

NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID



Kognitiv miljøterapi

– forskningsbasert
kunnskapssammenstilling



FORFATTERE: Marit Solbjør og Hanne Hestvik Kleiven
Trøndelag forskning og utvikling AS

Rapport nr 3/2013

Utgitt: 2013

Utgiver: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Forfattere: Marit Solbjør og Hanne Hestvik Kleiven

Bidragstere: Gretha Evensen, Turid Møller Olsø, Trond Hatling, Roald Lund Fleiner,
Birgitte Ljunggren og Arve Almvik

Forside illustrasjonsfoto: Colourbox

Foto: Colourbox

ISBN 978-82-7570-334-5 (trykk)

ISBN 978-82-7570-335-2 (pdf)

Design: Melkeveien Designkontor **Trykk:** Rolf Ottesen Grafisk AS

FORORD

Kognitiv miljøterapi er valgt i mange enheter i spesialisthelsetjenesten, og NAPHA ønsket å få mer kunnskap for å vurdere dens relevans som tilnærming også i kommunale enheter.

Trøndelag Forskning og Utvikling (TFoU) fikk i desember 2012 en forespørsel fra NAPHA om å gjøre en kunnskapssammenstilling rundt feltet «kognitiv miljøterapi». NAPHA ønsket denne kunnskapsopsummeringen av flere grunner: Som følge av samhandlingsreformen vil psykisk helsetjeneste i kommunene ta en større del av ansvaret for behandling og oppfølging av personer som har psykiske helsesvikt. Økt kompetanse, blant annet i ulike samtaleteknikker og miljøterapi, vil være nødvendig. Kognitiv terapi er anbefalt i flere av de nasjonale retningslinjene som gir retning for behandling og oppfølging av brukergruppene som får tilbud i kommunale enheter. Kognitiv miljøterapi er valgt i mange enheter i spesialisthelsetjenesten, og NAPHA ønsket å få mer kunnskap for å vurdere dens relevans som tilnærming også i kommunale enheter. Behovet for en kunnskapsstatus ble da tydelig. Resultatene fra kunnskapssammenstillingen vil framover bli omsatt til en kommunal kontekst.

Til tross for etterspørsel etter evidensbasert kunnskap i psykisk helsearbeid, er det lite kunnskap om hvorvidt tiltak med kognitiv miljøterapi er forskningsbaserte. Det ble derfor igangsatt litteratursøk i forskningsdatabaser på temaet kognitiv miljøterapi. Denne rapporten er resultatet av en rekke slike litteratursøk, og besvarer spørsmål om hva kognitiv miljøterapi er, hvordan det kan implementeres i

sykehusavdelinger, hvilke erfaringer brukere og tjenesteytere har med kognitiv miljøterapi, samt hvilke effekter som oppnås ved bruk av tilnærmingen i behandling. Disse resultatene er presentert i kapittel 3 i rapporten.

Prosessen med kunnskapsstatusen har vært lærerik og spennende. Det har vært en utfordring å avgrense temaet til kun å omfatte kognitiv miljøterapi siden mange av artiklene er utydelige i hvorvidt de benytter kognitiv miljøterapi eller elementer av kognitiv terapi inn i miljøterapeutisk praksis. Debatten rundt hvordan kognitiv miljøterapi skal defineres vil fortsette, og vi håper at denne kunnskapssammenstillingen kan være et bidrag til en konstruktiv diskusjon i fagfeltet.

Medarbeidere på prosjektet har vært Marit Solbjør og Hanne Hestvik Kleiven. Birgitte Ljunggren har bidratt til kvalitetssikring av prosjektet.

Trøndelag Forskning og Utvikling takker for det gode samarbeidet med NAPHA i arbeidet med kunnskapsstatusen.

Trondheim 12.05.13

*Marit Solbjør
Hanne Hestvik Kleiven*



STORT SPENN: Miljøterapi omfatter både terapeutisk samtale og terapeutisk samvær. Samtalene kan handle om alt fra hverdagslige emner til betroelser og vanskelige følelser som pasientene sliter med.

1 Innledning

Denne rapporten er en kunnskapssammenstilling om kognitiv miljøterapi. Kognitiv miljøterapi kan forstås som et møtepunkt mellom to trender innenfor psykisk helsevern og behandling av personer med psykiske lidelser som begge har vokst fram gjennom de siste tiår. Disse trendene er kognitiv terapi og miljøterapi. Som en bakgrunn for å forstå hva kognitiv miljøterapi er, vil vi her kort presentere begrepene miljøterapi og kognitiv terapi.

1.1 Miljøterapi

Ordet miljøterapi er ca. 50 år gammelt (Simonsen 2007), men miljøterapien springer ut av en humanistisk tradisjon fra tiden da de første asylene ble etablert. Denne humanismen innebar en tro på at psykisk sykdom kunne kureres (Foucault, 1961). Troen på at psykisk sykdom kan kureres ble koblet til hvordan det sosiale miljøet i en psykiatrisk sykehusavdeling kunne være et terapeutisk virkemiddel (Skorpen & Øye, 2010). I 1950- og 60-årene ble avdelingens fellesskap og sosiale miljø vektlagt som en sentral del av en avdelings behandlingsvirksomhet, og «det terapeutiske samfunn» ble utforsket og innført i psykiatriske sykehus i mange land, men denne miljøterapien fikk en kort levetid i norske sykehus (Skorpen og Øye, 2010:19). Likevel kan ideen om det terapeutiske samfunn sees som bakgrunn for innføringen av miljøterapi i psykisk helsevern i Norge. Det terapeutiske samfunnet representerte noe som stod i motsetning til den dominerende biomedisinske behandlingen. Det sosiale miljøet skulle bidra til læring, vekst, selvforståelse og utvikling. Miljøterapi kan forstås som et spesialisert miljø som er designet for å hindre «dårlige» ting fra å hende, og for å få «gode» ting til å skje (Gunderson, 1978 i Skorpen & Øye, 2010:19). Miljøterapiens arbeidsfelt er mellommenneskelige samspill av betydning for pasienten (Simonsen, 2007).

Miljøterapi slik vi kjenner den i dag kan defineres som en realitets- og aktivitetsbetont behandling som er psykologisk, pedagogisk og sosialt begrunnet, og hvor kommunikasjon og samhandling danner basis (Fredheim 2009:161). Miljøterapi er en behandlingsform som tar utgangspunkt i klientens ståsted og dennes ressurser der miljøterapeuten benytter spillet mellom klient, seg selv og de til en hver tid omkringliggende omgivelser i sin utøvende praksis slik at de benytter utallige arenaer i og utenfor institusjon (Utne, 2005). Miljøterapi handler om å bruke muligheter som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter for å oppnå at sosial støtte, og at det å ta del i et fellesskap skal ha en terapeutisk effekt på pasientene og deres problemer (Fredheim, 2009). Miljøterapeuter har en unik mulighet til å benytte både samtale og samvær, og noe av det unike ved miljøterapi er fleksibiliteten mellom den terapeutiske samtale og det terapeutiske samvær (Utne, 2005). Innholdet bestemmer om det er terapeutisk eller ikke. Miljøterapi skjer på flere nivå. Det første er overflatenivået hvor man snakker om hverdagslige emner. Nivå to er å adressere alminnelige problemstillinger, og tredje nivå omhandler betroelser og vanskelige følelser som pasientene sliter med (Fredheim, 2009).

Mulighetene for tilnæringsmetoder er mange.

Som miljøterapeut har man anledning til å møte

klientene ut fra ulike perspektiver som kan være individual-, gruppe-, familie-, eller nettverksterapi (Utne, 2005). Skorpen og Øye (2010) fant fire miljøterapeutiske retninger i litteraturen. Disse var humanistisk og demokratisk orientert miljøterapi, psykodynamisk miljøterapi, medisinsk-psykiatrisk miljøterapi, og behavioristisk og kognitiv miljøterapi (Skorpen & Øye, 2010:23). Alle disse retningene innenfor miljøterapi lever side om side i de forskjellige avdelinger, men også innad i hver avdeling. Fredheim (2009) påpeker at en rendyrket terapiform fra en entydig modell for miljøterapi neppe finnes i sykehusavdelinger i Norge i dag. Hver avdeling finner heller sin form for miljøterapi med elementer fra både humanistiske, psykodynamiske, psykiatriske og kognitive tilnærminger.

Likevel kan man påstå at forståelsen av miljøterapi har gått fra en vektlegging av samspill mellom det fysiske og psykososiale læringsmiljøet, til et sterkt fokus på relasjonen og alliansen mellom miljøterapeut og pasient (Skorpen

Troen på at psykisk sykdom kan kureres ble koblet til hvordan det sosiale miljøet i en psykiatrisk sykehusavdeling kunne være et terapeutisk virkemiddel.

UTVIKLET PÅ 60-TALLET: Kognitiv terapi ble blant annet utviklet av psykiater og psykoanalytiker Dr. Aaron Beck i 1960-årene for behandling av depressive tilstander. Terapiformen er senere videreutviklet både av ham selv og andre, og har vist seg effektiv i forhold til en rekke psykiske lidelser.



og Øye, 2010:19). Et spørsmål rundt dagens praksis er hvorvidt demokratisk orientert miljøterapi med forankring i et større fellesskap er mulig eller ønskelig i dagens individrettede behandlingsregimer (Skorpen og Øye, 2010).

Forskning på miljøterapi

Skorpen og Øye (2010:17) rapporterte at deres litteraturgjennomgang rundt «miljøterapi» viste at det forelå lite forskningsbasert kunnskap på miljøterapiens innhold og nytteverdi. Til tross for søk i ulike litteraturbaser ble flere av artiklene funnet som kryssreferanser. Miljøterapiens manglende forskningsbaserte kunnskapsgrunnlag kan ha bidratt til at miljøterapi fremstår som uklar i begrepsbruk og relevans, og dermed til at miljøterapeutisk praksis til en viss grad har forblitt ubeskrevet (Skorpen og Øye, 2010:22).

1.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi oppstod i 1960-årene med bakgrunn i atferdsterapeutiske og konstruktivistiske teorier (Rosenberg & Mørch, 2005). Kognitiv terapi ble blant annet utviklet av psykiater og psykoanalytiker Dr. Aaron Beck i 1960-årene for behandling av depressive tilstander (Hallberg & Ørbeck, 2006). Terapiformen er senere videreutviklet både av ham selv og andre, og har vist seg effektiv i forhold til en rekke psykiske lidelser, enten som selvstendig behandling ved depresjon, angsttilstander, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, eller sammen med psykofarmaka ved schizofreni, andre psykotiske tilstander, og bipolare lidelser. 1980 og -90-tallet ga en økt interesse for kognitiv terapi (Wright og Davis, 1993). Kognitiv terapi vokste først fram som et tilbud til polikliniske pasienter gjennom de siste 40 år (Lykke, 2001). Etter hvert ble det også et tilbud til innlagte pasienter (Hallberg & Ørbeck, 2006). Kognitivt orientert behandling for innlagte pasienter ble først utviklet i akademiske senter hvor det ble startet forskning på kognitiv terapi, og Norton Psychiatric Clinic of the University of Louisville ble opprettet i 1980 (Wright, 1996:208). I Norden ble kognitiv terapi for innlagte pasienter utforsket i Umeå alt på begynnelsen av 1980-tallet (Perris, 1984). Implementeringen av kognitiv terapi i sykehus har hatt en rekke mål, strukturer og metoder, men deler alle en felles lenke til arbeidet til Aaron Beck (Wright, 1996:209).

Metoden er basert på at kognitive faktorer spiller en betydningsfull rolle i utviklingen og opprettholdelsen av psykiske problemer og at bedring kan finne sted ved modifisering/ending av dysfunksjonell tenkning (Hallberg & Ørbeck, 2006). Det antas at utvekslingen mellom personens indre psykiske strukturer og omverdenen skjer gjennom psykologiske prosesser som fører til produkter (Rosenberg & Mørch, 2005). Den kognitive behandlingens mål er å utvikle evnen til å tenke realistisk og analyserende med henblikk på å øke mestring og bedre kvaliteten på de emosjonelle opplevelsene (Hallberg & Ørbeck, 2006). Kunnskap om hvordan hjernen utvikler seg og fungerer, og hvorledes mennesket bearbeider informasjon, kan forklare forholdet mellom tanker, følelser og adferd – noe som er det sentrale i kognitiv terapi (Hallberg & Ørbeck, 2006). Hjernen har begrensede oppmerksomhetsressurser, og den automatiserer aktiviteten slik at vi ikke behøver å bruke bevisst oppmerksomhet hele tiden (Hallberg & Ørbeck, 2006). Automatiserte tankemønstre kan være negative, og slike negative automatiske tanker kan være en del av det å ha psykiske lidelser. Automatisk negativ tenkning kan føre til dysfunksjonelle antagelser og skemata (Rosenberg & Mørch, 2005:28). Målet med kognitiv terapi er å gi pasienten anledning til å komme ut av disse automatiserte negative tankene gjennom å benytte modeller og skjema som kan identifisere pasientens problemer og finne alternative fortolkninger av situasjoner som igjen kan benyttes til modifisering av skemata (Rosenberg & Mørch, 2005). Det fins en rekke skjema og modeller for kognitiv terapi (Rosenberg & Mørch, 2005; Oestrich & Holm, 2006; m.fl.). Disse vil ikke bli behandlet eksplisitt i denne rapporten.

Perris m.fl. (1993) beskriver hovedkomponentene i en generell kognitiv terapi-holdning som 1) å akseptere de grunnleggende læresetningene for kognitiv terapi om forholdet mellom tanker, følelser, atferd og deres

Metoden er basert på at kognitive faktorer spiller en betydningsfull rolle i utviklingen og opprettholdelsen av psykiske problemer og at bedring kan finne sted ved modifisering/ending av dysfunksjonell tenkning.

gjensidige sammenheng 2) å ta hensyn til at hver pasient er unik 3) å fokusere på de friske elementene av pasienten heller enn symptomer 4) å stole på at alle individer har potensiale til å påvirke sin tilstand, i hvert fall i noen grad 5) å tilnærme seg pasientens problemer gjennom å starte med de minst truende og deretter fortsette med de mer alvorlige for å oppnå en suksessfull sosialisering inn i terapiens prinsipper 6) etterstrebe å opprettholde pasientens autonomi, og 7) ha som mål å få fram pasientens kompetanse, hvor kompetanse her er funksjonelle selv-skjema, sosiale ferdigheter og realistiske perspektiv på fremtiden.

Det finnes nå over 40 spesifikke kognitive intervensjoner som anvendes forskjellig (Fredheim, 2009:163). Også i Norge har interessen for kognitiv terapi økt, og fremmes av Norsk forening for kognitiv terapi (www.kognitiv.no).

Forskning på kognitiv terapi

Det er gjort en rekke studier på effekten av kognitiv terapi i individualbehandling og i gruppebehandling. Søk på ordene «cognitive therapy» i forskningsdatabasen Pubmed (Medline) ga 49.138 treff. Dette sier noe om omfanget av forskningen innenfor feltet kognitiv terapi. Den teoretiske basis for kognitiv terapi har blitt forsterket og bekreftet av forskning og klinisk praksis fra de siste 20 år, og kognitiv terapi har fått forskningsmessig støtte fra nyere viten innenfor biologi, nevrovitenskapene og kognitiv psykologi (Hallberg & Ørbeck, 2006).

1.3 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi ble introdusert ved døgnenheter på 1980-tallet (Wright et al, 1993). Kognitiv terapi ble først trukket inn i avdelinger med inneliggende pasienter gjennom individuelle eller gruppebaserte behandlingsopplegg, men har etter hvert også fått en plass som redskap innenfor miljøterapien. Målet var å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med innlagte pasienter. Å trekke kognitiv terapi inn i miljøterapien har altså som formål å tilby pasienten en målrettet innsats over kort tid hvor forskjellige aktiviteter inngår i behandlingen (Oestrich, 2001:39).

Kognitiv miljøterapi er antagelig mye brukt i Norge, men lite dokumentert. I Skorpen og Øyes (2010) gjennomgang av retningen kognitiv miljøterapi refereres det kun til to norske artikler om temaet: Fredheim (2009) og Simonsen (2007). Norsk forening for kognitiv terapi har opprettet en utdanning i kognitiv miljøterapi (www.kognitiv.no). I denne kunnskapsstatusen vil vi utforske hvilken forskning som fins på temaet kognitiv miljøterapi og presentere forskning og dokumentert erfaringsbasert kunnskap på feltet.

Kognitiv miljøterapi er antagelig mye brukt i Norge, men lite dokumentert.

1.4 Problemstillinger

Denne rapporten tar for seg fire problemstillinger som omhandler kognitiv miljøterapi:

1. Hva kjennetegner kognitiv miljøterapi?
2. Hva fremmer og hemmer implementeringen av kognitiv miljøterapi?
3. Hva vet vi om brukere og tjenesteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi?
4. Hva sier forskningen om effekt av kognitiv miljøterapi?

1.5 Rapportens oppbygging

Rapporten består av fire deler. Første del er en innledning som beskriver bakgrunnen for kognitiv miljøterapi gjennom å presentere begrepene miljøterapi og kognitiv terapi. Andre del er en beskrivelse av de metoder som er benyttet for å gjennomføre litteraturstudien. Tredje del av rapporten er resultatdelen som presenterer litteratur som besvarer de fire problemstillingene i rapporten. Siste og fjerde del av rapporten gir en kort diskusjon og konklusjon rundt problemstillingene.

Vedlegg 1 er en tabell hvor de empiriske forskningsartiklene som ble funnet gjennom litteratursøkene blir gjennomgått med Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). MMAT er et verktøy for å vurdere kvaliteten på forskning. Vedlegg 2 gir en oversikt over alle relevante artikler som er funnet om temaet.

2 Metode

Denne kunnskapsstatusen baserer seg på en litteraturgjennomgang av forskningslitteratur om kognitiv miljøterapi.

2.1 Litteratursøk

Det ble gjennomført søk i forskningsdatabaser. Utvalget av databaser ble definert av oppdragsgiver og forskerne i samarbeid. Valg av søkeord ble gjort ut fra problemstillingen, funn i bakgrunnsliteratur, samt kontakt med fagpersoner og forskere på feltet. En rekke forskere ble kontaktet med formål å presisere relevante søkeord. Beskrivelse av kontakt med fagpersoner finnes i tabell 1. Søkene ble gjennomført i perioden januar-februar 2013. Ved mer enn 200 treff i et søk ble det gjort et avgrensende søk. Avgrensning ble gjort gjennom å velge kun artikler som hadde treff på søkeordene i artikkelens tittel eller sammendrag, eller å avgrense til kun «psychiatry». Ved færre enn 200 treff ble alle titler gjennomgått og sammendrag lest. Artikler som omhandlet kognitiv miljøterapi ble deretter plukket ut for gjennomgang og analyse. Basert på denne gjennomgangen stod vi igjen med totalt 32 artikler som har dannet grunnlag for å besvare problemstillingene i kapittel 3 i rapporten (for en oversikt over disse artiklene, se vedlegg 2). Referanselister ble gjennomgått for artikler identifisert som relevante for problemstillingen, og mulig relevant litteratur ble identifisert i disse referanselistene og gjennomgått for analyse slik beskrevet over.

2.2 Kontakt med fagmiljø

Kontakt med personer i fagmiljøene ble oppnådd gjennom e-post eller telefon. Personer som ble forsøkt kontaktet uten resultat, eller som videresendte forespørselen uten selv å kommentere på problemstillingen er ikke navngitt her. Forespørselen omhandlet kjennskap til forskning på kognitiv miljøterapi, samt spørsmål om gode søkeord på engelsk. Det var enighet rundt søkeordene som ble foreslått av prosjektgruppen. Med ett unntak ble alle tips til publikasjoner fra forskningsprosjekter om kognitiv miljøterapi også funnet gjennom søkestrategien. Flere av de som ble kontaktet hadde innspill til avgrensning rundt hva kognitiv miljøterapi er, og hva som er i randsonen rundt feltet.

Tabell 1:
Kontakt med fagpersoner

Fagperson	Type kontakt
Lisbeth Borge (Diakonhjemmet)	Mailkontakt
Vibeke Fuglsang Bliksted (Aarhus Universitetshospital Risskov)	Mailkontakt
Lene Finnerud (Norsk forening for kognitiv terapi)	Telefonkontakt
Kjersti Fredheim (Universitetssykehuset i Nord-Norge)	Telefonkontakt
Roger Hagen (NTNU)	Telefonkontakt
Irene Oestrich (Region Hovedstadens Psykiatri, København)	Mailkontakt
Arne Repål (Sykehuset i Vestfold)	Mailkontakt
Christine Øye (Høgskolen Stord Haugesund)	Mailkontakt

2.3 Databaser

Det ble gjort søk med norske og svenske søkeord i databasene Bibsys, DIVA, Google Scholar, Helsebiblioteket, IDUNN, Nordart og Svemed+. I tillegg ble det gjort direkte søk i Forskningsdatabasen.dk og Psykologtidsskriftet.no. Det ble gjort søk med engelske søkeord i databasene CINAHL, ISI web of science, Pubmed, PsykInfo, Sociological Abstracts, Cochrane, EBSCO og Google Scholar.

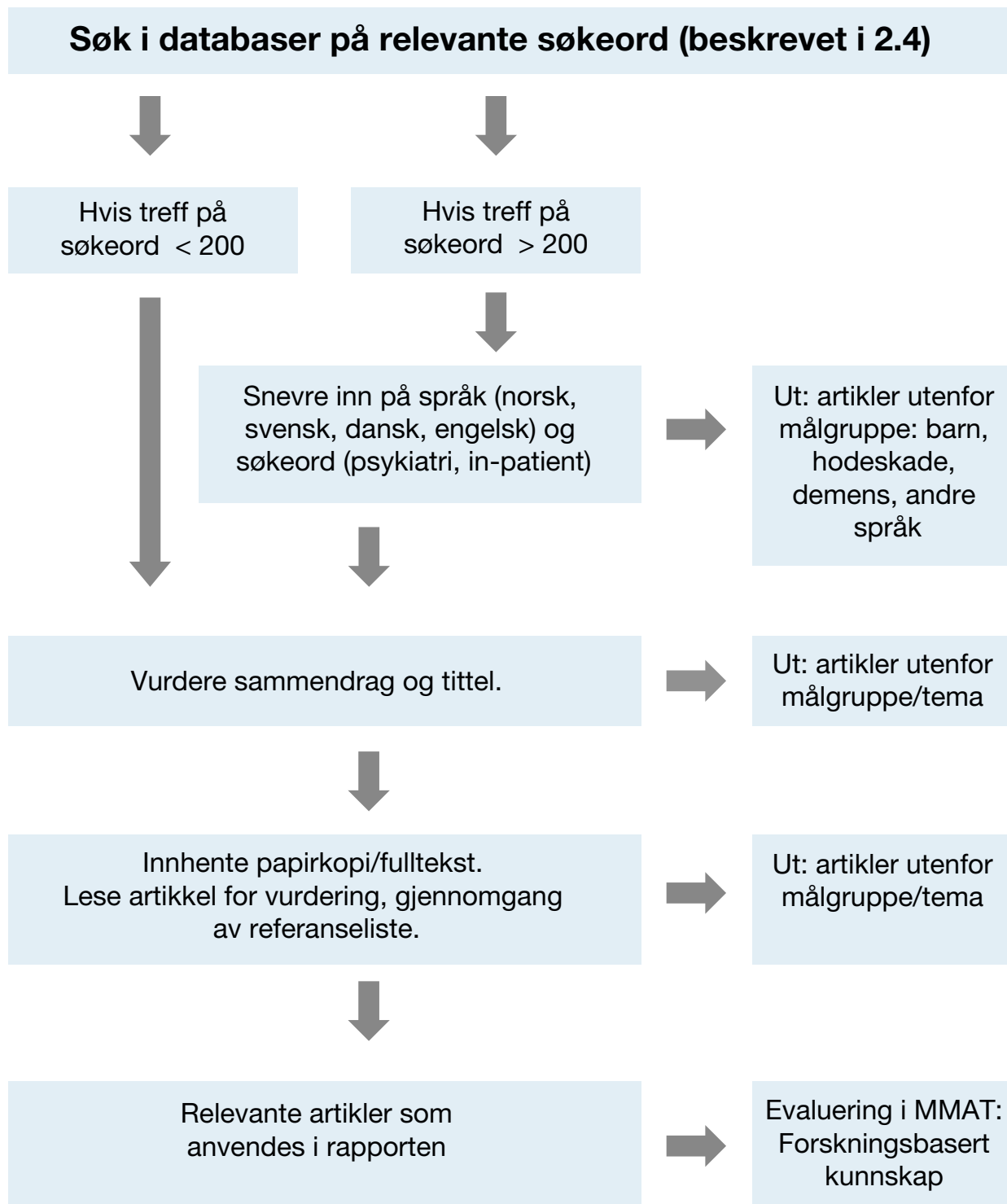
2.4 Søkeord

Søkeord som ble benyttet var «kognitiv miljøterapi», «cognitive milieu therapy», «cognitive milieu treatment», «inpatient cognitive therapy/treatment». I skandinaviske databaser ble det også søkt på «kognitiv miljøterapi». For å avgrense funn ble disse søkeordene koblet sammen med «inpatient» og «psychiatry».

2.5 Modell for litteratursøk

Modellen i Figur 1 viser hvordan søkeprosessen ble gjennomført. For en nærmere gjennomgang av enkeltsøk og antall treff, se tabell 2.

Figur 1: Modell for litteratursøk



2.6 Treff

Tabell 2: Oversikt over søkedatabaser, antall treff, antall relevante treff.

Søkeord	Søkemotor	Treff	Relevante*
Kognitiv miljøterapi	Bibsys	18	3
	DIVA	1	1
	Google Scholar	328 (120)	13
	Helsebiblioteket	11	0
	IDUNN	32	2
	Nordart	4	3
	Svemed+	5	3
	Forskningsdatabasen.dk	3	3
	Psykologtidsskriftet.no	337	2
Cognitive milieu therapy	CINAHL	4	3
	ISI web of sci	81	25
	Pubmed	151	13
	PsykInfo	12	12
	Sociological Abstracts	249 (51)	1
	Cochrane	7	4
	EBSCO	24	8
	Google Scholar	40.600 (7360)**	9
Cognitive milieu treatment	CINAHL	0	0
	ISI web of sci	81	25
	Pubmed	155	13
	PsykInfo	12	12
	Sociological Abstracts	358 (51)	1
	Cochrane	6	4
	EBSCO	5	3
	Google Scholar	87.200	--
Inpatient cognitive therapy	CINAHL	13	2
	ISI web of sci	877 (154)	3
	Medline og Pubmed	1129 (20)	13
	PsykInfo	173	7
	Sociological Abstracts	4	3
	Cochrane	7	0
	EBSCO	310 (162)	6
	Google Scholar	79.900	--

*Relevante etter første sortering

**Cognitive milieu therapy inpatient: 7360. Gjennomgått første 50 treff.

2.7 Avgrensninger og analyser

Funn som er tatt med i resultatdelen er kun artikler som beskriver kognitiv miljøterapi i psykisk helsevern, enten bekrivelser av praktiske tiltak eller forskningsstudier. Artikler som har omhandlet kun miljøterapi eller kun individuell eller gruppebasert kognitiv terapi har blitt ekskludert fra resultatene.

Inklusjonskriterier for relevans har vært artikler med norsk, svensk, dansk eller engelsk språk, og tema voksne med psykiske lidelser. Eksklusjonskriterier har vært tema barn, tenåringer, demens eller hodeskader.

2.8 Vurdering av artikler med MMAT

MMAT er et verktøy for å vurdere kvalitet ved forskningsarbeider (Pluye, 2011; Pace et al, 2011). Verktøyet er et skjema som besvarer spørsmål rundt problemstilling, validitet, utvalg og metodebruk.

I denne gjennomgangen ble 32 identifiserte artikler vurdert for gjennomgang med MMAT. Kriteriet for vurdering gjennom MMAT var at artikkelen inneholdt en forskningsstudie med empirisk materiale. 21 artikler ble ekskludert fra gjennomgangen fordi de ikke var empiriske forskningsarbeider. Disse artiklene bestod av erfaringsbaserte beskrivelser av praksis, samt teoretiske artikler rundt hva kognitiv miljøterapi er og hva det innebærer for brukeres og ansattes erfaringer. Alle de 32 artiklene er benyttet til å besvare problemstillingene i kapittel 3.

Elleve arbeider ble vurdert som empirisk forskning. Fire av disse var rapporter som ikke var vurdert i tidsskrifter med fagfellevurdering (Borge et al, 2012; Sverdrup et al, 2011; Bliksted & Bendix, 2003; Lykke et al, 2007). Hver av rapportene bestod av flere problemstillinger og inneholdt beskrivelser av praksis på en eller flere avdelinger, samt resultater fra spørreskjemaundersøkelser og kvalitative studier. Disse fire rapportene er derfor ekskludert fra gjennomgangen med MMAT. Sju artikler ble vurdert med MMAT. Ingen av de sju artiklene var metastudier eller randomiserte kontrollerte studier. Seks av artiklene inneholdt kvantitative deskriptive studier. En var en kvalitativ studie. En tabell som oppsummerer gjennomgangen av arbeider rundt kognitiv miljøterapi finnes som vedlegg 1.

GYLNE ØYEBLIKK: I kognitiv miljøterapi er terapeuten aldri langt unna. Det gir mulighet for å benytte «de gylne øyeblikk» som oppstår i hverdagssituasjoner, enten det skjer under felles matlaging eller en gåtur.



3 Resultater

I resultatdelen gis en oppsummering av funn fra litteratursøkene basert på de fire problemstillingene skissert i kapittel 1.4.

3.1 Hva kjennetegner kognitiv miljøterapi?

Vi fant ingen metaanalyser, randomiserte kontrollerte studier, eller kvalitative studier som sammenlignet eller drøftet ulike måter å gjennomføre kognitiv miljøterapi. Presentasjonen som følger baserer seg derfor på litteratur som presenterer eller reflekterer rundt teori eller praktiske erfaringer med kognitiv miljøterapi.

Den kognitive miljøterapi skiller seg fra tradisjonell miljøterapi ved å innbefatte alt tverrfaglig personale og samtlige aktiviteter og behandlingstilbud som tilbys den enkelte pasient slik at kognitiv miljøterapi i prinsippet finner sted 24 timer i døgnet (Bliksted & Bendix, 2003). Kognitiv miljøterapi kan enkelt beskrives som det å benytte metoder fra kognitiv terapi i miljøterapi i psykiatriske sykehusavdelinger. Kognitiv miljøterapi er «en aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og dynamisk form for behandling, hvor den kognitive modell anvendes i behandlingsmiljøet med innlagte pasienter med den hensikt å utvikle alternativer til pasientens dysfunksjonelle reaksjonsmønstre og utvikle nye ferdigheter» (Lykke, 2001:19). I det følgende vil vi beskrive hvilke prinsipper kognitiv miljøterapi bygger på og hvilke elementer som inngår i gjennomføringen av kognitiv miljøterapi med innlagte pasienter.

Prinsipper for kognitiv miljøterapi

Den grunnleggende teoretiske forutsetningen for kognitiv miljøterapi er at psykisk sykdom er forstått ut fra individuell sårbarhet (Perris et al, 1993). Utgangspunktet for kognitiv miljøterapi er at emosjonelle problemer aldri er fri for tankeprosesser (Simonsen, 2007). Kognitiv terapi har som hypotese at negative tanker og kognitive fordreininger kan skape eller forsterke psykiske vansker. Det enkelte mennesket har gjennom sine erfaringer skapt en teori om seg selv som han eller hun forsøker å bekrefte eller avkrefte (Fredheim, 2009). Kognitiv omstrukturering av negative tanker ved hjelp av logiske analyser utgjør et sentralt element i behandlingen slik at pasientens virkelighetsforståelse er utgangspunktet for terapeutisk endring (Simonsen, 2007). Miljøterapien bygger på antagelsen om at hele institusjonen påvirker pasientens holdninger og atferd, og at mennesket lever i relasjoner (Løvaas & Johansen, 2012). Kognitiv miljøterapi har tatt grunnleggende elementer fra kognitiv terapi og benyttet disse i miljøterapien. I kognitiv miljøterapi er terapeuten aldri langt unna og kan bidra i situasjoner som oppstår (Løvaas & Johansen, 2012). Slik gir kognitiv miljøterapi en mulighet for å benytte «de gylne øyeblikk» i hverdags situasjoner heller enn å la pasienten komme på disse situasjonene når han kommer til individualbehandlingen.

Pasienten skal ved hjelp av støtte fra miljøterapeutene komme fram til egne konklusjoner, og det er pasientens følelser, meninger og erfaringer som er essensielle. Gjennom utprøving og refortolkning av negative automatiske tanker er målet å endre dysfunksjonelle reaksjonsmønstre. Målet er at miljøet skal øke pasientens refleksjons- og mestringsfølelse og gi et positivt syn på framtiden (Fredheim, 2009). Uavhengig av diagnose fokuserer kognitiv miljøterapi på pasientens tankemønstre og tolkninger (Løvaas & Johansen, 2012). Kognitiv miljøterapi handler ikke om å konfrontere sannheter men å erfare at det finnes flere sannheter (Simonsen, 2007). Med utgangspunkt i teorier om at vi kun kan lære av de erfaringer som vi forstår, er det ikke hendelsen som er viktig for læring men hvordan individet aktivt konstruerer hendelsen. Følelser, kognisjon og handling kan ikke splittes opp i atskilte fenomener, men utgjør en enhetlig psykologisk prosess i det miljøterapeutiske forløpet (Simonsen 2007).

Simonsen (2007) sin tilnærming til kognitiv miljøterapi er et erfaringslæringsperspektiv som handler om det som skjer her og nå, men også om implementering av planlagte behandlingsaktiviteter og innebærer

terapeutisk utnyttelse av dagliglivets spontane situasjoner (Simonsen, 2007). Utgangspunktet blir pasientens konkrete problemer og plager. Den kognitive miljøterapi kan slik ta utgangspunkt i en modell for erfaringslæringssyklusen med fire kjernepunkter: konkret erfaring, reflekterende observasjon, abstrakt begrepsdannelse, og aktiv eksperimentering (Simonsen, 2007). For å gjennomføre slike prosesser er det nødvendig å utarbeide en diagnostisk kasusformulering som identifiserer symptomenes karakter og pasientens trygghetsadferd som opprettholder symptomene (Fredheim, 2009). En slik kasusformulering er hjørnesteinen i behandlingen og grunnlaget for utarbeidelsen av en behandlingsplan. Behandlingsteamene blir enige om individuelle mål som samtlige aktiviteter, samtaler og observasjoner tar utgangspunkt i. I kognitiv miljøterapi er hovedelementene kognitive teknikker, ferdighetstrening og psykoedukasjon (Fredheim, 2009).

Kognitiv miljøterapi gir et språk til samarbeidet med pasienten uavhengig av diagnose og spesifikke problemområder (Løvaas & Johansen, 2012). En god kognitiv terapeut må både være empatisk og forsøke å se verden med pasientens øyne, mens den realistiske empiristen skal bistå pasienten til å se alternativer og utfordre realiteter (Fredheim, 2009).

Modeller for kognitiv miljøterapi i sykehusavdelinger

Det fins en rekke modeller for kognitiv miljøterapi. Jesse Wright har beskrevet ulike modeller for kognitiv terapi i sykehusavdelinger (Wright et al 1993b; Wright 1996). I en artikkel fra 1993 beskriver han fire modeller for kognitiv terapi med innlagte pasienter, mens en artikkel fra 1996 har lagt til en femte modell. De fem modellene for kognitiv terapi med innlagte pasienter kan kalles primærterapeutmodellen, tilføyesmodellen, personalemodellen, helhetsmodellen og fleksibilitetsmodellen (Wright, 1996:211). Også Bliksted (2012) benytter denne inndelingen for å beskrive modeller for kognitiv miljøterapi. De fem modellene innebærer at elementer av kognitiv terapi i større eller mindre grad er implementert i avdelingen. Modellene varierer også i hvilken grad alle eller noen av helsepersonellet får opplæring i kognitive prinsipper. Modellene skiller seg fra hverandre på områdene opplæring, de profesjonelles rolle, graden av gruppeterapi, samt på hvilken måte aktivitetsterapi sees som del av den kognitive terapien. Det kognitive miljøet som Wright beskriver innebærer behandlingsprogram i døgnavdelinger med tre hovedtrekk: psykososiale behandlingsintervensjoner basert på kognitiv terapi, at hele det terapeutiske miljøet tas med i planlegging og implementering av behandlingen, og at kognitiv terapi benyttes sammen med biomedisinsk psykiatri og andre tilnærminger (Wright, 1996:209). Det kan likevel diskuteres hvorvidt alle de fem modellene til Wright kan defineres som kognitiv miljøterapi. Wright et al (1993) beskriver fordeler og ulemper ved de ulike modellene.

Primærterapeutmodellen («primary therapist model») innebærer at psykiatere med støtte fra andre profesjonelle grupper innfører kognitiv terapi som et forsknings- eller opplæringsprogram til et eklektisk miljø (Wright, 1996:211). De ansatte på avdelingen tilbys noe opplæring, men det er primærterapeuten som har ansvaret for å tilby kognitiv terapi. Primærterapeutmodellen er altså at kognitiv terapi tilbys til utvalgte pasienter av noen behandlere, mens miljøterapeutiske aktiviteter inngår sekundært i behandlingen (Bliksted, 2012). Tilføyesmodellen («Add-on model») beskriver avdelinger hvor kognitiv terapi benyttes som en modul eller et spesielt pasientforløp og supplerer et eksisterende miljø. Dette kan innebære innføring av kognitiv gruppeterapi eller individuell kognitiv terapi (Wright, 1996). Tilføyesmodellen er tradisjonell miljøterapi som suppleres med noen få kognitive aktiviteter, f.eks. en psykoedukasjonsgruppe (Bliksted, 2012).

Personalemodellen («staff model») går ut på at legen fortsetter å behandle pasienten med psykofarmaka mens kognitiv terapi gis av andre ansatte på avdelingen. I personalemodellen er det de som tilbringer mest tid med pasienten som har ansvaret for å gi kognitiv terapi. Daglige aktiviteter utformes slik at de støtter prinsippene for kognitiv terapi. I denne modellen er det miljøet som anses som den mest aktive ingrediensen i terapien (Wright, 1996). Personalemodellen innebærer at alt tverrfaglig personale har en basal viten om kognitive behandlingsmetoder og bruker disse ad hoc i dagliglivet på avdelingen (Bliksted, 2012).

Helhetsmodellen («comprehensive model») innebærer at avdelingen har et omfattende program for kognitiv terapi som inkluderer alle terapeutiske aktiviteter, og hvor alle aktiviteter har en kognitiv tilnærming (Wright, 1996). Alle primærterapeuter og alle andre ansatte bruker kognitiv terapi, og miljøet er utformet slik at det støtter opp under kognitiv terapi. I helhetsmodellen har alt personale spesialisert viten og ferdigheter i å bruke kognitive metoder i det daglige arbeidet, og alle pasienter tilbys kognitiv behandling (Bliksted, 2012). I denne modellen gis både primærterapeuter og annet helsepersonell opplæring i kognitive prinsipper slik at tverrfaglige team kan konstruere et behandlingsmiljø basert på kognitiv terapi (Wright, 1996; Wright 1993; Stuart, Wright, Thase & Beck, 1997). Dessverre kan denne modellen være vanskelig å gjennomføre i en reell sykehusavdeling siden de fleste avdelinger må behandle grupper av pasienter som ikke kan dra nytte av kognitiv terapi, samt at hyppig utskifting av de ansatte vanskeliggjør kontinuiteten i den kognitive tilnærmingen (Wright, 1996). Det er en utfordring å fastholde et ensartet kognitivt miljøterapeutisk tilbud når personalutskiftninger, oppbakking fra ledelsen, samt veiledning- og videreutdannelsemuligheter varierer gjennom implementeringen (Bliksted, 2012). Dette er altså den mest omfattende modellen som er mest krevende å implementere (Wright et al, 1993). Wright (1996) påpeker at han ikke kjenner til noen sykehusavdeling med kognitiv terapi som eneste behandlingsform, men noen avdelinger hadde kognitiv terapi som dominerende organisatorisk prinsipp. Dette kan være bakgrunnen for at Wright legger til fleksibilitetsmodellen til oversikten sin (Wright, 1996). Fleksibilitetsmodellen innebærer at mange av elementene fra den omfattende modellen er gjennomført men likevel hindres fordi pasientgruppen varierer fra dag til dag med pasienter som ikke kan dra nytte av den kognitive tilnærmingen. I slike tilfeller anbefaler Wright (1996:212) at tilbudene om gruppeterapi og de individuelle behandlingsplanene justeres jevnlig for effektiv benyttelse av avdelingens ressurser.

Det stilles også spørsmål rundt hvorvidt ulike typer avdelinger egner seg til kognitiv miljøterapi, og på hvilke måter kognitiv miljøterapi kan implementeres i ulike avdelinger med ulike pasientgrupper og struktur. Fredheim (2009) diskuterer problemstillinger rundt hvordan miljøterapi kan implementeres på akuttpost: skal kognitiv terapi etableres som del av en eklektisk tilnærming eller som en enhetlig avdelingsideologi? Det er ulike meninger om viktigheten av dette og hvilke motforestillinger man har. De fleste er enige om at det bør etableres et felles mål for å forebygge at ulike agendaer drar terapien i ulike retninger. Det er altså ikke de terapeutiske teknikkene som er overordnet, men at en post har etablert en felles teoretisk plattform for pasientbehandling og samarbeidsrutiner (Fredheim, 2009). I Randers-prosjektet ble det valgt en kombinasjon av tilføyesmodellen hvor den gamle miljøterapi tilføres kognitive elementer, og en fleksibel modell hvor alle pasienter tilbys kognitiv behandling i varierende grad etter pasientens tilstand (Bliksted & Bendix, 2003).

Lykke (2001:20) støtter seg på Wright et al (1993) når han oppsummerer at alle modeller for kognitiv miljøterapi må inneholde disse ni punktene:

1. Behandlingsmiljøet er planlagt og designet etter kognitive prinsipper. Det gjøres kognitiv intervensjon i miljøet, og det skal på forhånd være klarlagt hvem som foretar intervensjonen i forhold til den enkelte pasient.
2. Den kognitive behandlingsfilosofi skal være akseptert av hele det tverrfaglige teamet.
3. Tverrfaglige team benyttes i behandlingen.
4. Kognitiv gruppebehandling benyttes som supplement til individuell kognitiv terapi. Av og til kan gruppeterapi være den viktigste del av behandlingen.
5. Pasientene gis hjemmeoppgaver i miljøet.
6. Psykoedukasjonsprogrammer etableres for å sosialisere pasienten og de pårørende til den kognitive modellen. Det skal fra starten være fokus på forsterkning og vedlikehold av ønskede reaksjoner.
7. Pårørende skal være involvert i behandlingen der hvor det er mulig.
8. Endring av behandlingstilbudet til delvis hospitalisering eller ambulant behandling skal begynne tidlig under innleggelsen.
9. Trening og fortsatt utdanning i kognitiv terapi av hele det tverrfaglige personalet skal være etablert.

Kognitiv miljøterapi i praksis

Kognitiv miljøterapi består av tre elementer: kognitiv terapi, miljøterapeutiske aktiviteter, og rekreative aktiviteter (Bliksted, 2012). Kognitiv miljøterapi innebærer at teori og prosedyrer fra kognitiv terapi anvendes som den primære referanse for den kliniske praksisen i behandlingsmiljøet (Bliksted, 2012). Hele miljøet, inkludert de miljøterapeutiske aktivitetene, sosiokulturelle påvirkninger og personalets behandlinger, er involvert i behandlingsprosessen. Bech & Holm (2001, i Oestrich & Holm) beskriver de sentrale punktene for arbeidet i det kognitive miljøet som observasjon av pasientens reaksjoner og atferd, strukturering av pasientens hverdag, omstrukturering av dysfunksjonell tenking, tilbakefallsforebygging, oppbygging av bedre ferdigheter og mestringsstrategier, samt psykoedukasjon (Bech & Holm, 2001:81). Elementene som må ivaretas i et kognitiv miljøterapeutisk miljø er ivaretagelse av pasienten for å hindre destruktive handlinger, støtte slik at personalet bidrar til å øke pasientens selvfølelse og livskvalitet gjennom alle aktiviteter på avdelingen, validering som handler om å overbevise pasienten om at hans eller hennes verdi som menneske ikke er knyttet til det å være psykisk syk, struktur på avdelingen som gjør organisasjonen forutsigbar for pasienten og pasientinvolvering (Perris, 1989:111). I tillegg er det et viktig element i den kognitive miljøterapien at pasienten forberedes på livet utenfor avdelingen. Samtidig sees integrasjonen av medisiner og kognitiv terapi som nødvendig, spesielt i visse faser av sykdommen hvis pasienten har alvorlige psykotiske symptomer (Perris et al 1993).

Kognitiv miljøterapi består av tre elementer:
kognitiv terapi, miljøterapeutiske aktiviteter, og
rekreative aktiviteter.

Vi vil videre gi en oversikt over viktige elementer i kognitiv miljøterapi i praksis. Denne delen av rapporten oppsummerer artikler som beskriver praktiske erfaringer med gjennomføring av kognitiv miljøterapi i sykehusavdelinger.

Kontaktperson for hver pasient

Hver pasient skal ha en eller to kontaktpersoner når de blir innlagt i avdelingen. Alle pasienter skal ha en kontaktperson som veksler mellom miljøterapeutisk trening og alminnelig sosialt samvær (Bliksted, 2012). Det er viktig at det avtales når det arbeides og når samværet er mer uformelt. Kontaktperson og pasient tar utgangspunkt i de problemsituasjoner som dukker opp gjennom hverdagen og identifiserer negative automatiske tanker med tilhørende følelser, kroppslige fornemmelser og handlinger, samt caseformuleringen over pasientens opplevelse av å inngå i et behandlingstilbud (Bliksted, 2012). Det kan være en fordel å ha et «kontaktmannskap» på to personer for hver pasient slik at en av dem er tilgjengelig til enhver tid, samtidig som pasienten lærer seg å stole på flere enn en behandler (Perris et al 1993; Perris 1989). Dette skaper kontinuitet i behandlingen og relasjonene. Kontaktpersonene skal sosialisere pasienten inn i tilnærmingen og skape enighet om behandlingsplan. Samtidig skal alle ansatte på avdelingen handle som individuelle terapeuter for de ulike pasientene (Perris, 1989:92). I tillegg til at pasienten kan delta på kognitiv terapi i gruppe og individuell kognitiv terapi, skal det gis kognitiv terapi gjennom kontaktpersonfunksjonen, som består av daglige samtaler hvor det arbeides med oppfølging av registreringer og hjemmeoppgaver, samt justering av mål (Bech & Holm, 2001:83).

Caseformulering og supplerende caseformulering

Når pasienten er innlagt, består den miljømessige behandling av å samle inn data som skal bidra til en grundig beskrivelse, definisjon og klinisk vurdering av problematferden og dele data med pasienten i en personlig form (Oestrich 2001:60). Beskrivelsene bygger på observasjoner som er innsamlet i samarbeid med pasienten. Det er ikke snakk om skjult observasjon. En tidlig intervensjon for å introdusere pasienten inn i kognitiv terapi er å lage en problemliste (Perris et al 1993). Det settes mål for oppholdet og behandlingen i starten av oppholdet men disse kan utvikles gjennom oppholdet. (Perris, 1989). Pasientens adferd skal forstås som mestringsstrategier vedkommende har funnet fram til i de miljøer han har vært en del av, og pasienten skal introduseres for nye og mer hensiktsmessige strategier. I kognitiv miljøterapi skal det balanseres mellom en støttende tilnærming og forventning om aktiv pasientdeltakelse (Bliksted, 2012). Miljøterapeuten må være fleksibel og benytte spontane intervensjoner.

Arbeid med kognitive metoder bør først omhandle tema pasienten selv har valgt (Løvaas & Johansen, 2012). For pasienten kan mange faktorer påvirke hans eller hennes motivasjon for å omsette planen til praksis (Bliksted, 2012). Det er relevant å tenke gjennom pasientens subkulturelle og kulturelle tilhørighetsforhold. Også behandlerne bør være oppmerksomme på sin egen behandler-caseformulering slik at man ikke stiller for store krav til pasientenes fremgang eller gjennomføring (Bliksted, 2012).

I behandlingen av pasienten kan det i tillegg til en caseformulering med fokus på pasientens tidligere interpersonelle erfaringer og sårbarheter også utarbeides en supplerende caseformulering som omhandler pasientens opplevelser av å være innlagt i psykisk helsevern (Bliksted, 2012). Dette kan gi bedre forståelse av pasientens handlingsmønster på avdelingen. Kontaktpersonene kan også hjelpe pasienten til å finne ut av pasientens fordommer rundt psykisk helsevern slik at disse fordommene kan utfordres (Perris et al 1993). Den kognitive tilnærmingen kan også bidra i diskusjonen rundt medisiner og pasientens fordommer mot medisiner.

Sosialisering

Prosser rundt innleggelse utformes slik at pasienten blir kjent med avdelingen og hva det innebærer å være pasient der; politikken rundt låste eller åpne dører; å involvere pasientene i beslutninger om medisiner; hvordan ansatte forholder seg til uttrykk for sykdom og hvordan pasientene kan reflektere rundt hvilken påvirkning slike manifestasjoner har på dem selv og omgivelsene, samt det å legge opp et individuelt tilpasset behandlingsprogram (Perris, 1988). Det er nødvendig at pasienten får anledning til å føle seg trygg på omgivelsene, personalet og de andre pasientene for å kunne dra nytte av den kognitive miljøterapien (Perris, 1989:88). En måte dette har vært gjort på er at pasienten ved innleggelse får utdelt en perm med informasjon om enheten og om kognitiv terapi som senere kan utvides med pasientenes arbeidsmetoder og problemområder (Krogstad & Rui Hansson, 2007). I døgnenheten kan personalet benytte det som skjer i miljøet terapeutisk gjennom å gå ut i fra «her og nå»-situasjoner. Hendelser i miljøet ble brukt til å kartlegge automatiske tanker samt til å utforske på hvilke måter de påvirket pasienten (Krogstad & Rui Hansson, 2007).

Organisering av aktiviteter

Kognitiv terapi i miljøterapien er tett knyttet til de miljøterapeutiske aktiviteter og pasientens relasjoner til andre på avdelingen (Bliksted, 2012). I kognitiv miljøterapi inngår miljøterapeutiske aktiviteter. I begge seksjonene på Levanger vektlegges betydningen av det faste aktivitetsprogrammet (Løvaas & Johansen, 2012). Aktiviteter pasientene kan delta på utover dagligdagse oppgaver kan være fysisk aktivitet, maling og musikkterapi (Perris, 1989). Aktivitetene bør være strukturert slik at de er forutsigbare for pasientene og kan slik minske pasientenes stressnivå ved å gi dem mulighet til å forberede seg på å delta i en aktivitet (Bliksted, 2012). Planlegging av daglige aktiviteter er et viktig område for å innføre kognitive prinsipper i avdelingen (Perris et al 1993). Hovedpunktene er at man har en familiær atmosfære, sosial trening gjennom deltagelse i hverdagslige aktiviteter og hjelp til tilrettelegging av utskrivingsfasen og tiden etter utskrivning (Perris, 1989). Det er også viktig å oppmuntre pasienten til å holde kontakten med venner og familie gjennom besøk på avdelingen eller at pasienten drar på besøk i hjemmemiljøet slik at utskrivingsprosessen lettes (Perris et al 1993).

Bliksted (2012:425-428) gir en oversikt over hva miljøterapien skal bestå av. Elementene som presenteres er: Individuell tverrfaglig behandlingsplan, problemliste, rollefordeling og uke- og dagsskjema. Kognitive metoder i selve miljøet kan være morgenmøter, aftenmøter, aktiviteter som understøtter den kognitive omstrukturering (Bech & Holm, 2001). I avdelingene i Umeå gjennomføres det et kort morgenmøte med pasienter og ansatte hver morgen. Pasienter er oppfordret men ikke tvunget til å møte (Perris, 1989).

Gruppeundervisning og gruppeterapi

Et element i kognitiv terapi med innlagte pasienter er gruppeterapi og gruppeundervisning. I de fleste beskrivelsene av kognitiv miljøterapi omtales gruppeundervisning eller terapigrupper. Gruppeundervisning skjer to ganger i uken ved Orkdal DPS (Simonsen, 2007). Ved sykehuset i Levanger har begge psykiatriske seksjoner psykoedukative grupper som fast innslag på ukeplanen, men undervisningsopplegget har ulik varighet og ulikt innhold på de to avdelingene

ut fra pasientenes spesifikke behov (Løvaas & Johansen, 2012). Allmennpsykiatri har undervisning to ganger i uken à 90 minutter hver gang, og gruppene er lagt opp som kurs i kognitiv terapi med gruppeterapeutisk tilnærming. Seksjon psykosier har undervisning i 30 minutter en gang i uka (Løvaas & Johansen, 2012). Også Perris (1989) beskriver hvordan pasientene i utstrakt grad deltar i gruppeterapi mens de er innlagt i avdelingen (Perris, 1989).

Bowers, Evans og Andersen (1997) gir en beskrivelse av kognitiv miljøterapi i en døgnavdeling for personer med spiseforstyrrelser. Miljøet gir full oppmerksomhet til kognitive terapier, både individuell behandling og gruppebehandling er kognitive intervensjoner, og avdelingen integrerer psykoedukasjonsprogrammer for å gi god opplæring i prinsippene for kognitiv terapi. Avdelingens struktur er bygget opp rundt Becks opprinnelige modell for kognitiv terapi (Beck, Ruch, Shaw & Emery, 1979), modifisert for behandling av inneliggende pasienter, og tilpasset målgruppen med anorexia nervosa og bulimia nervosa. Pasientene er involvert i behandling store deler av dagen. Pasientene er med på gruppeterapi i tre former: psykoedukasjonsgruppe, kognitiv gruppeterapi, og kroppsbevissthetsgruppe. I tillegg gis individuell terapi, familierapi, opplæring i ernæring, samt at pasienten følges opp av lege for eventuelle somatiske komplikasjoner av sykdommen (Bowers, Evans og Andersen, 1997).

Hjemmeoppgaver for pasientene

Som en del av den kognitive terapien gjør også pasientene «hjemmelekser» i avdelingen, blant annet får pasienten anledning til å teste ut virkelighetsinnholdet i sine forståelser (Perris, 1989). Pasientene gis oppgaver av ulik vanskelighetsgrad som de skal løse, og dette blir knyttet til aktivitetene i avdelingen (Perris, 1988; Perris et al 1993). Også ved Levanger sykehus er hjemmeoppgaver sentralt i begge seksjonene men

Miljøterapi krever et felles teoretisk grunnlag og enighet i personalgruppen om fremgangsmåte og formål med de enkelte aktivitetene.

pasientens behov for oppfølging varierer (Løvaas & Johansen, 2012).

Ved noen sykehusavdelinger gjennomføres det også videoopptak av de terapeutiske sesjonene for å benytte det i veiledningsøyemed. Slik sikrer man at pasientens problemer og mål for behandlingen blir ivaretatt gjennom oppholdet, samt at pasientene også får veiledning gjennom å se videoopptakene av seg selv (Perris, 1989:105).

Opplæring av personalet

Miljøterapi krever et felles teoretisk grunnlag og enighet i personalgruppen om fremgangsmåte og formål med de enkelte aktivitetene (Bliksted, 2012). Det er derfor viktig med opplæring av alt personale på avdelingen, og at det gis veiledning i arbeidet med kognitiv miljøterapi. Kognitiv miljøterapi kan beskrives som at alle ansatte har en generell kognitiv terapeutisk holdning (Perris, 1989). Det er nødvendig at alle ansatte får anledning til å bli oppmerksom på sine egne holdninger og forventninger til pasientene og deres handlinger (Perris, 1989).

I Umeå ble de ansatte ved avdelingene trent til å tenke i rammeverket av kognitiv terapi når de nærmet seg pasientene og benytte elementære kognitive prinsipper og teknikker for å promotere de miljøterapeutiske prosessene (Perris, 1988). På en avdeling for pasienter med spiseforstyrrelser følges en «comprehensive» modell for kognitiv terapi hvor kognitiv terapi er det organiserende prinsippet for avdelingen. Her har alle ledere, primærterapeuter og andre behandlere opplæring i kognitiv terapi (Bowers, Evans og Andersen, 1997).

Konklusjon

Kognitiv miljøterapi kan enkelt beskrives som det å benytte metoder fra kognitiv terapi i miljøterapi i psykiatriske sykehusavdelinger. Den kognitive miljøterapi innbefatter alt tverrfaglig personale og samtlige aktiviteter og behandlingstilbud som tilbys den enkelte pasient, slik at kognitiv miljøterapi i prinsippet finner sted 24 timer i døgnet. (Bliksted & Bendix, 2003). Ulike modeller for kognitiv miljøterapi i sykehusavdelinger varierer i hvilken grad profesjonsgruppene deltar i den kognitive behandlingen, og hvorvidt kognitiv miljøterapi er primærbehandling eller supplerende behandling. Hovedelementer i kognitiv miljøterapi er at avdelingen har en kontaktperson for hver pasient, at det utarbeides en caseformulering, fokus på sosialisering, organisering av aktiviteter, gruppeundervisning med kognitiv terapi, hjemmeoppgaver for pasientene som utføres i avdelingen med støtte fra miljøpersonalet, samt opplæring av personalet i kognitive prinsipper.

OPPLÆRING: Det er viktig at personalet først får generell opplæring i kognitiv terapi, men også at det gjennomføres veiledning i det daglige arbeidet med kognitiv miljøterapi.



3.2 Hemmere og fremmere i implementering av kognitiv miljøterapi

Flere rapporter og en tidsskriftartikkel presenterer studier av implementeringsprosesser med kognitiv miljøterapi i sykehusavdelinger. Rapportene inneholder både kvalitative og deskriptivt kvantitative data, mens tidsskriftartikkelen presenterer en kvalitativ studie. De resterende artiklene som omhandler implementering av kognitiv miljøterapi er beskrivelser av erfaringer med slik implementering. I det følgende kapittelet presenteres hemmere og fremmere for implementering av kognitiv miljøterapi basert på disse studiene og de beskrivende erfaringsbaserte artiklene.

Implementering av kognitiv miljøterapi i sykehusavdelinger kan gjøres på ulike måter. I litteraturen finnes en rekke eksempler på implementeringsmodeller (Bliksted & Bendix, 2003:9). Implementering av kognitiv terapi som en gjennomgående ideologi i avdelingen kan møte hindringer. I denne delen av rapporten vil vi presentere erfaringer rundt hva som fremmer og hva som hemmer implementering av kognitiv miljøterapi i sykehusavdelinger i psykisk helsevern.

Den deskriptive forskningslitteraturen gir en rekke beskrivelser av hva som er viktig når kognitiv miljøterapi skal implementeres i en sykehusavdeling. Opplæring av personalet, organisatoriske og strukturelle faktorer samt tilpassing til pasientgruppen ser ut til å være de viktigste elementene som avgjør hvorvidt implementering av kognitiv terapi blir vellykket eller ikke.

Opplæring og veiledning av personalet

I alle artiklene som omhandler implementering av kognitiv miljøterapi nevnes opplæring og veiledning av personalet som en viktig fremmer, mens mangel på opplæring og tilstrekkelig veiledning er en hemmer for implementeringen. Det er viktig at personalet først får generell opplæring i kognitiv terapi, men også at det gjennomføres veiledning i det daglige arbeidet med kognitiv miljøterapi.

Litteraturen beskriver ulike opplæringsprogram for personalet som skal benytte kognitiv miljøterapi. Ved Sct.

Den deskriptive forskningslitteraturen gir en rekke beskrivelser av hva som er viktig når kognitiv miljøterapi skal implementeres i en sykehusavdeling.

Hans sykehus i Danmark mottok alle ansatte ved avdelingen et ettårs kurs i kognitiv terapi, samt forløpende trening og veiledning (Lykke et al, 2010). Ved Randers sykehus ble det gitt tilbud om et tredagers grunnkurs i kognitiv miljøterapi til alt personale, samt samarbeidspartnere i bostøtten og

lokalpsykiatrien (Bliksted & Bendix, 2003). I Umeå i Sverige gjennomførte alle ansatte et kurs i kognitiv terapi på 50 timer (Perris et al, 1993). Erfaringene fra flere av artiklene er at det tar tid å lære seg de kognitive teknikkene og forståelsen av grunntrekkene ved metoden. Ved TEDD i Oslo var ledernes erfaringer med kognitiv miljøterapi at det tar tid for personalet å lære seg og skjønne de kognitive teknikkene, slik at bruken av teknikkene varierte mellom de ansatte (Sverdrup et al, 2011). Ved et DPS i Vestfold ble det gjennomført en fagdag om kognitiv terapi, samt undervisning i grunntrekkene i kognitiv terapi (Krogstad & Rui Hansson, 2007). Også her måtte tiden tas til hjelp. Personalgruppen fikk gradvis en felles forståelse som enheten kunne arbeide ut fra og opplevde at de begynte å bruke samme språk til å beskrive problemstilling og behandlingsmetoder (Krogstad & Rui Hansson, 2007).

Innholdet i kurset kan også ha betydning for gjennomføringen av kognitiv miljøterapi. Opplæringen i Umeå fokuserte på viktigheten av å skape en relasjon til pasienten, samt å identifisere kognitive feilslutninger hos personalet som kan hindre deres terapeutiske innsats, slik som overgeneraliseringer, forventninger til pasienter med bestemte diagnoser eller forstørring eller minimering av episoders betydning (Perris et al, 1993). Fordi det er hvordan personalets tanker og meninger uttrykkes gjennom samtale og respons som skaper et miljø, er det viktig at personalet bevisstgjøres sine holdninger, sin ideologi og sitt menneskesyn (Perris et al, 1993).

For å opprettholde den kognitive miljøterapeutiske grunnstrukturen er det nødvendig å videreutvikle kunnskap og ferdigheter (Sverdrup et al, 2011). Påfyll av kunnskap i alle ledd av organisasjonen kan være avgjørende. Det

kan være behov for kunnskap utover innføringskurs, samt at medarbeidere med ytterligere kompetanse (påbyggede kurs i psykoseproblematikk) kan ha lettere for å komme i gang med kognitiv terapi (Løvaas & Johansen, 2012). I TEDD fikk alle ansatte tilbud om videreutdanning i kognitiv terapi, fagdager og jevnlig veiledning (Borge et al, 2012). Å ha et arbeidsmiljø som fremmer læring og hvor de ansatte kan lære av hverandre gjennom veiledning og praktiske øvelser ble fremhevet som viktig i TEDD (Borge et al, 2012).

Veiledning i det daglige arbeidet er viktig for implementeringen av kognitiv miljøterapi. Psykoedukasjonsgrupper kan bidra til implementeringen av kognitiv miljøterapi fordi kursledere jobber mer kognitivt med pasienten i det daglige og veileder annet personale (Løvaas & Johansen, 2012). Gruppene kan også benyttes til opplæring av ansatte gjennom at de er observatører på gruppene (Løvaas & Johansen, 2012). Mangel på veiledning i det daglige arbeidet på avdelingen blir er hinder for implementering av kognitiv miljøterapi (Sverdrup et al, 2011). Turnusarbeid ble av noen opplevd å hindre deltakelse i undervisning og veiledning (Borge et al, 2012). Ved Randers sykehus i Danmark ble det tatt hensyn til dette gjennom at implementeringsprosessen tok utgangspunkt i lokale krefter i avdelingen slik at man kunne få tilgang på veiledning på et tidlig tidspunkt hvis det skulle oppstå problemer (Bliksted & Bendix, 2003). En person fra personalgruppen skulle frikjøpes og få ytterligere opplæring slik at vedkommende kunne bli en daglig støtteperson. Personalet fikk videre tilbud om to former for veiledning av avdelingens psykolog: prosjektveiledning og kognitiv caseveiledning. Personalet mottok 15 timer prosjektveiledning, samt 9 timer kognitiv caseveiledning i prosjektperioden (Bliksted & Bendix, 2003:13). Det ble også avtalt en oppfølgende undervisningsdag et år etter til nytt personale. Veiledningsproblematikken ble etter hvert mer sofistikert (Bliksted & Bendix, 2003).

En engelsk artikkel har beskrevet et program for opplæring i kognitiv terapi som ble gitt til alle ansatte ved syv psykiatriske akuttavdelinger i London (McCann og Bowers, 2005). Målet med opplæringen var å gi sykepleiere en mulighet til å inkorporere teknikker for kognitiv terapi inn i det daglige arbeidet med pasientene; at de skulle få et teoretisk og praktisk rammeverk for deres terapeutiske interaksjon med pasientene (McCann & Bowers, 2005:217). På kun to av de sju avdelingene kunne man si at prosjektet var en suksess på lang sikt. Det var hemmende for implementeringen at avdelingene ikke hadde en struktur som tillot de ansatte å delta på opplæringstilbudet, og at ledelsen ikke var tilstrekkelig involvert i implementeringen. I tillegg var det en utfordring at det var hyppige utskiftninger i personalgruppen (McCann & Bowers, 2005). Også Bliksted (2012) har beskrevet hvordan det er en utfordring å fastholde et ensartet kognitivt miljøterapeutisk tilbud. Personalutskiftninger, oppbakking fra ledelsen, veiledning- og videreutdanningsmuligheter spiller alle en rolle i implementeringen (Bliksted, 2012).

Kognitiv miljøterapi krever en spesiell kompetanse, og det har vært diskusjon om i hvilken grad alle yrkesgrupper kan utøve terapien. Majoriteten mener nå at sykepleiere og andre ansatte kan bruke de kognitive verktøyene på linje med psykologer og psykiatere (Turkington & McCenna, 2003). Miljøterapeuter bør få tilbud om opplæring i grunnleggende kognitiv terapi og innføring i miljøterapi, og må tørre å bruke seg selv som et terapeutisk instrument. Regelmessig utdanning for hele personalgruppen har vært en forutsetning for suksessen i Danmark (Oestrich & Holm, 2001). Det bør tilrettelegges for kontinuerlige diskusjoner mellom behandlingsteamene og det øvrige miljøpersonalet. Det kan også være nyttig at samarbeidspartnere får innblikk i den kognitive terapiformen. Bowler m.fl. (1993) beskriver hvilken rolle sykepleiere kan ha i innføringen av kognitiv miljøterapi på en avdeling. Sykepleieren kan ha en viktig rolle både rettet mot å gi pasienten kognitiv miljøterapi og i innføringen av kognitiv miljøterapi på avdelingen. Sykepleierne kan hjelpe individer til å begynne å gjenkjenne og endre negative mønster for tenking og handling. Alle sykepleiere som arbeider i et kognitivt miljø trenger å tilegne seg tilstrekkelig kompetanse på teori og metode om kognitiv terapi, slik at de kan støtte arbeidet til primærterapeutene. Sykepleiernes tilgang til pasientene i det daglige gir dem en unik posisjon for å hjelpe

For å opprettholde den kognitive miljøterapeutiske grunnstrukturen er det nødvendig å videreutvikle kunnskap og ferdigheter.

pasientene til å forstå og utføre kognitiv terapi i sykehusmiljøet. Det er derfor ikke tilstrekkelig at sykepleierne får en generell opplæring. De må også delta i didaktisk kursvirksomhet, få observere erfarne terapeuter og motta veiledning i avdelingen for å mestre kognitiv terapi (Bowler et al, 1993). Det kan også være en prosjektsykepleier som tar ansvaret for implementeringen av den kognitive miljøterapien (Bliksted & Bendix, 2003:17-21).

Organisatoriske faktorer

Flere organisatoriske faktorer ser ut til å påvirke hvorvidt implementering av kognitiv miljøterapi blir vellykket eller hindret. For det første ser det ut til at det er nyttig å ha en plan for implementeringen. Wright et al (1993b) beskriver en ni-steps modell for implementering av kognitiv terapi i døgnavdeling, argumenter for å starte en kognitiv terapi-avdeling samt et eksempel på en tidsplan for planleggingen av implementeringen. Bliksted & Bendix (2003) beskriver implementeringsprosessen for kognitiv miljøterapi ved et åpent psykiatrisk avsnitt i Randers kommune i Danmark. Planleggingen ved denne enheten innebar at det før implementeringsprosjektet ble igangsatt ble utarbeidet en miljømanual som inneholdt en operasjonaliserende beskrivelse av aktivitetene i avdelingen. Manualen ble lagt inn på alle pasientrom og plassert på sentrale steder på avdelingen. Redskaper (skjemaer) utarbeidet til denne bruk var problemliste, mål og delmål, ukeskjema, dagsplan, og rollefordeling (Bliksted & Bendix, 2003:10). Hver av pasientene fikk videre utlevert en mappe hvor oppdaterte behandlingsplaner fortløpende ble satt inn.

Det ser også ut til at en gradvis implementering av kognitiv miljøterapi er en fordel for å få med både ledelse og personale i prosessen. Ved Sct. Hans sykehus i Danmark ble kognitiv miljøterapi implementert ved enheten over en periode på fem år (Lykke et al, 2010). Også ved et DPS i Vestfold gikk implementeringen av kognitiv miljøterapi gradvis. Det startet med at en psykiatrisk sykepleier begynte på kurs i kognitiv terapi. Dette gjorde resten av personalet samt pasientene interessert i metoden, og flere ansatte utdannet seg innenfor feltet (Krogstad & Rui Hansson, 2007).

Kognitiv miljøterapi krever en spesiell kompetanse, og det har vært diskusjon om i hvilken grad alle yrkesgrupper kan utøve terapien.

En planmessig og tidkrevende implementering krever tilstrekkelig infrastruktur og ressurser i organisasjonen (Lykke et al, 2010). For å etablere et behandlingsmiljø preget av kognitiv miljøterapi kreves det både administrativ oppbakking og veiledning av de ansatte. Det er der-

for viktig at lederes på avdelingen støtter opp om den kognitive tilnærmingen (Bowler et al, 1993; Wright, 1996; McCann & Bowers, 2005). Det kan være utfordringer knyttet til å skulle jobbe tverrfaglig også på avdelinger med kognitiv miljøterapi. Spesielt kunne miljøterapeutene oppleve at behandlerne ikke forstod hvor krevende det var å være i miljøet åtte timer hver dag (Borge et al, 2012). Utfordringer ble også knyttet til den travle hverdagen på arbeidsplassen og at praktiske oppgaver tok mye tid som ellers kunne vært brukt på den kognitive miljøterapien. For å opprettholde det gode læringsklimaet brukte både lederne og behandlerne tid i miljøet for å støtte opp under miljøterapeutenes arbeid (Borge et al, 2012).

Det ser også ut til å være viktig for en god implementering at man har en stabil personalgruppe (Wright, 1996; McCann & Bowers, 2005). Dette blir spesielt viktig for å ivareta effektene fra opplæringen av personalet.

Tilpasning til pasientgruppen

En utfordring i implementeringen av kognitiv miljøterapi er å tilpasse behandlingen til pasientenes behov og utfordringer. Det må legges opp til en svært individuelt tilpasset terapi på avdelingen grunnet stort sprik i pasientenes funksjonsnivå (Krogstad & Rui Hansson, 2007). Wright (1996) skisserer muligheten av å selektere pasienter som kan ha nytte av kognitiv terapi til avdelingen, men påpeker at disse kriteriene sjelden eller aldri er til stede (Wright, 1996:212). For å kunne benytte kognitiv terapi i en døgnavdeling, må terapien tilpasses tilstanden til pasientene, diagnoser og lenge på oppholdet.

Bowler m.fl. (1993) beskriver hvordan sykepleieren kan være en «med-terapeut» som den som har kontakt med pasienten gjennom døgnet. Sykepleieren bør ha individuelle møter med pasienten hver dag for å følge opp hjemmearbeidet og pasientens utvikling. Sykepleieren kan bidra til at pasienten får oppgaver som er tilpasset pasientens energinivå og evne til konsentrasjon og abstrakt tenking. Kontaktsykepleieren kan gi behandlingsteamet observasjoner rundt pasientens evne til å gjennomføre kognitiv terapi «in vivo». Kontaktpersonen/sykepleieren har også en viktig oppgave i å oppmuntre pasienten til å ta aktivt del i sin egen behandling, samt bidra til revisjon av pasientens omsorgsplan (Bowler et al, 1993).

Det kan også være en utfordring å gjennomføre den kognitive terapien med pasienter med lese- og skrivevansker eller minoritetsspråklige pasienter (Krogstad & Rui Hansson, 2007:12). Pasienter som i hovedsak ønsket omsorg var vanskelige å motivere til å jobbe med selvregistrering og hjemmeleker. Motivasjon og vilje er nødvendig for å oppnå et ønsket resultat (Krogstad & Rui Hansson, 2007).

Konklusjon

Erfaringer med implementering av kognitiv miljøterapi viser at faktorer som fremmer slik implementering er opplæring og påfølgende veiledning av personalet, gradvis implementering, god planlegging både av implementeringsprosessen og av organiseringen av den kognitive miljøterapien, utarbeiding av redskaper (skjemaer, planer og pasientinformasjon) for gjennomføring, samt tilpasninger til pasientenes behov.

3.3 Hva vet vi om brukere og tjenesteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi?

Det fins få studier rundt brukeres og tjenesteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi. Flere artikler omhandler tjenesteyteres erfaringer, men disse er primært beskrivende artikler som tar for seg forfatterne egne erfaringer med implementering av kognitiv miljøterapi i den sykehusavdelingen de selv jobber i. I det følgende vil vi presentere funn fra artikler som tar for seg beskrivelser av brukeres erfaringer, samt artikler som tar for seg tjenesteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi.

Det ser ut til at en gradvis implementering av kognitiv miljøterapi er en fordel for å få med både ledelse og personale i prosessen.

Brukeres erfaringer med kognitiv miljøterapi

Det fins få studier av pasienters erfaringer med kognitiv miljøterapi. To danske studier har gjennomført spørreskjemaundersøkelser av pasientenes erfaringer med å være innlagt i en avdeling som gjennomfører kognitiv miljøterapi. En rapport fra 2003 målte pasientenes erfaringer med implementeringen av kognitiv miljøterapi gjennom to spørreskjema: amtets pasienttilfredshetsspørreskjema og et supplerende spørreskjema om miljøterapeutiske aktiviteter. Begge skjemaene ble fylt ut ved pasientens utskrivelse. Studien viser en tendens til at pasientene hadde oppnådd en større, mer nyansert og handlingsorientert viten om formålet med de forskjellige miljøterapeutiske aktivitetene (Bliksted & Bendix, 2003).

En annen dansk studie fant at pasientene var generelt tilfredse med det kognitive behandlingsmiljøet (Lykke, Austin & Oestrich, 2007). Målingene av pasientenes oppfattelse av miljøet ga høye svar på spørsmål om støtte og programklarhet, moderat i involvering, spontanitet, autonomi, programstruktur, praktiske ferdigheter og personlige problemer, og lavt i uttrykk av aggresjon og personalets kontroll.

I en kvalitativ intervjustudie som ble gjennomført som del av en evaluering av Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose (TEDD) i Oslo, var pasientene lite opptatt av å fortelle om de hadde mottatt kognitiv miljøterapi, eller de var usikre på hva det var (Sverdrup et al, 2011). Noen synes det hadde vært nyttig å lære kognitive teknikker. En av pasientene synes det var vanskeligere å være sammen med personalet på TEDD enn på andre institusjoner fordi «alle skulle være psykologen din», og han følte seg for mye observert (Sverdrup et al, 2011). I sluttrapporten fra TEDD ble det konkludert med at pasientene hadde uttrykt at et godt samarbeid med

terapeutene og medvirkning i egen behandling opplevd var positivt (Borge et al, 2012). Den gode relasjonen gjennom kognitiv miljøterapi omhandlet å bli møtt individuelt, fleksibelt, seriøst og likeverdig. Pasientene erfarte struktur og forutsigbarhet gjennom sin egen kognitive plan og uketimeplan (Borge et al, 2012). For noen pasienter fungerte terapien som et verktøy de kunne bruke i konkrete situasjoner, og dette bidro til å bryte opplevelsen av håpløshet. For andre var det en utfordring å forstå terapiformen fordi den innebar for mye tenking og for lite praksis. For mange pasienter betød den fysiske aktiviteten i behandlingen mye. Et annet element som var viktig for pasientene var fellesskapet de opplevde i gruppetilbudet (Borge et al, 2012).

Tjenesteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi

Også tjenesteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi er lite utforsket. Mange av artiklene som er nevnt i denne rapporten gir beskrivelser av erfaringer med kognitiv miljøterapi, uten å vise til forskningsbasert empiri. Her presenteres to kvalitative studier, en spørreskjemastudie, samt noen deskriptive arbeider om tjenesteyternes erfaringer.

To rapporter ble skrevet rundt erfaringer med kognitiv miljøterapi i TEDD (Sverdrup, Borge, Angell & Fyrand, 2011; Borge, Sverdrup, Angell & Fyrand, 2012). Flere av behandlerne beskrev at de benyttet en eklektisk metode der kognitiv terapi var et verktøy som ble benyttet der det var hensiktsmessig. Miljøterapeutene opplevde at de gradvis lærte seg å tenke kognitivt i måten de stilte spørsmål på. Flere sa at det var vanskelig å få til kognitiv miljøterapi i det daglige arbeidet (Sverdrup et al, 2011). Dette så ut til å endre seg etter hvert som erfaringene ble flere og kognitiv miljøterapi gradvis ble implementert som en helhetlig ideologi (Borge et al,

2012). Arbeidet med kognitiv miljøterapi ga større egenaktivitet og selvstendighet i arbeidet overfor pasientene, og resultatet var større trygghet til å gå inn i pasientsituasjonene (Sverdrup et al, 2011). Selv om de fleste miljøterapeutene mente at kogni-

For noen pasienter fungerte terapien som et verktøy de kunne bruke i konkrete situasjoner, og dette bidro til å bryte opplevelsen av håpløshet.

tiv miljøterapi var godt egnet for pasientgruppen med dobbeltdiagnose, opplevde de samtidig at de ikke hadde nok kompetanse til å bruke kognitiv miljøterapi på en så utfordrende pasientgruppe. Det kunne også være en utfordring å benytte de kognitive skjemaene med pasienter som hadde dårlig konsentrasjonsevne (Borge et al, 2012). Tilpasning til den enkelte pasient var viktig. De fleste ansatte mente at metoden kunne tilpasses til avdelingens pasientgruppe, men at det måtte tas hensyn til pasientenes kognitive evner. Fysisk aktivitet var en viktig del av behandlingsopplegget og de ansatte opplevde at pasientene deltok mer i aktivitetene enn i undervisningstilbudet. Erfaringene med fysisk aktivitet var at det utfylte kognitiv miljøterapi godt (Borge et al, 2012).

I spørreskjemastudien i Bliksted og Bendix sin rapport fra Danmark opplevde personalet dobbeltarbeid i den første prosjektperioden (Bliksted & Bendix, 2003). I takt med at behandlingsplanens skjemaer kom i bruk, ble annen rapportering redusert, og personalet ble i økende grad oppmerksomme på arbeidsfordeling og presisering av hver pasients behandlingsplan med hensyn til pasientens situasjon (Bliksted & Bendix, 2003). Implementeringsprosessen fikk de ansatte til å utvikle sin forståelse av hva kognitiv miljøterapi er, slik at den matcher beskrivelsene i miljømanualen. Personalet har slik fått en ensartet forståelse av formålet med avdelingens miljøterapeutiske aktiviteter. Man har videre forlatt idealet om en felles basisplan til fordel for en mer individuell tilnærming. Personalet opplevde at de hadde fått et brukbart verktøy, som bidrar til at både pasienter og behandlere vet hva man arbeider mot. Dette skaper raskere en god allianse. Arbeidsskjemaene gir konkrete anvisninger til hvordan man arbeider som kontaktperson på avdelingen (Bliksted & Bendix, 2003:14-16).

Personalets erfaringer med pasientenes nytte av kognitiv miljøterapi var at pasienten ble mer fokusert på sine problemer og brukte tiden i enheten mer effektivt til behandling (Krogstad & Rui Hansson, 2007). Gjennom bruk av redskaper som sokratisk utspørring, fokus på sterke sider og ressurser, informasjon og kartlegging av automatiske tanker, leveregler, kognitivt kontinuum og rollespill, opplevde de ansatte at det skjedde

en endring i pasientenes måte å bruke avdelingen på (Krogstad & Rui Hansson, 2007). Flere av pasientene hadde gitt uttrykk for at de opplevde bedre mestring av vanskelige situasjoner. Ved seksjon for allmennpsykiatri ved sykehuset i Levanger var erfaringen at det var mulig å oppnå engasjement hos pasienten i løpet av få undervisningstimer (Løvaas & Johansen, 2012). Ved seksjon for psykoser var det nødvendig å bruke lengre tid både i undervisning og hverdagssituasjoner for å få personer med alvorlige



FYSISK AKTIVITET i behandlingen betyr mye for mange pasienter.

psykiske lidelser til å se nytten i denne metoden, men erfaringene fra Levanger var likevel at kognitiv miljøterapi også kan fungere når pasienten ikke mottar behandling frivillig (Løvaas & Johansen, 2012:19).

Konklusjon

Det fins få studier som omhandler brukeres erfaringer med kognitiv miljøterapi. Studiene som det er referert til i denne rapporten indikerer at brukerne opplever støtte og nytte av å lære teknikkene, men også at det kan oppleves som vanskelig at alt personale skal ha en behandlerfunksjon mot den enkelte pasient. Tjenestepersonalets erfaringer antyder at de syns kognitiv miljøterapi er positivt for behandlingsmiljøet, men at implementeringsprosesser kan være krevende.

3.4 Hva sier forskningen om effekt av kognitiv miljøterapi?

Forskning på effekter av kognitiv miljøterapi er sparsom. I denne litteraturgjennomgangen fant vi seks effektstudier som er gjennomgått med vurderingsverktøyet MMAT (se vedlegg 1). Vi fant ingen oppsummerende studier. Studiene var alle kvantitative studier med målinger på ett enkelt tidspunkt, eller som bestod av en longitudinell studie som på en rekke variabler fulgte en gruppe pasienter som hadde mottatt kognitiv miljøterapi. Kun en av studiene sammenlignet effekten av kognitiv miljøterapi med en gruppe pasienter som ikke hadde mottatt slik behandling (Svensson & Hansson, 2000). Kvaliteten på studiene var god, men det er vanskelig å generalisere ut fra resultatene på grunn av størrelsen på studiene.

Noen empiriske undersøkelser av effekter av kognitiv miljøterapi på psykotiske pasienter viser positive funn (Svensson & Hansson, 1999; McCann, 2001). Svensson og Hansson (2000) gjennomførte en longitudinell studie av personer med

schizofreni som mottok kognitiv miljøterapi. Deres resultater indikerte at kognitiv terapi hadde en effekt på global fungering, livskvalitet og hovedbekymringer etter 24 måneder. Derimot hadde behandlingen liten effekt på symptomer, og ingen signifikant effekt på selvrapporterte symptomer. I en annen del av studien gjorde Svensson og Hansson (2000) en sammenligning mellom pasientgruppen som hadde mottatt kognitiv

Arbeidet med kognitiv miljøterapi ga større egenaktivitet og selvstendighet i arbeidet overfor pasientene, og resultatet var større trygghet til å gå inn i pasientsituasjonene.

miljøterapi og en matchet gruppe fra en annen behandlingsinstitusjon. Pasientene som hadde mottatt det kognitive tilbudet hadde en reduksjon i bruken av døgntilbud to år etter behandling, mens kontrollgruppen hadde en økning i pasientdøgn i døgnavdeling. Signifikant flere pasienter i kognitiv terapigruppen hadde uavhengige boforhold enn i sammenligningsgruppen (Svensson & Hansson, 2000).

Også i en dansk studie ved Sct. Hans Psykiatriske senter ble effekt av kognitiv miljøterapi i en gruppe innlagte pasienter med dobbeltdiagnose utforsket (Lykke et al, 2010). Studien så på utkomme av kognitiv miljøterapi i en hverdagslig klinisk setting. Kognitiv miljøterapi var her en integrert behandling basert på prinsipper fra kognitiv atferdsteori, med et gjennomgående fokus på psykisk sykdom og rusmisbruk. Inklusjonskriteriene til studien var at pasienten skulle ha en dobbeltdiagnose, definert som minst en rusdiagnose (F10-F19) og en psykiatrisk diagnose for schizofreni eller stemningslidelse (F20-F39.99), innenfor ICD-10 diagnosekriteriene. Eksklusjonskriterier til studien var organisk hjerneskade eller tvangsinneleggelse. Av 165 mulige deltakere ble 136 inkludert i studien (Lykke et al, 2010). 102 pasienter fullførte behandlingen. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de som fullførte behandlingen og de som droppet ut med unntak av grad av fornøydhet med behandlingen etter en måned. Pasientene viste signifikant reduksjon i grad av psykopatologi, og økt funksjon etter behandling. Pasientene rapporterte også bedring i angstnivå, depressive symptomer og selvfølelse etter behandlingen. 65 prosent hadde ingen utslag på målinger av rusmisbruk den siste måneden før utskriving, og 9 prosent hadde redusert misbruk. Resultatene indikerer at pasienter som fullførte behandlingen fikk signifikant reduksjon i psykopatologi og rusmisbruk (Lykke et al, 2010). 70

De studiene vi har identifisert antyder en effekt av kognitiv miljøterapi på global fungering og livskvalitet, reduksjon i grad av psykopatologi, økt funksjon, bedring i angstnivå, depressive symptomer og selvfølelse etter behandlingen.

prosent av pasientene fullførte behandlingen, noe som er relevant å merke seg for denne pasientgruppen. Dette kan handle om bruken av motivasjonsstrategier gjennom behandlingen og aktiv dialog med pasienten ved problemer. Samtidig beskriver samme forskergruppe i en annen del av studien at selv om

kognitiv miljøterapi kan ha en effekt på graden av av fullføring av behandling for pasienter med dobbeltdiagnose, ble det ikke funnet noen signifikante prediktorer på fullføring av behandling eller oppnådd rusfrihet (Hesse, Austin, Lykke & Oestrich, 2009).

En annen effekt som kan måles fra kognitiv miljøterapi er nedgangen i tvangshendelser. I en review-artikkel om bruk av mekaniske tvangsmidler finner Bak et al (2012) flere artikler som refererer til at implementering av kognitiv miljøterapi reduserer antallet episoder med mekanisk tvang. En av disse artiklene er Lykke et al (2008), som viser at antallet personer som opplevde tvang falt til ca. en tredjedel fra 2002 til 2005, etter innføring av kognitiv miljøterapi på en avdeling. Antallet tvangsfikseringer falt markant fra 127 i 2002 til fem i 2005. Frekvensen av tvangsmedisinering falt fra 446 episoder i 2002 til seks i 2005. Det var ingen signifikant endring i antall tilbakeholdelser. Intervensjonene skjer også i mindre grad gjentakende for den enkelte pasient (Lykke et al, 2008:341). Analyser med logistisk regresjonsanalyse viser også et fall i prosentandelen pasienter som har vært utsatt for tvang. Den manglende tilbakegang i antallet tilbakeholdelser fortolkes i lys av at innføringen av kognitiv miljøterapi kan ha ført til en mer aktiv holdning til pasientene, som kan ha ført til at man tilbakeholder flere pasienter som man vurderer som en risiko for seg selv (Lykke et al, 2008). De demografiske variablene, samt personalnormeringen ikke har endret seg signifikant før og etter innføringen av kognitiv miljøterapi.

En nederlandsk studie fra sikkerhetspsykiatrien fant positive effekter av kognitiv miljøterapi som en del av en helhetlig behandling på depresjon, mistillit, fiendtlighet, dissosiasjon, neurotisme, sosial fungering, egoisme, sinne og angst (Timmerman og Emmelkamp, 2005). Målet med behandlingen var å redusere risikoen for gjentakelse av kriminalitet gjennom å bedre mestringsevne, redusere mistillit, fiendtlighet, sinne og aggresjon, øke

sosiale ferdigheter og selvtillit, og forbedre velvære (Timmerman og Emmelkamp, 2005).

En norsk følgeevaluering av Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD) målte effekten av behandlingsopplegget på TEDD til å gi en signifikant bedring i grad av depresjon, angst og psykologisk stress (Borge m.fl., 2012). Det var ingen forskjell i bedringsnivå basert på diagnose. Det var heller ingen effekt på liggetid. Målingene ble gjort på en gruppe med 69 pasienter av 98 pasienter innlagt i samme tidsrom. Frafallet mellom første og andre måling ble oppgitt å være på rundt 50 prosent, noe som gjør det vanskelig å beregne signifikante bedringsskårer.

Enkelte andre artikler rapporterer også om effekter av kognitiv miljøterapi. Flertallet av artiklene som ble identifisert i denne litteraturgjennomgangen er artikler som beskriver forfatterne egne erfaringer med kognitiv miljøterapi på den avdelingen hvor de selv har sitt arbeid. En av de tidligste beskrivelsene er Perris sine beskrivelser av Divisjon for psykiatri i Umeå (Perris, 1988). Her ble det kognitive psykoterapeutiske rammeverket introdusert i en av to akuttavdelinger i september 1983, mens en annen avdeling ble brukt som kontroll. Den andre avdelingen innførte kognitiv miljøterapi i 1984 etter å ha vært kontrollenhet i en ni måneders studie. Ved målingenes slutt hadde KMT-avdelingen noe kortere liggetid enn kontrollavdelingen (13 vs. 16,9 døgn). Utgifter til medisiner var også lavere i KMT-avdelingen, samt at KMT-avdelingen hadde 2.843 polikliniske behandlinger mot 2.549 polikliniske behandlinger i kontrollavdelingen. Disse funnene blir av forfatterne tolket som mulige indikatorer på en positiv effekt av det nye teoretiske rammeverket i KMT-avdelingen (Perris, 1988). Samtidig kan det argumenteres for at tidsaspektet på ni måneder gjør det vanskelig å si noe om effektene siden andre studier antyder at reell implementering kan ta lang tid.

Andre erfaringsbaserte beskrivelser av effekter peker på at avdelingen kan få et bedre tverrfaglig samarbeid, bedre utnyttelse av ulike faggruppers ressurser, at det har blitt større helhet i behandlingen, at de har etablert et felles språk og et mer tydelig og realistisk ambisjonsnivå, samt bedre dokumentasjon på behandlingseffekt (Oestrich & Holm, 2001). I tillegg beskrives det organisatoriske forbedringer (Fredheim, 2009:163). På Levanger sykehus ble det erfart tre typer endringer som følge av implementeringen av KMT: Pasientenes mulighet for selvstendighet og delaktighet i behandlingen økte; endringsperspektivet fikk et sterkere fokus i avdelingen slik at pasientene kunne foreta avgjørende endringer i sin være- og tenkemåte; og mens man tidligere hadde som mål å fjerne symptomer og plager tenker de nå at ubehag kan dempes og håndteres mer hensiktsmessig av pasienten selv (Løvaas & Johansen, 2012). Også her ble det opplevd som en effekt av kognitiv miljøterapi at det ga en felles plattform som lar pasientene beskrive sin situasjon i et språk som personalet forstår.

Konklusjon

Flere enkeltstudier er gjennomført for å måle effekten av kognitiv miljøterapi, men i denne litteraturgjennomgangen fant vi ingen oppsummerende studier av effekten. De studiene vi har identifisert antyder en effekt av kognitiv miljøterapi på global fungering og livskvalitet (Svensson & Hansson, 2000), reduksjon i grad av psykopatologi, økt funksjon, bedring i angstnivå, depressive symptomer og selvfølelse etter behandlingen (Lykke et al, 2010; Timmerman & Emmelkamp, 2005). Kognitiv miljøterapi kan også ha en effekt på bruken av mekaniske tvangsmidler (Lykke et al, 2008).

4 Konklusjon

Denne kunnskapssammenstillingen baserer seg på søk rundt begrepet kognitiv miljøterapi i skandinaviske og engelskspråklige forskningsdatabaser. 32 unike publikasjoner ble identifisert.

Med grunnlag i denne litteraturen kan man definere kognitiv miljøterapi som det å ha kognitiv terapi som en hovedideologi i avdelingen slik at alt personale på avdelingen arbeider ut fra kognitive prinsipper i den daglige miljøterapien. Gjennom opplæring settes miljøpersonalet i stand til å bidra med kognitiv terapi i hverdagssituasjoner i avdelingen. Samtidig er det ikke entydig definert hva som skal til for å kalle en avdelings praksis for kognitiv miljøterapi. Ifølge modellene for kognitiv terapi i sykehusavdelinger fins det ulike grader av kognitiv tilnærming. Også gjennom kontakten med fagmiljøet ble det påpekt at det er uenighet rundt hva som kalles kognitiv miljøterapi. Mens enkelte ønsker et utvidet begrep rundt kognitiv miljøterapi, påpeker andre at det engelske begrepet «inpatient cognitive therapy» er noe annet enn kognitiv miljøterapi. Det ser dermed ut til at det pågår en diskusjon rundt hvordan kognitiv miljøterapi skal defineres. Dette har også implikasjoner for forskning på feltet, og det fremstår som meget viktig i implementeringen av tiltak og i gjennomføringen av forskningsstudier at det gis en grundig definisjon av de tiltak som skal gjennomføres innenfor begrepet kognitiv miljøterapi. Også i arbeidet med denne litteraturgjennomgangen har det vært en utfordring å fortolke hvorvidt studiene eller tiltakene som beskrives faktisk har gjennomført kognitiv miljøterapi eller om det som beskrives er kognitiv terapi som behandling innenfor en døgnavdeling med miljøterapeutiske aktiviteter.

Erfaringer med implementering av kognitiv miljøterapi viser at faktorer som fremmer slik implementering er opplæring og påfølgende veiledning av personalet, gradvis implementering, god planlegging både av implementeringsprosessen og av organiseringen av den kognitive miljøterapien, utarbeiding av redskaper (skjemaer, planer og pasientinformasjon) for gjennomføring, samt tilpasninger til pasientenes behov.

I avdelinger som har implementert kognitiv miljøterapi antyder deskriptive artikler at brukes og tjenesteteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi er gode. Det fins likevel lite forskningsbasert kunnskap om dette. Det fins få studier som omhandler brukeres erfaringer med kognitiv miljøterapi. Studiene som det er referert til i denne rapporten indikerer at brukerne opplever støtte og nytte av å lære teknikkene, men også at det kan oppleves som vanskelig at alt personale skal ha en behandlerfunksjon mot den enkelte pasient. Tjenestepersonalets erfaringer antyder at de synes kognitiv miljøterapi er positivt for behandlingsmiljøet men at implementeringsprosesser kan være krevende.

Det er også gjort få effektstudier av kognitiv miljøterapi, men de studiene vi har identifisert indikerer en effekt av kognitiv miljøterapi på global fungering og livskvalitet (Svensson & Hansson, 2000), reduksjon i grad av psykopatologi, økt funksjon, bedring i angstnivå, depressive symptomer og selvfølelse etter behandlingen (Lykke et al, 2010; Timmerman & Emmelkamp, 2005). Kognitiv miljøterapi kan også ha en effekt på bruken av mekaniske tvangsmidler (Lykke et al, 2008).

Selv om flere studier peker mot gode effekter av kvalitativ miljøterapi, har studiene som er gjort en svakhet: De studerer enkeltavdelinger, og sammenligner i liten grad pasientgrupper. Det kan være problematisk å gjennomføre studier av kognitiv terapi i døgnavdelinger fordi det kan være vanskelig å få gjennomført studier med kontrollgruppe i samme sykehus eller avdeling, fordi man vanskelig kan vite at behandlingen blir gitt kun til visse grupper av pasientene (Wright, 1996:220). En annen svakhet er at det er en tendens i effektundersøkelser å fokusere på den kognitive psykoterapi under innleggelsen, og ikke vurdere de miljøterapeutiske aktivitetene (Bliksted & Bendix, 2003). Studier med døgnpasienter har tidligere vært begrenset til å måle effekten av å gi individuell kognitiv terapi som et tillegg til annen behandling (Wright, 1996:218). Det er meget komplisert å måle effekten av kognitiv miljøterapi på grunn av alle variablene man skal ta høyde for: personalsammensetning, grad av utdanning i metodene, hvilke metoder som anvendes, veiledningstilbud, personalutskiftning,

oppbakking fra ledelsen, en heterogen pasientgruppe og forskjellige innleggelseslengder (Bliksted, 2012). Det er vanskelig å si om det er den kognitive miljøterapien eller andre deler av behandlingen som virker når man har mange behandlingsformer samtidig i en avdeling (Svensson og Hansson, 1999).

Gjennomgangen med MMAT viser at det er mangel på studier av kognitiv miljøterapi. Kun en kvalitativ studie ble funnet i et fagfellevurdert tidsskrift, og denne er gjennom MMAT vurdert til å ha lav kvalitet (McCann & Bowers, 2005). De seks kvantitative deskriptive studiene er alle vurdert til å ha god kvalitet, mens sammenligningen mellom en gruppe pasienter som mottok kognitiv miljøterapi og en sammenlignbar gruppe pasienter kan sies å ha middels kvalitet (Svensson & Hansson, 2000). Det ble ikke funnet noen randomiserte kontrollerte studier eller metaanalyser. Ut fra artikkelgjennomgangen med MMAT kan vi konkludere at det er behov for flere studier om kognitiv miljøterapi. Både randomiserte studier av effekter og kvalitative studier av brukeres og tjenesteyteres erfaringer med kognitiv miljøterapi bør gjennomføres før vi kan konkludere ytterligere om fordeler og ulemper med denne tilnærmingen i behandlingen i psykisk helsevern.

5 Referanser

- Bak, Jesper; Brandt-Christensen, Mette; Sestoft, Dorte Maria; Zoffmann, Vibeke** (2012) Mechanical Restraint-Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint?-A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48 (2): 83-94
- Bliksted, Vibeke Fuglsang** (2012) Kognitiv miljøterapi. Kap.17. I: Arendt, M & Rosenberg, N.K: Kognitiv terapi. Nyeste utvikling. Hans Reitzels forlag.
- Bliksted, Vibeke Fuglsang** (2005) Kognitiv miljøterapi. I: Mørch, M. & Rosenberg, N. (red) Kognitiv terapi. Modeller og metoder. Hans Reitzels forlag.
- Bliksted, Vibeke Fuglsang & Bendix, S.** (2003) Implementering af kognitiv miljøterapi : Et pilotprosjekt. Rapport. Aarhus universitet.
- Borge, L.; Sverdrup, S., OH Angell, L Fyrand** (2012) Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose (TEDD): -en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring? Rapport 2012/7. Diakonhjemmet høyskole, Oslo.
- Bowers, WA; Evans, K; Andersen, AE** (1997) Inpatient treatment of eating disorders: A cognitive therapy milieu. *COGNITIVE AND BEHAVIORAL PRACTICE*. Vol 4 (2):291-323
- Bowler, Kathleen A; Moonis, Lisa J; Thase, Michael E.** (1993) The role of the nurse in the cognitive milieu. I: Wright, Jesse H [Ed]; Thase, Michael E [Ed]; Beck, Aaron T [Ed]; Ludgate, John W [Ed]. (1993). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. (pp. 247-270). xv, 445 pp. New York, NY, US: Guilford Press; US.
- Forsyth, A., Weddle, R., Drummond, A & Mann, S.** 2008 Implementing cognitive behavior therapy skills in adult acute inpatient settings. *Mental health practice* 11 (5): 24-37.
- Foucault, M. (1961) *Galskapens historie*.
- Fredheim, Kjersti N.** (2009) Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 46, 2:161-167
- Hallberg, M., Ørbeck, A.L.** (2006) Kognitiv terapi gir gode resultater. *Sykepleien* nr. 11/2006.
- Hesse, Austin, Lykke & Oestrich** (2009) Predictors of completing treatment and achieving abstinence during inpatient dual diagnosis treatment. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 2, 182-190.
- Krogstad & Rui Hansson** (2007) Erfaringer med innføring av kognitiv miljøterapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 1, 6-13
- Lykke, J** (2001) Hva er kognitiv miljøterapi? I Oestrich, I & Holm, L. (reds) *Kognitiv miljøterapi. At skape et behandlingsmiljø i likeverdige samarbeide*. Dansk psykologisk Forlag.
- Lykke J; Austin SF; Mørch MM** Kognitiv miljøterapi og tvang i behandling af dobbeltdiagnose. *Ugeskrift for Laeger* 2008;170(5)339-43
- Lykke, J; Austin, S; Oestrich, I** (2007) Evaluering af Kognitiv Miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter. Rapport. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Sct. Hans.
- Lykke, J; Oestrich, I; Austin, S; Hesse, M** (2010) The Implementation and Evaluation of Cognitive Milieu Therapy for Dual Diagnosis Inpatients: A Pragmatic Clinical Trial. *JOURNAL OF DUAL DIAGNOSIS* Vol: 6 (1), 58-72
- Lövaas, Elisabeth Önal & Johansen, Asbjörn** (2012) Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Sykepleien* 100 (2):52-5.
- Mc Cann, E. & Bowers, L (2005) Training in cognitive behavioral interventions on acute psychiatric inpatient wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 (2):215-222
- Oestrich, Irene Henriette og Holm, Lennart** (2001) Kognitiv miljøterapi: at skape et behandlingsmiljø i likeverdige samarbeide. Dansk psykologisk Forlag.
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A.C., Salsberg, J., Jagosh, J., Seller, R.** (2011) Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*. 49:47-53.
- Perris, C** (1988) Cognitive psychotherapy and milieutherapeutic processes in psychiatric inpatient units. *Journal of cognitive Psychotherapy*. Vol 2 (1), pp.35-50.
- Perris, C.** 1989; *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York: Guilford.
- Perris, C.A.** 1992; *Cognitive-behavioural treatment program for patients with a schizophrenic disorder*. New Dir Ment Health Serv 53:21-32.
- Perris, C; Ingelsson, U; Jonsson, Per-Anders** (1993) Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. I: Kuehlwein, K; Rosen, H (eds) *Cognitive therapies in action: evolving innovative practice*. S. 379-402. San Francisco, Jossey-Bass Inc.
- Pluye, P.** (2011) The mixed methods appraisal tool. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/f/MMAT%202011%20criteria%20and%20tutorial%202011-06-29.pdf>
- Skorpen A; Øye C** (2010) Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 12 (3):15-27.
- Simonsen, I. E.** Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 44, nummer 11, 2007, side 1340-1349.
- Simonsen, I. E.** Kognitiv miljøterapi. I: *Håndbok i kognitiv terapi*. 2008. Gyldendal Norsk forlag.
- Stuart, S et al** (1997) Cognitive therapy with inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 19(1):42-50.
- Svensson, B. og Hansson, L.** (1999) Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. *Eur Psychiatry*, vol 14: 325-32.
- Svensson, B., Hansson, H., Nyman, K.** (2000) Stability of outcome in a comprehensive, cognitive therapy based treatment programme for long-term mentally ill patients. A 2-year follow-up study. *Journal of Mental health*, 9, 1, 51-61.
- Sverdrup, S., L Borge, OH Angell, L Fyrand** (2011) Evaluering av tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD). Resultater fra første fase i en følgeforskning. Rapporter fra Diakonhjemmets Høgskole, Rapport 2011/5.
- Timmerman, I. & Emmelkamp, P.** (2005) The Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Forensic Inpatients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(5), 2005 590-606.
- Utne, B.** (2005) Miljøterapeutisk behandling mangfold og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, nr.4: 441-443.
- Wright, J. H** (1996) Inpatient Cognitive Therapy. I: Salkovskis, P. (Red) *Frontiers of Cognitive Therapy*. The Guilford Press, New York.
- Wright, Jesse H; Davis, Mary Helen** (1993) Hospital psychiatry in transition. I: Wright, Jesse H [Ed]; Thase, Michael E [Ed]; Beck, Aaron T [Ed]; Ludgate, John W [Ed]. (1993). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. (pp. 35-60). xv, 445 pp. New York, NY, US: Guilford Press; US.
- Wright, Jesse H; Thase, Michael E; Ludgate, John W; Beck, Aaron T.** (1993) The cognitive milieu: Structure and process. I: Wright, Jesse H [Ed]; Thase, Michael E [Ed]; Beck, Aaron T [Ed]; Ludgate, John W [Ed]. (1993). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. (pp. 61-87). xv, 445 pp. New York, NY, US: Guilford Press; US.
- Wright, Jesse; Thase, M; Beck, A; Ludgate, J** (1993) Cognitive therapy with inpatients: developing a cognitive milieu. New York, Guildford Press.

Vedlegg 1

Vurdering med Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)

Sju artikler ble vurdert som relevante for gjennomgang med MMAT. Disse artiklene var definert som forskningsartikler og hadde et klart empirisk materiale. Alle artikler som ikke oppfylte disse to kriteriene ble ekskludert fra vurdering med MMAT. Rapporter som ikke hadde gjennomgått fagfellevurdering ble heller ikke vurdert gjennom MMAT.

Tabell 1:

Artikler relevante for vurdering med MMAT

Forfattere	År	Tittel og tidsskrift
Hesse, Austin, Lykke & Oestrich	2009	Predictors of completing treatment and achieving abstinence during inpatient dual diagnosis treatment. <i>Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis</i> , 2, 182-190.
Lykke J; Austin SF; Mörch MM	2008	Kognitiv miljøterapi og tvang i behandling af dobbeltdiagnose. <i>Ugeskrift for Laeger</i> 2008;170(5)339-43
Lykke, J; Oestrich, I; Austin, S; Hesse, M.	2010	The Implementation and Evaluation of Cognitive Milieu Therapy for Dual Diagnosis Inpatients: A Pragmatic Clinical Trial. <i>JOURNAL OF DUAL DIAGNOSIS</i> (2010) Vol: 6 (1), 58-72
Mc Cann, E. & Bowers, L	2005	Training in cognitive behavioral interventions on acute psychiatric inpatient wards. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 12 (2):215-222
Svensson, B. og Hansson, L.	1999	Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. <i>Eur Psychiatry</i> , vol 14: 325-32
Svensson, B., Hansson, L., Nyman, K.	2000	Stability of outcome in a comprehensive, cognitive therapy based treatment programme for long-term mentally ill patients. A 2-year follow-up study. <i>Journal of Mental health</i> , 9, 1, 51-61.
Timmerman, I. & Emmelkamp, P.	2005	The Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Forensic Inpatients. <i>International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology</i> , 49(5), 2005 590-606

Av de sju artiklene var en artikkel en kvalitativ casestudie, mens seks artikler var kvantitative deskriptive studier. En artikkel hadde flere delstudier, hvor av en var en sammenligning mellom en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Denne artikkelen (Svensson & Hansson, 2000) ble vurdert i MMAT to ganger: problemstilling 1 og 2 ble vurdert under pkt.4, mens problemstilling 3 ble vurdert under pkt.3 i MMAT.

Tabell 2:

Resultater av vurdering med MMAT. Antall artikler: N=7

Type studie	Metodiske spørsmål	Ja	Nei	Vanskelig å besvare
Alle	Er det et klart kvalitativt eller kvantitativt forskningsspørsmål?	7		
Alle	Svarer de innsamlede dataene på forskningsspørsmålet?	6		1
Kvalitativ	1.1 Er datakildene relevante for å besvare forskningsspørsmålet?			1
	1.2 Er analyseprosessen relevant for forskningsspørsmålet?			1
	1.3 Er sammenhengen mellom kontekst og funn vurdert tilstrekkelig?	1		
	1.4 Er forskerens påvirkning på resultatene vurdert tilstrekkelig?		1	
Kvantitativ, ikke randomisert*	3.1 Er deltakerne rekruttert på en måte som minimerer seleksjonsskjevheter?			1
	3.2 Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?	1		
	3.3 Er deltakerne i de sammenlignede gruppene sammenlignbare eller tar forskerne høyde for ulikheter mellom gruppene?	1		
	3.4 Er utfallsdata komplette, og er responsraten over 60 %?		1	
Kvantitativ deskriptiv*	4.1 Er utvalgsstrategien relevant for å besvare forskningsspørsmålet?	6		
	4.2 Er utvalget representativt for populasjonen?	6		
	4.3 Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?	6		
	4.4 Har studien en akseptabel svarprosent (over 60 %)?	6		

*Svensson & Hansson (2000) ble vurdert i begge kategoriene slik beskrevet over.

Vedlegg 2

Litteratur om kognitiv miljøterapi funnet i databasesøk

Tabell 1:

Artikler om kognitiv miljøterapi. N=32

Forfatter	Tittel /referanse
Bak, Jesper; Brandt-Christensen, Mette; Sestoft, Dorte Maria; Zoffmann, Vibeke;	Mechanical Restraint-Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint?-A Systematic Review. Perspectives in Psychiatric Care, 2012 Apr; 48 (2): 83-94
Bliksted, Vibeke Fuglsang	Kognitiv miljøterapi. Kap.17 I: Arendt, M & Rosenberg, N.K: Kognitiv terapi. Nyeste utvikling. Hans Reitzels forlag. 2012
Bliksted, Vibeke Fuglsang	I: Mørch, M. & Rosenberg, N. (red) Kognitiv terapi. Modeller og metoder. Hans Reitzel, 2005
Bliksted, Vibeke Fuglsang & Bendix, S.	(2003) Implementering af kognitiv miljøterapi : Et pilotprosjekt. Rapport. Aarhus universitet.
Bowers, WA; Evans, K; Andersen, AE	(1997) Inpatient treatment of eating disorders: A cognitive therapy milieu. COGNITIVE AND BEHAVIORAL PRACTICE Volume: 4 Issue: 2 Pages: 291-323 DOI: 10.1016/S1077-7229(97)80005-3
Borge,L; Sverdrup, S., OH Angell, L Fyrand	(2012) Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose (TEDD): -en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring? Rapport 2012/7. Diakonhjemmet høyskole, Oslo.
Bowler, Kathleen A; Moonis, Lisa J; Thase, Michael E.	(1993) The role of the nurse in the cognitive milieu. Wright, Jesse H [Ed]; Thase, Michael E [Ed]; Beck, Aaron T [Ed]; Ludgate, John W [Ed]. Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu. (pp. 247-270). xv, 445 pp. New York, NY, US: Guilford Press; US.
Forsyth, A., Weddle, R., Drummond, A & Mann, S.	(2008) Implementing cognitive behavior therapy skills in adult acute inpatient settings. Mental health practice 11 (5): 24-37.
Fredheim, Kjersti N.	Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 46, nummer 2, 2009, side 161-167
Hesse, Austin, Lykke & Oestrich	(2009) Predictors of completing treatment and achieving abstinence during inpatient dual diagnosis treatment. Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis, 2, 182-190.
Krogstad & Rui Hansson	(2007) Erfaringer med innføring av kognitiv miljøterapi. Tidsskrift for kognitiv terapi, 1, 6-13
Lykke J; Austin SF; Mørch MM	Kognitiv miljøterapi og tvang i behandling af dobbeltdiagnose. Ugeskrift for Laeger 2008;170(5)339-43
Lykke, J; Austin, S; Oestrich, I	Evaluering af Kognitiv Miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter. Rapport. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Sct. Hans. 2007.
Lykke, J; Oestrich, I; Austin, S; Hesse, M	The Implementation and Evaluation of Cognitive Milieu Therapy for Dual Diagnosis Inpatients: A Pragmatic Clinical Trial. JOURNAL OF DUAL DIAGNOSIS (2010) Vol: 6 (1), 58-72
Lövaas, Elisabeth Önai; Johansen, Asbjörn	Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. Sykepleien 2012;100(2)52-5
Mc Cann, E. & Bowers, L	(2005) Training in cognitive behavioral interventions on acute psychiatric inpatient wards. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12 (2):215-222

Forfatter	Tittel /referanse
Oestrich, Irene Henriette og Lennart Holm (red.)	Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde / 2001 2.utgave 2006
Perris, C	(1988) Cognitive psychotherapy and milieu therapeutic processes in psychiatric inpatient units. Journal of cognitive Psychotherapy. Vol 2 (1), pp.35-50.
Perris, C.	(1989) Cognitive therapy with schizophrenic patients. New York: Guilford
Perris, C.A.	(1992) Cognitive-behavioural treatment program for patients with a schizophrenic disorder. New Dir Ment Health Serv 53:21-32
Perris, C; Ingelsson, U; Jonsson, Per-Anders	(1993) Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. I: Kuehlwein, K; Rosen, H (eds) Cognitive therapies in action: evolving innovative practice. S. 379-402. San Francisco, Jossey-Bass Inc.
Simonsen, I. E.	Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nummer 11, 2007, s. 1340-1349.
Simonsen, I. E.	Kognitiv miljøterapi. I: Håndbok i kognitiv terapi. 2008. Gyldendal Norsk forlag. Kap.27.
Stuart, S et al	(1997) Cognitive therapy with inpatients. Gen Hosp Psychiatry 19(1):42-50.
Svensson, B. og Hansson, L.	(1999) Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. Eur Psychiatry, vol 14: 325-32
Svensson, B., Hansson, H., Nyman, K.	(2000) Stability of outcome in a comprehensive, cognitive therapy based treatment programme for long-term mentally ill patients. A 2-year follow-up study. Journal of Mental health, 9, 1, 51-61.
Sverdrup, S., L Borge, OH Angell, L Fyrand	Evaluering av tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD) - 2011 - brage. bibsys.no
Timmerman, I. & Emmelkamp, P.	(2005) The Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Forensic Inpatients. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49(5), 2005 590-606
Wright, J. H	(1996) Inpatient Cognitive Therapy. I: Salkovskis, P (red) Frontiers of Cognitive Therapy. The Guilford Press, New York.
Wright, Jesse H; Davis, Mary Helen.	Hospital psychiatry in transition. Wright, Jesse H [Ed]; Thase, Michael E [Ed]; Beck, Aaron T [Ed]; Ludgate, John W [Ed]. (1993). Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu. (pp. 35-60). xv, 445 pp. New York, NY, US: Guilford Press; US.
Wright, Jesse H; Thase, Michael E; Ludgate, John W; Beck, Aaron T.	The cognitive milieu: Structure and process. Wright, Jesse H [Ed]; Thase, Michael E [Ed]; Beck, Aaron T [Ed]; Ludgate, John W [Ed]. (1993). Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu. (pp. 61-87). xv, 445 pp. New York, NY, US: Guilford Press; US.
Wright, Jesse; Thase, M; Beck, A; Ludgate, J	(1993) Cognitive therapy with inpatients: developing a cognitive milieu. New York, Guildford Press.



NAPHA samarbeider med sentrale FoU-miljøer om å oppsummere forskningsbasert kunnskap om aktuelle temaer med relevans for det psykiske helsearbeidet. Denne rapporten er en oppsummering av forskning innen kognitiv miljøterapi. Utgivelsen er en del av NAPHAs satsing på å styrke den forskningsbaserte kunnskapen, og å gjøre den mer tilgjengelig og brukt i det kommunale psykiske helsearbeidet.