

Avdeling for helse- og sosialvitenskap

Iza-Ra Ngoma- dia Nkuka

Masteroppgave

Miljøterapeuters erfaringer med kognitiv miljøterapi

- **En kvalitativ studie om miljøterapeutenes erfaringer med kognitiv miljøterapi i forhold til pasienter med relasjonstraumer, ved en DPS døgnenheter.**

Milieu therapists' experiences with cognitive milieu therapy

- A qualitative study of milieu therapists' experiences with cognitive milieu therapy in relation to patients with relational trauma, at a DPS 24-hour units.

**Master i psykisk helsearbeid
2020**

Antall ord: 18050

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Noen forkortelser

AER: Empirisk – analytiske referansepunkter

ANP: Apparently Normal part av Personalitet.

KAT: kognitiv atferdsterapi

DPS: Distriktpsikiatrisk senter.

EP: Emosjonell part av Personalitet.

ISTSS: International Society of Traumatic Stress Studies

KMT: Kognitiv miljøterapi.

KPTSD: Kompleks posttraumatisk stresslidelse.

KT: Kognitiv terapi.

PTSD: Posttraumatisk stresslidelse

RT: Relasjonstraumer.

SDI – metode: Stegvis- deduktiv induktiv metode

NSD: Norsk senter for forskningsdata

Innhold

| | |
|--|-----------|
| Noen forkortelser | 2 |
| Forord | 6 |
| Sammendrag | 7 |
| Abstract | 8 |
| 1. Innledning | 9 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 9 |
| 1.2 Studiens relevans og intensjon | 10 |
| 1.3 Teoretisk grunnlag og presentasjon av problemstilling | 11 |
| 1.4 Begrepsforklaring | 12 |
| 2. Litteratursøk | 14 |
| 3. Teoretiske perspektiver | 16 |
| 3.1 Kognitiv teori og kognitiv psykologi | 16 |
| 3.2 Hva er kognitiv miljøterapi | 17 |
| 3.2.1 Miljøterapi | 18 |
| 3.2.2 Miljøterapeut | 19 |
| 3.2.3 Kognitiv terapi | 20 |
| 3.2.4 Kognitiv miljøterapi | 23 |
| 3.3 Forståelse av relasjonstraumer | 25 |
| 3.4 Faseorientert behandling av kompleks traumatisering | 27 |
| 3.5 Oppsummering | 28 |
| 4. Metode | 29 |
| 4.1 Forskningsdesign og valg av metode | 29 |
| 4.1.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv | 29 |
| 4.1.2 Hermeneutisk tilnærming | 29 |
| 4.1.3 Min forståelse | 31 |
| 4.2 Stegvis- deduktiv induktiv metode | 32 |
| 4.2.1 Rekruttering | 32 |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| 4.2.2 | Gjennomføring av intervju | 33 |
| 4.2.3 | Bearbeiding av rådata: transkribering | 33 |
| 4.2.4 | Analyse av data | 34 |
| 4.3 | Metodisk overveielse | 39 |
| 4.3.1 | Pålitelighet og gyldighet | 39 |
| 4.3.2 | Generaliserbarhet | 40 |
| 4.4 | Etiske betraktninger | 41 |
| 4.5 | Oppsummering | 41 |
| 5. | Presentasjon av resultat | 42 |
| 5.1 | Koherensgrunnlag i behandling | 43 |
| 5.2 | Stykkevis behandling | 45 |
| 5.3 | Sammensatt behandlingstilbud | 46 |
| 5.4 | Positiv styrkning av tankevirksomhet | 48 |
| 5.5 | Oppsummering | 52 |
| 6. | Drøfting | 53 |
| 6.1 | Koherensgrunnlag i behandling | 53 |
| 6.2 | Tidsklemma og behandlingseffekt | 55 |
| 6.3 | KMT vs psykofarmaka intervensjon | 57 |
| 7. | Avslutning | 61 |
| 7.1 | Studiens betydning for praksis og videre forskning | 62 |
| 8. | Litteraturliste | 63 |
| Vedlegg | | 74 |
| Vedlegg 1: | Kognitiv miljøterapi – behandlingsforløp | 74 |
| Vedlegg 2: | Informasjonsskriv til avdelingsledere | 75 |
| Vedlegg 3: | Intervjuguide | 76 |
| Vedlegg 4: | Forespørsel om deltagelse og samtykkeerklæring | 78 |
| Vedlegg 5: | Godkjenning/vurdering til NSD | 80 |

Tabelloversikt

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen fra empiri til hovedtema 38

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen fra kodegrupper til hovedtema 42

Figur:

Figur 1. Den kognitive modellen- den kognitive diamanten 22

Forord

Denne masteroppgaven representerer for meg avslutningen på mange år med utdanning innen psykiatrisk helsearbeid. I skrivende stund kan jeg si at veien har vært lang og krevende, men likevel både lærerik og spennende. Selv om denne masteroppgaven er mitt eget produkt, må det sies at flere personer har bidratt positivt til gjennomføring av oppgaven.

Jeg vil først og fremst rette en takk til mine informanter, som gjennom sine fortellinger har delt opplevelser og tanker i forhold til temaene knyttet til min oppgave. Oppgaven hadde ikke vært mulig uten dere. Jeg vil også takke min gode venn Ragnhild for konstruktive diskusjoner.

Som student i arbeid med en masteroppgave er man avhengig av faglig støtte og konstruktive innspill. Jeg vil derfor gi en stor takk til mine veiledere, i hele masterstudieprosessen, A.- M Lofthus og Arild Granerud for godt samarbeid.

Til slutt vil jeg rette en særdeles stor takk til de menneskene som står mitt hjerte nærmest, «gjengen i 8 D»: alle ungene og min kone. Takk for deres tålmodighet, omsorg og støtte på alle måter.

Lillehammer, 26.04.2020

Iza-Ra Ngoma- dia Nkuka

Sammendrag

Introduksjon: Denne forskningsstudien baserer seg på to temaer: KMT og RT. Overordnet er studien bygd på et kognitivt psykologisk perspektiv, som underbygger det kognitive miljøterapeutiske perspektiv, hvor teori om miljøterapi og kognitiv terapi da står sentralt. Flere andre supplerende teorier er presentert i studien. Steel, Van der Hart & Nijenhuis' teori om strukturell dissosiasjon av personligheten, ble også brukt som et teoretisk grunnlag.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å kunne, ut ifra et kognitivt miljøterapeutisk perspektiv, undersøke miljøterapeutenes erfaringer i forhold til pasienter med RT.

Metode: I studien har jeg benyttet kvalitative metoder med bakgrunn i en hermeneutisk tilnærming. Datasamling ble gjennomført ved bruk av semistrukturelle intervjuer av seks informanter. I analysearbeidet har jeg benyttet stegvis deduktiv-induktiv metode (SDI). Jeg har brukt et analyseverktøy/dataprogram Nvivo 12 i forhold til dataanalysen.

Resultater: Resultatene av analysedata består av fire hovedtemaer: koherensgrunnlag i behandling (1), positiv styrking av tankevirksomhet (2), stykkevis behandling (3) og et sammensatt behandlingstilbud (4). Analyse av data har bidratt til utvikling av konseptet behandlingens intervensjonsparameter.

Avslutning: Jeg har kastet lys over problemstillingen basert på tre paradigmer: koherensgrunnlag i behandling (1), tidsklemma og behandlingseffekt (2) og KMT vs psykofarmaka intervensjon (3). Drøftingen av problemstillingen viser at en hensiktsmessig og effektiv behandling av pasienter med RT, etter kognitiv miljøterapeutisk tilnærming, er avhengig av flere faktorer.

Nøkkelord: kognitiv miljøterapi, tilknytningsdisorganisering, kompleks PTSD, akutt psykiatrisk avdeling, dissosiasjon, døgnbehandling og relasjonstraumer.

Abstract

Introduction: This research study is based on two themes: cognitive milieu therapy (CMT) and relational trauma (RT). Overall, the study is based on a cognitive psychological perspective, which underpins the cognitive milieu therapeutic perspective, where the theory of milieu therapy and cognitive therapy is central. Several other supplementary theories are presented in the study. Steel, Van der Hart & Nijenhuis's theory of structural dissociation of personality was also used as a theoretical basis.

Aim: The purpose of this study is to, from a cognitive milieu therapeutic perspective, investigate the experiences of the milieu therapists in relation to patients with RT.

Method: In the study, I have used qualitative methods based on a hermeneutic approach. Data collection was conducted using semi-structural interviews by six informants. In the analysis work I have used stepwise deductive-inductive method (SDI). I have used an analysis tool / computer program Nvivo 12 for the data analysis.

Results: The results of analysis data consist of four main themes: coherence basis in treatment (1), positive reinforcement of thought activity (2), piecemeal treatment (3) and a complex treatment option (4). Analysis of data has contributed to the development of the concept of treatment intervention parameter.

Conclusion: I have shed light on the issue based on three paradigms: coherence basis in treatment (1), time squeeze and treatment effect (2) and CMT vs psychopharmaceutical intervention (3). Discussion of the problem shows that appropriate and effective treatment of patients with RT, depending on the cognitive environmental therapeutic approach, depends on several factors.

Keywords: cognitive milieu therapy, attachment disorganization, complex PTSD, acute psychiatric ward, dissociation, inpatient treatment, og relational trauma.

1. Innledning

En landsomfattende undersøkelse om vold og overgrep i Norge, i 2014, viste at mange i befolkningen har erfart dette (Thoresen & Hjemdal (2014, s. 14). Undersøkelsen viser at nesten halvparten av menn og en fjerdedel av kvinner har blitt utsatt for fysisk vold etter fylte 18 år; nesten 10 prosent av kvinner samt én prosent av menn har opplevd å bli voldtatt. 10 prosent har opplevd fysisk vold i familien under oppveksten; 10 prosent av kvinner og 3.5 prosent av menn har opplevd en form for seksuelt overgrep før de fylte 13 år. Disse tallene viser, til tross for at Norge er et fredelig land, at mange har opplevd svært belastende hendelser som kan føre til plager i ettertid.

En undersøkelse gjort i 2015 viser at cirka 22360 voksne nordmenn hvert år utsettes for situasjoner som kan gi traumer. Samtidig som nær 2500 nye tilfeller av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) registreres i befolkning hvert år i Norge (Lassemo, Sandanger, Nygard, Sørugaard, 2017, s. 13-14). Disse tallene gir ikke bare en oversikt over forekomst av PTSD, men gir også en pekepinn på forekomst av kompleks posttraumatisk stresslidelse (kPTSD) eller relasjonstraumer i den norske befolkningen. Mange individer med relasjonstraumer får behandling på distriktpsykiatrisk senter (DPS) nivå. DPS- ene må ha bred kompetanse på mange områder, og som inkluderer kompetanse på flere områder som: relasjonsbygging og forståelse av dynamikken i relasjon, og ikke minst forståelse og kunnskap om to-personsrelasjoner, som bør være basis i kompetanseutviklingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, 43).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet sykepleier med fordypning inne rus og psykiske lidelser, og jobber på en korttidsavdeling på et DPS for voksne. På min arbeidsplass er jeg en del av en gruppe som omfattes av begrepet miljøterapeuter og som består av sykepleiere, og vernepleiere. Jeg synes arbeidet er både spennende og krevende, og jeg føler at vi gjør en god jobb, men jeg savner iblant at vi kunne hatt en mer felles forståelsesramme og arbeidsmetode, særlig når pasienter er innlagt over kort tid. Mitt arbeidsted tilbyr behandling for personer med forskjellige diagnoser. Kognitiv terapi og miljøterapi er noen av de terapeutiske behandlingene som tilbys på avdelingen, og som innebærer blant annet oppfølging, veiledning, og individuelle samtaler.

I mitt arbeid møter jeg pasienter med forskjellige diagnoser, også personer med relasjonstraumer. Personer med relasjonstraumer bærer ofte konsekvenser av utrygghet, misbruk og gjentatt omsorgssvikt fra barndommen. Det kroppen og sjelen deres har opplevd kommer ofte til uttrykk i mange ettervirkninger. De ettervirkningene kan gjerne betegnes under begrepet kompleks posttraumatisk stresslidelse. Begrepet er først foreslått av Judith Herman, og sikter til pasienter som har vært utsatt for langvarig, gjentatt mishandling og annen form for langvarig og gjentatt traumatisering i sosial eller mellommenneskelige relasjoner (Herman 1992, s. 379).

Pasienter med kPTSD er ofte preget av en del unngåelsesreaksjoner, ofte med fobisk preg (Steele, van Der Hart & Nijenhuis, 2006, s.105 – 107). Fobiene kan være av forskjellig art og utvikle seg gradvis. I tillegg til påkjenningene knyttet til selve traumeerfaringen, kan gradvis utvikling av ulike fobier ha ført til en betydelig fastlåsthet, og ikke minst en hel rekke andre utfordringer. Menneskene i denne pasientgruppen trenger mye støtte og veiledning for å kunne styrke sitt daglige funksjonsnivå, tåle følelser, og modulere sine reaksjoner. Jeg har også sett at mange av pasientene med RT ofte blir reinnlagt kort tid etter sin innleggelse på avdeling. Med bakgrunn i alt som er nevnt ovenfor, ble det nesten naturlig for meg som miljøterapeut, når jeg begynte å søke på temaet, å velge tema kognitiv miljøterapi og relasjonstraumer. Masterutdanningen min har også gjort at jeg har tilegnet meg kunnskaper som har ført meg til å anerkjenne at det forutsetter en bevisst behandlingstilnærming og ferdighet hos miljøterapeuten, i møte med disse pasientene. Jeg har gjennom min masterutdanning i psykisk helsearbeid fått kunnskaper som har endret min forståelse av pasienter med relasjonstraumer. Det er kunnskap som har ført til at jeg ser at det nytter å jobbe mer systematisk med blant annet kognitiv miljøterapi (KMT) som grunnlag. Kognitiv miljøterapi som terapeutisk tilbud ble introdusert ved døgneheter tidlig på 1980-tallet, og er en behandlingsterapi eller terapeutisk modell som kan tilbys til pasienter med relasjonstraumer (Wright, Thase, Beck & Ludgate, 1993, s. 63).

1.2 Studiens relevans og intensjon

Oppgavens to tema er hver for seg forsket mye på, men jeg kunne ikke finne forskning som tar opp begge temaer samtidig. Mange studier viser tydelig at sammensatte traumatiske belastninger i barndom og oppvekst er mer vanlig enn tidligere antatt, og er forbundet med langt mer komplekse helsevansker enn kun PTSD. Man kan si at man i dag har

forskningmessig belegg for å si at kroniske traumatiske belastninger tidligere i livet, er en betydelig trussel mot den generelle folkehelsen, og en større trussel enn traumatiske enkelthendelser som skjer senere i livet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 23). Det er også slik at kompleks traumatisering forekommer hyppig, og at denne pasientgruppen ofte har flere mislykkede terapiforløp bak seg, utvikler kroniske tilstander, og de blir stemplet som ikke mottakelige for behandling (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Det skal sies at forståelse av og behandling av traumerelaterte lidelser har utviklet seg vesentlig de siste årene. Mer integrering av kunnskap fra ulike felt, som nyere hjerneforskning, utviklingspsykologi, tilknytningsteori, nevrofysiologi, stressforskning, evolusjonspsykologi og klinisk psykoterapi, har belyst hvor komplekst feltet er, og ikke minst bidratt til en forbedring av behandlingstilbud (Michalopoulos, 2012). Denne masteroppgaven har som hensikt å kunne kaste lys over miljøterapeutenes erfaringer relatert til pasienter med RT, og være et kunnskapsmessig bidrag rettet mot behandlingen av pasienter med RT.

1.3 Teoretisk grunnlag og presentasjon av problemstilling

Denne studien skal forankres i et kognitivt psykologisk perspektiv, siden KMT baserer seg på den kognitive modellen i behandlingstilbud, for å hjelpe pasienter til nye ferdigheter og tenkemåter, og ikke minst styrke deres opplevelse av mestring. Kognitiv psykologi omhandler en del av psykologien som studerer prosessene som ligger til grunn for oppfattelse, tenkning og kunnskapservvervelse. Slike prosesser er persepsjon (sansenoppfatning), forestillingsvirksomhet, oppmerksomhet, begrepsdanning, hukommelse, språk, bedømming, resonnering og problemløsning. Nyere viten innenfor kognitiv psykologi støtter kognitiv terapeutisk tilnærming. Den teoretiske basisen for kognitiv terapeutisk tilnærming har blitt forsterket og bekreftet av forskning og klinisk praksis fra de siste årene (Falkum, 2018, s. 1231). Jeg skal komme tilbake til det teoretiske aspektet av kognitiv psykologi i teoridelen.

Ulike forskninger viser til evidensbaserte psykoterapeutiske tilnærminger i behandlingen av pasienter med RT. Det er, for eksempel, psyko-pedagogisk og traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF- KAT) (Dorrepaal et al., 2010, s.284-288), og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) som kan hjelpe å minske ubehaget fra traumatiske hendelser som kan prege pasientens hverdag (van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon, 2014, s. 33-34). I løpet av de siste ti siste årene har KMT

blitt implementert som overbyggende behandlingsfilosofi i mange døgnavdelinger i Norge (Sommer & Eilertsen, 2013, s.133). Å møte pasienter etter KMT tilnærming kan gi en ramme, og et språk, til hjelp i samarbeid med pasienten, uavhengig av diagnose og spesifikke problemområder, sier Løvaas og Johansen (2012, s.17). Min problemstilling i denne masteroppgaven er da:

Hvilke erfaringer har miljøterapeuter, ved DPS døgnenheter, med kognitiv miljøterapi for pasienter med relasjonstraumer?

1.4 Begrepsforklaring

Kompleks PTSD: The International Classification of diseases (ICD 11) anerkjent i 2008, kPTSD som egen diagnose som er relatert til, men allikevel distinkt forskjellig fra Post-traumatisk stresslidelse (PTSD). Til sammenligning med PTSD, er den nye komplekse PTSD diagnosen (6B40) bredere. ICD-11 kPTSD (6B41) inkluderer de tre symptomene på PTSD: gjenopplevelse av traumer i her og nå; unngåelse av traumatiske påminnelser; og en vedvarende følelse av nåværende trussel som manifesteres av overdrevet skremmende og hypervigilans. Hypervigilans er overdriven respons mot stimuli (Richard, Benson V. Donnelly N. & Hadwin, 2014, s.6). I tillegg er kompleks PTSD preget av alvorlige og vedvarende: 1) problemer i påvirkning av regulering; 2) tro på seg selv som redusert, beseiret eller verdiløs, ledsaget av følelser av skam, skyld eller fiasko knyttet til den traumatiske hendelsen; og 3) endring/vanskeligheter med å opprettholde relasjoner og å føle seg nær andre, samt også isolasjon og tilbaketrekning. Disse symptomene forårsaker betydelig svekkelse i personlige, familie, sosiale, pedagogiske, yrkesmessige eller andre viktige arbeidsområder (ICD-11, 2018). Denne oppgaven skal basere seg på kPTSDs symptomer nummer tre, som relateres til relasjonstraumer.

Traume: I denne oppgaven sikter begrepet traume til psykiske traumer, og at begrepet er ulikt definert i litteraturen. I denne oppgaven velger jeg å definere traume som kort- eller langvarig uventet, plutselig, overveldende, ukontrollerbar hendelse uten tid til en mental forberedelse. Dette er noe som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for den som utsettes for hendelsen (Urnes, 2018, s. 241). Traumatiske hendelser kan deles i to kategorier: Type I traume handler om dramatiske og skremmende enkelte hendelser, og type II som er mer

alvorlig traumatisering av vedvarende karakter og/eller gjentatte hendelser, ofte i barndom og i oppvekst. Når det siktes til overgrep og andre vedvarende påkjenninger fra barnets nærmeste omsorgspersoner, kan det godt brukes begrepet relasjonstraumer eller tilknytningstraumer generelt. Begrepet tilknytningstraumer vil være mer presist å bruke om tidlige påkjenninger hos mennesker som fra spedbarnsalder av har manglet en konsistent, ivaretagende omsorgsperson. Tilknytningstraumer kan også beskrives som mentaliseringstraumer, i betydningen av traumer som direkte rammer barnas uutviklede mentaliseringsevne (Wennerberg, 2011, s. 145). Jeg skal mer utdype begrepet relasjonstraumer i teoridelen. I denne oppgaven skal jeg forholdet meg til begrepet relasjonstraumer, fordi det er et bredere begrep etter det jeg forstår, og for unngå å veksle mellom begrepene relasjonstraumer og tilknytningstraumer. Type II traumer/komplekse traumer viser bredere spekter av symptomer, og relateres gjerne som kompleks PTSD - symptomer (Nordanger & Braarud, 2017, s. 19 - 20).

DPS døgnheten: DPS består basisk sett av: enhet for poliklinikk og gruppebehandling, ambulante tjenester, og døgnenhet. Døgnavdelingene ved DPS har ulik profil. Flere døgnposter tilbyr korte innleggelser med hovedfokus på stabilisering av kriser, hvor stabilisering av pasienttilstand er nøkkelordet (Statens helsetilsyn, 2008, s.49). DPS døgnenhet skal i samarbeid med pasienten, blant annet tilby brukerstyrte innleggelser, utredning og/eller behandling, kognitiv terapi og eksponeringsterapi, gruppepsykoterapi, familieterapi, miljøterapi, kunst- og uttrykksterapi, nettverksarbeid, psykososial rehabilitering, og miljøterapi til et bredt spekter av lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, 43). Den gjennomsnittlige liggetiden ved DPS døgnavdelinger i Norge kan variere fra DPS til DPS, men i dag har mange avdelinger en liggetid som i snitt er rundt 10-14 dager. For eksempel har DPS- Follo gjennomsnittlig liggetid på seks døgn (Ludvigsen & Jørgensen, 2019, s. 12); DPS avdeling ved Sørlandet sykehus har i snitt liggetid på ti døgn (Arbeids- og velferdsforvaltningen, 2019).

Pasient: Ordet pasient går tilbake til et latinsk ord, *patiens*, som bl.a. refererer til et individ «som lider» eller «lidende» (Hem, 2013, s. 821). I loven er det definert som et individ som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp; eller en som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Pasient- og

brugerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Selve begrepet kan anses som ikke dekkende for mange av dem som oppsøker dagens helsevesen, men jeg velger i denne oppgaven å bruke det. Dette fordi, slik jeg ser det, er det hensiktsmessig å bruke det i forhold til oppgavens pasientgruppe.

Verktøy, behandler, terapeut: Begrepet *verktøy* skal jeg bruke om forskjellige teknikker eller redskaper som kan anvendes av personale eller pasienter (Dramsdahl & Jordahl 2015, s. 132). Aktivitetsskjema for registrering av glede og mestring, og behandlingsplan er eksempler på verktøy. Skjemaet for registrering av glede og mestring, gir en realistisk og oversiktlig kartlegging, over en bestemt tid, om hva pasienten har glede av og hva vedkommende mestrer. Kanskje er virkeligheten annerledes enn pasienten tenker? (Rask Psykisk Helsehjelp Molde, 2014, s. 12). Behandlingsplan er et verktøy som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering (Helsedirektoratet, 2019). Begrepene *behandler* eller *terapeut* omhandler alt personale som jobber terapeutisk med pasienten: miljøpersonale, psykologer og leger.

2. Litteratursøk

Litteratursøket startet i november 2018 og varte helt frem til mai 2019.

Jeg har gjort søk i databasene Brage, PsyArticles, Oria, PubMed, EBSCOhost og Google Scholar. Følgende søkeord er brukt, enkeltvis og i kombinasjon: cognitive milieu therapy, attachment disorganization, complex PTSD, acute psychiatric ward, inpatient treatment, og relational trauma.

De samme søkeordene har vært brukt i norsk oversettelse, i norske databaser. Litteratursøket har bidratt til å få overblikk over forskninger relatert til oppgavens temaer. Søket ga funn i både nasjonal og utenlandsk litteratur. Søket ga også mye interessant forskningslitteratur. Selv om jeg ikke har funnet litteratur som direkte er knyttet til min problemstilling, har jeg funnet en del forskninger som er gjort rundt temaet kognitiv miljøterapi og pasienter med kPTSD eller relasjonstraumer. Disse er ofte gjort separat eller hver for seg, og knyttet til andre tema. En del faglitteratur er av eldre dato, men slik jeg ser det, er de aktuelle og har fortsatt en relevans fordi de tar for seg forskningstema hvor det ikke finnes mange nyere studier innenfor temaer knyttet til min problemstilling, samt at de også henvises til fra nyere litteratur. Ved siden av det elektroniske søket, har jeg ut ifra pensumlitteratur også kommet fram til en del faglitteratur. Mitt litteraturvalg er foretatt på bakgrunn av min forforståelse, samt min oppfatning av sentrale teorier eller temaer innenfor KMT og RT. Artikkene, sammen med annen faglitteratur, har vært en del av den teoretiske rammen som bidro til å kaste lys over problemstillingen.

3. Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet vil jeg presentere teoretiske perspektiver som jeg mener har en relevans i forhold til problemstilling: Hvilke erfaringer har miljøterapeuter, ved DPS døgnenheter, med kognitiv miljøterapi for pasienter med relasjonstraumer? Målet er at valgte teoretiske perspektiver av skal danne et grunnlag i drøftingen av problemstillingen. Jeg skal først presentere teori om kognitiv teori, kognitiv psykologi, KMT, og så en forståelse av relasjonstraumer, og til slutt skal jeg komme med et innblikk i faseorientert behandling av kompleks traumatisering.

3.1 Kognitiv teori og kognitiv psykologi

Den franske filosofen Descartes (1596-1650) oppfatning av mennesket setter premisser i den kognitive teorien (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s.60). Han sier at menneske er to delt: som todelt: en materialistisk del og en tenkende del. Dette er et dualistisk syn på menneske, der det fysiske og det psykiske ansees som to separate enheter, som fortsatt er ganske vanlig.

Kognitiv teorien er også vesentlig inspirert av psykoanalytisk forståelse av hvordan menneskets grunnleggende oppfatninger av seg selv blir til. Individets grunnleggende oppfatninger kan være funksjonelle (som fungerer hensiktsmessige, som det skal, eller normalt) eller dysfunksjonelle (som funksjonerer mangelfullt eller abnormt) (Martinsen, Andersen, Borge, Moe & Bjørnar, 2018, s.45). Med andre ord er terapien basert på at kognitive faktorer spiller en betydningsfull rolle i utviklingen og opprettholdelsen av psykiske problemer, og at bedring kan finne sted ved modifisering/endring av dysfunksjonell tenkning (Hallberg & Ørbeck, 2006). Menneskets tankemønstre blir som regel til i barndommen, og med mindre vi lærer oss å observere og utfordre dem, blir tankemønstrene relativt satt i tidlig alder. Kognitiv teorien sier at tilknytningen til omsorgspersoner og det følelsesmessige klimaet i barndomskjemmet, og forholdet til jevnaldrende, i kombinasjon med våre gener, bidrar sammen til å danne personligheten og selvoppfatning. I kognitiv teori bruker man begrepene grunnleggende eller primære selvoppfatninger, leveregler eller skjemaer for å beskrive hvordan mennesker dypest ser på seg selv (Martinsen, Haavet & Røssberg, 2016, s.27). Teorien setter også fokus på individets grunnleggende oppfatninger.

Denne dualistiske forståelsen av menneske har preget både det vitenskapelige og kliniske feltet, i vitenskapen mellom naturvitenskap og humanvitenskap (humaniora), i klinikken mellom biologisk psykiatri og psykologi (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s.60). Psykiatri er en medisinsk faglig retning basert i naturvitenskap, mens psykologi ofte plasseres under humaniora. Naturvitenskapen har fokus på forklaringer, kvantifisering og subjektive fakta, mens humanvitenskapen vektlegger fortolkning, subjektiv forståelse og kvalitative metoder.

Moderne kognitiv psykologi ble introdusert i USA rundt 1960, som resultat av et fruktbart møte mellom forskere i psykologi og tilgrensende fagområder: lingvistik, nervefysiologi og computervitenskap (Teigen & Svartdal, 2018). Innen kognitiv psykologisk tankegang ble mennesket sett primært som behandler og bruker av informasjon, og psykologiske prosesser ble ofte beskrevet i analogi med datamaskiner. Kognitiv psykologi utgjør også en vesentlig del av det tverrfaglige forskningsområdet kognisjonsvitenskap (cognitive science), og kan oppfattes som en reaksjon mot den rådende atferdspsykologien. Kognitiv psykologi er i dag nært knyttet til kognitiv nevrovitenskap (cognitive neuroscience), der det biologiske grunnlaget for kognisjon er sentralt. Det vil si at et kognitivt perspektiv innebærer at kognisjon blir en nøkkel til å forstå psykologiske fenomener. Dette ses på ulike måter: i læring, i emosjonspsykologi, i motivasjon, i sosialpsykologi og klinisk psykologi. Teorien om kognitiv psykologi har dannet utgangspunkt for utviklingen av KT (Dramsdaahl & Jordahl 2015, s. 61). Kognitiv psykologi bruker begrepet «automatiske tanker» til å forklare emosjonsaktiverende tanker som kommer opp i tankestrømmen. Man kan lære seg å identifisere og håndtere slike tanker på en mer konstruktiv måte via KT. Et hovedfokus til kognitiv psykologi er å forstå hvordan mennesket fatter beslutninger, tenker, og dermed handler basert på sine antagelser og konklusjoner. Derfor blir den kliniske anvendelsen av kognitiv psykologi kalt for kognitiv atferdsterapi (KAT), nettopp fordi man har fokus på å forstå samspillet mellom for eksempel tanker, antagelser, holdninger, og atferd: handlinger, vaner (Dramsdaahl & Jordahl, 2015 s.29).

3.2 Hva er kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi er en terapi som kan forstås som et møtepunkt mellom to trender man ser innenfor psykisk helsevern og behandling av personer med psykiske lidelser. Det er trender som begge har vokst fram gjennom de siste tiår. Disse trendene er: kognitiv terapi og miljøterapi. Det er fra 1980- tallet at kognitiv terapi fikk et økende innpass som miljøterapi

(Martinsen et al., 2018, s. 53). Jeg velger først og fremst å presentere begrepene miljøterapi og kognitiv terapi som bakgrunn for en forståelse av hva kognitiv miljøterapi er.

3.2.1 Miljøterapi

Miljøterapi begrepet er skapt av Briten T. i 1946, og er en terapeutisk metode som har blitt praktisert i mer enn seksti år (Skåderud & Sommerfelt, 2013, s. 46). Selve ordet «miljøterapi» er en sammensetning av to ord: miljø + terapi. Miljøet på en DPS avdeling omfatter alt og alle som omgir pasienten under innleggelse (Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 15). Miljødelen innebærer å organisere hverdagen for beboerne, som mat og tak over hodet. Det betyr også organisering av læring av fag og praktiske og sosiale ferdigheter. Og det handler om å legge til rette for begrepets andre del, den terapeutiske delen, som handler om å utvikle og forandre. Miljøterapi ses da som en relasjonsbehandling, hvor det viktigste fokuset er å anvende relasjoner til å hele relasjonsskade (Skåderud & Sommerfelt, 2013, s. 30). Miljøterapi er en terapiform med en kjerne som bygger på følgende miljøterapeutiske prinsipper: det systematiske prinsipp, det strukturelle prinsipp, det relasjonelle prinsipp, et prinsipp om kunnskap om miljøfaktorer og tilrettelegging av samspill mellom den og et prinsipp om helhet i den terapeutiske prosessen (Landmark & Olkowska, 2016, s. 32). Terapien handler om å bruke muligheter som ligger i daglig samvær, aktiviteter og rutiner 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). Noe av det unike ved miljøterapi er fleksibiliteten mellom den terapeutiske samtale og det terapeutiske samvær (Utne, 2005, s. 442). Miljøterapi skjer på flere nivåer. Det første er overflatenivået, hvor man snakker om hverdagslige emner. Nivå to er å adressere alminnelige problemstillinger, og tredje nivå i sin tur omhandler betroelser og vanskelige følelser som pasientene sliter med (Fredheim, 2009).

Miljøterapeuten har anledning til å møte pasienten ut fra ulike perspektiver som kan være individuell-, familie-, gruppe-, eller nettverksterapi (Utne, 2005, s. 443). Skorpen & Øye (2010, s. 23) presenterer fire miljøterapeutiske retninger i litteraturen. Disse er humanistisk og demokratisk orientert miljøterapi, psykodynamisk miljøterapi, medisinsk- psykiatrisk miljøterapi, og behavioristisk og kognitiv miljøterapi. Alle disse retningene innenfor miljøterapi lever side om side i de forskjellige psykiatriske institusjoner, men også der innad de forskjellige avdelingene. Fredheim (2009) påpeker at en rendyrket terapiform fra en entydig modell for miljøterapi neppe finnes i sykehusavdelinger i Norge i dag. Saken er at

hver avdeling finner sin form for miljøterapi med elementer fra både humanistiske, psykodynamiske, psykiatriske og kognitive tilnærminger.

Miljøterapi har da 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 & Øye, 2010, s. 19). Holth & Vatne (2018, s. 202) i artikkel om *Miljøterapi for kvinner utsatt for æresrelatert vold- med relasjonen som det bærende element* fremhever effekt av miljøterapi i møte med traumatiserte pasienter. Forskerne setter her fokus på miljøterapeutens holdning, og handlinger i møte med pasienter, og vektlegger anerkjennelse og dialog for å styrke pasientens medvirkning, og påvirke bedringsprosessen. Artikkelen beskriver det miljøterapeutiske arbeidet som en terapi som kan bygge relasjonsferdigheter og trygghet hos mennesker som har relasjonsutfordring grunnet traumer. Miljøterapeuten benytter samspillet mellom klienten, seg selv og de til enhver tid omkringliggende omgivelser i sin utøvende praksis, som betyr at miljøterapeutene benytter seg av utallige arenaer i og utenfor institusjon (Utne, 2005, s. 442). Miljøterapi avhenger av at terapeutiske miljøfaktorer bevisst utnyttes innad organisasjonen, som er rammen for miljøfaktorer.

3.2.2 Miljøterapeut

Miljøterapeut er en yrkesutøver innen helse- og sosialarbeid, og som jobber med å skape et gunstig terapeutisk miljø rundt individer som er under behandling. De arbeider på vegne av virksomheten han/hun er ansatt ved. Miljøterapeuten og pasienten, i et felles fokus, erfarer at: følelser kan deles; at retning og intensjon kan deles, og i dette kan relasjon både bli et mål og et verktøy (Landmark & Olkowska, 2016, s. 28). Miljøterapeuten besitter en fagkunnskap, som i seg selv, forstås som en miljøfaktor. Det er ingen egen miljøterapeututdanning, men miljøterapeuten har som regel grunnutdanning fra høyskole med en offentlig godkjenning som sosionom, vernepleier, sykepleier, barnevernspedagog, spesialpedagog, et cetera (Braut, 2019). I dag stilles det større og større krav til offentlig ansatt helsepersonell, i både kommune og i spesialisthelsetjenesten, i utførelse av deres tjenester (Helsepersonelloven, 1999, § 2). Det er i den forstand man kan tolke at mange av miljøterapeutene som arbeider på DPS døgnenheter tar en videreutdanning iblant annet KMT. Mange av miljøterapeutene har turnusarbeid. I denne oppgaven vil betegnelsen miljøterapeut omtale miljøterapeuter med en tilleggsutdanning i KMT. Miljøterapeutene samarbeider tett med pasientansvarlige behandlere, for å kunne gjennomføre og skape et godt terapeutisk miljø, og behandling

(Dramsdahl & Jordahl 2015, s. 23). Det er slik at et godt samarbeid kan forutsette en ledelse som fremmer etablering og strukturering av det terapeutiske miljøet og tiltak.

I medisinske institusjoner for eksempel, var det gjerne slik at den øverst faglig ansvarlige også var lederen. Ledelsen i en DPS – døgnenhet, som en organisasjon i dag, trenger ikke selv å være den fremste ekspert, men må ha en viss kjennskap til terapeutiske modeller som avdelingen bygges på (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 156). Dette betyr at lederen av DPS- døgnenhet bør ha kjennskap til miljøterapi og KMT og relasjonsutvikling, for å kunne legge til rette og støtte miljøterapeutenes arbeid mot pasienter med RT. Den miljøterapeutiske ledelsens oppgave kan, for eksempel, være å sikre og beskytte rammevilkårene for den miljøterapeutiske driften med hensikt på administrasjon og de politisk og økonomisk ansvarlige (1), bidra til tydelighet når det gjelder ansvar, autoritet og fordeling av roller (2), og legge til rette for kompetanseutvikling (3).

På psykiatriske institusjoner er miljøterapeutene ofte en del av tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid er å se som et samarbeid hvor flere yrkesgrupper samarbeider for å ivareta pasienten som helhet (Borge, Angel, Røssberg, 2013, s. 229). Dette fremhever den miljøterapeutiske organiseringen av institusjoner som en miljøfaktor, som skal være med som profesjonell arena der miljøterapi er hovedterapiform eller en av flere terapeutiske former. Institusjonens valg av faglig fundament, ideologisk standpunkt og teoretiske perspektiver vil smelte inn i det miljøet som omgir pasienten, og krever at ledelsen etablerer en effektiv organisasjonsutforming og struktur. Miljøterapi må nødvendigvis fremstå som en eklektisk tilnærming på en måte at miljøterapeutisk organisasjon bygger virksomheten opp gjennom flere ulike teoretiske perspektiver (Landmark & Olkowska, 2016, s. 30). Kognitiv terapi er en av de teoretiske perspektiver pasienten kan møte på en psykiatrisk institusjon.

3.2.3 Kognitiv terapi

Den kognitive teorien står som utgangspunkt for utviklingen av KT (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s.61). KT oppstod med bakgrunn i atferdsterapeutiske og konstruktivistiske teorier, og regnes for å være utviklet av psykiater og psykoanalytiker Dr. Aaron Beck i 1960-årene (Martinsen, Falkum, Haavet & Røssberg, 2016, s. 29). Terapien ble i starten utviklet for voksne, depressive pasienter som gikk i poliklinisk behandling. KT har blitt videreutviklet, og er i dag blitt tilpasset inneliggende pasienter, som er i en dårligere tilstand enn polikliniske

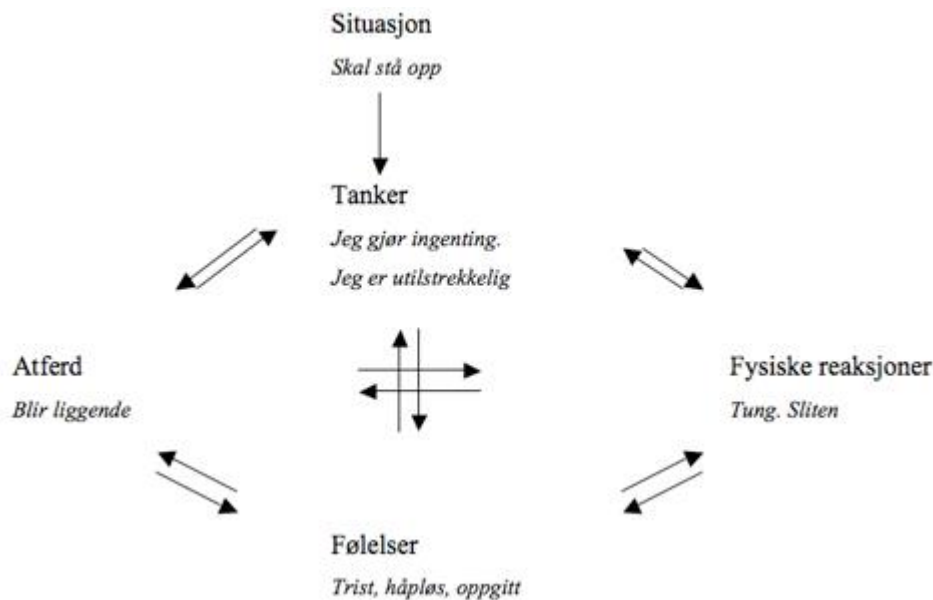
pasienter (Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 71). I dag ser man at terapien blir brukt i behandlingen av andre pasienter enn de som lider av depresjoner. Som for eksempel i behandling av pasienter med kPTSD. Kognitiv betyr «tankemessig», og terapiformen som knyttes til legger spesielt vekt på at innholdet i våre tanker og vår indre dialog ofte bestemmer hvilke følelser vi får (Wilhelmsen, 2000, s. 10).

Betegnelsen kognitiv atferdsterapi, er i stor grad erstattet av betegnelsen kognitiv terapi. KT har de siste årene blitt en populær og etterspurt terapiform, og anvendes i stadig nye sammenhenger. 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 individet bearbeider informasjon, kan forklare forholdet mellom tanker, følelser og adferd, man ser hos en pasient.

En av målene til KT er å kunne gi pasienten anledning til å komme ut av de automatiserte negative tankene, gjennom å benytte modeller og skjema som kan identifisere pasientens problemer, samt også å finne alternative fortolkninger av situasjoner som igjen kan benyttes til modifisering av skjemaene (Perris, 1988, s. 38). KT er en psykoterapi som baserer seg på en teoretisk forståelsesmodell, og grunnleggende prinsipper for å utøve terapien. Disse er prinsipper som: samarbeid og egenaktivitet (1), god terapeutisk allianse (2), kognitiv forståelsesmodell (3), tanke – og atferdsmønster (4), her- og- nå – fokus (5), kognitiv kasusformulering (6), teknikker, pasienten sin egen terapeut (7), struktur og definert tidsramme (8), og problem- og målformulering (9) (Beck, 1995 i Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 91). Dette innebærer at terapeuten stadig må konseptualisere pasienten og hans/hennes problemer i henhold til den kognitive modellen, samt bygge de ulike intervensjoner på den.

Den kognitive grunnmodellen er det gjensidige samspillet mellom tanker, følelser, atferd og fysiske reaksjoner. I en gitt situasjon er det slik at det dukker opp forskjellige tanker og / eller forestillinger i hodet vårt, og de vil prege ens følelser, handlinger og fysiske reaksjoner (Dramsahl & Jordahl, 2015, s.98-99). Den kognitive grunnmodell tar utgangspunkt i normalpsykologi og normalbiologi. Den kognitive grunnmodellen er ikke en modell kun for psykopatologi, den er også en modell for normalpsykologi. Det er ikke snakk om enten – eller. Det er snakk om grader, og det er glidende overgang fra det man ser som normalt til det som blir oppfattet som sykdom. Målet med den kognitive grunnmodellen er å legge en plattform

som kan bidra til at pasienten blir i stand til å gjenkjenne uhensiktsmessige tanke- og atferdsmønstre og modifierer dem. Skjematisk kan den kognitive grunnmodellen fremtre som en kognitiv diamant.



Figur 1. Den kognitive modellen- den kognitive diamanten (Dramsahl & Jordahl, 2015, s.70-71).

Som nevnt innledningsvis peker forskningsverdenen på KT som en effektiv tilnærming i behandling av pasienter med relasjonstraumer. Behandling skal kunne hjelpe pasienten med å identifisere negative tankemønstre og gi vedkommende verktøy for å erstatte dem med mer sunne, positive tanker. I løpet av det siste tiåret har flere forskere undersøkt om standard kognitive atferdsmessige tilnærminger har gunstige effekter i tilfeller som kPTSD, herunder RT. KT er en tilnærming som viste gode resultater i forhold til behandlingen av RT. Lonergan (2014, s. 504) kunne demonstrere i artikkel om "Cognitive Behavioral Therapy for PTSD: The Role of Complex PTSD on Treatment Outcome" at KAT-teknikker kan være effektive for å behandle komplekse posttraumatiske patologier.

Målsetting med KT er å få til et aktivt samarbeid med pasienter, for å få tak i deres tanker omkring seg selv, avdelingen, personalet, innleggelse og medisiner. Å kunne få til det samarbeidet kan være et resultat av en KT – holdning. Den kognitive modellen kan tas i bruk i

alle sykdomsfaser, og vil kunne gi innhold til forskjellige miljøterapeutiske aktiviteter (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s.32). Ved siden av den kognitive modellen tilbyr kognitiv terapi en del andre metoder og verktøy som for eksempel tankekart, sokratiske spørsmål. Tankekart er en organisering og systematisering av assosiasjoner med bakgrunn i et ord eller uttrykk (Buzan & Buzan, 2006, ifølge Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s. 180). Mens det sokratiske spørsmål /samtale har som formål å forløse kunnskapen hvert enkelt individ har inni seg (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s, 166). Den kognitive modellen står ikke bare for den kognitive terapien, men den står også sentralt i kognitiv miljøterapi.

3.2.4 Kognitiv miljøterapi

«I kognitiv miljøterapi danner den kognitive modellen det teoretiske grunnlaget for en felles forståelse blant personalet og de forskjellige miljøterapeutiske tiltakene» skriver Dramsdaahl & Jordahl (2015, s. 31). Terapien ble først brukt i avdelinger med inneliggende pasienter gjennom individuelle eller gruppebaserte behandlingsopplegg, men har etter hvert også fått en plass som redskap innenfor miljøterapien (Solbjør & Hestvik Kleiven, 2013, s. 8). Målet var å ta i bruk kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med innlagte pasienter. Tanken bak det 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 & Holm, 2001, s 39).

Det fins en rekke modeller for kognitiv miljøterapi. Jesse Wright har beskrevet ulike modeller for kognitiv terapi i sykehusavdelinger. Han beskriver fem modeller for kognitiv terapi med innlagte pasienter, disse er: primærterapeutmodellen, tilføyesmodellen, personalemodellen, helhetsmodellen og fleksibilitetsmodellen (Wright, 1996, s. 211). Modellene innebærer at elementer av kognitiv terapi i større eller mindre grad er implementert i avdelingen. Mange synes at dette er en fornuftig og jordnær måte å arbeide med psykiske helseproblemer på. I denne terapien skal pasienten ha et skreddersydd program for oppholdet. Programmet skal ta utgangspunkt i den enkelte pasientens erfaringer og forståelse (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s. 38). Terapiformen har videreutviklet seg en del, og har vist seg effektiv i forhold til en rekke psykiske lidelser, enten som selvstendig behandling eller sammen med psykofarmaka. Personalet har generell kunnskap, og den kunnskapen må i størst mulig grad komme pasienten til gode. Pasientens uhensiktsmessige atferd- og fortolkningsmønster står i fokus, og utvikling av mer hensiktsmessige mønstre blir et hovedmål. Kognitiv miljøterapi kan enkelt beskrives

som det å benytte metoder fra kognitiv terapi i miljøterapi i psykiatriske institusjoner. Den kan da defineres som:

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, s19).

Grunnlaget i KMT er at pasienten ved hjelp av støtte fra miljøterapeutene skal komme fram til egne konklusjoner, og det er pasientens følelser, meninger og erfaringer som er essensielle (Løvaas & Johansen, 2012, 52). Det er slik at gjennom utprøving og refortolkning av negative automatiske tanker så er målet å endre dysfunksjonelle reaksjonsmønstre. Målet er at miljøet skal øke pasientens refleksjons- og mestringsfølelse og gi et positivt syn på fremtiden. KMT utøves gjerne sammen med andre behandlingsformer, som for eksempel den medisinske behandlingen. Miljøterapeutene skal anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med innlagte pasienter, noe som har som formål å tilby pasienten en målrettet innsats over kort tid, hvor forskjellige aktiviteter inngår i behandlingen (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 65). Kvaliteten på den innsatsen, slik jeg ser det, kan sikres gjennom tydelige terapeutiske rammer og modeller. Det finnes mange kognitive modeller som: Primærterapeutmodell, hvor bare hovedterapeuten gir kognitiv terapi (1), tilføyesmodellen, som er vanlig miljøterapi med enkelte kognitive aktiviteter, som psykoedukasjon (2), personalmodellen, hvor miljøpersonalet driver kognitiv terapi, og legen foreskriver medisiner (3), helhetsmodellen, hvor hele avdelingen eller posten, inklusiv hovedterapeuten, driver etter kognitive prinsipper (4) og fleksibilitetsmodellen, hvor enkelte egnede pasienter, men ikke alle, får tilbud om kognitiv terapi(5) (Wright, 1993 i Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 32).

KMT innebærer en behandlingsprosess rundt hver pasient, fra innleggelse til utskrivning. Denne prosessen viser flere trinn som skal tilpasses den enkelte pasient (vedlegg 1 presenterer kognitiv miljøterapi – behandlingsforløp). Den kognitive terapeuten er ofte ikke så langt unna pasienten, og situasjoner som oppstår kan utnyttes der og da (Løvaas & Johansen, 2012, s. 52). KMT handler ikke om å konfrontere sannheter, men å erfare at det finnes flere sannheter (Simonsen, 2007). Med utgangspunkt i teorier om at man kan lære av de erfaringer som man forstår, er det ikke hendelsen som er viktig for læring. Det som er

viktig er 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). En prosess som kan hjelpe innlagte pasienter med relasjonstraumer til å integrere, å kunne mentalisere rundt sine emosjoner og toleransegrenser. Kognitiv miljøterapi, etter min mening, kan da sees som en behandlingsterapi som kan bidra til at pasienter med relasjonstraumer reflekterer over sine erfaringer og tester ut egne antakelser, gjennom terapeutisk utnyttelse av dagliglivets spontane situasjoner og veiledninger. Noen av KMT tiltakene er kasusformulering, og hjemmeoppgaver. Kasusformulering er en form for psykologisk oversiktskart. Tiltakene kan gi en oversikt over årsaksforhold og opprettholdende faktorer for pasientens symptomer (Dramsdahl og Jordahl 2015, s. 143).

KMT, som nevnt tidligere, gir en felles plattform hvor pasienten deltar mer i behandlingen, og lar pasienten beskrive sin situasjon i et språk som terapeutene forstår. Et felles språk mellom miljøterapeuten og pasienten skal gjøre deres samarbeid lettere (Løvaas & Johansen, 2012, s. 17). KMT er også en eklektisk modell, som setter elementer fra flere andre metoder inn i en helhetlig ramme. Utfordringen for miljøterapeutene kan være at de må bruke velkjent metodisk praksis i en ny sammenheng. Introduksjon av KMT på døgnenheter gir muligheter, med utgangspunkt i tilknytningsteori, til å forstå dynamikken bak dannelse og utvikling av relasjonstraumer, og å kunne tilby en målrettet behandling. Forskning viser at KMT tilnærming har en positiv effekt på RTs underliggende lidelser eller symptomer, som depresjon og angst (Løvaas & Johansen, 2012, s. 17). Løvaas & Johansen (2012, s.16) presenterer, i sin forskningsartikkel, KMT som en viktig tilnærming som hjelper både pasienter med lette psykiske lidelser og de med alvorlige psykiske lidelser, til å få hjelp til å hjelpe seg selv. I dette arbeidet peker de på psykoedukasjon som en sentral brikke. Med KMT kan miljøterapeuter adressere spesifikke symptomer, ved å bruke mulighetene som avdelingen gir og kognitiv terapeutisk tankegang til å adressere pasientens utfordringer.

3.3 Forståelse av relasjonstraumer

Pasienter med RT er mennesker som ofte lever med problemer på flere livsområder. De kan for eksempel ha problemer med å tolerere og håndtere følelser, være preget av selvforakt og mistillit til andre, og de har gjerne utfordringer med nærhet (Huseby, 2018). Relasjonstraumer kan blant annet forstås utifra en utviklingspsykologisk tilnærming, men også med et

nevrobiologisk perspektiv (Wilson, Hansen & Li, 2011, s. 88-89). Utvikling av tilknytning har sin viktigste biologiske funksjon de første leveårene i barnets liv, og tilknytning til omsorgsgivere etableres i andre del av første leveår. Men selv før dette så vet man at omsorgsgivere har en viktig funksjon i forhold til å regulere barnets fysiologiske og atferdsmessige tilstand (Nordanger, 2014, s. 39-40). Når barnet blir neglisjert eller avvist av omsorgsperson, siden de ennå er umodne, så manifesterer atferden seg ofte som svekkede selvreguleringsferdigheter. Dette kan komme til syne som vekslende og motsetningsfylte følelser og atferd som opplevelse av tomhet og fravær av følelser, vedvarende tristhet, dissosiasjon og unngående sosial atferd på den ene siden, og lett mobiliserbart sinne, hypersensitivitet for affektive stimuli, vansker med å roe seg ned, og aggressiv eller avhengig sosial atferd på den andre siden. Disse erfaringene bringer barnet med inn i voksenlivet. Det blir vanskelig å forholde seg både til seg selv og andre.

Psykiateren og traumeforskeren van der Kolk på 90- tallet viser til at de kroppslige aspektene ved psykologiske traumer, kan være tegn på en tidligere traumatisering. Han mente at traumer setter spor, både fysisk og psykisk (Steele et al., 2006, s. 105-106). Van der kolk beskriver hvordan traumatiske minner lagres, og har vist at hovedutfordringen med disse minnene er hjernes manglende evne til å sette de forskjellige sanseinntrykkene fra det som skjedde sammen til integrerte, autobiografiske minner. Sensoriske elementer fra traumatiske hendelser lagres i bruddstykker og blir gjenaktivert av nye sanseinntrykk, uten at det traumatiserte mennesket opplever å ha kontroll over hva som skjer. Gjenopplevelsene kan sette i gang alle slags sansemodaliteter, og overvelde den traumatiserte med kroppslige spenninger, bilder, smerter og andre inntrykk som stammer fra den traumatiserende hendelsen, og kroppens reaksjoner den gang. Nevrobiologisk perspektiv rundt danning av traumerelaterte symptomer kan relateres til Brewins (2001, s. 376-377) «Situationally Accessible Memory» (SAM), som anses som et system som inneholder utslettelige, fryktbaserte representasjoner, som ikke lagres i hippocampus, men går direkte til basale hjernestrukturer, som hjernestamme, thalamus og amygdala. Minnene som er lagret i SAM, kan vekkes til live gjennom triggere som påminner om noe som relateres til i traumatiserende hendelse.

Nijenhuis har, sammen med Onno van der Hart og Kathy Steele, snakket om begrepet «*desaggregation*» eller oppdeling- det at noe blir tatt fra hverandre (Nijenhuis, 1999, s 60). Oppdelingen kobles sammen med reaksjon på psykiske traumer, og kommer ofte til uttrykk som forstyrrelser i kroppens funksjoner. Traumeerfaringer preger ens personlighet og relasjonelle evne. Grunnet traumepåkjenninger kan en utvikle alternative måter å være i

verden på, og særlig måter å unngå å være til stede. Man vil helst slippe å være i sin egen kropp, eller i nærheten av andre. Løsningen for mange kan være å splitte vekk deler av jeget. (Nordanger, 2014, s. 39-41). denne oppsplittingen og utmeldingen kan ses som typisk ved dissociative lidelser ut ifra utviklingspsykologisk, og nevrobiologisk perspektiv. Dissosiative tilstander preger ulike deler av personligheten, og har ulike dissociative symptomer. Med utgangspunkt i den strukturelle definisjon av dissosiasjon kan de symptomene beskrives som enten negative eller positive, og enten psykoforme eller somatoforme (Nijenhuis, van der Hart & Steel, 2006, s. 77). Disse symptomer kan miljøterapeuter oppleve på avdeling hos pasienter med tilknytningstraumer. For å oppnå en vellykket behandling av pasienter med kompleks traumatisering eller RT er det en fordel, skriver Steele et al., (2006, s. 105), å arbeide konkret og systematisk med de ulike traumerelaterte fobiene. En måte å gjøre det på er å legge opp til en faseorientert behandling.

3.4 Faseorientert behandling av kompleks traumatisering

I artikkelen om *Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias presenterer* Steel, van Der Hart & Nijenhuis, 2005, s. 28) en tramebehandling basert på tre hovedfaser. Denne faseorienterte behandlingen er også den som anbefales av International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) (2012). De tre fasene er: stabilisering og symptomreduksjon (1), behandling av traumatiske minner (2), og personlighetsintegrering og rehabilitering (3). Det er denne traumebehandlingen som miljøterapeutene på en døgnavdeling støtter seg på, i behandlingen av pasienter med RT.

Stabilisering og symptomreduksjon (1), som er den første fasen av behandlingen, tar sikte på å hjelpe pasienten til å komme over det som kalles fobi for tilknytning og påfølgende tilknytningstap i forhold til terapeutene. I tillegg er målsetningen i denne fasen å hjelpe pasienten til å komme over fobiene for selve det mentale innholdet (tanker og følelser) relatert til traumet, og tilsvarende komme over fobi for de dissociative delene av personligheten. Det er viktig å notere at bare når de fobiene som kan true klientens trygghet, og dermed framgangen i terapien, er blitt betraktelig redusert i de ulike delene av personligheten, kan pasienten starte med fase 2 (Steele et al., 2006, s. 105). Med andre ord vil selvdestruktive tanker og handlinger som er innebærer selvskading, suicidalitet, stoffmisbruk, vold og annen risikoatferd bli aktivt behandlet i denne første fasen.

Behandling av traumatiske minner (2) har som hovedmål å skape en integrering av de forskjellige delene av personligheten, slik at vedkommende kan erkjenne de traumatiske minnene. I denne behandlingsfasen ligger det forventning i at pasienten må kunne forholde seg mer samlet til det som skjer i nåtiden (Steele et al., 2006, s. 113).

Personlighetsintegrering og rehabilitering (3): terapiarbeidet i fase 3 innebærer en dypere og mer omfattende bearbeiding av den alvorlige neglisjeringen som pasienten har vært utsatt for under sin utvikling. Økt forsøk på å leve et «helt alminnelig liv» synliggjør ofte de mindre opplagte manglene knyttet til mange av de områdene som ikke ble effektivt utviklet på et tidligere tidspunkt (Steele et al., 2006, s. 117).

Steel et al., 2005, s. 42-47) skriver at det er temaer som terapeutene må forholde seg til under hele terapiprosessen, på tvers av de ulike fasene. Disse temaer er: å arbeide med å styrke pasientens daglige funksjonsnivå, trene klienten til å tåle følelser, og justere arbeidet etter pasientens tålegrense.

3.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg introdusert teoretiske perspektiver som skal være med i belysningen av problemstillingen. Jeg har lagt frem teorien om kognitiv teori og kognitiv psykologi. Videre har jeg presentert teori om KMT med en fordypning i miljøterapi, hva det vil si å være miljøterapeut, kognitiv terapi, og til slutt presentert en forståelse av relasjonstraumer, og faseorientert behandling av kompleks traumatisering, basert på van der Hart og medarbeideres perspektiv. Å ha kunnskap om disse teoriene, med tanken på oppgaven, kan bidra til større forståelse av sammenheng mellom relasjonssvikt tidligere i livet og personlighetsforstyrrelsen som fremtrer hos pasienter med RT som miljøterapeutene møter på avdelingen, og hvordan behandlingstilbud og prosess kan etableres.

4. Metode

I denne delen skal jeg først presentere oppgavens forskningsdesign, og så presentere forskningsmetodene som studien bygges på. Jeg skal samtidig redegjøre for mine metodiske valg. Avslutningsvis skal jeg foreta en kvalitetsvurdering av metoden, og en etisk betraktning. For å belyse problemstillingen valgte jeg knyttet til studiens metodiske prosess.

4.1 Forskningsdesign og valg av metode

kvalitativ forskningsdesign. Jeg har valgt å benytte meg av kvalitativ metode, fordi jeg har vurdert det dithen at denne metoden er mer egnet til å kunne kaste lys over problemstillingen. Kvalitativ metode er en metode som bidrar til å utvikle kunnskap med å undersøke hvilken mening hendelser og erfaringer har for menneskene som opplever dem, og hvordan de kan forstås eller tolkes av andre. Den gir tekstlige beskrivelser, for eksempel utskrift fra et intervju (Ringdal, 2018, s. 91-92).

4.1.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Bakgrunn til kvalitativ metode er å finne vitenskapsteoretiske og filosofiske retninger som for eksempel hermeneutikken (læren om fortolkning av tekster), fenomenologien (menneskets subjektive erfaringer), og sosialkonstruktivismen (som grunnes på sosiale fenomener som produkt av menneskelig samhandling) (Malterud, 2017, s 26-30). Malterud (2017, s. 29) mener det er villedende å beskrive kvalitative metoder som for eksempel hermeneutiske eller fenomenologiske, uten at dette er «tydelig og eksplisitt filosofisk forankret». Jeg har ikke til hensikt å gjøre det i denne masteroppgaven, men jeg skal kort presentere hermeneutikk i linjene som kommer.

4.1.2 Hermeneutisk tilnærming

Den hermeneutiske retningen danner det vitenskapsteoretiske paradigmet eller tilnærming i denne masterstudien. Jeg valgte denne retningen fordi jeg vurderte det dithen at den kan egne seg til å kaste lys over masteroppgavens problemstilling. Jeg har valgt å presentere denne forståelseshorisonten eller paradigmet, fordi det er ut fra den, eller dens epistemologiske

(erkjennelse/kunnskapslære) ståsted og metodiske overveielser at datamaterialet til denne masterstudien skal innsamles, bearbeides og analyseres.

Det er flere kjernebegrep i den hermeneutiske referanserammen og betegnelser som påvirker tolkningen og forståelsen av innholdet. Blant disse begrepene skal jeg presenterer noen som kan regnes som de mest sentrale: forforståelse (1), den hermeneutiske sirkelen (2), dialog (3), mening (4), tolkning (5) og fusjon av horisonter (6) (Granerud, 2008, s.34). Det er disse begrepene eller dimensjonene som har stått sentralt i mitt arbeid i denne masterstudien.

Forforståelse: Enhver forforståelse krever en annen, forutgående forforståelse. En slik forutgående forståelse refereres til som fordom (Krogh, 2017, s. 49- 55). Vår forståelse er aldri uten forutsetning, og man begynner aldri på bar bakke. Det betyr vi er alltid i en horisont.

Hermeneutisk sirkel: Den hermeneutiske sirkel eller den hermeneutiske spiral er en av de viktigste begrepene innen hermeneutikken (Thornquist, 2018, s. 171). Det beskriver helheten av det som skjer når vi fortolker en tekst og danner oss en mening av innholdet i den, fra vår vurdering av avsenderens bakgrunn, situasjon og intensjon, til vår vurdering av teksten selv og mediet den når oss gjennom, og videre til vår egen selvrefleksjon. Å bruke den hermeneutiske sirkel er å bevisstgjøre seg sine egne og tekstens horisonter, og å la denne bevisstheten være en del av den prosessen det er å skape mening av en tekst. Delene forstås og fortolkes ut fra helheten – og helheten forstås og fortolkes ut fra delene. Altså som en sirkel eller spiral, med et gjensidig utvekslingsforhold mellom deler og helhet. Slik forandres og utvides vår oppfatning og forståelse av delene og helheten gjennom tolkningsprosessen.

Dialog: Det er gjennom en dialog mellom leserens og tekstens horisonter at mening dannes. Dialogen har også vært sammenlignet med et spill, eller en lek, hvor aktørene lar forhåndsoppsatte regler være rammene leken utvikler seg innenfor (Thornquist, 2018, s. 149-150).

Mening og tolkning: “[D]er hvor meningen begynner, der begynner også tolkningen, dvs. kampen” om tolkningene, skriver Roland Barthes (1972 s. 174). “I tidlig moderne tid ble “forståelseskunsten” eller studiet av forståelsen til en generell teori om språklig formidlet mening, det var den teorien som ble gjengitt som hermeneutikk” (Krogh 2017, s. 7-9).

Tolkning har vært spesielt nødvendig innen teologi (religiøse tekster) og jus (lovtekster). Ordet hermeneutikk kommer fra det greske *hermeneuein*”, som betyr å tyde, oversette og tolke (Krogh, 2017, s. 12-13). Tolkning er relativ tolkerens horisont som hele tiden overstrides i retning av nye horisonter. (Thornquist, 2018, s.183).

4.1.3 Min forforståelse

Innenfor den fortolkende tradisjonen, som kvalitative forskningsstudier er bygget på, har man følgelig anerkjent at en fullstendig nøytralitet ikke kan finnes. Det er da viktig for forskeren å redegjøre for hvordan ens egen posisjon kan komme til å påvirke forskningsarbeidet (Tjora, 2018, s. 83). Virkeligheten er forstått som noe som blir konstruert gjennom en rekke forskjellige fortolkninger fra forskjellige individer (Jacobsen, 2015 s. 28). Min forforståelse har hatt en innvirkning på mitt temavalg og min bakgrunn for denne masterstudien, og hvordan jeg tolket empirien. Jeg har arbeidet i min yrkeskarriere etter miljøterapi og kognitiv terapi som terapiform, i møte med mennesker med psykisk lidelse, herunder pasienter som lider av RT. Min forståelse av psykiske lidelse bygges på et biomedisinsk og humanvitenskapelig syn. Det vil si at begrepet psykiske lidelse begrenses til biologiske prosesser og et syn hvor miljøterapeutene som arbeider ut fra ulike ståsteder, ser menneskets psykiske symptomer som et resultat av barndom, adferd, innlæring av tankemønstre, og betydning av familien og nettverket.

Min erfaring er at mange i denne pasientgruppen omtales noen ganger som pasienter som er utfordrende og splittede av personalgruppen. Dette er mennesker som ofte blir innlagt med høye symptomtrykk, noe som kan være utfordrende kunnskapsmessig for helsepersonell, og det miljøterapeutiske arbeidet generelt (Michalopoulos, 2012). Jeg har ikke en videreutdanning eller opplæring i KMT, og min avdeling har ikke KMT som en overordnet og etablert behandlingsform. Men en kan si at vi jobber etter KMT, siden vi jobber, til daglig, mye etter de to hovedtilnærminger som utgjør KMT. Erfaringen min er at mange pasienter med RT opplever en bedring med det behandlingstilbudet vi har, men mange kommer også tilbake. De kommer ofte tilbake kort tid etter utskrivning, med samme utfordringer som ved forrige innleggelse.

4.2 Stegvis- deduktiv induktiv metode

Denne studien har en eksplorerende og empiridrevet design basert på en Stegvis- deduktiv-induktiv metode (SDI). Slik jeg tolker det kan SDI- metode deles i to hovedfaser, som er: forberedelser eller datagenereringsfaser og analysefaser. Tjora (2018) sier at metoden bidrar til systematisering og kvalitativ forskning gjennom delprosessene knyttet til metoden (Tjora, 2017, 17). Det vil si å arbeide i etapper fra den utvalgte empiriske verden/utvalg eller datagenerering til konsepter eller teorier. SDI- modellen består hovedsakelig av seks steg: generering av empiriske data (1), bearbeiding av rådata (2), koding med empirinære koder (3), gruppering av koder (4), utvikling av konsepter (5) og teoriutvikling (6) (Tjora, 2017, s. 19). Det er første gangen jeg bruker denne tilnærmingen, selv om jeg er kjent med metoden fra før. Jeg velger SDI- metoden, fordi den gir meg mulighet til å kunne utvikle kunnskap utifra problemstillingen. Jeg velger også denne metoden, fordi den i min studie kan stå som en rettesnor for en systematisk forskning utifra en hermeneutisk tilnærming.

4.2.1 Rekruttering

Arbeidet for å få tak i aktuelle informanter til studien, har vist viktigheten av god planlegging og tålmodighet. Rekruttering av informantene ble gjort mulig ved hjelp av enhet og avdelingslederne ved DPS døgnetenhetene, hvor det allerede arbeides etter KMT tilnærming eller der de er i en implementeringsfase. Jeg sendte e-mail til lederne, med informasjon om min masterstudie, som de så videreformidlet til sine medarbeidere (vedlegg 2). Informantene skulle ha minst en utdanning i KMT trinn 1, jobbet mer enn ett år på en avdeling hvor KMT er et behandlingstilbud eller at de er i en implementeringsfase ift. dette, og som samtidig har erfaring med pasienter med relasjonstraumer. Til denne studien klarte jeg å skaffe seks informanter som var villige til å delta. Informantene kom fra tre forskjellige avdelinger: to per avdeling. Fire av informantene var fra avdelinger som i mange år har arbeidet etter KMT, og to fra en avdeling hvor KMT tilnærming var i en implementeringsfase. Jeg gjorde dette for å få data fra forskjellige avdelinger, og for å få bredere forskningsmateriale. Fire informanter var sykepleier, én var fysioterapeut, og én var sosionom.

4.2.2 Gjennomføring av intervju

Jeg har benytt meg av semistrukturert intervjuer for å samle data. Semistrukturert intervju er individualintervju som bidrar til datagenerering (Malterud, 2017, s. 133). Jeg valgte metoden fordi den gir mulighet til å studere miljøterapeutens meninger, holdninger og erfaringer. Metoden er ute etter informantens livsverden, eller verden sett fra informantens ståsted (Kvale & Brinkmann, 2015, s.44). Semistrukturert intervju utføres i overensstemmelse med en intervjuguide (Kvale og Brinkmann, 2015, s.46). Intervjuguiden til denne studien (vedlegg 3), ble delt i to temaer: Pasienter med relasjonstraumer & kognitiv miljøterapi (1) og kognitiv miljøterapi & avdelingen (2).

Intervjuene ble gjennomført i perioden 15.06.19 – 01.08. 2019. Intervjuene varte i cirka 45 minutter. Det var viktig å stille klare spørsmål, snakke klart og tydelig, og unngå unødvendig bruk av faglig sjargong (både i intervjuguiden og oppfølgingsspørsmålene). Intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass. Jeg følte at jeg fikk god kontakt med informantene, siden de virket avslappet, og siden selve intervjustunden virket som en vanlig samtale. Jeg merket noen ganger at informantene lette etter en bekreftelse, under intervjuet, relatert til at jeg skulle skjønne hva de mente. Jeg var da bevisst på uttrykk som "du forstår ...", "skjønner du ...", "du vet ...". De gangene jeg hørte slike uttrykk komme fram, fulgte jeg opp med oppfølgingsspørsmål. På den måten kunne de forklare litt nærmere hva de mente. Jeg hadde foretatt et prøveintervju på forhånd, på en kollega, for å forberede meg til intervjusituasjonen, og å kunne vurdere intervju spørsmål i forhold til problemstilling. Intervjuene ble digitalt innspilt.

4.2.3 Bearbeiding av rådata: transkribering

Transkriberingen innebærer å klargjøre intervjumaterialet for analyse, noe som vanligvis fører transkribering fra tale til skriftlig tekst. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137).

Transkriberingsarbeidet ble utført etter hvert intervju. Transkriberingsprosessen jeg har utført gikk fra lydopptaker (tale) til skriftlig tekst av data. Selv om det ikke finnes noen form eller kode for transkripsjon av forskningsintervjuer, finnes det noen standardvalg som skal tas: bør uttalelsene transkriberes ordrett, ord for ord med alle gjentakelser og med registrering av alle «eh»- er og liknende? Eller bør intervju omgjøres til en mer formell, skriftlig stil? (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208).

Intervjuer ga cirka 4,5 timer med data. Intervjuene ble omgjort til en mer formell, skriftlig stil, men hvor alle gjentakelser og registrering av småord, nøling, sukk og latter ikke ble gjengitt. De gangene jeg valgte å transkribere disse var når de var vurdert nødvendige for å øke forståelsen til informantens uttalelser. Jeg valgte å gjøre det på denne måten fordi transkribert materiale, etter studiens problemstilling og formål å forstå, skal danne grunnlag for en meningsanalyse, og ikke en konversasjonsanalyse av data, hvor pauser, overlappinger og intonasjonene i ordveksling skal være av avgjørende betydning.

4.2.4 Analyse av data

Jeg benyttet dataanalyseverktøyet Nvivo 12, til å danne koder. Koder betyr et ord eller en setning, del av en setning, et utsagn, eller kanskje et avsnitt i analysedokumentet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 223). Nvivo 12 er tidsbesparende, og har mange fordeler som har bidratt til en raskere og oversiktlig analyse av mine samlede data. Disse fordelene var for eksempel: rask organisering, lagring samt henting av data, og avsløring av sammenhenger på måter som er vanskelig manuelt. En ulempe med bruk av dataprogrammet var at jeg måtte bruke litt tid for å bli kjent med det. En annen ulempe er, slik jeg ser det, at man mister en viss nærhet og mulighet til en enda dypere kjennskap til sitt eget datamateriale, siden ved å gjøre dataanalysen manuelt går man oftere igjennom hele det transkriberte datamaterialet for å finne koder og koblinger mellom dem. Analyse av data foregår i fire trinn (Tjora, 2017, s. 195): Koding med empirinære koder (1), kategorier/kodegruppering og underkategorier/hovedtemaer (2), utvikling av konsept (3) og teoriutvikling (4).

Trinn 1: Koding sees på som det første steget i analysen, og er svært viktig for SDI-metodens vekt på induksjon (Tjora, 2017, s.197). Koden utvikles empirinær, det vil si å være helt tett opp til empirien. Etter empirinær koding av intervjudata, hadde jeg utviklet 108 koder. De utviklede kodene skal danne utgangspunkt for neste steg: kodegruppering.

Trinn 2: Kodegruppering gjøres induktiv og består av å samle koder som har en innbyrdes tematisk sammenheng, i grupper, samt å skille ut koder som er irrelevante, i en restgruppe (Tjora, 2017, s.207). Med utgangspunkt i mine 108 empirinære koder, har jeg utviklet syv grupper, i tillegg til en restgruppe. De syv gruppene fikk navnene: utdanning som bindeledd i behandling (1), utfordring av komfortsone (2), ufullstendig behandling (3), KMT som støttende arbeidsverktøy (4), en av flere metoder (5), konsekvens av behandlingens lengde (6) og

stimulering til tankeforandring (7). Jeg opplevde mine syv kodegrupper som tematisk smale, og dessuten for mange. Tjora (2017, s. 210), sier at i noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å gjøre et neste nivå av gruppering dersom forskeren får et betraktelige antall kodegrupper, eller opplever dem som tematisk smale. Han presentere videre en tommelfingerregel hvor 3-5 relevante kodegrupper egne seg som basis for analytiske (del) kapitler i en masteroppgave eller andre forskningsprosjekter (Tjora (2017, s. 210). Jeg utviklet da et nytt nivå av gruppering ved å gruppere gruppene i fire hovedtemaer:

1. Koherensgrunnlag i behandling (kodegruppe 1 og 4)
2. Positiv styrking av tankevirksomhet (kodegruppe 2 og 7)
3. Stykkevis behandling (kodegruppe 3 og 6)
4. Sammensatt behandlingstilbud (kodegruppe 5)

Tabell 1, som kommer etter hvert, presenterer et eksempel på min analyseprosess fra empiri til hovedtema. Det er en hovedregel at kodegruppene danner utgangspunkt for hva forskeren utvikler som temaer i analysen. Dette arbeidet skal strukturere studiens resultatdel, noe som da ender opp som kapitler eller delkapitler i en rapport, oppgave eller avhandling, eller eventuelt som separate vitenskapelige artikler i større prosjekter (Tjora, 2017, s. 208). Disse kodegruppene eller hovedtemaene, blir da grunnlaget for en strukturering av mitt videre arbeid både i resultatdelen, og ikke minste vil de danne grunnlag for utvikling av konsepter.

Trinn 3: Jeg må bemerke at jeg i løpet av kodingsarbeidet hadde notert til side, i en notatbok, tre empirisk – analytiske referansepunkter (EAR). Disse empirisk- analytiske referansepunktene var for min del en analytisk indre prosess. Prosessen bidro til en bedre forståelse og kartlegging av data, og ikke minst ga den meg en viss form for trygghet i denne etappen av oppgaven, hvor jeg følte meg overveldet av empiriske data. Jeg har valgt å presentere bare en av de tre EAR jeg noterte på grunn av dens relevans i konseptutvikling, og også grunnet begrensninger knyttet til oppgavens lengde. Konseptutvikling er å betrakte som en integrert del av SDI- analysen og et nødvendig krav til en godt gjennomført analyse (Tjora, 2017, s. 72). I konseptutviklingsarbeidet hadde jeg med blick på kodegrupper eller hovedtema fra forrige steg, og hadde relevante teorier og perspektiver i bakhodet.

Med utgangspunkt i en EAR, samtidig som jeg holdt fokus på mine hovedtemaer, har jeg utviklet konseptet *behandlingens intervensjonsparameter*. Konseptet har et metaforisk

utgangspunkt som, slik jeg ser det, beskriver generelle trekk fra de samlede data.

behandlingsintervensjonsparameter som begrep, beskriver forskjellig variasjonsbredde av behandlingen av pasienter med RT, etter en kognitiv miljøterapeutisk tilnærming. Den EAR formen som gjorde at jeg kom fram til dette begrepet var særlig informantenes beskrivelse av hvordan ledelsen gikk fram for å implementere KMT, og hvordan de møter pasienter med RT med utgangspunkt i KMT. De forteller om en behandling som miljøterapeutene kan lene seg på i forhold til utfordringer med tålmodighet i møte med disse pasientene. En behandling som kan skje i forskjellig grad og hastighet. KMT som behandlingsmetode kan tilpasses den enkelte pasient utifra deres motivasjon, graden av relasjonsskade og evnen til å ta imot behandling. En informant beskrev at:

Det er oppløftende at ledelsen har tilrettelagt for at mange her har fått opplæring i KMT. Mange av tiltakene på avdeling er tenkt i retning KMT [...]. KMT er mangt ... og vi kjører ikke på med all KMT på alle med en gang. Vi møter pasienter med RT der de er, når de kommer hit. Vi har forskjellig verktøy og teknikker som kan hjelpe dem [...]. Er de så syke, så velger vi det kognitive miljøterapeutiske tiltaket som kommer, eller andre behandlinger [...]. Vi vet at behandling kan ta tid med denne type pasientgruppe ... (informant A).

Denne EAR åpnet for meg opp et felt mellom det rent empiriske og fortolkningsmulighet som ikke bare jeg selv kan ta del i. Det skal nevnes også at konseptet *behandlingsintervensjonsparameter* er inspirert av Sommersel, Verter & Larsens (2013, s. 12-26) teori om kvalitet i tjenester. De har knyttet kvalitet i tjenester til fire faktorer. Disse faktorene er: strukturell kvalitet (1), prosesskvalitet (2), innholdskvalitet (3) og resultat-kvalitet (4).

Strukturell kvalitet omhandler hvordan arbeidet er organisert i institusjon eller avdeling, og medarbeidernes kompetansesammensetning og erfaring, fasiliteter, arbeidsforhold og ressurser. Prosesskvalitet forteller om hvordan arbeidet blir utført, blant annet hvilke rutiner som gjelder og kommunikasjonen mellom de ulike aktørene. Prosesskvalitet sikter også til interaksjon mellom terapeuten og pasienten, og ikke minst terapeutene imellom.

Innholdskvalitet dreier seg om ”indre kvalitet” og hvordan kravene i lovverk, faglige standarder, og for eksempel om rammeplanen for institusjonen eller avdelingen oppfylles.

Resultatkvalitet betegner det man ofte snakker om som effekter eller virkninger av arbeidet i

psykisk helsevern, som terapeutisk utbytte for pasienten, pluss samfunnsmessige konsekvenser (Sommersel et al, 2013, s 12- 26).

Trinn 4:” Innenfor SDI- analyse arbeider vi alltid mot et (mer) teoretisk nivå”, påpeker Tjora (2017, s. 224). Tjora (2017, s 225) understreker at i store deler av samfunnsforskning som sikter på teoriutvikling, kommer man ikke lengre enn til konseptene. Jeg har derfor valgt å ikke gå lengre enn til konseptutvikling. Konseptet skal trygt kunne sees som legitime resultater (Glaser, 2002, ifølge Tjora 2017, s. 225). Jeg regner mitt prosjekt som en studie med lite omfang. Av denne grunn har teoriutvikling ikke vært et hovedmål for denne oppgaven. Popper (1981, referert av Tjora, 2017, s. 225- 226) sier at det er i større prosjekter, eller sammensetninger av studier, hvor teoriutvikling kan være en relevant ambisjon. Og å utvikle forståelse på et systematisk teoretisk nivå er en forventning man kan ha til erfarne forskere.

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen fra empiri til hovedtema

| Intervjuutsagn (empiri) | Kode | Kodegruppe | Hovedtema |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Nå er vi nok så heldige at de aller fleste her har fått opplæring i KMT trinn 1 [...] Nå begynner alle her å få en felles forståelse på hva KMT er ... | De aller fleste her har fått opplæring Felles forståelse | Utdanning som bindeledd i behandling | Koherensgrunnlag i behandling |
| God dokumentasjon og rapport mellom miljøterapeutene og andre som jobber rundt pasienten på avdelingen er viktig. Alt dette kan sikre ikke bare kontinuitet, men også forutsigbarheten i miljøterapeutenes arbeid med pasienter med RT. | Dokumentasjon og rapport Sikre ikke bare kontinuitet | KMT som støttende arbeidsverktøy | |
| Det er ingen her som på noen måte er friske når de reiser herifra ... Vi har en krevende og spennende jobb. Mange blir reinlagt kort tid etter utskrivningen. | Ingen her som på noen måte er friske når de reiser Mange blir reinlagt | Ufullstendig behandling | Stykkevis behandling |
| Veldig ofte er de her i en kort tid. Vi starter med tiltak som vi tror passer til det pasienten kan tåle. Etter det så kan pasienten henvises til poliklinikken. | De er her i kort tid Starter med tiltak Pasienten henvisning til poliklinikken | Konsekvens av behandlingsslengde | |
| Men selvfølgelig trenger man kanskje andre tilnærminger også. Folk opplever sykdommer forskjellig [...]. Noen trenger kanskje andre behandlingsmetoder | Selvfølgelig trenger man kanskje andre tilnærminger Noen trenger andre behandlingsmetoder | En av flere metoder | Sammensatt behandlingstilbud |
| [...] Matsalen og andre steder her åpner muligheter for at pasientene utfordres på tingene de sliter med. | Pasienter utfordres på tingene de sliter med | Utfordring av komfortsone | |
| KMT skal hjelpe pasienter med RT til å være mer bevisst på egen sykdom, og kunne ta gunstige valg. | Være mer bevisst på egen sykdom Ta gunstige valg | Stimulering til tankeforandring | Positiv styrking av tankevirksomhet |

4.3 Metodisk overveielse

Innenfor kvalitativ forskning benytter man ofte kvalitetsindikatorer til metodevurdering. Ofte bruker man tre kriterier eller indikatorer: pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2017 s. 231). Jeg vil her foreta en kritisk refleksjon over studien ved hjelp av disse kvalitetsindikatorerne.

4.3.1 Pålitelighet og gyldighet

Begrepet pålitelighet dreier seg om om de innsamlede dataene er holdbare (Nyeng, 2012, s. 105). Informantenes fravær under analysearbeidet kan, slik jeg ser det, føre til at man kan reise spørsmål rundt påliteligheten av SDI som metode. Det at jeg valgte å legge frem direkte sitater, slik informantene la det frem, så informantens «stemme» delvis gjøres synlig helt frem til leseren, er en måte å styrke oppgavens pålitelighet, og min integritet og ærlighet i forhold til informantene. SDI- metoden legger også godt til rette for at studien skal kunne føre til data-pålitelighet. Metodens svakheter kan være at den baserer seg på et enkeltfenomen, herunder miljøterapeuters erfaringer med KMT for pasienter med RT ved DPS døgnenheter, og som deretter går over til konseptgeneralisering eller teori. Dette til tross for at metoden ikke gir visshet, men da bare en grad av det (Tranøy, 2017). Fordelen med metoden er slik jeg ser det, at ut av et enkeltfenomen og empiri kan man trekke inn etablerte teorier. Som uerfaren forsker eller student, kan man dermed støtte seg på disse i utarbeidelsen av en relevant og generaliserbar masteroppgave.

Mine informanter kom fra forskjellige avdelinger, men jeg ser i ettertid at jeg kunne ha gjort kriteriene for deltakelse litt annerledes, som for eksempel å bare ha informanter fra en og samme avdeling, slik at jeg kunne få mest mulig lik kunnskapserfaring. Jeg opplevde til tider at det var kognitivt vanskelig å ta stor avstand fra min forforståelse under intervjuene, som for eksempel hva jeg så som interessant, og hvilken type oppfølgingsspørsmål jeg kom med. Dette kunne ha begrenset relevante data. I analysedelen av masteroppgaven tenkte jeg noen ganger at jeg kanskje burde ha formulert noen spørsmål annerledes, og også bedt om å få utdypet andre forhold.

Gyldighet handler om en logisk sammenheng mellom studiens utforming og funn, og de spørsmålene forskeren søker å finne svar på (Tjora, 2017, s. 231). SDI- modellen, som er lagt til grunn for hele denne oppgaven, underbygger, etter min mening, gyldighet med tydelig krav

til datagenerering, kriterier for hvordan analysen framgår fra empiri, og hvordan teorier gjøres relevante på et mer abduktivt stadium senere i studien. Det at jeg bruker vitenskapelige teorier eller perspektiver som underbyggende elementer i denne studien, er gjort for å styrke dens gyldighet.

4.3.2 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet er relatert til studiens relevans utover de enheter som faktisk er studert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). Det skilles gjerne mellom ulike typer generaliseringer. Generaliserbarhet av studien skal relateres til en konseptuell generalisering. Dette fordi konseptuell generalisering, som er et mål innen SDI- metodikken, er ute etter å fremstille funn i form av konsepter, eksempelvis typologier, modeller, begreper eller den casen som ligger til grunn (Tjora 2017, s. 245).

Jeg valgte å intervju kun en liten gruppe av miljøterapeutene som arbeider på DPS døgnet. Det at de andre miljøterapeutenes erfaringer, på samme avdeling, da ikke ble hørt, kan utfordre generaliserbarheten av oppgavens resultat. Jeg oppfatter det derfor som utfordrende i forhold til å vurdere generalisering av min studie, siden grunnlaget av oppgavens data er fra kun seks informanter. Mulig generaliseringsgrunnlag av denne oppgavens resultat skal, da etter det jeg forstår, kunne bli knyttet til konseptuell generalisering. Det at konseptutvikling blant annet har blitt gjort med utgangspunkt i EAR, kan styrke kunnskapsgeneralisering. EAR, sier Tjora (2017, S.204), indikere en mulig utvikling av analytiske konsepter og dermed generaliserbar kunnskap. Utvikling av konseptet *behandlingsintervensjonsparameter* kan ses som noe som kan styrke denne studiens generaliserbarhet, fordi den kan utvikle innsikt relatert til et KMT som behandlingstilbud for pasienter med RT, og hvor denne innsikten kan testes ved en form for konsept- eller teoriutvikling. Inspirert av Tjora kan jeg si at min masteroppgave har en viss generaliseringsverdi, dersom det innebærer at leseren kjenner seg igjen i min tolking av empirisk data, og at funnene gir en dypere mening til tidligere kunnskap og erfaringer.

4.4 Etiske betraktninger

I denne studiens forskningsprosess har det forekommet en del etiske aspekter som jeg har måttet ta stilling til. Før jeg kom i gang med intervjuene, sendt jeg en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å melde inn og få en godkjenning av studien. I forkant av søknaden til NSD har jeg utarbeidet et samtykkeerklæringskriv (vedlegg 4). Dokumentet ble sendt elektronisk til miljøterapeutene som ønsket å delta i forskningen, for å informere dem om studien.

Samtykkeerklæringen ble signert for hånd før intervjuet. Informantene ble informert om deres rett til å kunne trekke seg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt. Jeg har fulgt vilkårene satt av NSD, før jeg kom i gang med datasamlingen. Studien ble godkjent av NSD med «forenklet vurdering med vilkår», hvor personvernulempen ble vurdert som lav (vedlegg 5). Navn, arbeidssted og andre opplysninger som kunne gå imot informantenes konfidensialitet ble tatt bort eller ikke innhentet i det hele tatt. For å sikre konfidensialitet av data ble alle intervju- filene også lagret i Nettskjema. Nettskjema er et godkjent og beskyttet rom som krever en sikker innlogging (Universitet i Oslo [UIO], 2018). Informantene delte ikke private eller sensitive informasjon, men faglig eller profesjonelle erfaringer som ikke utgjør en skade for dem. Tross dette valgte jeg allikevel å sikre deres anonymitet ved å kun bruke bokstaver for å kunne skille mellom de enkelte, for eksempel informant A og informant B.

4.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg redegjort for forskningsdesignet, samt den kvalitative metoden som danner grunnlaget for denne studien. Med utgangspunkt i SDI-metoden har jeg da gått gjennom utvalg og rekruttering, gjennomføring, transkripsjon og analyseprosess. I denne studien har jeg ikke gått lengre enn til konseptutvikling. Konseptutviklingen ble gjort med utgangspunkt i EAR og data relatert til hovedtemaer. Videre har jeg foretatt en kvalitetsvurdering av den kvalitative tilnærmingen av studiets metodikk, basert på tre kvalitetsindikatorer som pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. Til slutt har jeg gjort en etisk betraktning av etiske problemstillinger relatert til innhenting av informert samtykke, konfidensialitet og anonymitet.

5. Presentasjon av resultat

I denne delen skal jeg presenterer de empiriske funnene etter en analyse av data av de seks forskningsintervjuene. Utgangspunktet for presentasjonen er, som tidligere nevnt, hovedtemaene jeg kom fram til i oppgavens del “kodegrupperingen” i metodekapittelet (se Tabell 2 som kommer lengre ned). Funnene blir presentert i form av sammenfattende beskrivelse av informantenes uttalelser og sitater. Det var et bevisst valg fra min side å inkludere interessante sitater fra informantene, fordi disse sitatene representerer, samt belyser informantenes erfaringer og utsagn. Med å presentere disse data vil jeg gi mulighet til hvem en skal lese studien, og ikke minst meg selv, til å oppnå en større nærhet til de samlede empiriske data i sin opprinnelige form.

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen fra kodegrupper til konseptet

| Kodegrupper | Hovedtemaer | Konsept |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Utdanning som bindeledd i behandling | Koherensgrunnlag i behandling | Behandlingens intervensjonsparameter |
| KMT som støttende arbeidsverktøy | | |
| Ufullstendig behandling | Stykkevis behandling | |
| Konsekvens av behandlingens lengde | | |
| En av flere metoder | Sammensatt behandlingstilbud | |
| Utfordring av komfortsone | Positiv styrking av tankevirksomhet | |
| Stimulering til tankeforandring | | |

5.1. Koherensgrunnlag i behandling

Denne kodegruppen omhandler hvordan kontinuiteten i det kognitive miljøterapeutiske arbeidet mot pasienter med RT er ivaretatt. I intervjuene kom det fram at kontinuitet i dette arbeidet ble mulig under visse forutsetninger. En viktig forutsetning var relatert til avdelingens strukturelle forhold, i form av for eksempel antall miljøterapeuter som primært var satt til å følge opp pasienten under oppholdet. En informant beskrev at:

[...] gruppering er sånn at pasienten som kommer har to eller maks tre primære kontakter. Hvis de er på arbeid, så skal en av dem ha pasienten. Dette for å sørge for kontinuitet, og relasjonsbygging (informant D).

Informantene satte koherens av behandlingen etter KMT som en viktig grunn i behandlingen av pasienter med RT. De så avdelingsramme og koordinering som en forutsetning i koherens av behandling etter KMT tilnærming mot pasienter med RT. De koblet kontinuitet til hvor gode avdelingens driftsplaner, og arbeidsverktøy var. Vedkommende uttalte at: «*Dagsplaner, ukeplaner, behandlingsplaner til hver pasient (), alt det må være godt organisert*» (informant E). Ledelsen har vist et engasjement i forhold til implementering og bruk av KMT, og ble sett på som en koherensfaktor. Mange ansatte har fått opplæring i terapien. Implementering av KMT er en måte, for ledelsen, å sørge for at de fleste på avdelingen jobber i samme retning under pasientbehandling. En koherens som bygges ved at de fleste ansatte får samme opplæring.

Opplæringen ble sett, med andre ord, som en sikring av kontinuitet av behandling etter kognitiv miljøterapeutisk tilnærming, gjennom en felles forståelse på avdeling. En informant sa:

Ledelsen har gitt muligheter til mange på avdelingen å utdannes i KMT [...]. Mange får mulighet til det. Nå er vi nokså heldige at de aller fleste her har fått opplæring i KMT trinn 1 [...]. Nå begynner alle her å få en felles forståelse av hva KMT er ... Og det er andre terapeuter utenom miljøterapeutene som har fått den opplæringen også (informant E).

KMT, sier informantene, er ikke noe som skal avgrenses til miljøterapeutene på avdelingen. Tilnærmingen vil at alle på avdelingen, på tvers av yrkesgrupper, skal ha opplæring i det. På

den måten kan KMT være et fundament til å utvikle en sammenhengende tjeneste, som støtter pasienter med RT sin egenmestring, og utarbeide en felles strategi mellom terapeutene og pasientene. KMT gir da en retning i behandling for alle de som arbeider med pasienten.

«Hos oss er det ikke bare miljøterapeutene som har fått opplæring i KMT, også noen av psykiaterne har deltatt på kurs. Dette holder den måte vi jobber på tydelig for alle», nevnte informant F.

Veldefinerte rapportsystemer og arbeidsrutiner relatert til skriftlig dokumentasjon, muntlige og skriftlige rapporter, ble beskrevet som kontinuitetsfaktorer i det kognitive miljøterapeutiske arbeidet mot pasienter med RT. Rapportene ble gitt og skrevet på målrettet måte etter føringer fra behandlingsplanen. Avdelingen hadde faste rutiner på hvordan, hvor, og når opplysninger, tiltak og observasjoner blir dokumenter og brakt videre mellom kollegaene. En informant uttrykte at:

God dokumentasjon og rapport mellom miljøterapeutene og andre som jobber rundt pasienten på avdelingen er viktig. Alt dette kan sikre ikke bare kontinuitet, men også forutsigbarheten i miljøterapeutenes arbeid med pasienter med RT (informant C).

Informantene påpekte et ønske om å få flere i behandlingsleddene, både i kommunal helsetjeneste og spesialist helsetjeneste, til å ha opplæringen i KMT. De sa at det beste scenarioet er å få flere i kommunal psykisk helsetjeneste, og legekantorene til å få opplæring i KMT. Dette kan bidra til at en del av KMT tiltakene, som for eksempel hjemmeoppgaver, blir øvd på eller satt i gang på et tidligere tidspunkt i kommunen, på et stadium hvor pasienten kanskje er mindre preget av symptomtrykk. Det at flere i hjelpeapparatet utenfor spesialisthelsetjenesten har kunnskap om KMT, kan også gjøre at pasienten med RT kan fortsetter å arbeide eller bearbeide sine relasjonelle utfordringer når de blir skrevet ut. En informant sa at:

Det kunne ha være en fordel at pasienten fortsetter med en behandling etter KMT når de kommer hjem. Dette betyr at både de på fastelegekantoret og den kommunale psykiske helsetjenesten har kjennskap til behandlingstilnærmingen. Flere som kan KMT kan betyr trygghet, kontinuitet i støtte til pasienten, og ikke minste i veiledningen (informant B).

5.2 Stykkevis behandling

Denne kodegruppen skildrer karakteren av behandlingen rettet mot pasienter med RT.

Kodegruppen omhandler, med andre ord, hvordan informantene beskrev KMT som et partielt kognitivt miljøterapeutisk behandlingstilbud. Informantenes hovedtenkning var at pasienten ikke kunne forvente å bli så fort sykdomsfri. Behandlingen kunne ta lang tid. En informant mente om behandlingen at: «[...] *Det er ikke noe som er gjort over natta*» (informant B).

Det er ofte mye fokus på ventetider, noe som kan gå på bekostning av behandlingstilbudet.

Dette er noe, fortalte informantene, som kan medføre at det er kapasitet heller enn faglige vurderinger som avgjør hvor lenge pasienten skal få behandling. Det skjer at pasienter regnes som utskrivningsklare selv om de ikke er ferdigbehandlet. Informantene pekte på at dette delvis preget karakteren av behandlingen, med konsekvens som at mange pasienter som skrives ut, i stor grad fortsatt plages av sin grunnlidelse. «*Det er ingen her som på noen måte er friske når de reiser herifra ...*» meddelte informant B. En annen informant siktet på pasientens oppholdslengde som et eksempel på den partielle behandlingen av pasienter med RT: «[...] *De er ofte her én til to uker. Utfordringen er på en måte at vi har kort tid, tenker jeg*» (informant B).

KMT tilnærming kan være med på å bedre hverdagen til pasienten med RT, og til å dempe mye av pasientens plager i forhold til den tiden man disponerer. Med KMT, sa informantene, kan miljøterapeutene bygge noe som kan hjelpe pasienten til å håndtere sine relasjonelle utfordringer. «*Å hjelpe pasienter med RT kan være å hjelpe dem til å fungere sosialt og til å gå på arbeid, siden de har lært seg tiltak som demper plager rundt dette*», beskrev informant E.

Informantene uttrykte at behandling av pasienter med RT etter KMT var preget av langsiktig og kortsiktig perspektiv. Den kognitive miljøterapeutiske tilnærmingen ble beskrevet av informantene som en oppstartsbehandling. Behandling av pasienter med RT kan virke veldig utfordrende, og denne behandlingen kan i mange tilfeller kreve at flere instanser blir involvert. Med denne forståelsen blir behandlingen som skjer på avdelingen ofte sett på som en start, fortalte informantene. Når pasienten kommer på avdelingen så tilbys det en behandling preget av KMT. Det betyr at pasienten starter med behandling, som også vurderes underveis sammen med pasient. En informant fortalte at:

Vi har hatt pasienter med store traumer, der vi hadde begynte med KMT (). Dette blir et lite skritt som man eventuelt må fortsette med videre. Sann er det i psykiatrien. Pasienter er jo ikke her til de er friske. Altså vi må jobbe så det går an at andre tar over: jobber videre med det i kommunen eller poliklinisk, eller hvor enn det er (informant F).

En informant beskrev DPS- døgn sine overordnede målsetninger som i stor grad retter seg mot en stabiliserings- eller symptombehandling, noe som understreker den delvis pregede karakteren av behandlingstilbudet som gis i avdelingen. Stabiliseringsarbeidet har som mål å gi pasienter med RT ferdigheter som kan bedre deres evne til å håndtere symptomene i hverdagen. KMT er sett som en tilnærming som ivaretar og møter pasientens utfordringer, med å kunne gi tilpasset behandling enten fra miljøterapi eller KT tilnærming. Hele behandlingen av pasienter med RT skjer som oftes ikke på avdelingen: En informant uttrykte: *«Vi får på en måte gi symptombehandling [...]. Vi jobber jo med traumer her også, men ofte en stabilisering relatert til angst og depresjon ...»* (informant E). Å ha riktig behandlingsfokus kan da være viktig i møte med pasienter med RT. Å sette fokus på riktig sted kan være vesentlig i forhold til konsekvensen av KMT tiltakene. Det ikke uvant, sa informantene, at behandling etter KMT først setter fokus på pasientens symptomer som plager vedkommende mest. *Er det angst for å være blant andre som skal behandles først og deretter depressive symptomer, eller omvendt?* Spør informant F. Det er en avgjørelse som ofte skjer på bakgrunn av hvilke symptomer som plager pasienten mest, og på hvilke symptomer som kan være til vesentlig hinder i forhold til dens behandlingsmål.

5.3 Sammensatt behandlingstilbud

Denne kodegruppen omhandler hvordan informantene beskriver forholdet mellom KMT og medisinsk behandling. Kodegruppen får også fram muligheten for kombinasjon av KMT og bruk av medisiner i behandlingen av pasienter med RT, på en avdeling som har en vektlegging på KMT som terapeutisk behandlingstilbud. En informant beskrev bruken av KMT og medisiner som en investering i riktig retning i behandlingen. Vedkommende presiserte at pasienten kan trenge noe mer enn KMT i sin behandling. De kan trenge en supplerende behandlingsform ved siden av den kognitive miljøterapeutiske behandlingen:

Men selvfølgelig trenger man kanskje andre tilnærminger også. Folk opplever sykdommer forskjellig. Folk er på forskjellige stadier i sin situasjon eller krise. Da kan de kanskje trenge andre behandlingsmetoder (informant D).

Bruk av medisiner i avdeling er vanlig. Like vanlig er bruk av medisiner til pasienter med RT. Informantene uttrykte en viss forsiktighet i forhold til kombinasjonen av KMT og medisinsk behandling av pasienter med RT under innleggelse. De beskrev denne kombinasjonen som noe som kan gjøre den kognitive miljøterapeutiske tilnærmingen vanskelig. Dette siden mange pasienter på den ene siden noen ganger stoler mer på medisin, og nødvendigvis derfor ikke investerer like mye i terapien. På den andre siden kan pasientenes følelser bli betraktelig nedtonet grunnet store doser medisin, slik at vedkommende på en måte blir lite tilgjengelig når det kommer til KMT. En informant uttalte at: «*Når pasienter er under tung medisinsk behandling, kan kognitiv intervensjon være en utfordring*» (informant A).

En annen informant trakk fram at mange av pasientene som blir innlagt på DPS- døgn kan være under betydelig symptomtrykk. Det å dempe pasientens symptomtrykk, for at pasienten blir mer tilgjengelig for kognitiv miljøterapeutisk behandling, ble beskrevet som en vanlig praksis. Kombinasjon av samtaler og medikamenter, ble fremstilt som noe som kan bidra til en positiv behandlingseffekt. Medisinsk behandling kan være med på å gi pasienten et løft for å kunne komme i gang med KMT, og ikke minst klare å stå i behandlingsprosessen. Informantene påpekte også at det var mye fokus på biomedisinsk behandling på avdelingen: En informant sa:

Vi må stresslindre dem såpass mye at det fortsatt går an å arbeide sammen etter en kognitiv miljøterapeutisk tilnærming. Medisinsk bruk står sentralt i vårt behandlingstilbud ... Vi er ikke store forbrukere av B- preparater (), men vi bruker dem. Vi bruker jo en del Benzodiazepin-derivater som er med på å roe pasienter med RT. Så vi gjør jo det oppå den kognitive miljøterapien (informant E).

5.4 Positiv styrkning av tankevirksomhet

Denne kodegruppen omhandler hvordan informantene har erfart KMT som terapeutisk grunnlag for å kunne hjelpe pasienter med RT til å bedre håndtere egne følelser, tanker og handlemåter. Informantene beskriver KMT som en terapiform som bekjemper emosjoners innflytelse ved å fremme rasjonell og instrumentell tenkning. En informant forteller at:

[...] Med KMT kan pasienten lære seg å bli bedre kjent med seg selv. Pasienten kan gjennom kasusformulering, lære seg hva de kan, hva de ikke kan (.). Vite om hvilke begrensninger de har, og ikke minst oppleve noe nytt. Så hvis det hadde skjedd vonde ting i barndommen fra mor eller far, betyr det ikke at de tingene må vare livet ut (informant D).

Med KMT, sier informantene, har pasienten store medvirkningsmuligheter. De blir oppfordret til å medvirke mer i behandlingsprosessen. KMT tilnærmingen er i praksis med på å åpne for mer brukermedvirkning av pasienter med RT. KMT tilnærmingen i seg selv anbefaler at pasienten skal oppfordres på en måte som kan styrke deres ønske og muligheter til å medvirke. Dette skjer ifølge informantene gjennom å informere pasienten, forklare, gi råd, og stille konkrete spørsmål. Det betyr med andre ord, å involvere pasienter for å kunne tilby best mulig behandlingstilbud. Mye av kvaliteten av behandlingsarbeidet mellom miljøterapeutene og pasienter med RT ligger i KMT som terapeutisk tilbud, til å styrke og gi pasienten en reell innflytelse, for valgmuligheter i utformingen av behandlingssinnhold eller tiltak. Med bruk av individuelle samtaler, etter KMT kan pasienter få påvirke egen behandling. En informant fortalt at:

Allerede ved innkomsten vil vi ikke bare kartlegge, men også få mest mulig informasjon i forhold til hva pasienten vil oppnå her. Det er ikke alltid mulig eller lett uansett hvor mye vi prøver. Det er viktig at behandlingsutformingen er preget av det pasienten ønsker. Når pasienter er med på bestemmelsene av tiltakene, ser vi at de lett følger det som er planlagt (informant F).

Liggetid kan på mange måter påvirke vårt arbeid med pasienter med RT, sa informantene. Oppholdslengden har mye å si i forhold til hvilke tiltak som kan settes i gang. Innleggelsestid betyr at miljøterapeutene noen ganger setter psykoedukative grupper eller undervisningsgrupper på avdelingen. Men grunnet en relativt kort innleggelse, er man noen

ganger redd for å sette i gang en prosess i disse gruppene. Miljøterapeutene står i fare for ikke å rekke å følge opp på en måte som ruster pasientene bedre kunnskapsmessig i forhold til å takle egen sykdom. Informantene uttrykte at for mange av pasientene kan tilbudet om et kort opphold gjøre at de gruer seg til å være hundre prosent aktive i behandlingen.

Mange av KMT tiltakene som kan bety noe for pasientene for å kunne utfordre sine sosiale og relasjonelle utfordringer, kan da bli dårlig mottatt hos pasienten. Dette kan by på en del utfordringer for miljøterapeutene. En av utfordringene er å motivere pasienten og veilede pasienten til å forbli motivert og målbevisst under hele oppholdet. At pasienten kan utfordre seg selv, tross for hvor vanskelig en del av tiltakene kan være, og at de kan utfordre seg fordi de ser at behandlingen har noen i seg eller kan bidra til noen positiv. *«Det kan være vanskelig å motivere en pasient, når han/hun vet at oppholdet blir kort. Det å ha et kort opphold kan gjøre pasienten mer engstelig og tilbaketrukket»* sa informant D. Mange rekker bare en undervisning. Så kan man sette spørsmål rundt hvor mye miljøterapeuten skal «presse» pasienten, og hvor mye kan man forvente av kunnskapsløft og positive mestringsstrategier av pasienten i en slik situasjon? Hva er hensikten med undervisningsgruppene, sa en informant.

Pasienter får da med seg få seanser, og reker ikke å få brukt det de eventuelt har lært i psykoedukative grupper grunnet kort innleggelsestid, fortalte informantene. En informant uttrykte:

Ting går for fort.. Noen ganger føles det slik ut både for oss og for pasienten. Det er så vidt at vi rekker å etablere tillit før pasienten skrives ut. Det gjør at vår veiledning mot pasienten kan oppleves som kort, og føre til at det kan være utfordrende for pasienten å kunne adoptere det de har lært (informant A).

Informantene var tydelige på at samarbeidet fra starten kunne være truet i og med at pasientene visst at de skulle være innlagt i kort tid. Å kunne etablere premissene til godt samarbeid med pasienter er sagt å være sentrale i KMT behandlingen av pasienter med KMT. Et godt samarbeid med pasienten vil innebære større sannsynlighet for at de støttende tiltakene i miljøet og de kognitive terapeutiske prosessene blir godt tatt imot hos pasienten.

Informantene etterlyste at noen blant miljøterapeutene burde ha en veilederrolle, og således kunne være en ressursperson i forhold til å opprettholde KMTs praksis i det dagligdagse arbeidet på avdelingen. En som har veilederrolle kan sette i gang kursing, og være med på å utarbeide prosedyrer, slik at terapeutene kan holde fast ved å arbeide etter prinsippene til KMT. På den måten kan kompetanse i KMT opprettholdes blant terapeutene, noe som kan være bra for kvaliteten av KMT tilbudet. Informant F uttrykt at:

Det er bra å bli ferdig med opplæring i KMT, men så kommer tiden hvor du skal bruke det du har lært. Tiden går og det er mye som skjer på avdelingen. Sånn sett kunne det ha vært ønskelig å ha møtepunkter der vi kan diskutere hvordan vi anvender KMT, og om det er noe vi kan gjøre bedre. Det kan være lurt at en terapeut bli utnevnt til å passe på å tilrettelegge tid og sted på en slik praksis. På den måten kan vi styrke avdelingsfrankringen i KMT. Og å ha kurs for vikarene, særlig før sommeren.

Å arbeide etter KMT med pasienter med RT, fortalte informantene, handler mye om å hjelpe pasienten etter kognitiv psykologisk tenkemåte. Målet er at pasienten på en selvstendig måte skal kunne anvende kognitiv miljøterapeutisk teknikk og veiledning i sitt dagligliv. KMT kan bidra til at pasienter med RT lettere møter andre mennesker, og minsker eventuell selvskadning og andre symptomer som angst. En informant beskrev at:

Vi vil at pasienten kan stå på egne bein; at de unngår mindre situasjoner som er utfordrende. Vi jobber for at de kan, for eksempel, gå på butikken eller møte på NAV uten så mye frykt. Det kan lette deres hverdag (informant C).

KMT vektlegger et godt samarbeid mellom miljøterapeutene og pasienten, slik at pasientens målsetninger kommer fram og blir en del av et felles prosjekt. Et prosjekt hvor begge drar mot samme mål eller retning. En informant fremstilte muligheten til en positiv styrking av pasientens måte å håndtere egne følelser og tanker etter KMT, i forhold til hvorvidt pasienten er aktiv deltaker i behandlingsprosessen. Informantene opplever i noen situasjoner at det er vanskelig å få pasienten til å aktivt medvirke i egen behandling. De savner mer medvirkning og motivasjon fra pasienter, samtidig som de opplyste at miljøterapeutene skulle stå som mere framdrivende motor i behandlingsprosessen. Miljøterapeutene skulle terapeutisk sett by mer av seg selv:

[...] En av utfordringene er å få dem til å delta. Det hjelper ikke hva vi vil, men de må ville det selv. Det må liksom utforskes hva det er som hindrer dem i å delta i behandlingsprosessen. Å spørre hva som skal til for at de skal delta ... (informant E).

Ofte krever arbeidet med å forandre pasientens tankesett, etter den kognitive miljøterapeutiske tenkningen, mye tålmodighet i møtet med pasienter med RT, fortalte informantene. Tålmodighet kan være en viktig egenskap for miljøterapeuten i samhandlingen med pasienter. Tålmodighet kan være med å lette kontakten med pasienten ved å bidra til trygghet, tillit og håp. Informantene sa videre at miljøterapeutens væremåte spilte en viktig rolle for effekten av behandling. Tålmodighet ble sett som grunnlag for å bygge et terapeutisk miljø hvor pasienten føler seg imøtekommet. En informant nevnte at:

Man må ha tålmodighet, nærme seg pasientene forsiktig, og vise at man er til å stole på [...]. Vise at man er der selv om det stormer litt, og at vi kanskje sammen med pasienten må tåle ganske mye. Vise at vi er der når de viser følelser, og at vi ikke stikker. Dette fordi de kanskje er vant med at hvis de virker avvisende eller utfordrende, så stikker folk av [...] (informant E).

Etablering av relasjon og kartlegging av pasientens relasjonelle utfordringer allerede ved innkomsten, ble uttalt som avgjørende i forhold til hvilke type tiltak og i hvilken grad det skal iverksettes. Med andre ord så utformer ikke miljøterapeutene behandlingen ut fra sine predisposisjoner for visse behandlingstiltak eller verktøy, men ut fra hva pasienten med RT ønsker. Dermed kan pasienter med RTs møte med miljøterapeutene bli en meningsfylt og positiv relasjonserfaring. I avdelingens tverrfaglige samarbeid vil kvalitet av KMT mot pasienter med RT være avhengig av god relasjon, hvor titler spiller liten rolle. Relasjonelle utfordringer til pasienter med RT kan by på en del utfordringer både i møte med andre pasienter på avdelingen og terapeutene. Med å gjøre pasienten bevisst på sine utfordringer, med bruk av KMT, kan pasienten begynne å bygge et bærende relasjonelt grunnlag med folk rundt seg. Informantene beskrev tiltakene knyttet til tankeforandring og relasjonsbygging som noe som må gjøres gradvis og i faser, i henhold til den enkelte pasient. Behandlingsprosessen skjer med andre ord etter hvilke tiltak som regnes som mest hensiktsmessig etter pasientens tilstandsbilde. Det kom fram at:

[...] Den første uken brukes til å bygge relasjon før du skal eksponere, drive atferdsterapi ... Det kan for eksempel velges å fokusere på en behandlingsfase om gangen når man arbeider med pasienter som har RT (informant C).

5.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert empiriske data strukturert etter konseptgrupperingens hovedtemaer: koherensgrunnlag i behandling (1), stykkevis behandling (2), sammensatt behandlingstilbud (3), positiv styrking av tankevirksomhet (4). Disse empiriske data presenterer en beskrivelse av KMT som behandling av pasienter med RT, fra deres innkomst på avdeling, under deres opphold og frem til utskrivelse. Resultatet av dataanalysen indikerer at miljøterapeutenes opplevelse av KMT som terapiform, for pasienter med RT er sammensatt. Min hensikt i dette kapitlet var å kunne framheve informantenes erfaringer rundt KMT som behandlingsterapi.

6. Drøfting

Min problemstilling er hvilke erfaringer har miljøterapeuter med kognitiv miljøterapi for pasienter med relasjonstraumer ved DPS døgnenheter? Med bakgrunn i forståelse av informantenes erfaringer, som kommer fram gjennom hovedtemaene, skal jeg i den delen, kaste lys over problemstillingen med utgangspunkt i tre paradigmer: koherensgrunnlag i behandling (1), Tidsklemma og behandlingseffekt (2), KMT vs psykofarmaka intervensjon (3).

6.1 Koherensgrunnlag i behandling

KMT behandlingens koherens kan sørge for å samkjøre miljøterapeutene i behandlingen, basert på avdelingens kultur og rammer og koordinasjon (Michalopoulos, 2012). Dette betyr at koherens er behandlingsparameter som står for kontinuiteten av behandlingen av pasienter med RT etter KMT. En måte å sikre koherens av KMT behandling til pasienter med RT er at ledelsen etablerer avdelingsrammer og koordinering, som gjør at alle bestemmelsene som skal gjelde, etter KMT tilnærmingen, blir satt i gang som en del av avdelingsrutinene. Disse bestemmelsene skal gjelde fra pasientens innkomst til utskrivning.

KMT som terapeutisk behandlingsform til pasienter med RT ble knyttet, av informantene, til hvordan avdelingsledelsen implementerte KMT i den avdelingsorganisatoriske kulturen. Informantene beskrev implementering av KMT som noe som har konsekvens for hvordan pasienter med RT blir møtt, hvordan pasienter kommer til å anvende terapien på avdelingen, og ikke minst effekt av behandlingsformen. En effektiv implementering av KMT innebærer at både den sentrale og den lokale ledelsen må involveres, skriver Dramsdahl og Jordahl (2015, s.39- 40). Dette betyr at ledelsen må stå foran for å sørge for en veletablert implementering av KMT. Dette er med på å danne grunnlaget for en avdelingskultur som skal bygge et terapeutisk miljø, som gjør at miljøterapeutene kan komme i posisjon til å bidra til nødvendig hjelp etter KMT. DPS- døgnavdelingskultur skal da kunne skape arenaer der pasienter med RT kan føle seg tryggere, både på seg selv og på andre. Det terapeutiske miljøet utvikles innen en organisasjonskultur, sier Borge (2014, s. 55- 56).

Det at flere i avdelingen har fått opplæring i KMT ble sett, av informantene, som et konkret organisatorisk løft i avdelingsorganisatorisk kultur. Dette kan bety, slik jeg forstår det, at

etablering av KMT kan bidra til utvikling av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatning, slik at terapien sikrer en felles forståelse og dermed kontinuitet av behandlingen. Som en del av avdelingsorganiseringen skal ledelsen da sikre felles opplæring, slik at behandlingsforløpet i avdelingen følger kognitiv terapeutisk behandlingstrinn på en bevisst måte. Felles kognitiv miljøterapeutisk opplæring av miljøterapeuter skal, for eksempel, kunne føre til en enighet om hvor pasienten befinner seg i dette forløpet (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 43). Opplæringen skal være med på å gi medlemmene av personalgruppa samme generelle forståelsen av relasjonstraumens utvikling, hvilke faktorer som kan opprettholde symptomer og graden av funksjonstap som kan oppstå hos pasienter med RT. Miljøterapeutenes opplæring skal medvirke slik at miljøterapeutene føler seg mer og mer sikre i møte med pasienter med RT. Det er sånn at det ikke er bare pasienter med RT som trenger å føle seg noenlunde sikre i møte med personalet på avdeling (Rydén & Wallroth, 2011, s. 242).

En veletablert implementering av KMT, fortalte informantene, skal gjøre avdelingen til en trygg base, hvor pasienter med RT kan håndtere egne følelser, ganske enkelt å øve på å reflektere over egen situasjon. Avdelingsledelsen skal også være med på å tydeliggjøre rolleavklaring i personalgruppen, for å sikre klarhet i hvem som skal gjøre hva, og dermed sikre best mulig kvalitet og koherens i KMT arbeidet, i forhold til pasienter med RT.

Informantene nevnte også at det er vanlig praksis ved DPS døgnerhet å ha en fast gruppe ansatte som følger pasienten under hele oppholdet. Den faste gruppen kan sees som en ansvarsgruppe som ofte består av behandler og én/to miljøterapeuter. Ansvarsgruppen kan da ansees som bærende av kvaliteten av kognitiv miljøterapeutisk behandling på avdelingen. På den måten sikres det at det i det minste er en som pasienten kjenner som er på jobb.

Ordningen kan gjøre slik at det er få terapeuter pasienten forholder seg til eller knytter seg til, og dermed lette pasienter med RTs arbeid med relasjonsbygging. Felles forståelse av KMT kan føre til en mer skreddersydd behandling. Behandling av pasienter med RT krever en forståelse fra miljøterapeutene om at samme øvelse eller teknikk ikke fungerer for alle. For eksempel det som hjelper én, kan trigge enn annen (Rydén & Wallroth, 2011, s.166). Gjentatt trigging av pasienter med RT kan dessuten føre til hyperaktivering av tilknytningssystemet, noe som sannsynligvis også medføre at pasientens evne til å reflektere over egen atferd koples bort.

Informantene sa at pasienter med RT som skrives ut fra DPS- døgnerhet ofte blir henvist til poliklinisk behandling og/eller får oppfølging fra kommunal psykisk helsetjeneste. Det kreves

da at terapeutene i den kommunale psykiske helsetjenesten og på poliklinikken har kunnskap om KMT, for å kunne opprettholde koherens av behandlingstilbudet (Helsedirektoratet, 2018). Lik opplæring kan være med på å styrke den teoretiske forforståelsen blant terapeutene som er involvert i pasientens behandling, slik at pasienten med RT får et best mulig utbytte av KMT. Når terapeutene forstår det teoretiske grunnlaget for terapien og hvordan det kan utføres i praksis, er det lettere å formidle dette til pasienten, skriver Borge, Angel & Røssberg (2013, s. 236). Felles opplæring i KMT for terapeutene i den kommunale psykiske helsetjenesten og i poliklinikken, kan bygge opp forståelse og kompetanse som bidrar til mer robuste tjenester til pasienter med RT, ved å utnytte merverdien i behandlingsforløpet.

Å tilby opplæring til terapeuter i kommunal psykisk helsetjeneste og poliklinikk, kan være med å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom kommunal psykisk helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Kravet om kunnskapsbasert behandling dreier seg om kunnskap, og dermed hvordan terapeuten både på DPS døgnet, i kommunal psykisk helsetjeneste og poliklinikken best mulig kan jobbe sammen etter KMT, og ikke om fagideologi og profesjonskamp. Personalgruppen i det tverrfaglige samarbeidet bør da fremheve de felles målene etter KMT, og ikke bare fokusere så mye på hvem som gjør hva (Aarre, 2018 s.120-122). På den måten unngår en ruptur i behandling av pasienter med RT, etter utskrivelsen.

Etablering og kvalitet av KMT behandlingstilbud, skal ikke bare kunne stå på ledelsen alene, men også på terapeutene. Terapeutene bør også ha et kollegialt ansvar (Mevik & Larsen, 2012, s. 106). Terapeutene kan fremheve en kvalitet av tjenesten, basert på KMT, med en god kollegial dialog som viktige fenomener i det daglige miljøterapeutiske arbeidet. Dette kan bidra til en god strukturering og koordinering av behandling, og på den måte styrke koherensen av tjenestetilbudet etter KMT.

6.2 Tidsklemma og behandlingseffekt

Informanter fortalte at stabilisering av pasienter med RT, er det primære fokuset under det relativt korte oppholdet pasienten er på avdelingen. Grunnet tidsbegrensningen presenterer de det stabiliserende arbeidet basert på KMT tenkning, som en start eller et grunnlag i traumebehandlingsforløpet for pasienter med RT. En behandlingsstart skal ikke undervurderes. Pasientene får under den korte oppholdstiden behandling som kan hjelpe dem til å bedre mestre sine hverdagslige utfordringer, og å være i stand til å stå i

behandlingsprosessen etter utskrivelsen. Det er slik at den vanligste begrunnelsen for innleggelse ved en DPS- døgnpost, er at det er behov for stabilisering (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 245).

KMT som tilbys til pasienten skal ikke bare være stabiliserende eller sees som «brannslukking» i form av symptomlettende samtaler, gruppeaktiviteter og lignende. Det stabiliserende behandlingstilbudet etter KMT bør sees som et fullverdig behandlingstilbud. Behandlingstilbudet skal kunne bidra til et systematisk arbeid, og varig forbedring av livskvaliteten til pasienter med RT. Fokus på andre behandlingsmål enn stabilisering, etter traumebehandlingsfaser, kan da gjerne komme lengre ut i behandlingsforløpet, og helst i individualterapi av noe tids varighet poliklinisk, understreket noen av informanter. Stabilisering ansees som det viktigste leddet i traumebehandling (Michalopoulos, 2012). Både KT og EMDR er terapier som kan inngå i KMT behandlingstilbudet. De krever lengre behandlingstid enn den gjennomsnittlige oppholdstiden pasienten har på en DPS døgnenhet (Van Vliet, Noortje, Huntjens, Rafaele, Van Dijk, Maarten, & De Jongh, Ad., 2018, s.2). ISTSS anbefaler åtte uker til seks måneder som rimelig behandlingstid for pasienten i stabiliseringsfasen. Alt dette understreker at behandling av RT etter KMT krever tid, og kanskje derfor krever lengre stabiliserende oppholdstid på DPS døgnenhet enn det som gjennomsnittlig tilbys pasienter i dag.

Opplæring og antall kurs i KMT, som miljøterapeutene sendes til, kan virke demotiverende hvis personalet ikke har mulighet til å kunne bruke dem i praksis på avdelingen, bemerket mange informanter. Denne kompetanseøkningen kan tjene pasienter med RT, dersom f.eks miljøterapeutene får nok tid med pasienten til én mot én jobbing. Det betyr at avdelingsorganiseringen ikke bør pålegge miljøterapeutene mange andre oppgaver i løpet av vakta, enn de som kan støttes i behandlingsplanen. Tidsbegrensningen hos miljøterapeutene kan utfordre relasjonsbygging, etter KMT, mellom miljøterapeutene og pasienten med RT. Noen pasienter kan igjen føle seg forlatt, avvist, eller ikke sett fordi de opplever at miljøterapeutene har lite tid til dem. Av den grunn kan oppholdet på avdelingen uheldigvis være et sted for traumegjenopplevelsen for pasienter med RT, og bekrefte en traumefølelse, som eksempel, skyld, hjelpeløshet, frykt og ensomhet (Allen, 2001, referert i Rydén & Wallroth (2011, s.166). En av konsekvensene kan da være at pasienten stenger seg av, som en måte å beskytte seg på; noe som kan hemme læring om mental tilstand etter kognitiv miljøterapeutisk tilnærming (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 78).

Det finnes åpenbare begrensninger relatert til hva som er mulig å få til behandlingsmessig, i løpet av den relativt korte stunden pasienten er innlagt på en DPS-døgnenhet. For miljøterapeuten kan denne korte tidsperioden bety at man står i fare for å få gjennomført kun et overfladisk arbeid. Med å disponere mer tid kan miljøterapeutene ta hensyn til individuelle forskjeller knyttet til pasienter med RT. Det er slik at pasienter med samme lidelse og samme problem kan ha forskjellige behov og oppleve graden av symptomer forskjellig (Fredheim, 2009). Det betyr at avdelingsrutiner må kunne kombinerer de tydelige rammene og reglene som gjelder, og så konsekvente møte pasienter med RT med fleksibilitet og oppmerksomhet etter den enkelte pasientens særtrekk og spesielle behov (Rydén & Wallroth, s. 2011, 149). Dette kan, for eksempel, fort skje hvis behandlingsplanen tar på seg for mange oppgaver, sett i forhold til den tiden man disponerer. Det krever at behandlingsplanen da, for eksempel definerer behandlingsmål etter en prioritering knyttet til hva pasientens tilstand krever og gir mulighet til (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 111). Behandlingsplanen bør sikte til en bestemt traumebehandlingsfase og ikke to, for å dra best mulig nytte av tiden pasienten er innlagt, og dermed øke behandlingens nytteeffekt.

Det kortvarige oppholdstilbudet på døgnenheten kan gjøre at både miljøterapeut og pasient ikke rekker å bygge en tillitsfullbasert samhandling. Det er også slik at pasienter kan oppleve en retraumatisering, som kan relateres til at de enda en gang går gjennom et relasjonsbrudd, særlig når de er på veien til å åpne seg for å imøtekomme behandlingstiltakene. For de pasientene som henvises videre til behandling poliklinisk eller i kommunalt psykisk helsevern, kan møtene i den nye helsetjenesten være utfordrende i forhold til relasjonsbygging mellom pasienten og de nye terapeutene (Skjærpe, Kristoffersen & Storm (2019). Det å komme i gang med nye alliansebygginger etter utskrivning fra døgnenhet, kan føre til en demotivasjon, stagnering i pasientens forbedringsprosess, og et eventuelt tilbakefall.

6.3 KMT vs psykofarmaka intervensjon

Flere faktorer har betydning for valg av metode eller verktøy, som hvor langt pasienten med RT har kommet i behandlingsprosessen, og pasientens funksjonsnivå. Pasientens tilstandsbilde er avgjørende ved valg av tiltak (Dramsdahl & Jordahl 2015, s. 132). Pasienter med RT som blir innlagt eller reinnlagt kan befinne seg på forskjellige nivå i traumebehandlingsfasen. Et viktig tema i miljøterapeutisk arbeid er hovedsakelig ikke

bearbeidelse, men å fremme følelsesregulering, få økt kontroll over ulike former for gjenopplevelser og redusere andre symptomer (Lillevik & Øien, 2015, s. 62). Den kognitive modellen kan bidra til å åpne for bruk av KMT i de ulike traumebehandlingsfasene.

Dualiteten av KMT som miljø - og kognitiv terapi plasserer KMT som en terapi som da lett kan anvendes i forskjellig grad, på alle nivåer i den faseorienterte behandlingsmodellen av pasienter med RT.

Hver behandlingsfase har sine problemområder, hvor bruken av miljøterapi og kognitivt inspirerte tiltak kan anvendes. Eventuelle tiltak velges med hensyn til hvilke problemområder behandlingen skal fokusere på. Det kan innebære, for eksempel, at i starten av behandlingsprosessen er miljøterapeuten mer aktiv enn lenger ute i førsløpet i forhold til psykoedukasjon, informasjon og undervisning av pasient. Det kan, for eksempel, også innebære en grundig refleksjon og vurdering om når det eventuelt er mest gunstig for pasienten med igangsetting av kasusformulering, eller hjemmeoppgaver. Med andre ord vil igangsetting av kognitive miljøterapeutiske tiltak mot symptomer, som hemmer god relasjonsutvikling, vurderes etter pasientens symptombilde. Dette betyr da at noen tiltak kan være bedre enn andre, etter vurdering av pasientens tilstandsbilde. Alt dette har som mål, slik noen av informantene påpekte, å redusere symptomtrykket for å kunne åpne for bedre betingelser, en mulig start av bearbeidingsprosessen i forhold til arbeidet med den kognitive tankeforandringen. Det er visse temaer som miljøterapeutene og personalgruppen for øvrig må forholde seg til under behandlingsprosessen av pasienter med RT (Steele et al., 2006, s. 107).

KMT behandling kan vise en del begrensninger relatert til at behandlingen er avhengig av pasientens mulighet til å ta i bruk eller drar nytte av KMK teknikker og tiltak. Symptomtrykk kan, for eksempel, reduserer pasienter med RTs konsentrasjon, noe som kan gjøre at nyttig effekt av KMT tiltakene som psykoedukasjon kan være minimal (Løvaas & Johansen 2012, s, 54). «I hvilken grad og på hvilken måte pasientene med RT kan involveres, avhenger av tilstandens alvorlighetsgrad» skriver Dramsdahl & Jordahl (2015, s. 140). Kognitive miljøterapeutiske tiltak iverksettes da etter en vurdering av pasienten med RTs tålegrense. Når KMT foregår innenfor pasientens toleransevindue, vil han/hun kjenne mestring, og mental kapasitet vil øke. Det innebærer for miljøterapeutene å kunne hjelpe dem med følelsesregulering og grensesetting, og miljøterapeutene kan lære dem å bringe seg selv tilbake til «her og nå» når overveldende minner og gamle reaksjonsmønstre spilles ut

(Amundsen, Lindtner & Kvendseth, 2019). Inneliggende pasienter med RT kan være så dårlige at meningsfylt samtale ikke er mulig, og det viktigste kan da være å gi omsorg og sikre at de grunnleggende behovene blir dekket. Miljøterapeutene skal da på bakgrunn av KMT forstå hvordan de vonde opplevelsene har påvirket dem. Behandling bør da først rettes mot regulering av kroppslig aktivering, affektregulering og hvordan kroppen skal bli trygg nok i nåtid (Perry, 2011, ifølge Michalopoulos, 2012).

Innen KMT behandling bruker man også andre psykoterapeutiske tilnærminger, for å minske ubehaget som kan prege hverdagen til pasienter med RT, og heve deres selvtillit. KMT kan hjelpe pasienter til selv å finne svar eller løsninger på sine problemer, med å anvende den kognitive modellen inne på avdelingen (Løvaas & Johan, 2012, s.53). En kombinasjon av KMT tiltak, fysisk aktivitet og EMDR har, for eksempel, vist gode resultater (Van Woudenberg et al., 2018, s.8). Denne kombinasjonsbehandlingen bedrer pasientens daglige funksjonsnivå, ved at pasienten kan tåle egne følelser, og dermed styrke sin tålegrense. Det betyr at KMT kan stå som en medikamentfri behandling, hvor pasienter med RT kan oppleve en symptomdemping, bedre selvbilde og selvtillit, som igjen vil kunne styrke deres relasjonelle samhandlinger i hverdagen.

Bruk av medisiner er ikke en uvanlig del i behandling av RT. Medisiner mot depresjon og angst brukes noen ganger i behandling av traumelidelse dersom samtalebehandling ikke gir god nok lindring, eller hvis en pasient ikke ønsker samtaleterapi, sier Nordahl, Vogel, Morken, Stiles, Sandvik & Wells (2016, s. 353). Medisinbruk er vanligvis et sentralt og nødvendig element i behandlingen av pasienter som er innlagt, nevnte informantene. I det kognitive miljøterapeutiske arbeidet, med pasienter med RT, kan medisinsk intervensjon føre til balansen i hjernens signalstoffer. Målet med den medisinske behandlingen, i dette kognitive miljøterapeutiske arbeidet, kan være å gi pasienter med RT et psykisk løft, ett løft til å kunne stå i behandling. På denne måten kan medisinbruk hjelpe pasienten til å oppleve eller ta styring over sitt eget liv (Dramsdahl & Jordal, 2015, s.56).

Men medisinbruk kan derimot også virke passiviserende, og dermed motvirke pasienter med RTs opplevelse eller muligheter til å dra god nytte av kognitiv miljøterapeutisk behandling, beskrev informantene. Det er fordi medisiner kan kamuflere viktige oppdagelser for pasienten selv, og ikke minst miljøterapeutene. Med å systematisk støtte seg på verktøy etter KMT kan bruken av legemidler reduseres, slik at pasienten får mulighet til å slippe flere følelser fram.

Pasienter med RT kan i større grad dermed ta i bruk sine egne ressurser (Fraas-Johansen & Halvorsen, 2019). Dette viser også at ressursmotivering av pasienter med RT kan skje uten bruk av medisiner. Pasienter med RT kan da, sammen med miljøterapeuter, raskt få muligheten til å oppdage og reflektere over flere aspekter knyttet til symptomene som kan oppstå.

7. Avslutning

Det å oppleve gjentatte hendelser som er så overveldende, skremmende, intense og uforståelige kan gjøre det vanskelig for pasienten å ta inntrykkene innover seg, og romme dem på vanlig måte. Disse gjentatte hendelsene kan føre til kPTSD, herunder relasjonstraumer. Pasienter med relasjonstraumer er en av pasientgruppene som miljøterapeuter møter på DSP døgnavdelinger. Med utgangspunkt i en kvalitativ metode har jeg undersøkt hvilke erfaringer miljøterapeuter, ved en DPS døgnenheter, har med kognitiv miljøterapi i forhold til pasienter med relasjonstraumer. Jeg har drøftet min problemstilling ut fra KMT med utgangspunkt i tre paradigmer: koherensgrunnlag i behandling (1), tidsklemma og behandlingseffekt (2) og KMT vs psykofarmaka intervensjon (3).

Analysen av data ut fra et kognitivt miljøterapeutisk perspektiv har bidratt til utvikling av *behandlingsintervensjonsparameter* som konsept. Studiens funn viser at miljøterapeutenes erfaringer med KMT, ved DPS døgnenheter, i forhold til pasienter med RT, kan relateres til flere parametre, som f.eks: etablering av felles forståelse mellom terapeutene på DPS døgnenhet, hos terapeutene i poliklinisk tjeneste og i kommunal psykisk helsetjeneste, sikre kontinuitet av KMT basert behandling, at terapeutene disponerer nok tid til å veilede pasienter, og at pasientene skal få lang nok innleggelsestid til å dra nytte av ulike teknikker relatert til miljøterapeutisk støttende tiltak og den kognitive modell. Funnene viser også at KMT kan brukes i kombinasjon med andre psykoterapeutiske tilnærminger og med psykofarmaka.

SDI forskningsmetoden har vært med på å bygge oppgavens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. Studien har, slik jeg ser det, både sine styrker og svakheter. Oppgavens svakhet kan knyttes til at jeg valgte en liten gruppe av miljøterapeutene fra hver DPS døgnenhet til denne studien. Det at jeg har hatt et lite utvalg informanter ser jeg som noe som har bidratt til å styrke masteroppgaven, siden jeg med få informanter har kunnet, med utgangspunkt i SDI- metoden, gå i dybden i dataanalysen og fenomener knyttet til problemstillingen.

7.1 Studiens betydning for praksis og videre forskning

Studien har hatt som mål å kunne undersøke miljøterapeutenes erfaringer når det gjelder pasienter med RT, og være et kunnskapsmessig bidrag rettet mot behandlingen av pasienter med RT. Det betyr at det er et mål at studiens funn kan være med å ruste miljøterapeuteten, og terapeutene generelt, kunnskapsmessig slik at behandlingen som tilbys blir mer målrettet. Funnene kan da i praksis bidra til et terapeutisk gunstig samarbeid mellom terapeutene og pasientene på DPS døgnenhetene, og føre til best mulig behandlingsresultater.

Mange av pasientene med RT som blir innlagt på DPS døgnenhet, kommer ofte fra hjemmet, og etter utskrivelse reiser også de fleste hjem. Av den grunn kan det eventuelt være aktuelt å undersøke, i en senere forskning, hvordan KMT kan bidra til stabilisering og bearbeiding av pasienter med RT i kommunale psykiske helsetjenester. Tanken her er også å spørre seg om mange reinnleggelser av pasienter med RT kunne ha blitt redusert, hvis de fikk terapeutisk behandling fra kommunale psykiske helsetjenester basert på KMT.

8. Litteraturliste

Aarre, T. A. 2018. *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). (2019, 01. Juni). Spennende stilling som overlege. Hentet fra <https://arbeidsplassen.nav.no/stillinger/stilling/0d8b02f4-1552-4e5c-85b371599a812080>

Amundsen, C., Lindtner, R.T. & Kvendseth, E.K. (2019). Behandling av kompleks PTSD krever tid og ressurser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 434-437.

Beck, J., S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Borge, L, Angel O., H. & Røssberg J.L. (2013). Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues Ment Health Nurs.*, 34(4), 229-39. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.740766>.

Borge, L. (2014). *Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom – en kvalitativ studie av pasienters og ansattes erfaringer*. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-40494>

Braut, G, S (2019). Miljøterapeut. I *Store medisinsk leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/milj%C3%B8terapeut>

Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 373-393.

Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J., Van Balkom, A., Van Dyck, R., Veltman, D., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 284-288.

- Dramsdahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi- samarbeid og endring*. Bergen: Fagbokforlag.
- Falkum, E. (2018). Blivende psykiatere bør få veiledning i både psykodynamisk og kognitiv terapi. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 138(13), 1231-1232.
- Fredheim, K. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(2), 161-167.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/02/implementering-av-kognitiv-miljoterapi-i-akuttpost-i-psykisk-helsevern>
- Granerud, A. (2008). *Social Integration for People with Mental Health Problems: Experiences, Perspectives and Practical Changes* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:760710/FULLTEXT01.pdf
- Fraas-Johansen & Halvorsen (2019). *Mobiliserer pasientressurser uten medisiner*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/mobiliserer-pasientressurser-uten-medisiner>
- Fredheim, Kjersti, N. (2009) Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (2), 161-167.
<https://www.napha.no/content/14656/Implementering-av-kognitiv-miljoterapi-i-akuttpost>
- Hallberg, M. & Ørbeck, A., L. (2006). Kognitiv terapi gir gode resultater. *Sykepleien*, 11, 46- 49. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kognitiv-terapi-gir-gode-resultater>.
- Helsedirektoratet. (2019). *planlegging av behandling*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne/behandling-og-oppfolging-psykose-pakkeforlop/planlegging-av-behandling>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64).

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

Hem, E. (2013). Begrepet «pasient» har sine svakheter, men alternativene dårligere.

Tidsskr Nor Legeforen, 8(133), 821.

Herman, J., L (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic stress*, 5 (3): 377- 391.

<https://doi/pdf/10.1002/jts.2490050305>.

Holm, L., Oestrich I.H, Austin S., Beck S., LaCour L. & Lykke J. (2006).

Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeverdigt samarbejde. Virum: Dansk psykologisk forlag As.

Holth, M., & Vatne, M. (2018). Miljøterapi for kvinner utsatt for æresrelatert vold med

relasjonen som det bærende element. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 15(2-3), 202-213.

Huseby, T. (2018). Å leve med en overveldende forlatthetsfølelse.

Hentet fra <https://psykologisk.no/2018/05/en-overveldende-forlatthetsfolelse/>

International Classification of Diseases- 11 (2019). *Disorders specifically associated with stress - 6B41 Complex Post Traumatic Stress Disorder*. Hentet fra

<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f991786158>.

Jacobsen, Dag, Ingvar (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*

- innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utgave. Oslo: Cappelen.

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal.

Krogh, T. (2017). *Hermeneutikk- om å forstå og fortolke*.2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landmark & Olkowska (2016). Hva gjør miljøterapi til terapi. I A. Olkowska & B. Landmark (Red), *Miljøterapi- Prinsipper, perspektiv og praksis* (s. 23 – 32). Bergen: Fagbokforklaring.
- Landmark & Stokvold (2016). Den profesjonelle relasjon i den miljøterapeutiske organisasjonen. I A. Olkowska & B. Landmark (Red), *Miljøterapi- Prinsipper, perspektiv og praksis* (s. 71 – 85). Bergen: Fagbokforklaring.
- Larsen, E. (2012). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeuten*. Oslo: universitetsforlaget.
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 11–19. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Lillevik, O. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*, (5), 60-62.
- Loneragan, M. (2014). "Cognitive Behavioral Therapy for PTSD: The Role of Complex PTSD on Treatment Outcome." *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 23 (5), 494-512.
- Ludvigsen G. H. & Jørgensen T. K. (2019). *Samhandling om øyeblikkelig hjelp – et døgntilbud for personer med psykiske lidelser- og rusproblemer*. Follo: Follo Lokalmedisinske Senter. Hentet fra <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2019/04/Sluttrapport-samhandling-28.02.pdf>
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. & Van der Kolk, B. A. (2001). *Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment*. *Directions in Psychiatry*, 21 (Lesson 25, 26), 373- 395. Hentet fra http://www.traumacenter.org/initiatives/Polyvictimization_Articles/DESNOS_II.pdf

- Lykke, J. (2001) Hvad er kognitiv miljøterapi? I Oestrich, I & Holm, L. (Red.), *Kognitiv miljøterapi. At skape et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbejde*. Dansk psykologisk Forlag.
- Løvaas, E., & Johansen, A. (2012). Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Tidsskriftet Sykepleien*, 100(2), 52-55.
- Main, M. & Solomom, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. I M. Yogman, & T.B Brazelton (Red.), *Affective development in infancy* (s. 95 -124). Ablx. Norwood HJ.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E., Andersen, E., Borge, L., Moe, T., & Johannessen, B. (2018). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, Falkum, Haavet & Røssberg (2016). *ABC i kognitiv terapi; startbok for helsearbeidere*. Bergen: Fagbokforl.
- 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.
- Mevik, K., & Larsen, E. (2012). *Miljøterapeutisk praksis: Fortellinger fra arbeidet med utsatte barn og unge*. Oslo: Universitetsforl.
- Michalopoulos, I. (2012). Stabilisering - den viktigste fasen i traumebehandling? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 652-657. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/07/stabilisering-det-viktigste-leddet-i-traumebehandling>

- Nessa, J. (2016). *Når pasienten vil ha B-preparater*.
Hentet fra <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legekunst-i-praksis/nar-pasienten-vil-ha-b-preparater/>
- Nijenhuis, E., R. S., van der Hart, O. & Steel, K. (2006). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten. I T. Anstrop, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon i relasjoner? Integrering av det splittede jeg* (s. 73- 88). Oslo: Universitetsforlaget.
- Van Vliet, Noortje I., Huntjens, Rafaele J. C., Van Dijk, Maarten K., & De Jongh, Ad. (2018). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment in patients with childhood trauma-related posttraumatic stress disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 138.
- Nordahl, H., M., Vogel, P, A., Morken, G., Stiles, T. C., Sandvik, P. & Wells, A. (2016). Paroxetine, Cognitive Therapy or Their Combination in the Treatment of Social Anxiety Disorder with and without Avoidant Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 346-356.
<https://doi.org/10.1159/000447013>
- Nordanger, D., Ø. & Braarud, C., H. (2017). *Utviklingstraumer- regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata (2018). *NSDs rolle etter nytt personvernregelverk - To ulike modeller*. Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/ledelse_administrasjon/nsds-rolle.html
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Oestrich, I., H. & Holm, L. (2001). *Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*. København: Dansk psykologisk Forlag.

- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage.
- Perris, C. (1988). Cognitiv Psychotherapy and Mileutherapeutic Processes in Psychiatric Units. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An international Quarterly*, 2 (1), 35 – 50. Hentet fra <https://searchproquestcom.ezproxy.inn.no/docview/89070512/fulltextPDF/70EFB5F1A07B49FBPQ/1?accountid=43213>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV 1999 – 07 – 02 nr. 63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Rask Psykisk Helsehjelp Molde. (2014). *Veiledet selvhjelp depresjon- Arbeidsbok*. Hentet fra <http://www.custompublish.com/getfile.php/2726777.2125.wqryeeewbv/Arbeidsbok++Veiledet+selvhjelp++Depresjon.pdf?force=1&3&>
- Richard, H., J., Benson V., Donnelly, N. & Hadwin, J. A. (2014). Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. *Clinical Psychology Review*, 34 (1), 01-13.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Rosenberg, N K, Mørch, MM (2005). Kognitiv terapi. I Mørch MM & Rosenberg N., K (Red.), *Kognitiv terapi. Modeller og metoder* (s. 17-44). København: Hans Reitzels forlag.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2011). *Mentalisering – Å leke med virkeligheten*. Oslo. Pax Forlag.

- Simonsen, I. E. (2007). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (11), 1340-1349. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2007/11/kognitiv-miljoterapi-i-et-erfaringslaeringsperspektiv>.
- Skjærpe, J., Kristoffersen, M., & Storm, M. (2019). *Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/12/brukermedvirkning-i-samhandling-i-psykisk-helsearbeid>
- Skorpen, A. & Øye, C. (2010). Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer: En litteraturoversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(3), 15-27. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/150750/skorpen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Skårderud, F & Sommerfelt, B. (2013). *Miljøterapiboken- Mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal
- Smith, L. (2018). *En kort introduksjon til utviklingspsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Solbjør, M & Hestvik Kleiven, H. (2013). *Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling*. (NAPHA rapport 3/2013). Hentet fra <https://samforsk.no/Publikasjoner/Kognitiv%20milj%C3%B8terapi%20WEB.pdf>
- Sommersel, H.B., Verter, S & Larsens, M.S. (2013). *Kvalitet i barnehage i skandinavisk forskning 2006-2011. En systematisk kartlegging*. København: Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning. Institut for Utdannelse og Pedagogikk Aarhus Universitet forlaget.
- Sommer, M., & Eilertsen, G. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien Forskning*, (2), 132-138.

- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Psykisk helsevern distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (Veileder Is-1388). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distriktpsikiatriske-sentre-IS-1388.pdf>
- Statens helsetilsyn (2008). *Veileder for landsomfattende tilsyn 2008-2009: Spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) til voksne med psykiske lidelser* (Statens helsetilsyn- Internserien 2/2008). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder_psykiatrisk_voksne2008_internserien2_2008.pdf
- Steele, K., Van Der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2005). Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.
- Steele, K., van der hart, O. & Nijenhuis, E. R. S (2006). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering. I T. Anstorp, K. Benum & Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer- Integrering av det splittede jeg* (s. 105 - 121). Oslo: Universitetsforlaget.
- Teigen, K. H. & Svartdal, F. (2018). kognitiv psykologi. https://snl.no/kognitiv_psykologi
- Thoresen, S. & Hjemdal, O., K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsspektiv* (NKVTS Rapport nr 1/2014). Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_voldtekt_i_oppveksten1.pdf
- Tjora, A (2014) *Idealtype*. Store Norsk leksikon. Hentet fra <https://snl.no/idealtype>
- Tjora, A (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo. Cappelen
- Tjora, A (2018). *Viten skapt- kvalitet analyse og teoriutvikling*. Oslo. Cappelen

- Toreskås Asheim, I (2015). Psykosebehandling i en sengepost- integrering av individuell psykoterapi og miljøterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52 (9), 778-787.
- Tranøy, K., E. (2017). *Induktiv metode*. https://snl.no/induktive_metoder
- Universitet i Oslo. (2018). Hva er Nettskjema.
Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>
- Urnes, Ø. (2018). Tilknytning, nevrobiologi, mentalisering og risiko for psykopatologi. I A.-G Urnes (Red.), *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander* (s. 55-68). Oslo: Gyldendal.
- Utne, B. (2005) Miljøterapeutisk behandling mangfold og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, nr.4: 441-443. Hentet fra https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/file/pdf/33204006/tph_2005_04_pdf.pdf
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., R., S. & Steele, K. (2005). Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress*, 18 (5), 415 – 423).
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., R., S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company. [https:// doi:10.1177/1363461510365192](https://doi.org/10.1177/1363461510365192).
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33-48.
- Van Woudenberg, C., Voorendonk, Bongaerts, Zoet, Verhagen, Lee, . . . De Jongh. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1-10.

Wilhelmsen, I. (2000). *Hypokondri og kognitiv terapi*. Oslo: pax.

Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner- om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo: Arneberg forlag.

Winnicott, D.W. (1971). *The use of an object and relating through identifications – Playing and reality*. London: Routledge.

Wilson, K., Hansen, D., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior, 16*(2), 87-97.

<https://doi-rg.ezproxy.inn.no/10.1016/j.avb.2010.12.007>

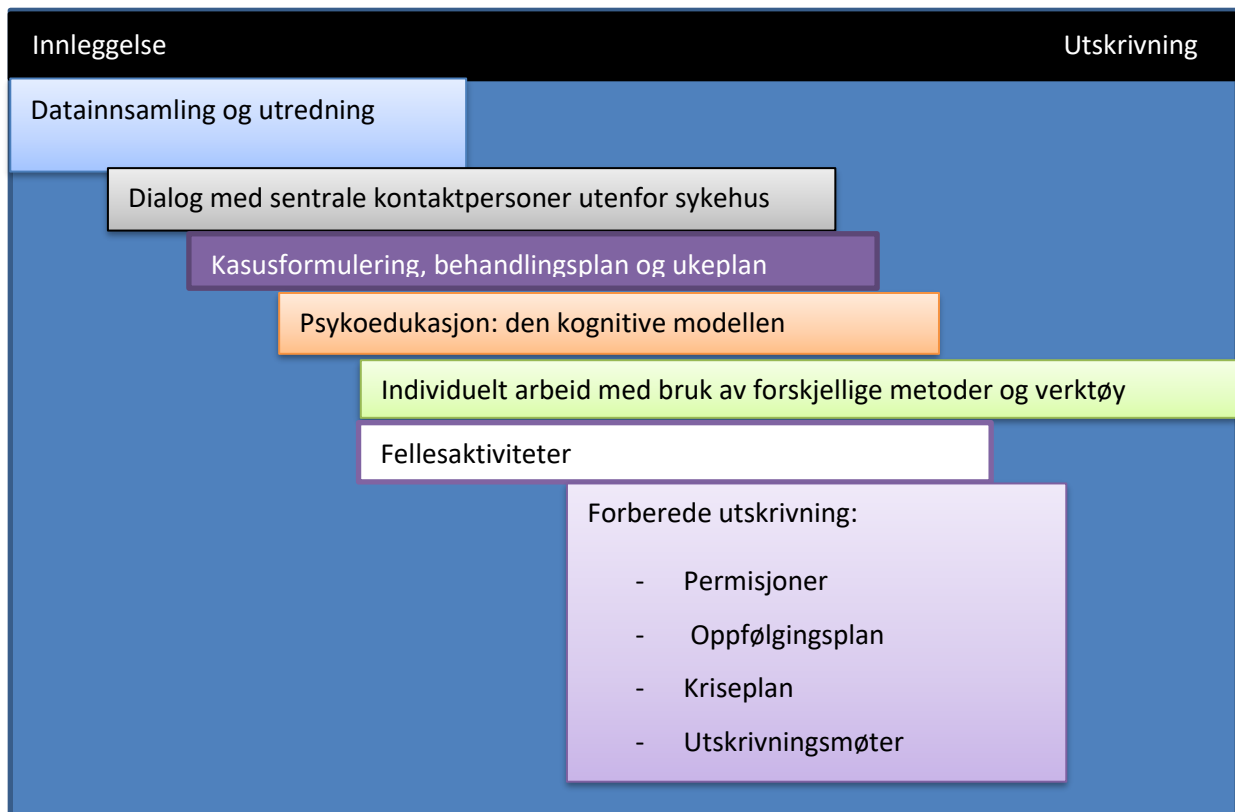
Wright, J. H., Thase, M. E., Beck, A. T., & Ludgate, J. W. (1993).

The Cognitive Milieu: Structure and Process. I J. H. Wright, M. E. Thase, A.T. Beck & J. W. Ludgate (Red.), *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu* (s. 61- 90). New York: The Guilford Press.

Wright, J. H. (1996). Inpatient Cognitive Therapy. I P.M. Salkovskis (Red.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.

Vedlegg

Vedlegg 1: kognitiv miljøterapi – behandlingsforløp (Dramsdahl & Jordahl 2015, s. 43).



Vedlegg 2: Informasjonsskriv til avdelingsledere

Orientering om rekruttering av utvalg til semistrukturerte intervjuer tilknyttet masterprosjektet

Denne informasjonen sendes ut til ledere i DPS døgnenhet Lillehammer i forbindelse med at jeg ønsker å rekruttere informanter til min masterstudie fra deres avdeling.

I forbindelse med at jeg er masterstudent master i psykisk helsearbeid i Høgskole i Innlandet skal jeg gjennomføre en studie om hvilke erfaringer miljøterapeuter har med kognitiv miljøterapi (KMT) som behandlingsterapi for pasienter med relasjonstraumer. Prosjektet har som tema Kognitiv miljøterapi og relasjonstraumer. Det er slik at miljøterapeut har en spisskompetanse inne feltet som jeg ønsker å undersøke.

Jeg ønsker å invitere ca. seks miljøterapeuter til semistrukturerte intervjuer, med et tidsspenn på ca. en måned. Etter første intervju blir data transkribert og samlet slik at jeg ved gjennomføringen av andre intervju kan få utfyllende data. Intervjuperioden blir i overgang april/mai til utgangen av juni 2019. Samlet data blir anonymisert.

Håper å komme i kontakt med miljøterapeuter som har lang erfaring med å jobbe med pasientgruppen, og KMT. Det er frivillig å delta i studien. Alle innsamlede data blir anonymisert. De som deltar, har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på dem. Deltakerne har rett til å korrigere eventuelle feil som er registrert. De kan når som helst trekke deres samtykke uten å oppgi noen grunn. Data som gjelder vedkommende, vil da bli slettet.

Med vennlig hilsen Iza-ra Ngoma- dia Nkuka

Vedlegg 3: Intervjuguide

Del 1. Informasjon til deltakeren

En kort orientering om meg som masterstudent og bakgrunnen for denne masterstudien.
Påminnelse om taushetsplikten min og deres. Informasjon om muligheten til å trekke seg, hvordan intervjuet er lagt opp (tid og tema) samt informasjon om lydbånd, og evt. notater.
Signering av samtykkeerklæring.

Del 2: Presentasjon av problemstilling

Hvilke erfaringer har miljøterapeuter, ved DPS døgnenheter, med kognitiv miljøterapi for pasienter med relasjonstraumer?

Del 3. Spørsmål til informanter

Info om avdeling

- Hvilken type avdeling er det?
- Hvor lenge er pasientene generelt innlagt.

Pasienter med relasjonstraumer & kognitiv miljøterapi

- På hvilken måte bruker dere KMT i forhold til denne pasientgruppen?
- Hvilken tidsramme har dere med denne pasientgruppen i avdelingen og hva får dere utrettet i forhold til kognitiv miljøterapi?
- Hvilke utfordringer opplever dere ved å arbeide etter KMT i forhold til denne pasientgruppen, når dere miljøterapeutene jobber turnus?
- Har dere gjort dere erfaringer som tyder på at det er enkelte elementer innenfor KMT som er spesielt viktig å fokusere på i forhold til denne pasientgruppen, og hva er i så fall disse?
- Hvordan kan KMT bidra til å redusere selvdestruktive tanker og handlinger (som selvskading, suicidalitet, vold, stoffmisbruk, og annen risikoatferd) man kan se hos pasienter med RT?

- Hvordan kan KMT bidra til å hjelpe pasienten til å tåle egne følelser og kroppslige reaksjoner hos pasienter med RT?
- Hvordan jobber dere kognitiv miljøterapeutisk slik at denne pasientgruppen opplever mestringsfølelse innenfor sitt toleransevindu?

kognitiv miljøterapi & avdelingen

- Hvordan jobber / har dere jobbet for å etablere det som en praksis?
- Kan du gi et eksempel på hvordan dere bruker KMT i enheten?
- Bruker dere andre terapeutiske behandlingsformer enn KMT i behandlingen av pasienter med RT, og eventuelt hvilken terapi?
- Hvordan arbeider miljøterapeutgruppa for å ivareta at det jobbes mest mulig likt med KMT rundt en pasient med RT?
- Hvordan møter dere de behovene denne pasientgruppen trenger med KMT som grunnlag?
- Hvordan er det dere jobber med etablering av KMT i faggruppen rundt pasienter med relasjonstraumer (RT)?
- Hvordan jobber dere med KMT for å unngå triggere som kan utfordre deres relasjon til denne pasientgruppen?
- Føler dere at den tiden pasienten er innlagt er tilstrekkelig i forhold til stabilisering med bruken av KMT?

Til slutt:

Er det noe du mener jeg har glemt å spørre om? Noe annet jeg burde få med i oppgaven min?

Tusen takk for intervjuet!

Vedlegg 4: Forespørsel om deltagelse og samtykkeerklæring

Dette forskningsprosjektet er en del av en mastergrad i Psykisk helsearbeid på Høgskolen i Innlandet. Denne studien tilbys av Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Masteroppgaven har som tema kognitiv miljøterapi (KMT) og relasjonstraumer (RT). Den har til hensikt å løfte frem hvilke erfaringer miljøterapeuter, ved en DPS døgnenheter, har med kognitiv miljøterapi for pasienter med relasjonstraumer? Håper at denne tilegnede kunnskapen vil være et positivt bidrag for videreutvikling av helsetjenester innen psykisk helsefelt.

For å finne ut mer om dette ønsker jeg å gjennomføre delvis strukturerte intervjuer, og bruke en kvalitativ metode. Jeg vil bruke båndopptaker, og under intervjuet vil jeg ta noen notater. Hvert intervju vil ta cirka 45 minutter. Tid og sted for intervjuet avtales i hvert enkelt tilfelle. Alle opplysninger du/dere gir, vil bli behandlet konfidensielt. Prosjektet skal ikke samle inn personlig opplysninger som for eksempel navn, grunnutdanning, yrkestittel, adresse eller fødselsdato. Deres navn, for eksempel, vil ikke bli brukt under intervjuet eller andre steder i prosjektet. Hver informant kommer til å få en bokstav eller bli referert som Informant 1 eller 2 ... Alle resultatene fra intervjuet vil i denne masteroppgaven bli anonymisert og ingen personer vil kunne identifiseres i masteroppgaven.

Bare jeg skal ha tilgang til dataene. Innhentede data skal ikke utleveres til andre eller brukes i annet prosjekt. Intervjuet blir lagret på et kryptert rom godkjent av høgskolen: Nettskjema. Lydfilen skal slettes automatisk, seks måneder etter at siste input blir lagt inn. Nettskjema er et godkjent og beskyttet rom som krever en innlogging som Feide- innlogging. Alle intervju-filene blir lagret i det rommet. Det er frivillig å være med, og du/dere kan når som helst trekke deg/dere uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom noen ønsker å trekke seg vil alle innsamlede data (dersom du/dere ønsker det) bli slettet.

Min veileder ved høgskolen i Innlandet er A.- M. Loftus. Ønsker du flere opplysninger om intervjuet og/eller studien kan du ta kontakt med meg eller min veileder. Studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Hvis du ønsker å være med i dette prosjektet ber jeg deg om å bekrefte dette på mail innen (...). Samtykkeerklæringen signeres når vi møtes til intervju.

Takk for at du tok deg tid til å lese dette!

Med vennlig hilsen

Iza-Ra Ngoma- dia Nkuka (*student*)

Tlf:

E-post:

A.- M. Lofthus (*veileder*)

E-post: annmari.lofthus@inn.no

Hans P. Nyberg (*Personvernombud*)

E-post: Hans.nyberg@inn.no

Samtykke til deltagelse

Navn:

Evt. e. post

Vedlegg 5:

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kognitiv miljøterapi og relasjonstraumer på en DPS døgnenhet

Referansenummer

614683

Registrert

03.03.2019 av Georges Christel Hans Ngoma-Nkouka - 115373@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sosialfag og veiledning

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ann-mari Lofthus, annmari.lofthus@inn.no, tlf: 62430286

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Georges C.H. Ngoma-Nkouka, kapios2u@hotmail.com, tlf: 45501394

Prosjektperiode

05.02.2019 - 20.11.2019

Status

28.05.2019 - Vurdert med vilkår

Vurdering (1)

28.05.2019 - Vurdert med vilkår

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.11.2019.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)