognitiv terapi introdusert til et eklektisk miljø, der andre tilnærminger også gjerne blir brukt. Personalet på avdelingen blir introdusert til de kognitive teknikkene for å kunne støtte opp om hovedbehandlers kognitive arbeid. Ansvar i den kognitive behandlingen ligger hos hovedbehandler. Ulempen er at det kan oppstå konflikter med behandlere som ikke deler samme behandlingsfilosofi.

Personal modell (Staff model).

I denne modellen er miljøet sett på som den mest aktive faktoren i behandlingen. Her er det miljøterapeutene som utfører den kognitive behandlingen under veiledning av psykiater eller psykolog. Modellen involverer hele personalet. Noen av fordelene med denne modellen er at personalet som tilbringer mest tid med pasientene, er de som utfører den kognitive behandlingen. En ulempe er at en slik type miljøterapi er sårbar ved utskiftning av personal, da det tar tid å opparbeide erfaring og trening i kognitive teknikker.

Supplement modell (Add on model).

Her innfører man kognitiv terapi til den eksisterende miljøterapi. Dette er den modellen som er lettest og innføre, men den har også store ulemper. Pasientene kan bli forvirret av flere behandlingsfilosofier i avdelingen. Om ikke ledelsen støtter kognitiv terapi, eller om det blir konkurranse mellom de forskjellige behandlingsfilosofiene, kan kognitiv terapi bli sett på som et supplement til kjernen i behandlingen.

Helhetlig modell (Comprehensive model).

For å gjennomføre denne modell, vil i hovedtrekk innebære at all personell fra ledelse, behandlere og all miljøpersonal er opplært i og har erfaring med kognitive teknikker. All behandling som individuell, gruppe-, familieterapi samt psykoedukasjon skal være sentrert om kognitiv terapi og teknikker. Behandlere og miljøpersonal bør løse teoretiske tvister og utvikle en felles behandlingsfilosofi. Denne modellen er sårbar for utskiftning av personal, og

det er den modellen som tar lengst tid å innføre. Andre ulemper er at andre verdifulle tilnærminger kan bli neglisjert, som at psykiatere ikke er like oppdatert på andre verdifulle områder som for eksempel psykofarmaka (Wright et.al., 1993).

2.3.6 Ledelse og organisasjon i forbindelse med kognitiv miljøterapi:

Offentlige og private ekspertorganisasjoner, som for eksempel sykehus, er basert på spesialisert kunnskap som utvikles etter behov (Strand, 2001). Kauth et.al (2010) har utført en pilotstudie om hvilke faktorer som hindrer bruken av kognitiv terapi, og effekten av å bruke eksterne fagpersoner til å implementere kognitiv terapi. Studien viste at det var tre faktorer som spiller inn på hvorfor kognitiv terapi ikke ble brukt, det var manglende kontroll over tidsplan i klinikken, konflikt med andre oppgaver og dårlig kommunikasjon med ledere. Taylor og Chang (2008) har undersøkt hva som hindrer at man benytter kognitiv terapi, og kom frem til at det er ikke mangel på kunnskap om terapiformens effektivitet, men at det er mangel på dedikert ledelse hindrer innføring av terapiformen.

3.0 METODE:

Metoden viser den bestemte veien mot målet (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010) Da vi i til daglig har tilbøyelighet til å trekke konklusjoner om hvordan ting henger sammen, har en forsker strengere krav til "bevisene" som ligger til grunn for konklusjonen. Forskere bruker metodiske tilnærmelser for å gjøre det mulig å sannsynliggjøre at deres antakelser er riktige. Ved metodisk prosedyre kan en si at forskeren bruker hodet i stedet for hjertet, fornuften må ha forrang foran følelsene. I samfunnsvitenskapelig metode handler det om hvordan vi skal gå frem for å få informasjon om den sosiale virkelighet, og hvordan den skal analyseres og hvordan data skal tolkes. Samfunnsvitenskapelig metode er en sentral del av empirisk forskning (Johannessen et.al, 2010). Det deles opp i to fremgangsmåter for å innhente data: kvalitativ metode og kvantitativ metode. Kvalitativ metode går i dybden, og søker å få frem betydning, mens kvantitativ metode har som mål å få frem utbredelse og antall. Denne oppgaven har vært en kvalitativ studie (Thagaard, 2009). Videre i kapitlet presenteres det hvordan det ble søkt etter litteratur, kvalitativ metode, utvalg, analyse, metodekritikk, validitet og reliabilitet, etikk og posisjonering som forsker og forforsåtelse.

3.1 Søk etter litteratur:

Søk etter litteratur foregikk før studien, og videre etter hvert i prosessen. Søkene er foretatt i September, Oktober 2012, og Januar, Mars, April, Mai 2013.

Databasene som er brukt til søk av litteratur er: Academic Search Premier, Cinahl, Pubmed, Psychinfo, Norart , Idunn og BIBBYS.

Søkeord som er brukt: "Cognitive therapy", "Cognitive therapy+inpatiets", "Cognitive therapy+milieu therapy", "Cognitive milieu therapy", "Cognitive therapy+therapeutic community", "Cognitive therapy+acute ward" og "Kognitiv miljøterapi".

Artikler og bøker som ble funnet interessant ga opphav til nye søk på litteratur, da spesielt dersom de refererte til forskningsresultater.

3.2 Kvalitativ metode:

Kvalitativ metode kan brukes til å studere sosiale fenomener, og tilnærmingene baserer seg på observasjon, intervju, analyse av tekster og visuelle uttrykksformer, og analyse av audio- og videoopptak (Thagaard, 2009). Denne undersøkelsen har vært en kvalitativ studie

(Thagaard, 2009) der det er brukt kvalitativt intervju til å samle inn data. Intervju kan gi informasjon om personers opplevelse av et fenomen, og er en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess. Intervjuer og den som blir intervjuet skaper kunnskap sammen (Kvale og Brinkmann, 2009). Man kan få frem synspunkter, selvforståelse og erfaring ved bruk av kvalitativt intervju. På bakgrunn av at jeg er interessert i informantenes opplevelse, følelser, tanker og erfaringer ved bruk av kognitiv terapi i miljøterapien, var intervju en metode som passet godt til å innhente denne informasjonen for å belyse oppgavens problemstilling. Designet har vært to intervjuteknikker, der det har blitt benyttet strukturert intervju og delvis strukturert intervju med åpne svar. Det ble brukt tid på å utforme en intervjuguide, for å sikre at spørsmålene dekket alle områdene slik at problemstillingen og forskningsspørsmålene ble besvart. Intervjuguiden virket som en plan for hva en ønsket å få svar på under intervjuene, og under e-post intervjuene var intervjuguiden spørsmålssettet informantene svarte på (Thagaard, 2009). Først ble det utført 7 strukturerte intervju via e-post, der man hadde en rekke ferdige spørsmål om temaer, og informanten har utformet svarene sine fritt. Informantene fikk utdelt samme sett med spørsmål, og tilbakesendt sine svar skriftlig på e-post. Dette viste seg ikke å gi datametning, derfor ble det utført to dybdeintervjuer med delvis strukturert intervju i tillegg, hvor det var mulighet for å få bekreftet og avkreftet hva meningen var i de forskjellige utsagnene. Samme intervjuguide ble brukt til både e-post intervju og dybdeintervju. Intervjuene foregikk på et sted etter informantens ønske, og det ble sørget for at det ikke var forstyrrelser under intervjuet. Ved de to dybdeintervjuene ble det brukt lydopptak for å sikre at man fikk med seg alt som ble sagt. Lydopptaket ble transkribert ordrett kort tid etter (Thagaard, 2009). Transkriberingen gjør intervjumaterialet mer oversiktlig og blir bedre egnet for analyse (Kvale og Brinkman, 2009).

3.3 Utvalg:

Problemstillingen ville best bli belyst om informantene hadde erfaring med kognitiv terapi. Inklusjonskriteriet var at informantene skulle jobbe som miljøterapeut på psykiatrisk sengepost, og ha kognitiv utdanning. Det ble derfor brukt strategisk utvalg, der en søkte spesifikt etter de kvalifikasjonene som var ønsket i studien (Johannessen et.al, 2011). Begrenset tid og økonomi kan spille inn på utvalgets størrelse, det kommer an på hvor mange kategorier utvalget skal representere. I denne typen studie har det vært tilstrekkelig

med utvalg på 6-8 personer, og det lyktes å få 7 informanter (Johannessen et.al., 2011). I arbeidet med å få tak i informanter fikk jeg hjelp av undervisningskoordinator ved den institusjonen det jeg hadde søkt om å få intervjuet noen av de ansatte.

Undervisningskoordinatoren hadde oversikt over hvilke avdelinger som hadde ansatte miljøterapeuter med kognitiv terapi utdanning. Ut ifra hennes informasjon, fikk jeg en pekepinn om hvor jeg skulle henvende meg. Det ble sendt e-post og informasjonsskriv til en avdelingsleder og en oversykepleier. Det tok flere e-poster, og et par telefoner før det lyktes å få kontakt, men når kontakten var opprettet, ble de bekreftet relativt raskt at det var informanter som hadde sagt seg villig til å delta.

3.4 Analyse:

Det ble brukt innholdsanalyse for å analysere datamaterialet (Graneheim og Lundeman, 2004). Innholdsanalyse har tre hovedfaser; forberedelse, organisering og rapportering. Forberedelsen består i å finne ut hvilken enhet som skal analyseres, og i dette tilfellet er det datamaterialet fra intervjuene. En leser teksten flere ganger for å bli kjent med materialet, og for å finne ut hva den sier. Når en leser gjennom materialet, kan en stille spørsmål underveis som for eksempel: Hvem forteller? , hvor skjer dette? , når skjedde det? , hvorfor skjedde det? osv. Deretter skal teksten reduseres, med kondensering, slik at kjernen av teksten kommer frem, selv om man har redusert tekstmengden. En kommer frem til et eller flere hovedtema. En måte å gjøre det på er å starte med et hovedtema, deretter finne man *meaning units* (her kan det være direkte sitater fra datamateriale), så kondensert *meaning units*(meningsbærende forkortelse), lage kategorier som passer til kondenserte *meaning units* (kategori svarer på spørsmålet hva?, og sub-tema som beskriver kategoriene(svarer på spørsmålet hvordan). Kategoriene og sub-tema kan være ord eller tema (Graneheim og Lundman, 2004).

De elektroniske besvarelsene fra informantene og det transkriberte datamaterialet fra dybdeintervjuene ble brukt som utgangspunkt for analyse. Innholdet ble kondensert etter innholdsanalysens prinsipper (Graneheim og Lundman, 2004). Materialet ble videre kondensert til *meaning units*, for på den måten å få en bedre oversikt over det som kom frem av intervjumaterialet. Svarene fra de elektroniske besvarelsene var allerede kondensert

fra informantens side, da det var svart konsist på spørsmålene, og det ikke var rom for avsporing til andre temaer (Graneheim og Lundman, 2004).

Materialet fra intervjuene har blitt analysert opp mot teori om kognitiv terapi, miljøterapi og fundament for kognitiv miljøterapi.

3.5 Metodekritikk:

Bias kan ha innvirkning på validiteten av studien. Det er vanskelig å unngå bias helt og holdent, da det er nok at en informant er trøtt og ikke gir like mye i et intervju som den kunne ha gjort. Andre faktorer er at informantene ikke klarer å være åpne, eller at de svarer det de forventer at intervjuer ønsker å høre. Jeg valgte å intervju miljøterapeuter som har utdannelse innen kognitiv terapi. Dette kan muligens påvirke informantene til å ha et mer optimistisk syn på problemstillingen enn det som er realistisk. Når intervjuene foregår uten at forsker er til stede, forsvinner muligheten til å gi prober og muligheten for å ta opp temaer som forsker ikke har tenkt på, viss slike skulle dukke opp i løpet av intervjuet, slik som ved e-post intervjuer (Thagaard, 2009, Polit og Beck, 2006).

3.6 Validitet og reliabilitet:

Validitet handler om gyldigheten av studien, om studien har en rød tråd. Om det er en kontinuitet mellom problemstilling og tidligere forskning som blir presentert, og om spørsmålene i intervjuene er med på å belyse problemstillingen (Polit og Beck, 2006). Jeg har forsøkt å holde meg til tema gjennom hele oppgaven.

Reliabilitet henviser til hvor pålitelig studien er, og om retningslinjene for studien er fulgt, slik som krav til antall informanter, klare inklusjonskriterier. Validiteten sier noe om hvor nøyaktig en klarer å måle det som skulle måles (Polit og Beck, 2006).

Det er viktig å tenke på sin egen rolle ved intervjusituasjonen, dette gjelder i dette tilfellet informasjonsskrivet, utforming av intervjuguiden, eventuell kontakt med informanter og i intervjusituasjonene. Alt som blir videreformidlet kan være ledende og påvirke informantene til å svare noe annet enn det de kunne ha gjort. Som intervjuer skal en sette seg selv i parentes, og legge vekk forforståelsen, det som kalles braketing. Det er bevisst ikke brukt noen fremmedord i verken spørsmålssettet, informasjonsskrivet eller i intervjusituasjonen, på den måten har en prøvd å sikre at innholdet har blitt forstått, slik at svarene gjenspeiler

så godt som mulig det som var intensjonen ved spørsmålet. På denne måten får man et best mulig grunnlag for sammenligning av utsagnene til informantene under analysen (Polit og Beck, 2006).

3.7 Etikk:

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har forskeretiske retningslinjer, som forskere må følge. Disse går ut på: informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, at forskeren har plikt til å respektere informantens privatliv og at forskeren har ansvar for å unngå skade (Johannessen et.al., 2010).

Informantene har hatt mulighet til å trekke seg når som helst. Informantene er autonome individer, som kan bestemme selv om de skulle være med i studien, og har fått opplyst at de kan trekke seg når som helst uten negative konsekvenser (Polit og Beck, 2006).

Informantene har blitt forsikret at informasjonen er konfidensiell, og at informasjonen ikke skal brukes slik at informantene kan identifiseres, en kan ikke tvinge informasjon ut av informanten, personer velger selv hvem de vil åpne seg for, og hvor mye de vil si jmf forskerens plikt til å respektere informantens privatliv. Personopplysningsloven krever at informantene samtykker før studien startes. Samtykke skal være informert, det vil si at informanten skal vite hva det innebærer å bli med på studien, hva opplysningene skal bli brukt til, og at informanten samtykker til at opplysningene informanten kommer med, vil bli behandlet. Når det gjelder taushetsplikt, gjelder forvaltningsloven; der informasjon kan tilbakespores til enkeltpersoner, har en taushetsplikt. Materialet som er samlet inn i studien, skal kun brukes til dette formål og ikke i andre sammenhenger. Materialet skal oppbevares slik at uvedkommende ikke får tilgang til det. I dette tilfellet ble tekstmaterialet sendt på e-post, som var sikret med en tilgangskode både på datamaskinen og ved innlogging på e-post, lydbånd ble transkribert og lagret på datamaskin med tilgangskode. All datamateriale skal anonymiseres og lydopptak skal slettes innen 30.06.13 (Johannessen et.al., 2010).

Det ble derfor utformet et informasjonsskriv og en samtykkeerklæring. Informantene har skrevet under på at de samtykker i å bli med i studien, og at de har mottatt informasjon om at data blir anonymisert, at data blir slettet etter at oppgaven er levert, at de kan trekke seg når som helst, og at forsker har taushetsplikt (Johannessen et.al., 2010).

Personvernombudet på sykehuset ble kontaktet med forespørsel om at en ønsket å intervju ansatte ved institusjonen. Etter at klarsignal fra personvernombudet kom 29.11.2012, ble forskningsavdelingens fagsjef kontaktet for godkjenning av prosjektet. Godkjenningen fra forskningsavdelingen kom 09.01.2013 for dybdeintervju, og godkjenning for e-post intervju ble godkjent 10.01.2013. Etter godkjenning fra forskningsavdelingen, kunne en starte prosessen med å innhente informanter. Prosjektet ble meldt til NSD og godkjent 20.11.2012, og endringsskjema av intervjumetode til e-post intervju ble sendt 31.03.13, med godkjenning av endring av metode 12.04.13. Oversykepleier og en avdelingsleder ble kontaktet med spørsmål om å videreformidle informasjonsskrivet til de ansatte som innfridde kriteriene til det strategiske utvalget.

3.8 Posisjonering som forsker og forforståelse:

Innen kvalitativ metode er det viktig å posisjonere seg selv som forsker (Thagaard, 2009) Jeg er utdannet vernepleier og har jobbet flere år ved akuttavdeling på psykiatrisk sykehus. Jeg har en del års erfaring som miljøterapeut og arbeid med miljøterapi, men har ingen erfaring med kognitiv miljøterapi. Informantene som deltok i studien jobber på andre avdelinger eller senter i samme institusjon som jeg selv har vært tilknyttet. Jeg har bevisst ikke valgt noen informanter fra avdelinger der jeg selv har arbeidet.

Jeg bærer med meg min forforståelse, og interesse for tema. Jeg har forsøkt å legge denne forforståelsen bort for at den ikke skulle påvirke studien i sin helhet, spesielt med tanke på utarbeiding av intervjuguide, analysen, drøftingen og selvfølgelig konklusjon. Min erfaring med miljøterapeutisk arbeid har fått meg til å undres over den metodiske tilnærmingen ved miljøterapi. Min egenerfaring med miljøterapi er at det ofte mangler tydelig faglighet, det vil si at det er faglighet, men det kommer ikke frem på en tydelig måte. Jeg er åpen for at min erfaring ikke er representativ for hvordan miljøterapi blir utført, og derfor ønsket jeg å søke kunnskap om en miljøterapi som var systematiske og strukturert i sin utøvelse.

Utgangspunktet for valg av tema for oppgaven kan derfor sies å være min faglige bakgrunn som vernepleier, der struktur og systematisk metodetilnærming har hatt stor plass.

4.0 RESULTAT

Alle informantene hadde lang erfaring med å jobbe på en psykiatrisk sengepost, men det varierte hvor mye erfaring de hadde med å bruke kognitiv terapi i sitt arbeid. Erfaringen med å jobbe med miljøterapi i en psykiatrisk avdeling, spredte seg fra 5 til 19 år. Alle hadde gått trinn 1 i kognitiv terapi gjennom Norsk Forening for Kognitiv Terapi, noen hadde gått trinn 2 i tillegg.

OVERSIKT OVER INFORMANTENE								
Informant	A	B	C	D	E	F	G	Gjennomsnitt
Alder	45	41	45	37	33	45	54	42,86 år
Kjønn	K	K	K	K	K	K	K	100% Kvinner
Arbeidserfaring psykisk helsearbeid i år	6	5	7	7	8	19	14	9,4 år
Høgskoleutdanning	Psyk. sykepleier	Psyk. sykepleier	Vernepleier	Sykepleier	Psyk. sykepleier	Psyk. Sykepleier	Psyk. Sykepleier	71,42 % har videreutdanning
Kognitiv utdanning	Trinn 1 og trinn 2	Trinn 1	Trinn 1	Trinn 1 og trinn 2	Trinn 1	Trinn 1	Trinn 1	28,57 % har tatt trinn 2

Hvor aktivt kognitiv terapi blir brukt i miljøet spriker, noen informanter forteller at de er i oppstartsfasen med implementering av kognitiv miljøterapi, mens andre har praktisert kognitive metoder i miljøterapien i flere år. To av informantene fortalte at de brukte Gunderson (1978) som ideologi for miljøterapien. Noen informanter fortalte at de bruker kognitiv miljøterapi, mens andre sier at det ikke påvirker miljøterapien i særlig grad, men at den først og fremst blir brukt i samtaler mellom miljøterapeut og pasient på rommet.

”Det er jo ikke akkurat miljøterapi, altså, jeg forbinder miljøterapi med det du gjør i miljøet(...)vi har det (kognitive) mer rettet mot spesifikke samtaler”.

”Per dags dato vil jeg anta at den ikke påvirker miljøterapien i særlig grad. Vi har ofte samtaler en til en på rommet til pasient hvor vi fletter inn kognitiv terapi i samtalen”.

”Vi bruker kognitiv miljøterapi i en til en samtaler”.

Starter med å gjøre rede for hva informantene forteller om hvordan de bruker de kognitive metodene i sitt arbeid, for å prøve å gi en oversikt over i hvilken grad metodene blir brukt og på hvilken måte, noe som igjen reflekterer informantenes erfaringer.

På den ene avdelingen blir det rapportert at det var det tett samarbeid mellom behandler og miljøterapeuter om pasient. Miljøterapeutene, de som var med i teamet til pasient, var med når pasient hadde samtale med behandler. Dette for at de som var med i teamet skulle kunne følge opp det som ble tatt opp i timen med behandler. Erfaringen var at miljøterapien ble påvirket slik at alle faggrupper jobbet i samme retning, mot samme mål og sammen med pasienten. Pasientene fikk i tillegg hjemmeoppgaver mellom samtalene med behandler. Erfaringen var at det ga engasjement hos pasientene og gjorde behandlingen mer effektiv.

Ved å bruke kognitive teknikker kunne samtalene med pasientene bli mer målrettet, og dette kunne føre til økt forståelse av pasientens problemer, og om hvordan en kunne hjelpe. En informant forteller om hennes erfaring med de kognitive verktøyene særlig i forhold til å ha samtale med pasientene:

”Det som jeg merker forskjellen på, er jo, altså flere ting, forhold til etter at jeg begynte på kognitiv. For det første er det det å ha et redskap, tidligere så på en måte hadde jeg ikke noe å gå etter, så nå har jeg noe som virker. Som er ekstremt, syns jeg da, effektivt”.

Områder der informantene fortalte at prinsipper fra kognitiv terapi ble brukt i miljøterapien var fysisk aktivitet, ADL-trening, samtale en til en mellom miljøterapeut og pasient, hjemmeoppgaver, psykoedukasjon og at de hadde hatt gruppeterapi, og hadde planer om å innføre det igjen.

Verktøy som ble nevnt brukt i forbindelse med kognitiv tilnærming: Agenda for timen, ABC-skjema, panikksirkelen/modell for tvang, aktivitetsplan, sokrates utspørring og BDI-skjema (Becks Depression Inventory). Problemliste ble brukt i samtaler der en hjelper pasient med å rydde i kaoset den opplever der og da. Det ble satt opp en liste over problemene og man velger å gå i dybden på ett av problemområdene, gjerne et som er overkommelig å gjøre noe med i første omgang. ABC-skjemaet oppleves å være forståelig for pasient, og det erfares at det forklarer godt hvordan tankene påvirker følelsene og atferden.

”Det å finne nye måter å se situasjonen på er ofte opplysende for pasient”.

Tvang og angstmodellen fungerer mye på samme måte som ABC-modellen, og det oppleves at pasienter forstår lettere hva som skjer med kropp og sinn når de kan sette seg inn i modellen. Sokrates utspørring blir brukt for å sette i gang refleksjon. BDI-skjemat er med på å kartlegge depresjon, skjemaet blir brukt flere ganger under innleggelse for å følge med på utviklingen av depresjonen. Aktivitetsplanen var med på å hjelpe pasient til å strukturere dagene. Det kommer også frem at kognitiv terapi preger behandlingsplanene. Alle informantene var enige om at relasjon hadde stor betydning for kognitiv miljøterapi, og noen la til at relasjonen har stor betydning i miljøterapi, uansett hvilken type tilnærming en velger. En informant fremhever at kognitiv terapi krever trygge rammer, da en kommer nær pasienten, ved at det er mye samarbeid. Relasjonen må også være på plass for at pasienten skal kunne åpne seg om problemområdene, for så å være aktivt med i behandlingen.

”Jeg tror den (relasjon) har alt å si. Fordi at hvis du ikke har noen god relasjon med en pasient, så nytter det på en måte ikke uansett hva slags behandlingsform du har”.

”Relasjon er avgjørende i kognitiv terapi. Hvis du ikke har en god relasjon til pasient, vil du ha vansker med å få til en optimal behandling. Viktig med gjensidig tillit og respekt”.

Denne tabellen viser en oversikt over resultatene:

Hovedtema: Personalets holdninger og handlinger til bruk av kognitiv miljøterapi basert på deres erfaringer		
Kategorier:	Refleksjoner om positive erfaringer	Refleksjoner om negative erfaringer
Kognitiv miljøterapi	<p>Målrettet og strukturert behandlingsform</p> <p>Lettfattelig modeller for personal og pasient</p> <p>Pasient delaktig i behandlingen</p> <p>Pasient blir motivert av økt innsikt/kunnskap</p> <p>Pasienter erverver redskap til senere bruk</p> <p>Personal blir tryggere terapeuter</p>	<p>Belastende på noen personal, ikke alle har utdannelsen</p> <p>Vanskelig å møte noen diagnoser, lite kjennskap til visse modeller</p> <p>Krevende for personal med dårlige pasienter</p> <p>Kan skape prestasjonsangst hos pasient</p> <p>Krever samarbeid, ingen delaktighet om pasient ikke er motivert</p> <p>Dårlige pasienter har behov for repetisjon av teknikkene</p>
Kollegaer, ledere og informantens eget bidrag	<p>Ledelsen positiv</p> <p>Alle faggrupper jobber mot samme mål</p> <p>Det blir tilrettelagt for kurs og undervisning</p> <p>Holde internundervisning</p>	<p>Kollegaer har delt interesse</p> <p>Ikke alle personal ønsker å ta kurs</p> <p>Økonomi</p> <p>Noe personal ønsker ikke å lære</p>

Resultatene presenteres etter temaer som er erfaringer med fordeler med kognitiv miljøterapi, erfaringer med ulemper med kognitiv miljøterapi, interesse og støtte fra kollegaer og ledelse, hvordan kan informantene bidra til interesse for kognitiv terapi?, og til slutt kommer en oppsummering av resultatene.

4.1 Erfaringer med fordeler med kognitiv miljøterapi:

Det som er tydeligst av resultatene er en bred enighet om at kognitiv miljøterapi er en målrettet og strukturert behandlingsform. Samtalene blir ryddige, strukturerte og effektive ved bruk av kognitive verktøy.

”Miljøterapien blir målrettet og det blir ofte et godt samarbeid mellom pasient og personal”.

En informant ramset opp en liste over fordeler med kognitiv miljøterapi:

”Strukturert, målrettet, tidsbegrenset, bygge en god relasjon, tillitt, respekt, pasient er svært delaktig i egen behandling, psykoedukasjon (der) pasient lærer mye om egen sykdom”.

En informant fortalte om hvor trygt det var å ha et verktøy å bruke i behandlingen, dette var noe hun hadde savnet tidligere, og følte nå at hun hadde noe konkret å tilby, og at dette gjorde henne tryggere i hennes arbeid.

”Jeg føler meg tryggere som terapeut”.

Foruten at behandlingen og samtalene er målrettet og strukturerte, kommer det også frem at pasientene er engasjerte og delaktig i egen behandling. Dette forklares med at det kreves at pasient er delaktig i arbeidet, da miljøterapeut ikke skal komme med de riktige svarene, men de riktige spørsmålene som oppfordrer til refleksjon, slik at pasienten selv skal finne svarene. Pasientene får i tillegg hjemmeoppgaver mellom samtalene, og det forventes at pasientene møter forberedt til samtale og har gjort hjemmeoppgavene. Pasientene var med og satt opp sine egne mål, slik at målene var preget av hva pasienten definerte som problemområdet, i stedet for at personalet skulle tenke ut hva som var best for dem. Det ble rapportert at dette førte til at pasientene fikk et eierforhold til målene. I tillegg var modellene lette å forstå og anvende både for personal og pasient

”Pasient er med på å utarbeide egne mål og får et eierforhold til dem”.

Gjennom psykoedukasjon oppleves det at pasienter blir motiverte når de ser sammenheng og årsaken til problemet, og når de får økt kunnskap om sin situasjon.

Ved psykoedukasjon sier informantene at pasientene lærer hvordan de kan forstå sin lidelse og hvordan de kan lære seg å mestre lidelsen.

”Ved kognitiv terapi får pasientene kunnskaper og redskaper som de også kan bruke etter utskrivelse”.

”Pasienter griper denne metoden (kognitiv terapi) lett og blir etter hvert opplært til å bli sin egen ekspert”.

En informant fortalte en historie om en pasient som hadde hatt nytte av angsttrening og hvordan denne pasienten etter hvert lærte seg teknikkene og ble sin egen terapeut. For at historien skal bli mest mulig anonymisert, velger jeg å skrive den med egne ord ut ifra det informanten fortalte, og noen detaljer vil bli utelatt.

Informanten fortalte at denne pasienten var plaget av sosial angst, og hadde flere unngåelsesstrategier. Pasienten unngikk mye folk, og prøvde i tillegg på forskjellig vis å gjøre seg minst mulig synlig om han var utendørs og rundt folk. Informanten fortalte videre at de hadde begynt med psykoedukasjon, der de forklarte hva angst var, og hva som skjedde med kroppen osv. De hadde startet med sokratiske utspørring med spørsmål rundt hva pasienten trodde var realistisk, om pasienten trodde folk la mer eller mindre merke til han når han brukte visse strategier for å gjøre seg mindre synlig blant folk. (Da han ved noen av disse strategiene kunne skille seg ut, og det kunne tenkes at han ble mer synlig om han brukte disse). Pasienten hadde tatt til seg denne teknikken ganske fort, og hadde blitt ivrig og trente mye på egenhånd. Personal og pasient hadde hatt mange timer inne, før de hadde begynt på å trene på å gå ut. Når de var ute gjaldt det om å holde ut angsten, ikke gå hjem, ikke sette seg ned, men å være i angsten. Pasienten hadde synes dette var veldig ubehagelig i begynnelsen, men det hadde blitt lettere etter hvert. I forbindelse med utskrivelsen spurte personal pasienten om det hadde vært tøft, det svarte pasienten ja på, så ble det spurt om det hadde vært verdt det, og det synes pasienten det hadde. Informanten fortalte videre:

”Så pasienten fungerer kjempefint nå. Pasienten er ute i store forsamlinger(...)og sier at av og til kan pasienten fortsatt få litt sånn angst (...) på plasser(...)der det er mye folk og pasienten kanskje føler seg innestengt(...)Men(...) fordi at pasienten har trent så mye på disse kognitive teknikkene og sånn automatiske tanker, begynner å tenke alternative tanker. Alt skjer helt sånn automatisk, fordi pasienten hadde øvd så veldig på det ”.

Denne pasienten ble senere invitert til gruppeterapi for å fortelle sin historie, og informanten erfarte at dette hadde vært veldig inspirerende for de andre pasientene. Det at det ikke bare var personal som hadde fortalt at det hadde effekt, men at de fikk høre at teknikkene var mulig å bruke fra noen som hadde opplevd nytten av det selv.

En annen informant hadde opplevd nytten av fysisk aktivitet der hun benyttet seg av en kognitiv tilnærming. Informanten hadde sett den positive virkningen det hadde på pasienter som opplevde å få høy puls under trening, der pasient selv trodde det var et angstanfall. Ved å gi den naturlige forklaringen bak kroppslige symptomer som høy puls under fysisk aktivitet, kunne engstelsen dempes.

”Dempe engstelsen når de får høy puls, under for eksempel fysisk aktivitet”.

4.2 Erfaringer med ulemper med kognitiv miljøterapi:

En av informantene forteller at det kan skape mye arbeid på enkelte om ikke alle i personalgruppen hadde kognitiv utdanning.

”Det krever at pasienten får regelmessige samtaler(...)i en travel hverdag kan det være vanskelig. Det er mange personale som ikke har kognitiv utdanning og det kan fort bli mye arbeid som fordeles på få personale”.

Det blir fortalt at når pasienter er dårlige, kan de lett falle tilbake i gamle mønstre og glemme å ta i bruk de kognitive teknikkene. Pasient trenger da tett oppfølging, og det kreves ofte at teknikkene som er glemt må repeteres. Det blir erfart at det er mest effektivt om terapeut er aktivt med, og støtter pasient i den dårlige fasen. Miljøterapeut deltar på for eksempel angsttrening eller trening i forhold til tvang. Dette kan oppleves som en utfordrende arbeidssituasjon.

”Terapien krever at terapeut hele tiden er aktiv, strukturert og kreativ, og dette kan av og til være utfordrende”.

En informant hadde erfart ved et tilfelle når det ble brukt kognitiv terapi med en pasient som hadde stemmehøring, at pasienten ble dårligere av all utspørringen angående stemmene. Dette var noe informanten hadde hatt god erfaring med tidligere, men at i dette tilfellet var pasienten dårligere enn de hadde antatt, og terapien slo feil vei.

Det blir også nevnt at det kan være utfordrende og krever kreativitet når det gjelder å kunne stille de riktige spørsmålene. Det fokuseres veldig på å stille sokratiske spørsmål som skal få pasienten til og reflektere over sin egen situasjon, og personal skal være en aktiv del av dette. Personal skal finne de spørsmålene, som er akkurat passe utfordrende for pasient, der pasient befinner seg psykisk der og da.

”Jeg skal være veldig på hogget og kreativ i forhold til det å (...)finne spørsmål som (...) skal utfordre, og også pasienten kan kjenne på at det kan jeg svare på. Det nytter ikke å lene seg tilbake og overlate det til pasienten”.

Det blir nevnt spesielt at det å jobbe med sammensatt problematikk som personlighetsforstyrrelse kunne oppleves som utfordrende å jobbe kognitivt med. Noe som ble forklart med at det generelt var utfordrende en pasientgruppe å jobbe med, og denne pasientgruppen kunne oppleves som pasienter som ikke samarbeidet om behandlingen, som at de ikke gjorde hjemmeoppgavene for eksempel. I slike tilfeller ble målet med innleggelsen stabilisering, hvor en fokuserte på støtte.

”De sier ofte (...), at ja dette er de motivert for (...), og du forklarer og forklarer at du på en måte må utfordre angsten (...) De sier ja og ja, så gjør de det ikke likevel. Om det er motivasjon, om det er personlighetsforstyrrelsen, det vet jeg ikke”.

”Det er liksom noen som vil gjerne at du skal fikse det, men de vil ikke gjøre noe for det selv. Da fungerer ikke kognitiv terapi”.

Andre grunner til at disse pasientene kunne være en utfordrende pasientgruppe var at modellene for akkurat den typen lidelse var lite brukt, og at personalet derfor var lite drillet i akkurat den type behandlingsmodell.

”Når du jobber med tvang, sosial fobi, depresjon, så er det akkurat så, så spesifikt(...)mens personlighetsforstyrrelse er så mange (...) ting. Jeg har ikke (...) gått inn i akkurat den (...) modellen (..) sikkert fordi vi har brukt den lite”.

Spiseforstyrrelse ble nevnt som en diagnose der kognitiv terapi kunne skape prestasjonsangst hos pasient. Det opplevdes av informant at pasienter med denne type lidelse kunne være svært perfektjonistisk, og arbeidet så hardt med hjemmeleksene at informant opplevde at pasientene gjorde leksene for personalets del og ikke for seg selv.

”Det er noen som er sånn veldig pliktoppfyllende (...) Og når de fikk hjemmelekser (..)så gjorde de det så veldig veldig grundig(...) nesten litt sånn at du tenkte at du bare egentlig la enda mer byrde på dem.”

4.3 Interesse og støtte fra kollegaer, ledelse og informantens bidrag:

Når det gjelder interesse fra kollegaer, virker det på informantene at den er noe delt. Noen er nysgjerrige, noen viser ikke særlig interesse, og andre mener det kognitive fokuset får for mye plass, og går på bekostning av noe annet.

”Lederne er positive(...) personalgruppen for øvrig er noe delt”.

I følge resultatene går det frem at ledelsen og de forskjellige avdelingene ønsker å implementere kognitiv miljøterapi. Det legges til rette for kurs, slik at de som ønsker å ta kurs, får mulighet til det. På den ene avdelingen ble det tilrettelagt undervisning på avdelingen for hjelpepleiere, da det ordinære kurset er for høyskoleutdannede. Dette ble gjort for at alle skulle ha muligheten til å utøve kognitiv terapi, og være samkjørte i behandlingen av pasientene.

”Det legges til rette for at flere personal skal få kurset seg”.

Bare en informant nevner at det blir holdt veiledning forhold om kognitiv terapi, dette var på en avdeling som var helt i startfasen til å implementere kognitiv miljøterapi. På de avdelingene der det hadde vært fokus på kognitiv terapi og miljøterapi i flere år, er det først og fremst tilrettelegging av kurs og utdanning som blir nevnt i intervjuene, og at fokuset for å holde seg oppdatert lå mer i eget engasjement.

”Det krever en stadig repetisjon for å holde seg oppdatert i metoden, og det kan være vanskelig å gjennomføre i en travel hverdag”.

Flere informanter forteller at det er søkt om penger for å kunne starte kognitive grupper med pasientene, og midler til fagdager med fokus på kognitiv terapi, samt at det er søkt om støtte for å få en sykepleier inn i en stilling som undervisningssykepleier.

”Hun (undervisningssykepleieren skal) ha hovedfokus på det (kognitiv terapi), sånn at hun kan oppdatere seg (...) og gi kunnskapen videre til oss andre. I stedet for at hun skal ha (...) hundre andre oppgaver. Fordi da faller som regel sånne ting litt vekk”.

To av informantene fortalte at de opplevde at noen kollegaer kritiserte den kognitive metoden. Informantene påpekte at kritikken kommer fra de som ikke vet så mye om metoden, og at de opplevde dette som misunnelse. Den ene informanten forteller at dette påvirket henne i begynnelsen da hun skulle dokumentere det kognitive hun hadde utøvd sammen med pasienter, da hun opplevde å få spydige kommentarer. Hun forteller at hun var ekstra sårbar fordi hun var ny på avdelingen, og ønsket å ligge lavt i terrenget, og derfor syntes dette var ubehagelig. Men hun forteller at nå bryr hun seg ikke lenger.

”Jeg dokumenterer, så får de mene hva de vil, så får jeg mene hva jeg vil”.

Det kommer også frem at selv der hvor alle får tilbud om å ta kurs, er det ikke alle som benytter seg av det. Det blir fortalt at det er noen få som har jobbet veldig lenge som reagerer på at det har blitt satset på noe nytt, og det oppleves av informanten at det blir reagert på at det som ble gjort før, ikke lenger er godt nok. Det var ofte yrkesgrupper som ikke kunne delta på det ordinære kurset (for høyskoleutdannede), og det oppleves at de ikke ønsker å ta imot andre kurs, eller hadde interesse for den nye ideologien på avdelingen som var kognitiv terapi.

Flere informanter nevner at de selv kan gi internundervisning på avdelingen der de jobber. Det blir også nevnt av flere at de kan motivere kollegaer til å melde seg opp på både kurs om kognitiv terapi og til å ta den kognitive utdannelsen. Det ble også foreslått at en kunne dele erfaringene sine, både gode og dårlige, og diskutere kognitiv terapi for å øke engasjementet rundt det. To informanter foreslo at de kunne ta med seg kollegaer som ikke har kognitiv utdanning på pasientsamtaler slik at de kunne få innblikk i hvordan metoden blir brukt i arbeid sammen med pasient. En informant så viktigheten av å holde seg selv oppdatert og lese, for så å snakke om kognitiv terapi i personalgruppen for å holde engasjementet oppe.

”Vi har jo hatt en del internundervisning, det vet jeg har fått opp interessen hos mange på avdelingen som ikke har gått de (kognitive) kursene”.

4.4 Oppsummering:

Resultatene viser at kognitiv miljøterapi blir omtalt som en målrettet og strukturert behandlingsform. Kognitiv terapi blir rapportert av informantene som et nyttig redskap i miljøterapeutisk arbeid. Metoden inneholder flere ferdige maler og strukturer for hvordan

samtalene med pasient kan foregå, dette bidrar til at samtaler blir ryddige og effektive. De sier at pasienter forstår metoden lett, og klarer å sette seg inn i de forskjellige modellene. Ved psykoedukasjon får pasientene kunnskap om sin egen situasjon, som er med på å øke motivasjon for behandling. Mange av teknikkene kan pasienten fortsette å bruke etter utskrivelse.

Om pasientene er svært dårlige, kan det være utfordrende å drive kognitiv terapi, da det kreves kognitive evner for å benytte seg av behandlingen. Svært dårlige pasienter kan også være utfordrende arbeid for miljøterapeutene, da de trenger repetisjon av øvelsene og tett oppfølging. Dette kan gi en utfordrende arbeidssituasjon, som setter personalet på prøve og krever kreativitet, struktur og deltagelse.

De aller fleste informanter mener at ledelsen er positiv til kognitiv miljøterapi, og at det er et ønske fra øverste hold at denne metoden skal implementeres i miljøterapien. Det blir tilbudt kurs, og det tilrettelegges kurs for de som ikke kan delta på Norsk Forening for Kognitiv Terapi sine kurs. Engasjementet og interessen virker å være noe delt blant kollegaer. Det kommer frem at mange av kollegaene er positive og nysgjerrige, mens andre ikke er særlig interessert, mens andre igjen oppleves som kritiske til den kognitive metoden.

Informantene meddeler at de er villige til å ha internundervisning, og noen har hatt det allerede, for å dele på sin kunnskap. Informantene ser viktigheten av å ha diskusjoner rundt kognitiv terapi, der de kan dele gode og dårlige erfaringer for å holde engasjementet oppe.

5.0 DISKUSJON:

Formålet med studien var å få kunnskap om hva miljøterapeuter som jobber med kognitiv miljøterapi erfarte var fordelene og ulempene med en slik type tilnærming, samt hvordan de opplever støtte og interesse fra deres kollegaer og ledere og hva informantene selv kan gjøre for å øke interessen for kognitiv miljøterapi. Det som kom frem av resultater vil her bli diskutert opp mot litteratur, teori og tidligere studier som er presenter i innledning og teoridel, men det er også utført nye søk etter litteratur. Diskusjonen er delt opp i forhold til forskningsspørsmålene og vil bli representert i underkapitler som er delt opp i: På hvilken måte vil miljøterapien bli påvirket ved implementering av kognitiv miljøterapi?, Fordelene erfart med kognitiv miljøterapi, Ulempene erfart med kognitiv miljøterapi og hvordan kollegaenes og ledernes støtte og interesse innvirker på kognitiv miljøterapi?

5.1 På hvilken måte vil miljøterapien bli påvirket ved implementering av kognitiv miljøterapi?

Informantene var alle enige om at bruk av kognitive teknikker var en målrettet og strukturert behandlingsform. Dette er i tråd med DPS-veilederen som sier at det skal drives målrettet og strukturert behandling, og en kan tenke at dette skulle gjelde all form for miljøterapi (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Holm et.al (2006) sier en av fordelene med kognitiv miljøterapi er klart definerte behandlingsmål og prosedyrer. Informantene meddeler at fordelen med denne type miljøterapi, er at redskapene er tydelige og lett forståelige, og at metoden bidrar til strukturerte samtaler. Utvikling av ferdigheter om kognitiv terapi har sine største fordeler i områdene: strukturerte samtaler, kognitive og atferds terapeutiske teknikker og til å forebygge tilbakefall (Forsyth et.al, 2008). I følge Hallberg og Ørbeck (2006) har det kommet tilbakemeldinger fra de som jobbet med miljøterapi, om at den konkrete "her og nå"-tilnærmingen faller seg naturlig å bruke. Mange uttrykker at de ofte har benyttet slike teknikker i sitt arbeid uten å kjenne til teorien som ligger bak. Metoden er funksjonell både i forhold til kommunikasjon, og til å gi orden og struktur i en kaotisk tilværelse for pasienten.

Ikke alle informantene sa at avdelingen benyttet kognitiv miljøterapi, men at de selv benyttet kognitive teknikker i sitt miljøterapeutiske arbeid. Informantene var noe delt i hva de kalte kognitiv miljøterapi. Det som kom frem fra intervjuene var at informantene virket å ha forskjellig oppfatning av begrepet miljøterapi. Noen uttalte at de benyttet kognitiv terapi i samtaler, både som strukturerte samtaler i kognitiv regi, psykoedukasjon og

eksponeringsterapi ble også nevnt, men at de forbandt miljøterapi med aktiviteter som foregikk i selve miljøet. Det kom frem at når tilnærmingene var individuelle til pasientene, var det ikke alle som betegnet dette som miljøterapi. Ifølge Simonsen (2009) er målet med kognitiv miljøterapi å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet. I miljøterapien blir pasient hjulpet til å se "årsaken" bak plagene, og ved hjelp av reflekterende observasjon for eksempel ved å benytte ABC-skjema, lære pasient å reflektere over tanker, følelser og atferd som oppstår i en problemsituasjon. Miljøterapien har endret seg gjennom de siste tiårene fra en kollektivt fundert miljøterapi til en mer individorientert miljøterapi, der behandlingen tilrettelegges individuelt til hver enkelt pasient, som kan tenkes skyldes avinstitusjonalisering og nedlegging av de terapeutiske samfunnene (Øye og Skorpen, 2009; Øye og Skorpen, 2010; Andersen, 1997; Hummevoll, 2006; Abrahamsen et.al, 1988). Rollen til miljøterapeuter har også endret seg over de siste tiårene fra "omsorgsgiver" til lærer, ressursperson og terapeut (Bowler, Moonis og Thase, 1993). Ifølge Thomas et.al (2002) kommer det frem at innlagte pasienter ofte har et savn etter å få samtale en til en, og et ønske om innsikts-orientert terapi, der de kan få hjelp til å få en bedre forståelse av sine dysfunksjonelle mønster og atferd. Dette for å oppnå ferdigheter som de kan bruke senere, da mange pasienter opplevde at de fikk hjelp til å holde ut, men ikke hjelp til hvordan de skulle klare å leve. Ifølge informantene virker det å være nettopp dette de utøver i deres miljøterapeutiske arbeid, der fokuset ligger på en til en samtaler, og ved bruk av kognitiv terapi fokuseres det på dysfunksjonelle følelser, tanker og handlinger hos pasienten her og nå, og pasientene er aktivt med og lærer seg disse teknikkene, slik at de kan bruke dem selvstendig også etter utskrivelse.

Noen nevnte Gunderson (1978) som ideologi for miljøterapien. Gunderson (1978) gir retningslinjer for hvilken grad og type av miljøterapi som skal igangsettes ved de forskjellige fasene. Som for eksempel at det i en akutt fase med psykose ikke igangsettes psykoedukasjon, men at en starter med beskyttelse og danner grunnlag for relasjonen for videre progresjon. I følge Henriksen et.al (2011) kan en bruke prinsippene til Gunderson (1978) som grunnlagstenkning uansett behandlingsfilosofi. Men i følge Simonsen (2007) er det flere utfordringer med en slik miljøterapeutisk tilnærming. Det krever en del av den enkeltes relasjonskompetanse å ta en slik avgjørelse, og det kan resultere at miljøterapeutiske oppgaver i praksis blir den enkeltes fortolkning. Da korrigerende kan strekke

seg fra skjerming til refleksjon (Simonsen, 2007). Det blir poengtert at ved eklektisk tilnærming mangler det ofte en underliggende teori, og dette kan resultere i at det er et språk i forklaringsperspektivene i miljøterapien, som igjen kan i verste fall kan ende med at de forskjellige behandlingene står i motsetning til hverandre (Wright et.al, 1993; Holm et.al., 2006). Ut i fra de opplysninger en har tilgang til, kan en ikke kalle miljøterapien en helhetlig kognitiv miljøterapi, da dette kjennetegnes ved at alle intervensjoner er preget av kognitiv terapi. Det kan tenkes at det som informantene nevner om bruk av kognitiv terapi i miljøet, og om at behandler er en aktiv del av opprettholdelse av det kognitive fokuset, tyder på at det drives miljøterapi midt mellom *primary therapist model* og *add-on-model*. Det vil si at behandler bruker kognitive teknikker, og miljøterapeutene følger opp behandlerens tiltak, at miljøterapeutene bruker kognitive teknikker, men utelukker ikke andre tilnærminger. Utsagn om at de ikke er kjent med alle modeller, og at noen pasientgrupper er vanskelig å jobbe kognitivt med, og at det da heller fokuseres på stabilisering og støtte kan også tyde på dette. Det er heller ikke krav om å ha kognitiv utdannelse for å jobbe på avdelingene, men det blir tilbudt kurs (Wright et.al., 1993).

Pasienters engasjement og involvering, som at de er aktive, åpent diskuterer tanker og følelser, er avgjørende for å få positive resultater i behandlingen (Berge et.al., 2009). Mange av atferdseksperimentene som gjennomføres med pasienter ved kognitiv terapi er krevende, og eksperimentene lar seg ikke gjennomføre om tillit til terapeut ikke er tilstede (Arne, 2009). Ved bruk av kognitive modeller møtes pasientene med respekt for hvordan de selv beskriver hva som er problematikken. Fokuset er på tilstanden, ikke på sykdom. Når en fokuserer på symptomene i stedet for tolkningen av symptomene, bidrar dette til avmystifisering av psykiatriske sykdommer. En kan si at kognitive modeller bidrar til at det skapes en naturlig forbindelse mellom diagnose, kliniske observasjoner og intervensjoner (Holm et.al., 2006). Og ved og ikke bare å fokusere på diagnosen, som er mer mot biomedisinsk tenkning, men at en tar med den subjektive betydning symptomet har for pasienten, kan en si at en har det som Vatne (2006) kaller en subjekt - subjekt - relasjon. Der personal møter et subjekt, en person, ikke et objekt, og at en ikke ser på pasienten som en "diagnose". Dette samsvarer med informantenes erfaring om at tillitt, respekt og delaktighet er viktig for å oppnå optimal behandling.

5.2 Fordelene erfart med kognitiv miljøterapi

Informantene opplevde at pasientene var svært delaktige i behandlingen, dette var i følge informantene et krav i kognitiv terapi. Delaktigheten kommer frem gjennom blant annet strukturerte samtaler, hjemmeoppgaver og psykoedukasjon. Informantene fortalte at de ikke skal gi svaret til pasienten, men heller hjelpe pasient til å reflektere og finne andre alternativer. Fredheim (2009) poengterer at ved bruk av kognitiv terapi er ikke miljøterapeuten ekspert, men pasient skal ved hjelp av veiledning og støtte fra miljøterapeut komme frem til svar og løsninger. Ved å bruke for eksempel sokrates utspørring tar man på seg en "naiv hatt" der terapeuten legger bort hva en tror pasient tenker, og søker etter hva pasienten faktisk tenker med genuin nysgjerrighet. Dette kan danne grunnlaget for at pasient kommer frem til løsninger selv, ved at terapeut ikke argumenterer i mot utsagnene, men stiller spørsmål ved dem, slik at pasient må ta stilling til hvor mye hold det er i dem. Om en påpeker hva som er feil, fører dette ofte ikke til endring, det kan heller oppleves som kritikk (Berge og Repål, 2010; Beck, 1997). Hjemmeoppgavene var også noe som bidro til at pasientene ble delaktig i egen behandling, da dette var noe som var forventet at ble gjennomført. Hjemmeoppgaver er i følge Holm et.al. (2006) en integrert del av kognitiv miljøterapi. Her kan pasienten øve på teknikker, trene på sosial ferdigheter, og registrere data om problemsituasjoner som tanker, følelser og handlinger. Undersøkelser har vist at pasienter som gjennomfører hjemmeoppgaver har større fremskritt i behandlingen enn de som ikke gjør det (Kazantzis et.al., 2000). Formålet med hjemmeoppgaver er at pasienter skal få en effektiv metode til innlæring av nye ferdigheter og på den måten bringe ferdighetene inn i hverdagslivet. Det har også vist seg at hjemmeoppgaver om problemområder fører til erfaringslæring, noe som er effektivt for å oppnå endring av emosjonelle og kognitive mønstre. Dette fordi det er de erfaringene vi forstår vi lærer av, da en må aktivt handle og samtidig reflektere over det som skjer (Holm et.al., 2006; Simonsen, 2007).

Ved psykoedukasjon opplevdes det av informantene at pasientene ble mer motivert fordi de fikk innsikt og kunnskap om sin situasjon, dette kunne føre til at pasienter fikk en innsikt de ikke hadde fra før. Holm et.al (2006) sier psykoedukasjon er et viktig element for å øke pasientenes motivasjonsgrad. Ved at pasient får øket kunnskapsnivået rundt sin egen situasjon, kan pasient forstå sine problemer mer hensiktsmessig. Ved å benytte kognitive

behandlingsprinsipper i miljøterapien, blir to faglige krav møtt. Kvalitetssikring av det psykologiske tilbudet ved å tilby pasientene en behandling som legger til rette at det undervises og at de blir invitert til og aktivt delta i egen behandling og utvikling (Holm et.al, 2006). I tillegg er pasienter fornøyd med kognitiv behandling, dette viser en undersøkelse som målte hvor fornøyde inneliggende pasienter var med den behandlingen de fikk. Pasienter som var innlagt mot sin vilje var også fornøyd med den kognitive behandlingen (Forsyth et.al, 2008).

Fordelen med at ansatte er opplært i kognitive modeller er at de intervensjonene som brukes med pasientene er bedre forstått og praktisert (Forsyth et.al., 2008). Informantenes erfaring var at modellene var lette å forstå både for personal og pasient, og pasient kunne etter hvert benytte seg av teknikkene selvstendig. Det at pasientene lærer seg å bruke teknikkene, også etter utskrivelse, er en av grunnene til at kognitiv terapi har langtidseffekt (Padesky, 1993).

En informant opplevde at hun ble tryggere som terapeut ved å bruke de kognitive teknikkene, da hun hadde noe å gå etter og det føltes lettere å utfordre pasientene når hun visste at det som ble gjort hadde effekt. Dette viser at bruk av kognitiv terapi også kan bidra til at personal føler seg tryggere i rollen, og kan øke deres empatiske forståelse. For eksempel kan bruk av kognitiv terapi brukt av personal ved hallusinasjoner føre til at den empatiske forståelsen øker hos personal, og kan oppnå økt følelse av arbeidsrelatert selvtilitt og økt tilfredsstillelse av arbeidet (Rosebert og Hall, 2009). Også det å se at noe lykkes, oppleve at en er dyktig på noe og at en oppnår gode resultater er noe som kan virke forsterkende hos fagfolk. Dette bidrar igjen til trivsel og et godt psykisk arbeidsmiljø (Holm et.al, 2006).

Kroppslige reaksjoner under panikkanfall og fysisk aktivitet kan minne om hverandre (Berge og Repål, 2009). Symptomer som kan oppleves ved begge tilstander kan være høypuls, hjertebank, svetting og følelse av åndenød. For en person med angst, kan fysisk aktivitet være noe en unngår, da det vil føre til de samme kroppslige reaksjonene som ved et panikkanfall. Fysisk aktivitet kan fungere som en form for eksponering for disse reaksjonene, der en kan finne en naturlig forklaring på de kroppslige reaksjonene som en kan akseptere (Berge og Repål, 2009). Dette samsvarer med en av informantens erfaring ved å bruke

kognitiv tilnærming ved fysisk aktivitet, da det opplevdes at angstelse for høy puls ble dempet. Mens en annen informant fortalte om veldig god erfaring med bruk av atferdsterapi ved sosial fobi. Dette støttes av Butler et.al. (2005), som viser i sin meta-analyse at atferdsterapi har god effekt på sosial fobi. Sosial fobi kjennetegnes med at en er redd for å tiltrekke seg oppmerksomhet, eller redd for at en kommer til å oppføre seg på en måte som er pinlig, som igjen kan resultere i at en unngår situasjonene (Raknes, 2009). Ved atferdsterapi overestimerer en først sjansen for at det som pasient frykter, kommer til å skje. Ofte har pasient dysfunksjonell antakelse om det en er redd for kan hende. En person kan unngå å gå i butikk av frykt for at betalingskortet ikke skal fungere, personen er redd for hva som kommer til å skje om dette inntreffer. Det kan være redsel for at en ikke vet hva en skal si, begynne å stotre, si noe feil og for eksempel at køen bak vil reagere. Ved å gjennomføre et planlagt atferdseksperiment, kan det bli testet ut om det er slik som pasienten fryktet på forhånd. En kan for eksempel planlegge å si noe feil for å teste ut hvordan dette virker, og med pasientens samtykke kan en benyttes seg av spørreskjema til de i køen for eksempel, og få svar på hvor mye de la merke til talefeilen. Dette fordi det ofte viser seg at personer med sosial fobi har et overdrevent bilde av hvor mye deres "tabber" blir lagt merke til, og som ofte resulterer i at de unngår slike situasjoner (Raknes, 2009).

Gruppeterapi hadde noen av informantene erfaring med, men det ble ikke utført gruppeterapi på daværende tidspunkt, men planen var at det skulle starte opp igjen. Dette ble rapportert som en virkningsfull erfaring. Freeman, Schrodt, Gilson og Ludgate (1993) mener gruppeterapi er en hjørnestein i behandlingen ved bruk av kognitiv miljøterapi, og gruppene skal være kognitivt orientert. Tanken bak gruppeterapi med pasienter på en psykiatrisk sengepost, er nettopp det å utnytte felleskapet, slik Maxell Jones i sin tid innførte med de terapeutiske samfunnene (Kringlen, 2005; Freeman et.al 1993; Segraeus, 2000). Sammen kan pasientene hjelpe hverandre til å korrigere vrangforestillinger og danne nye erfaringer (Fontaine, 2003; Schjødt og Heinskou, 2007; Tveit et.al., 1997). Det har vist seg empirisk at når mennesker med samme type problemer går sammen om å løse dem, får man de beste resultatene (Holm et.al, 2006). Når mennesker er sammen 24 timer i døgnet på et avgrenset område, er det vanskelig å komme bort fra at det skjer både spontane og planlagte interaksjoner. Gruppeterapi gir personal en ny arena i tillegg til individuelle samtaler, for å observere pasientens interaksjoner med andre og sosiale ferdigheter.

Gruppeterapien kan også være en mulighet for pasienter som har forventning om at de skal motta behandling og ikke tror de kan gjøre noe selv for å bli bedre. Denne tankegangen kan utfordres, ved at gruppeledere og gruppedeltagere kan støtte opp om at selvkontroll av tanker, følelser og handlinger er mulig. Dette kan også skje ved at pasienter deler sine erfaringer om hvordan de håndterte et problem, og er noe som kan virke inspirerende for andre i lignende situasjoner (Freeman et.al., 1993).

5.3 Ulempene erfart med kognitiv miljøterapi

Informantene nevner blant annet at sammensatt problematikk, som personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelse, opplevdes som utfordrende lidelser å jobbe med. En informant mente at grunnen til dette var at modellene ikke hadde vært særlig brukt, slik at personal ikke følte seg kompetente til å bruke dem. Misbruk av stoffer, bipolar, personlighetsforstyrrelser og anorexia er blant lidelser som har fått empirisk oppmerksomhet i det siste (Butler et.al., 2006). Det trengs i følge Butler et.al. (2006) mer kontrollerte studier for å undersøke effekten av kognitiv terapi på disse lidelsene, selv om de foreløpige resultatene av studier av kognitiv terapi og spiseforstyrrelser er lovende, er det for tidlig å ha meta-analyse av disse studiene (Butler et.al., 2006). Kognitiv atferdsterapi er den formen for psykoterapi som har hatt mest omfattende forskning (Butler et.al, 2006). Det har blitt utført over 120 kontrollerte kliniske studier fordelt på åtte år mellom 1986 og 1993, og det har fortsatt å øke. Grunnen til at det har fortsatt å øke, er at kognitiv terapi brukes til et stadig bredere spekter av lidelser. I kognitiv terapi er det få ekskluderingskriterier, og det er utviklet separate kognitive modeller for de fleste psykiske lidelser (Fredheim, 2009).

Noen informanter erfarte at pasienter med personlighetsforstyrrelse var en gruppe pasienter som ikke deltok aktivt i behandlingen, og at dette gjorde det vanskelig å drive denne behandlingsformen som krever stor delaktighet av pasienten selv. Det kunne oppleves at pasientene hadde et ønske om at personal skulle "fikse" problemene for dem. Denne type forventning er kanskje vanlig på somatiske avdelinger, der en kommer inn for et problem, og ofte ikke gjør noen innsats selv, for eksempel kirurgen opererer, og pasienten får beskjed om å holde seg i ro etterpå. Men denne forventningen finner man også på psykiatriske avdelinger, der pasienten kan ha en forestilling om at behandlingen er noe han

”mottar”. Pasienter som blir innlagt kan ha en opplevelse av at de er håpløse, hjelpeløse og overveldet av problemene sine, og kan utvikle en forventning om at noe må bli gjort for dem eller med dem. I slike tilfeller kan gruppeterapi være virkningsfullt ved at de kan lære via andre at det er mulig å gjøre noe selv (Freeman et.al., 1993). Pasienter med høyt funksjonsfall og akse II diagnoser (personlighetsforstyrrelser), får mindre utbytte av alle former for psykoterapi sammenlignet med pasienter uten denne karakteristikken (Dobson og Dobson, 2009). Ut ifra dette kan en anta at dette også kan gjelde intervensjoner en foretar i miljøterapien. Davidson et.al (2006) har sin studie sammenlignet behandling av borderline pasienter, der den ene gruppen fikk kognitiv terapi i tillegg til den vanlige behandlingen de allerede fikk, mens den andre gruppen bare fikk vanlig behandlingen. Studien pågikk i 2 år, og resultatene viser at gruppen som fikk kognitiv terapi i tillegg har noe bedre effekt på noen områder, slik som minsket suicidale forsøk og selvskading, dysfunksjonelle oppfattelser, angst og følelse av nød, men at forskjellen mellom gruppene ikke var så store. Pasienten som fikk kognitiv terapi i tillegg oppnådde å ha mindre dysfunksjonelle oppfattelser om seg selv, men likevel var det ingen forskjell når en målte depresjon mellom gruppene. Pasientene som fikk kognitiv terapi hadde hatt forbedring i løpet av to års perioden studien varte, men de fortsatte å erfare relativt høy dysfunksjon (Davidson et.al., 2006). Om en pasient har en kombinasjon av personlighetsforstyrrelse, panikk lidelse, angst og paranoide trekk, trenger en ikke å gi medisiner for alle disse tilstandene, men en kan gi en altomfattende terapi, som tar sikte på å behandle alle problemområdene. Og det kan hende en finner en fellesfaktor som er kjernen til alle disse tilstandene (Beck, 1997). I følge Beck (1997) kan det være at pasientens kjerneantakelse er at han føler seg hjelpsløs. Dette vil føre til at han overkompenserer med aggresjon, og oppfatter mennesker som reagerer på aggresjonen som inntrengere. Pasienten begynner å bli angstfull på grunn av dette, angsten eskalerer og vil etter hvert føre til et panikkanfall. Det er måter å møte alle disse lidelsene med terapi, forutsatt at du har den rette modellen (Beck, 1997). Noen pasienter med personlighetsforstyrrelse responderer på medisiner, men de alvorligste personlighetsforstyrrelsene trenger anstrengende og langvaring terapi (Beck, 1997; Dobson og Dobson, 2009).

En annen lidelse som ble oppfattet som sammensatt var spiseforstyrrelse. Det ble nevnt at pasienter med spiseforstyrrelse opplevdes som perfektjonistiske, og dette fikk informant til

å føle at det ble lagt en ekstra byrd på pasient om en ga hjemmeoppgaver. Det kan kanskje forklares med at flere psykopatologiske trekk er tilstede hos pasienter med spiseforstyrrelse, blant annet tvangsmessig atferd, depresjon og angst (Murphy et.al., 2010). Perfeksjonisme er med på å opprettholde spiseforstyrrelsen, pasientene kan ha en streben etter en ekstremt høy standard på de fleste områder i livet, ikke bare med tanke på kropp og vekt, og kan ha angst for å feile (Arne, 2009). Kognitiv terapi har sterke indikasjoner for bruk ved spiseforstyrrelser (Hofman et.al., 2012; Murphy et.al., 2010). Det er ofte førstevalget av metode for pasienter med bulimi, og det er målinger på at det er effektivt ved spiseforstyrrelser generelt. Grunnen for at det har vist effektivitet ved behandling med kognitiv terapi, kan forklares med at kjernen til lidelsen er kognitivt betinget, da det er overfokusering på vekt og kropp (Murphy et.al., 2010; Arne, 2009). Mange pasienter med spiseforstyrrelse er ambivalente til behandling og forandring. Å få pasienten med på laget, at de ønsker behandling er det viktigste første steget. En kan bidra til økt engasjement ved å møte spiseforstyrrelsen på en måte som gjør pasient mer involvert, gir håp og på en måte slik at pasienten ser mulighet for endring og oppnår eierskap til behandlingen (Murphy et.al., 2010).

Munro et.al (2005) er kritiske til studier som måler effektiviteten av kognitiv terapi ved akutt psykose, da de forskjellige studiene har forskjellige ekskluderingskriterier, og har brukt forskjellige metoder i behandlingen, og forskjellig framgangsmåte for å måle utfallet. Det blir videre poengtert at misbruk av stoffer er ekskludert fra samtlige studier, og at komorbiditet er noe som forekommer ofte. Lykke et.al. 2007 legger frem i sin rapport fra et psykiatriks senter i København, at kognitiv terapi har hatt effekt hos dobbeltdiagnose pasienter, der resultatet er forbedring av psykiske symptomer, funksjonsnivå og nedsatt misbruk av stoffer. Pasienter med psykose trenger individuelt tilpasset krav til oppmøte i grupper eller til struktur. Utfordringen er å tilpasse den fasen pasienten var i, og noen pasienter krever individuell oppfølging (Løvaas og Johansen, 2012a). Dette stemmer overens med hva en informant fortalte, da hun hadde opplevd at en pasient med psykotiske stemmer hadde blitt dårligere etter utført intervensjon med kognitiv terapi. Dette hadde informanten tidligere erfart som en effektiv metode, men at man i dette tilfellet hadde benyttet intervensjoner som ikke passet til der pasienten var i sykdomsforløpet.

5.4 Hvordan kollegaenes og ledernes støtte og interesse innvirker ved kognitiv miljøterapi og hva gjør informantene selv for å holde interessen oppe?

Det opplevdes motstand fra noen av kollegaene, metoden ble kritisert, noen syntes at kognitiv terapi fikk for mye fokus som gikk på bekostning av andre viktige oppgaver. Ikke alle på avdelingene hadde kognitiv utdanning, noe som førte til større arbeidsbyrde for noen av personalet, dette gjorde det vanskelig å drive helhetlig kognitiv miljøterapi. En av ulempene ved at ikke alle i miljøet er samkjørte om metode, er at mye tid og energi blir brukt til å forsvare kognitive tilnærmingen, og dermed får ikke metoden utnyttet sitt potensial. En annen ulempe ved at personalet er uenige i type tilnærming, er at pasientene kan bli forvirret med hensyn til hvilken behandling som gjelder, da de kan bli introdusert for forskjellige metoder, og at kampen mellom personal kan merkes av pasientene. Dette kan være typisk for en "add-on" modell, der en bruker kognitiv terapi i tillegg til andre metoder i miljøet. Fordelen er at det er kort oppstartstid og dermed ikke så kostbart og innføre den kognitive metoden til miljøterapien, men ulempene ved denne modellen er mange, da den er sårbar for ansatte som ikke godtar behandlingsfilosofien, og det er dårligere potensial til å bevege seg mot en fullt utviklet miljøterapi, og som nevnt tidligere at pasienten kan bli forvirret med hensyn til hvilken metode som gjelder (Wright et.al., 1993). Holm et.al (2006) sier at om en skal etablere kognitiv miljøterapi, må den kognitive behandlingsfilosofien være akseptert av hele den tverrfaglige gruppen. En av barrierene som kan hindre bruken av kognitiv terapi, kan være at det er lite tro på metoden (Taylor og Chang, 2008). I det store og det hele opplevde flere informanter at alle faggrupper arbeidet mot samme mål, og behandlingen ble samkjørt ved bruk av kognitiv terapi i miljøet. Dette kan ses i sammenheng med at ved tverrfaglig arbeid utnyttes alle ressursene, og det kan resultere i kortere innleggelse for pasientene (Holm et.al, 2006). Videre sier Holm et.al (2006) at det er viktig at de avtalte prinsippene aksepteres, at hele personalet følger opp behandlingsplanene, og at eventuelle personlige konflikter identifiseres og løses. Miljøterapeuter kan anvende kognitive intervensjoner effektivt uten betydelig administrativ støtte, men kognitiv miljøterapi krever både administrativ støtte og veiledning for å oppnå optimale resultater (Bowler et.al., 1993). En studie fra England viser at faktorene som spiller inn på implementering av kognitiv miljøterapi, er effektiv ledelse og styring, og tilstrekkelig og stabilt personal på avdelingen (McCann og Bowers, 2005). Det kommer frem av resultatene

at det er søkt om midler for å få stilling til en undervisningspsykeleier, og at denne funksjonen skal fungere slik at en får ressurser til å oppdatere seg på kunnskap om kognitiv terapi og videreformidle dette til resten av personalet. Det at det er søkt midler for å opprette denne stillingen, sier noe om at det kreves ekstra kompetanse for å drive kognitiv miljøterapi og at økonomi kan være et hinder for å gjennomføre en slik implementering. Da de aller fleste modeller for implementering av kognitiv terapi er kostbare, da det krever opplæring og veiledning for å starte implementeringen (Holm et al., 2006; Wright et.al, 1993; Løvaas og Johansen, 2012a; Løvaas og Johansen, 2012b). Grunnen for at det er behov for en slik konsulentstilling begrunnes av informantene med at det til tider er travelt og dårligere pasienter enn tidligere som er innlagt, og at tid til å oppdatere blir nedprioritert i forhold til andre oppgaver som må gjøres. Dette støttes av Kauth et.al (2010) som i sin pilotstudie har kommet frem til at noen av hindrene for å gjennomføre kognitiv terapi er manglende kontroll over tidsplan og konflikt med andre oppgaver. Rollen til en sykepleierkonsulent er i følge Forsyth et.al (2008) å modellere tilnærmingen av bruken av kognitive intervensjoner individuelt, legge frem tverrfaglige case, støtte miljøpersonal i arbeidet med å bistå pasienten med hjemmeoppgaver, samt gi støtte ved implementering av intervensjonene i en til en samtaler foretatt av miljøterapeutene. Ved ansettelse av en kognitiv konsulent vil en forsikre seg om at alle ansatte blir oppdatert, opplært og veiledet. Det har vist seg at personal ofte ender opp med ikke å bruke de kognitive teknikkene de har lært, dette kan være av personlige grunner som mangel på selvtillit til å gjennomføre det. Personal oppsøker ikke kurs eller oppdaterer seg ikke, grunnene til det kan være mange, som for eksempel stressfullt miljø eller utbrenthet. Det har vist seg at om en lærer seg nye ferdigheter og kommer tilbake til arbeidet, og de nye ferdighetene ikke blir prissatt, eller strider mot den praksisen som råder, vil det en ha lært fort falle bort (Rosebert og Hall, 2009). Studiene til Kauth et.al (2010) og Shafran et.al. (2009) viser at mange helsepersonell enten bruker deler av kognitiv terapi, eller tror de bruker hele behandlingsmodellen uten at de gjør det.

Spesifikk veiledning i forhold til kognitiv terapi kommer ikke frem av intervjuene med informantene. Veiledning er et viktig element som skal være med på å utvikle terapeutisk kompetanse og kognitiv begrepsforståelse. Veiledning kan på mange måter sammenlignes med terapi, da den kan være emosjonelt ladet. I en veiledning kan det komme motstand fra de som blir veiledet, da de kan ha høye krav og forventninger til veiledningen,

forventningene kan også være urealistiske, som om å forvente svar på alle spørsmål og at ting skal løses uten at en selv bidrar. Det kan lett oppstå forskjellige meninger om hva som er pasientens beste. Motstand for forandring kan være et hinder for en konstruktiv prosess. I veiledningen kan det brukes kognitive prinsipper som en del av prosessen, da den som blir veiledet kan ha negative automatiske tanker, og veilederen kan utfordre med spørsmål for å komme frem til en konstruktiv endring (Holm et.al, 2006). Flere av informantene sier de har hatt og er villig til å ha internundervisning for å bidra til å få økt kunnskap om kognitiv terapi på avdelingen. Fordelen med å få undervisning av noen som er ansatt ved institusjonen, er at denne personen kan sette seg inn i de prosesser som skjer på avdelingen, og at det er mulig å introdusere teknikkene hurtig (Holm et.al., 2006; Padesky, 1993).

5.5 Metodediskusjon:

På grunn av omstendigheter ble det bestemt at intervjuene skulle foregå via e-post. Det vil si at informantene mottok intervjuguide på e-post, og fikk beskjed om å svare utfyllende på hvert spørsmål, og sende sine svar per e-post. Dette var en tidssparende fremgangsmåte, men det ga ingen anledning til å gå dypere i temaer underveis som kunne hatt interesse for studien. Det øket også sjansen for at spørsmål ble misforstått, eller ikke ble tilstrekkelig utfyllende besvart, og en hadde ikke mulighet til å få bekreftelse på om en har oppfattet informanten korrekt. Riktignok var det mulighet for å skrive e-post tilbake for å få avklart utsagn, men spontaniteten i intervjuet var ikke det samme når en ikke er til stede i samme rom. Svarene fra e-post intervjuene var i korteste laget, og påstandene var lite forklart, og ga ikke et fullstendig grunnlag for analysen. Det ble bestemt etter at en mottok svarene fra de strukturerte e-post intervjuene, at det skulle bli gjennomført delvis strukturerte intervjuer i tillegg, da det ikke var tilstrekkelig datametning i materialet. (Thagaard, 2009; Polit og Beck, 2006).

5.6 Refleksjon over egen læring:

Først og fremst vil jeg si at det har vært utrolig lærerikt å kunne fordype seg i litteraturen og teorien om kognitiv terapi og kognitiv miljøterapi. Jeg har alltid hatt interesse for temaet, men etter å ha lest mange artikler og bøker om temaet, har jeg fått et større innblikk i hva det handler om. Å skrive en masteroppgave for meg, innebar å være disiplinert, å følge en metode. Dette har også vært veldig lærerikt. Jeg har også lært at veien blir til mens man går,

da jeg har valgt to framgangsmåter å ha intervjuene på. Dette ble en utfordring da det viste seg at datamaterialet fra e-post intervjuene ikke var stort nok, og det måtte tenkes løsninger. Det ble foretatt en ny runde med intervjuer, dette innebar at jeg fikk erfare og ha dybdeintervju. Dette var utfordrende, da det oppleves som at man sette munnkurv på seg selv av redsel av å forsnakke seg og lede den som blir intervjuet. Alt i alt vil jeg si at jeg har vokst på å ha skrevet denne oppgaven, og horisonten har blitt utvidet når det gjelder å forstå og å være kritisk til tidligere vitenskapelig forskning.

6.0 KONKLUSJON

Resultatene fra studien kan ikke generaliseres, men kan gi et innblikk i noen miljøterapeuters erfaring med kognitiv miljøterapi (Kvale og Brinkmann, 2006).

Informantene ser ut til å ha stor nytte av de modellene de er kjent med, og det kommer frem at det oppleves som en målrettet og strukturert behandlingsform, da det er klare målsetninger og prosedyrer. Miljøterapien blir påvirket ved at kognitiv terapi er et strukturert verktøy, som blir opplevd som et effektivt redskap. Strukturen i kognitiv miljøterapi legger til rette for delaktighet for pasientene, og personal gir uttrykk for at de blir tryggere som terapeuter når de har redskaper som er tydelige og forståelige. Noen av de kognitive modellene blir lite brukt, som skyldes lite kjennskap til dem og dermed brukes ikke kognitiv terapi til alle pasientgrupper. Og i tillegg oppleves noen pasientgrupper å være vanskelig å jobbe kognitivt med. Ut ifra dette kan en si at selv om det blir rapportert om kognitivt fokus, vil det være innslag av andre behandlingsmetoder, slik at det er en eklektisk tilnærming i miljøterapien. Det er noe uklart hva informantene definerer som miljøterapi, da de fleste ikke benevner individuelle intervensjoner som miljøterapi, som for eksempel samtaler og angsttrening. Økonomi virker å være en faktor som avgjør om det er mulig eller ikke å opprettholde et kognitivt fokus, da det kreves oppdatering. En annen faktor som påvirker den kognitive miljøterapien, er at ikke alle ansatte er orientert om metoden. Dette fører til merarbeid på noe personal, eller at kognitiv fokus faller bort i en travel hverdag. For pasientenes del kan dette i verste fall virke forvirrende, at det blir presentert flere metoder.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Det er mulig det er behov for en bevisstgjøring av begrepet miljøterapi, slik at det som miljøterapeutene foretar seg ikke oppleves at er todelt arbeid, miljøterapi og individuelle intervensjoner.

Videre forskning kunne undersøkt om det er mulig å drive helhetlig kognitiv miljøterapi uten ekskluderingskriterier.

7.0 LITTERATURLISTE:

- Abrahamsen, P., Isdahl, P.J., Myhre, J.E. og Østberg, J.S.(1988). *450 års jubileum: Fra Dollhus til moderne psykiatri,Oslo hospital 1538-1988*. Oslo: Selskabet for Oslo Byes vel.
- Andersen, A.J.W. (1997). *Uten fasit: perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Arne, S.(2009). Spiseforstyrrelser. I Berge, T. og Repål, A.(red.)(2009). *Håndbok i kognitiv terapi*. (s.532-556).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Beck, A.T.(1997).The Past and Future of Cognitive Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*.6(4):276-284.
- Beck, A.T.(2006).Forord. I Holm, L. og Oestrich, I. (red.),Austin, S.,Beck, S.,La Cour, L.L og Lykke, J. *Kognitiv miljøterapi. At skape et likeverdigt samarbejde*. (s.11-12). København: Psykologisk Forlag.
- Berge, T. og Repål, A.(2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*.(3.utgave).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge,T. og Repål, A.(red.)(2009).*Håndbok i kognitiv terapi*.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. og Samoilow, D.K.(2009). I Berge, T. og Repål,A.(red.)(2009).*Håndbok i kognitiv terapi*. (s.24-60). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bowler, K.A., Moonis, L.J. og Thase, M.E. The Role of the Nurse in the Cognitive Milieu. I Wright, J.H., Thase, M.E.,Beck, A.T. og Ludgate, J.W.(red.).*Cognitive Therapy With Inpatients:Developing a cognitive Milieu*(1993).(s.247-270).New York: The Guilford Press.
- Butler, A. C., Chapman, J.E., Forman, E.M og Beck, A.T.(2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26(1):17-31.

- Bøe, T.D., og Thomassen, D.(2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri: Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*.Otta:Universitetsforlaget
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H. og Palmer, S.(2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*. 20(5):450-465.
- Dobson, D. og Dobson, K.S.(2009). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy* .New York: The Guildford Press.
- Fontaine, K.L.(2003). *Mental Health Nursing*.(5.utgave). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Forsyth, A., Weddle, R., Drummond, A., Mann, S.(2008). Implementing cognitive behavior therapy skills in adult acute inpatient settings. *Mental Health Practice*. 11(5):24-27.
- Fredheim, K.N.(2009).Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.46(2):161-167.
- Freeman, A., Schrodt, G.R.,Gilson, M. og Ludgate, J.W.(1993). *Group Cognitive Therapy with Inpatients*. I Wright, J,H.,Thase, M.E.,Beck, A.T. og Ludgate, J.W.(red.)*Cognitive Therapy With Inpatients:Developing a Cognitive Milieu*.(s.121-153). New York: The Guilford Press.
- Graneheim, U.H., og Lundman, B.(2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*.24,105-112.
- Gunderson, J.G.(1978). Defining the therapeutic process in psychiatric milieus. *Psychiatry* 4,327-335.
- Hallberg, M. og Ørbeck, A.L.(2006). Kognitiv terapi gir gode resultater.*Sykepleien*.94(11):46-49.
- Henriksen, A.T., Smedvig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A.S., Hammervold, U., Stokka, M., Haaland, T. og Block Thorsen, G., R. (2011). *Miljøterapi-*

En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Hofman, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T. og Fang, A.(2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*.36:427-440.

Holm, L., Oestrich, I.(red.),Austin, S., Beck, S., La Cour, L.L. og Lykke, J.(2006). *Kognitiv miljøterapi:At skabe et behandlingsmiljø I ligeværdigt samarbejde*.(2.utgave).København: Dansk Psykologisk Forlag AS.

Hummelvoll, K.(2006).*Helt –ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*.(6.utgave)Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannessen, A.,Tufte, P.A. og Kristoffersen, L.(2010).*Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*.(4.utgave). Oslo: Abstrakt Forlag.

Kauth, M.R., Sullivan, G., Blevins, D., Cully, J.A., Landes, R.D., Said, Q., Teasdale,T.A.,(2010). Employing external facilitation to implement cognitive behavioral therapy in VA clinics: a pilot study. *Implementation Science*: 5:75-75.

Kazantzis, N., Deane, F.P. og Ronan, K.R.(2000). Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis.*Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(2):189-202.

Kringlen, E.(2005)*Psykiatri*.(8.utgave).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale,S. og Brinkmann,S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*.(2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lykke, J., Austin, S. og Oestrich, I. (2007).*Evaluering af kognitiv miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter*. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk center Sct. Hans Afdelig M, Roskilde. Hentet fra http://www.bedrepsykiatri.dk/media/418320/evaluering_af_kognitiv_miljoeterapi_a_fd_m.pdf

- Løvaas, E.,Ø. og Johansen, A. (2012a).Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Sykepleien*.2:52-55.
- Løvaas, E.,Ø. Og Johansen, A. (2012b). Kognitiv miljøterapi. *Psykisk helse og rus*.1:16-21.
- McCann, E. og Bowers, L. (2005). Training in cognitive behavioral interventions on acute psychiatric inpatient wards. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*.12:213-222.
- Munro, S.L., Baker, J.A og Playle, J.(2005) Cognitive Behaviour Therapy within acute mental health care: A critical appraisal.*International Journal of Mental Health Nursing*.14,96-102.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z. og Fairburd, C.G.(2010).Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 33(3): 611–627.
- Padesky, C.A.(1993). Staff and Patient Education. I Wright, J.H., Thase, M.E., Beck,A.T. og Ludgate, J.W.(red.)*Cognitive Therapy With Inpatients:Developing a cognitive Milieu*. (s.393-413). New York: The Guilford Press.
- Polit, D.F, og Beck, C.T.(2006).*Essentials of Nursing Research:Methods,Appraisal,and Utilization*.(6.utgave).Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raknes, S.(2009).Åtferdsekpeiment som metode I kognitiv terapi. I Berge, T. og Repål, A.(red.).(2009).*Håndbok i kognitiv terapi*. (s.111-131). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rosebert, C. og Hall, C.(2009). Training acute inpatient ward staff to use CBT techniques. I Clarke, I. og Wilson, H.(red.).*Cognitive Behavior Therapy for Acute Inpatient Mental Health Units:Working with Clients,Staff and Milieu*. (s.143-158). East Sussex: Routledge.
- Segraeus, V.(2000). Terapeutisk samhälle i förändring. I Hagqvist, A. og Widinghoff, B.(red.). *Miljøterapi: I går, i dag och imorgon*. (s.123-147). Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Schjødt, T. og Heinskou, T.(red.),(2007).*Miljøterapi på dynamisk grunnlag*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Sosial- og helsedirektoratet(2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo:IS-1388.
- Sosial- og helsedirektoratet(2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo:IS-1561.
- Shafran, R., D.Clark, M., Fairburn, C. G., Arntz, A, Barlow,D. H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P.A.,Hollon, S.D.,Ost,L.G.,Salkovskis,P. M., Williams, J.M.G. og Wilson, T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research & Therapy*. 47(11),902-909.
- Simonsen, I.E.(2007). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 44(11):1340-134
- Simonsen, I.E.(2009). Kognitiv miljøterapi. I Berge, A. og Repål ,T.(red.). *Håndbok i kognitiv terapi*.(s.693-711). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Strand, T.(2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Taylor, C.B. og Chang, V.Y.(2008). Issues in the dissemination of cognitive behavior therapy. *Nordic journal of psychiatry*.62(47):37-44.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*.(3.utgave).Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS..
- Thomas, S.P., Shatell, M., Martin, T.(2002).What`s Therapeutic About the Therapeutic Milieu?*Archives of Psychiatric Nursing*. 16(3):99-107.
- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H. og Bøe, T.(1997). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling: Forståelse, forankring og forandring*. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning I miljøterapi*. Oslo :Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wright, J,H., Thase, M.E., Beck, A.T. og Ludgate, J., W.(red.)(1993).*Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu*. New York: The Guilford Press.
- Øye, C. og Skorpen, A.(2009). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av*

Miljøterapeutiske praksiser. Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.

Øye, C. og Skorpen, A. (2010). Miljøterapi som kollektivt eller individrettet fenomen? En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatrisk sykehus i individualismens tidsalder. *Vård i Norden*.30(3):25-29.

Vedlegg 1: Godkjennelse fra NSD, intervju

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kristine Rørtveit
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 20.11.2012

Vår ref:32159 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32159	<i>Kognitiv miljøterapi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kristine Rørtveit</i>
<i>Student</i>	<i>Maria K. Budal</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Venlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Maria K. Budal, Joans Lies gt, 4021 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrsvarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 32159

Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet forutsatt følgende presiseringer:

- at datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes innen 30.06.2013
- at skrevet innledes med en forespørsel om å delta i en studie

Vi ber om å få tilsendt et revidert skriv.

Det legges til grunn at det ikke innhentes opplysninger om enkeltpasienter og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Prosjektet skal avsluttes 30.06.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2: Godkjennelse fra NSD, e-post intervju

Juni Skjold Lexau (juni.lexau@nsd.uib.no) 12.04.2013

Hei,

Vi viser til endringsmelding for prosjekt 32159, mottatt 31.03.2013.

Vi har registrert at intervjuene med deltakerne skal sendes og besvares på e-post. Vi har ingen merknader til denne endringen.

Nytt informasjonsskriv, sendt til student per e-post 12.04.2013, og bekreftelse mottatt fra student samme dag, finnes tilfredsstillende.

Denne e-posten er bekreftelse på at endringen er registrert. Det sendes ikke brev på mindre endringer.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

--

Vennlig hilsen

Juni Skjold Lexau
Rådgiver ved Personvernombudet for forskning
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Tlf. direkte: (+47) 55 58 36 01 - Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

E-post: Juni.Lexau@nsd.uib.no - www.nsd.uib.no/personvern

Adresse: Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Vedlegg 3: Godkjennelse fra forskningsavdelingen, intervju

**Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Forskningsavdelingen**

Maria Budal

Vår ref:
2011/4660 - 1154/2013

Deres ref:

Saksbehandler:
Kirsten Lode

Dato:
09.01.2013

Godkjennelse masterprosjekt - MA7

Mastergradsprosjektet: «Kognitiv miljøterapi»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA7

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres avidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Med vennlig hilsen

Kirsten Lode
fagsjef

Kopi til:
veileder Kristine Rørtveit
fagsjef Sølve Braut
divisjonsdirektør

Vedlegg 4: Godkjenning forskningsavdelingen, e-post intervju

Lode, Kirsten 10.01.2013

Hei,

Takk for informasjon om endring. Dette har ikke noen betydning for vår godkjenning av prosjektet.

Jeg har sjekket ang lagring, og data skal behandles anonymt og nedlåst (kodetilgang) og skal lagres på SUS sin forskningsserver snarest og helst i løpet av en uke.

Vennlig hilsen

Kirsten Lode, sykepleier, Ph.d.
Fagsjef Helsefaglig forskning
51513778 kortnr 61612 mobil 47866779

Fra: Maria Budal [mailto:maria_budal@hotmail.com]
Sendt: 10. januar 2013 15:08
Til: Lode, Kirsten; Rørtveit, Kristine
Emne: RE: Masterprosjekt

Hei, det har blitt forandring i planene. Jeg har dårligere tid enn antatt. Jeg kommer til å befinne meg utenlands en stund og har derfor mindre tid til å gjennomføre intervjuene personlig. Derfor har jeg bestemt meg for å gjøre intervjuene med spørreskjema med utfyllende svar som blir sendt til meg på mail. Denne mailen har selvfølgelig tilgangskode. Håper ikke det gjør noen forskjell forhold til godkjenningen.

Legger på nytt med prosjektplan, intervjuguide og informasjonsskriv som er endret i tråd med skriftlig intervju.
MvH Maria K. Budal

Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i intervju

Forespørsel om deltakelse i kvalitativ studie:

Tema: Kognitiv miljøterapi

Dette er en forespørsel om du ønsker å delta i et intervju i forbindelse med min masteroppgave i Helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger.

Jeg ønsker å intervju 2-3 miljøterapeuter med kognitiv terapiutdannelse, som jobber på psykiatrisk sengepost. Studien går ut på å belyse ulemper og fordeler med bruk av kognitive teknikker i miljøterapien. Intervjuene vil foregå med student og informant til stede, og intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Du må sette av ca. 1 time, enten av arbeidstid eller fritid.

Vi minner om at du som deltaker ikke må avgi informasjon vedrørende enkeltpasienter. I den grad du kommer inn på enkeltpersoner, må dette grunnet taushetsplikt presenteres uten identifiserende kjennetegn.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, og deretter transkribert. All materiale vil bli slettet etter at oppgaven er skrevet ferdig, senest 30.06.2013.. Det er kun intervjuer og veileder som har tilgang til datamaterialet, og alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og eller andre muligheter for gjenkjennelse. Intervjuer har taushetsplikt.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, NSD

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du kan uten grunn trekke deg når som helst. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Dersom du har spørsmål forhold til studien, kan du kontakte Maria K. Budal. Kontaktinformasjon står nedenfor. Mail foretrekkes.

Intervjuene vil bli foretatt av

Student: Maria K. Budal, (Mobiltelefon: 97769323.) Epost: maria_budal(alfakrøll)hotmail.com

Veileder: Krisitne Rørtveit, Mobiltelefon: 90521114. Epost: kristine.rortveit(alfakrøll)sus.no

Vedlegg 6:Forespørsel om deltakelse i e-post intervju

Forespørsel om deltakelse i kvalitativ studie:

Tema: Kognitiv miljøterapi

Dette er en forespørsel om du ønsker å delta i e-post-intervju i forbindelse med min masteroppgave i Helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger.

Jeg ønsker å intervju 6-8 miljøterapeuter med kognitiv terapiutdannelse, som jobber på psykiatrisk sengepost. Studien går ut på å belyse ulemper og fordeler med bruk av kognitive teknikker i miljøterapien. Intervjuene vil foregå per e-post, slik at det vil bli utlevert et oppsett med spørsmål, og det er ønskelig at det blir svart utdypende på disse. Du må sette av ca. 1 time, enten av arbeidstid eller fritid.

Vi minner om at du som deltaker ikke må avgi informasjon vedrørende enkeltpasienter. I den grad du kommer inn på enkeltpersoner, må dette grunnet taushetsplikt presenteres uten identifiserende kjennetegn.

Intervjuene blir sendt til studentens mail, og ingen andre har tilgang til denne. Teksten behandles og lagres som studiens datamateriale. Mailene blir slettet umiddelbart etter at de er utskrevet og alle identifiserbare data blir makulert etter at oppgaven er skrevet ferdig, senest 30.06.2013. Det er kun intervjuer og veileder som har tilgang til datamaterialet.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, NSD.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du kan uten grunn trekke deg når som helst. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Dersom du har spørsmål forhold til studien, kan du kontakte Maria K. Budal. Kontaktinformasjon står nedenfor. Mail foretrekkes.

Intervjuene vil bli foretatt av:

Student: Maria K. Budal, (Mobiltelefon: 97769323.) Epost:
maria_budal(alfakrøll)hotmail.com

Veileder: Krisitne Rørtveit, Mobiltelefon: 90521114. Epost: kristine.rortveit(alfakrøll)sus.no

Vedlegg 7: Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 8: Intervjuguide

Intervjuguide:

Tema: Kognitiv miljøterapi

Svar på alle spørsmålene utfyllende, husk at det kan være lurt å forklare litt for mye enn litt for lite, slik at det blir helt klart hva du beskriver.

- Alder, kjønn, utdanning, arbeidserfaring på psykiatrisk sengepost, erfaring med kognitiv terapi.
- Hvilke behandlings metode/tilnærming blir brukt på den avdelingen du jobber og hvordan påvirker den miljøterapien?
- Anvendes kognitiv miljøterapi i din avdeling? På hvilken måte?
- På hvilken måte får du anvendt din kognitive terapiutdanning i arbeidet ditt?
- Hva er din erfaring med å bruke kognitive teknikker i miljøterapien?
- Kan du nevne fordeler og ulemper med bruk av kognitiv miljøterapi?
- Hvilken betydning har relasjonen i kognitiv miljøterapi?
- Hvordan opplever du interesse for din utdanning fra kollegaer og ledere?
- Hvordan kan du bidra til å øke interessen for kognitiv terapi?