



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

**Kognitiv miljøterapi på akuttmottak - går det an, da?
Cognitiv milieu therapy on acute psychiatric ward - is
that possible?**

Preben Høj

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 10.4.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Kjellaug Myklebust

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering: ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)? ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over? ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet? ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 10.4.2012

Antall ord: 8 781

Sammendrag

Jeg har valgt å fordype meg i kognitiv miljøterapi og stiller spørsmål om det går an å benytte denne behandlingsmetoden på akuttmottak som der jeg jobber. Oppgaven er bygget rundt narrativet om Harald, en psykotisk og utagerende pasient.

I teoridelen gjør jeg rede for hva kognitiv miljøterapi går ut på. Jeg fokuserer særlig på datasamling i samarbeid med pasienten, psykoedukasjon, pårørendes betydning, kognitiv kaususformulering, behandlingsplan og hjemmeoppgaver. Jeg beskriver også kort hvordan de gjør det på noen av de avdelingene i Norge hvor dette er utprøvd.

I diskusjonen tar jeg for meg hvordan vi med kognitiv miljøterapi kunne behandlet Harald i den mest akutte fasen av oppholdet hans. Det handler mye om hvordan vi møter ham som et likeverdig menneske, men også om hvordan vi kan få kunnskap om hans tanker og følelser. Etter hvert forsøker vi også å få ham til å forstå sammenheng mellom disse og bestemte situasjoner. Noen sider av teorien har jeg problematisert med bakgrunn i egen erfaring eller motstridende artikler.

Til slutt har jeg et kapittel med konklusjoner hvor jeg oppsummerer det viktigste fra diskusjonen. Jeg tror samtaler i tråd med ABC-modellen kan være nyttig selv for pasienter som vi vurderer å være for dårlige til å bli undervist om modellen. Samtidig som vi får samlet data om tankeinnholdet deres, kan de lære om sammenheng mellom situasjoner, tanker, følelser og handlinger. Jeg kommer også inn på problemer som kort liggetid på akuttmottak og at jeg savner forskning på kognitiv miljøterapi i Norge.

Innhold

1.0 Introduksjon	6
2.0 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	7
3.0 Teori	9
3.1 Kognitiv miljøterapi	9
3.1.1 Hva er kognitiv miljøterapi?	9
3.1.2 Datasamling	10
3.1.3 Psykoedukasjon	11
3.1.4 Pårørende	12
3.1.5 Kognitiv kasusformulering	12
3.1.6 Behandlingsplan	13
3.1.7 Hjemmeoppgaver	13
3.2 Arbeidsmåter og erfaringer med kognitiv miljøterapi i Norge	14
3.2.1 Distriktpsikiatriske sentre	14
3.2.2 Akuttpsykiatri og tvangsbehandling	15
4.0 Empiri	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 Datasamling	17
5.2 Psykoedukasjon	22
5.3 Pårørende	24
5.4 Kognitiv kasusformulering	25
5.5 Behandlingsplan	26
5.6 Hjemmeoppgaver	27
5.7 Etske problemstillinger	27
6.0 Oppsummering og konklusjoner	29
Referanseliste	31

1.0 Introduksjon

Kognitiv miljøterapi var for meg et helt fremmed begrep inntil jeg litt tilfeldig kom over det i forberedelsene til denne fordypningsoppgaven. Det viser seg at man en del steder har innrettet hele sengeposter etter prinsipper i kognitiv terapi, og at hele personalgruppen er opplært i å bruke kognitiv terapi overfor pasientene.

Etter hva jeg har lest, ser det ut til at dette i skrivende stund er innført på rundt ti poster i Norge. I følge flere artikler er de ansatte svært fornøyd med denne måten å jobbe på, og de mener også at pasientene både er fornøyde og har helsemessig gevinst av den (Berntsen og Rønneberg 2000; Hallberg og Ørbeck 2006; Krogstad og Hansson 2007; Fredheim 2009; Løvaas og Johansen 2012).

Jeg har jobbet på et voksenpsykiatrisk akuttmottak i fire år. Arbeidet er både spennende og krevende. Selv om jeg synes vi gjør en god jobb, savner jeg i blant at vi kunne hatt en mer felles forståelsesramme og arbeidsmetode. Samtidig er man i helsevesenet generelt stadig på utkikk etter måter å jobbe på som fører til mer brukervedvirkning, høyere kvalitet i behandlingen og kortere liggetid for pasienter.

På bakgrunn av det har jeg blitt nysgjerrig på om kognitiv miljøterapi er noe som kunne gå an på et akuttmottak. Det er nemlig ennå ikke utprøvd, ikke i Norge i hvert fall. Jeg har derfor valgt å ta for meg den muligheten i denne oppgaven.

Som narrativ bruker jeg en pasient som er kjent fra flere innleggelsener. Jeg har valgt å kalle ham Harald. Han lider av paranoid schizofreni og har flere ganger vært på skjerming. Han har også ligget i belter etter voldsomme utageringer.

På grunn av oppgavens omfang, har jeg måttet begrense meg mye. Jeg skriver derfor bare kort om kognitiv terapi, og heller ikke kognitiv miljøterapi har jeg kunnet ta for meg så grundig som jeg gjerne ville.

Miljøterapi går hånd i hånd med individualterapi og medikamentell behandling. Siden det er miljøterapien denne oppgaven handler om, skriver jeg ingen ting om samtalene med psykiater som også var en del av Haralds behandling. Den medikamentelle behandlingen nevnes bare overflatisk.

2.0 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Det kommer pasienter med alle slags psykiatriske diagnoser til akuttmottaket hvor jeg jobber. Vi er en aktiv post med over 80 innleggelseser i måneden, og gjennomsnittlig liggetid er i underkant av 2,5 døgn. Det er ikke dermed sagt at de fleste er to og et halvt døgn hos oss. Noen skrives ut eller flyttes på under et døgn, andre kan bli hos oss i flere uker. Det kommer både an på pasientens tilstand og kapasiteten på de tilliggende postene.

Jeg synes kollegene mine er dyktige og kompetente, og jeg tror de fleste trives veldig godt med arbeidet sitt. Vi er forskjellige personligheter, og vi utøver jobben som miljøpersonale på ulike måter. Dermed kan det bli tilfeldig hvor mange samtaler en pasient får i løpet av et døgn, hvor «dype» samtalen blir, hvilke problemer man tar opp og så videre. Avdelingen har ingen retningslinjer for dette. De årene jeg har jobbet der, har vi aldri hatt undervisning eller fagdager om hva miljøterapi er. Vikarer og nyansatte får to opplæringsvakter og et hefte med informasjon om posten og pasientgruppene. De får ingen opplæring i miljøterapi annet enn det de selv lærer av de mer erfarne kollegene. Jeg opplever at vår miljøterapi i praksis dreier seg mye om å tilby pasientene omsorg og grensesetting.

Slik sett kan det bli litt tilfeldig hvordan pasientene opplever å være på posten. Vi får mange gode tilbakemeldinger av fornøyde pasienter. Men vi får også en del kommentarer på at pasientene føler de bare er på oppbevaring. Samtalen de får med behandler er relativt kort, og på kveldene og i helgene får de bare snakke med vakthavende lege hvis det er noe akutt.

Det er gjort anonyme spørreundersøkelser både blant pasienter og ansatte på steder hvor kognitiv miljøterapi er innført. Der kommer det fram at pasientene var fornøyd med kvaliteten på behandlingen, de var kjent med hva behandlingen gikk ut på og de opplevde den som mer aktiv enn på andre poster. De ansatte fikk mer selvtilit i forhold til yrkesidentitet, større mulighet til å jobbe selvstendig og de kjente seg mer betydningsfull i teamet (Hallberg og Ørbeck 2006).

Holm (2006a) viser til internasjonal forskning på effekten av kognitiv miljøterapi på pasienter med psykose. Sammenliknet med effekten av standardbehandling, bestående av et støttende miljø og rekreative aktiviteter, viser det seg at de pasientene som fikk kognitiv miljøterapi hadde en merkbar reduksjon av positive symptomer. Det ble også påvist at tiden de brukte på å bli frisk ble redusert med 25-50 %, alt avhengig av hvordan forskerne definerte frisk.

Den aktive, strukturerte og problemorienterte måten å jobbe på i kognitiv miljøterapi tiltaler meg. Sammen med fokuset på brukermedvirkning og de positive erfaringene som beskrives fra de stedene det er prøvd ut, har det fått meg til å lure: kunne dette gå an på min arbeidsplass?

Den første innvendingen jeg kjenner på er om våre pasienter er for dårlige til å ha nytte av kognitiv miljøterapi. Hvis ikke vi kan bruke det på de dårligste pasientene, som de psykotiske, beltelagte på skjerming, som Harald, tror jeg ikke man trenger å bruke mer tid på spørsmålet.

Jeg har derfor valgt følgende problemstilling til denne fordypningsoppgaven:

Kognitiv miljøterapi på akuttmottak – går det an, da?

Oppgaven er ikke en empirisk studie som skal besvare spørsmålet. Men ved å bruke narrativet Harald utforsker jeg mulighetene og ser på hvordan kognitiv miljøterapi på akuttmottak kunne ha artet seg.

3.0 Teori

3.1 Kognitiv miljøterapi

3.1.1 Hva er kognitiv miljøterapi?

I kognitiv miljøterapi tar man grunnleggende elementer fra kognitiv terapi og benytter dem i miljøterapien (Løvaas og Johansen 2012).

Kognitiv terapi handler om å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, og samtidig hjelpe ham å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene. Måten vi tenker omkring en hendelse, vår kognisjon, påvirker hvilke følelser vi knytter til denne hendelsen og hvilke handlinger vi gjør. Endringer i tankene rundt en situasjon kan føre til endringer i følelsene våre (Berge og Repål 2010).

For å bli bevisst automatiske tanker som farer gjennom hodet vårt i forskjellige situasjoner, er det utviklet en ABC-modell (Berge og Repål 2010):

- A Situasjonen – hva skjedde?
- B Tanker – hvordan oppfattet jeg det som skjedde?
- C Konsekvenser av B – hva følte og gjorde jeg da?

Sammen med pasienten utforsker terapeuten om det finnes alternative måter å tenke rundt en situasjon på, og om det finnes andre måter å reagere og handle på. Dette samarbeidet kalles også veiledet oppdagelse. Her kan man benyttes sokratiske spørsmål, det vil si spørsmål som åpner opp for refleksjon.

Kognitiv terapi kalles ofte hjelp til selvhjelp, og Berge og Repål (2010) bruker begrepet «den indre samtalen» om denne måten å utforske og utfordre sine tanker på.

Irene Oestrich og Lennart Holm er medforfattere og redaktører av boken «Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde» (2006). Boken gjør rede for hva kognitiv miljøterapi er, hvordan man implementerer det i en avdeling og deres erfaringer med det ved Sct. Hans Hospital i Roskilde, Danmark. I følge Johannessen og Valseth (2009) er dette trolig den enheten i Skandinavia som er kommet lengst på området. De fleste avdelinger som har innført kognitiv miljøterapi i Norge, bygger på denne boken. Noen har også hospitert ved Sct. Hans Hospital og invitert Irene Oestrich på besøk til seg. Jeg finner det derfor naturlig å vie denne boken mye plass i oppgaven.

Når en post innfører kognitiv miljøterapi, blir hele behandlingsmiljøet planlagt og designet etter kognitive prinsipper. Det tar utgangspunkt i pasientens problemer, og det skal gi et positivt og optimistisk syn på pasientens fremtid. Brukermedvirkningen er høy, pasient og behandler ses på som likeverdige samarbeidspartnere. Hele personalgruppen jobber etter samme behandlingsfilosofi (Lykke 2006a).

Hovedinnholdet i behandlingen er psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening og kognitiv terapi. Dagsprogrammer og ukeprogrammer gir pasienten en oversikt over alt som skal skje. Det fokuseres på pasientens tanker og følelser, og gjennom refleksjon og trening i å stille spørsmål ved tankenes gyldighet, skal pasienten bli i stand til å velge alternative reaksjonsmønstre og handlingsmåter. Miljøet ses på som en treningsarena. Når det er mulig, involveres familien både i behandling og undervisning. Terapien individualiseres i forhold til den enkeltes tilstand og mulighet for utvikling. En sikter på raskest mulig å få pasientene tilbakeført til sin plass og funksjon i samfunnet (Lykke 2006a).

3.1.2 Datasamling

Pasienten får ved innleggelsen tildelt en kontaktperson som gir ham en introduksjon til den kognitive behandlingsmodellen. Han får også utlevert en mappe som inneholder en veiledning i kognitiv miljøterapi. Skjemaer som fylles ut, behandlingsplan og liknende, legges inn her (Lykke 2006b).

Den første fasen i innleggelsen er avgjørende for resultatet. Her legges grunnlaget for behandlingen, og alliansen mellom personalet og pasient etableres. For å styrke alliansen, legger kognitiv miljøterapi vekt på å samle inn data sammen med pasienten. Personalet informerer dessuten pasienten om de observasjoner de har gjort, og går gjennom dem sammen med pasienten (Bech og Holm 2006a).

Holm (2006b) legger vekt på at data om tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner må registreres. Når pasienter har fått innføring i den kognitive modell, kan de begynne å gjøre egne registreringer. Det benyttes ulike skjemaer for daglig selvregistrering. De kan for eksempel se slik ut:

Situasjon Hvem? Hva? Hvor? Når?	Følelse Styrke 0-10	Automatisk tanke Hva gikk gjennom hodet ditt i øyeblikket? Tanker? Bilder?	Rasjonelt svar Hva kunne du tenke, som ville gjøre det lettere for deg?	Følelse nå Styrke 0-10

For mange pasienter vil det være nytt og overraskende at det er sammenheng mellom situasjon, tanke og følelse. Noen kan trenge hjelp til å identifisere situasjoner hvor det skjer en endring i følelser, andre til å identifisere de automatiske tankene. Sokratiske spørsmål er ofte nyttige å bruke til dette.

Etter hvert kan pasienten lære å se på slike endringer som signallys som viser at noe er på ferde. En angststopp kan for eksempel ses på som et gyllent øyeblikk til å lære om viktige sammenhenger.

Ved behandlingens start gjøres det også noen standardiserte intervjuer. Informasjonen man får her utgjør en «basislinje» som underveis i behandlingen gir oss en pekepinn på om vi er på rett vei, og som hjelper oss med evaluering før utskrivelse (Holm 2006b).

3.1.3 Psykoedukasjon

Lykke (2006c, 181) definerer psykoedukasjon som

... all kontakt med patienten og de pårørende, hvor der indgår undervisningsmessige elementer om patientens psykiske lidelse, den medisinske behandling og kognitive miljøterapeutiske mål og behandling.

Det kan være alminnelige samtaler i miljøet, individuelle samtaler på rommet, formell undervisning i gruppe eller utdeling av informasjonsmateriell.

Når prinsipper i kognitiv miljøterapi trekkes inn i psykoedukasjonen, beveger vi oss i grenseområdet mellom undervisning og terapi. Lykke (2006c) mener psykoedukasjon kan

forbedre behandlingssamarbeidet, for eksempel i forhold til medisiner, øke pasientenes motivasjon for behandling og redusere risikoen for tilbakefall.

Det er viktig at undervisningen utføres i overensstemmelse med pasientens motivasjonsgrad. Noen er svært motivert for behandling og undervisning, andre kan være sinte og benekte at de er syke i det hele tatt. Disse tilhører den minst motiverte gruppen, som sies å være i «før-beslutningsfasen». Lykke (2006c) unntar ikke dem fra undervisning, men hevder i stedet at undervisning er viktig for nettopp de som er i denne fasen.

Motivasjonsgraden er derimot avgjørende for hvilke tema som skal tas opp. Sistnevnte gruppe bør få informasjon om sykdommen og mulighetene som finnes. Den beste måten er sokratisk utspørring om pasientens oppfattelse av sin situasjon og sammenhengen mellom tanker, følelser, kropp og atferd. Jeg vil prøve å gi et eksempel på en slik samtale i diskusjonsdelen.

3.1.4 Pårørende

I kognitiv miljøterapi legges det vekt på å inkludere de pårørende i behandlingen. Det er de som står pasienten nærmest, derfor er det viktig å styrke alliansen dem imellom. De gis tilbud om undervisning som kan foregå enten individuelt eller i grupper. Her får de informasjon om sykdommen, behandlingsmuligheter, råd for håndtering av vanskelige situasjoner og hva de kan gjøre for å hjelpe til å unngå tilbakefall. Man er også interessert i å høre hvordan pasientens sykdom har påvirket dem som pårørende, og vil gi dem hjelp til å ivareta seg selv.

Når det nærmer seg utskrivelse er det spesielt viktig at de pårørende har kjennskap til, og kanskje er en del av, pasientens mestringsstrategier (Lykke 2006c).

3.1.5 Kognitiv kasusformulering

Fredheim (2009) ser på kasusformuleringen som hjørnesteinen i behandlingen, og Oestrich (2006a) sammenlikner den med et kart man kan navigere etter når man befinner seg i ukjent terreng. Alle tiltak som iverksettes, skal ha utgangspunkt i kasusformuleringen.

Kasusformuleringen bygger på informasjonen pasienten, sammen med kontaktpersonen, har samlet inn om sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd i problemsituasjoner. Den skal inneholde en beskrivelse av pasientens sårbarhet, kjerneoppfatninger, leveregler og trygghetsstrategier som benyttes for å mestre levereglene. Videre skal den inneholde en beskrivelse av de problematiske situasjonene det skal jobbes

med, de negative automatiske tankene pasienten får i disse situasjonene, følelsene som oppstår og handlingene han iverksetter (Simonsen 2007).

3.1.6 Behandlingsplan

En forutsetning for å kunne utøve kognitiv miljøterapi, er å ha utformet en god behandlingsplan (Bech og Holm 2006a). Arbeidet med behandlingsplanen innledes med å etablere mål. Problemlisten i kasusformuleringen beskriver pasientens nåværende uønskede tilstand. Målene, derimot, formuleres som en framtidig ønsket tilstand. Det er vanlig å bruke SMART-regelen i dette arbeidet. Den sier at målene skal være spesifikke, målbare, aksepterte, realistiske og tidsavgrensede. Det anbefales derfor å definere mål utfra atferd heller enn følelser. Et mål som «jeg er blitt bedre» er vanskelig å evaluere (Simonsen 2007).

Behandlingsplanen inneholder alt som skal med i behandlingen, som medisinerer, kosthold, fysisk aktivitet, hjemmeoppgaver, individualsamtaler og atferdseksperimenter (Simonsen 2007).

Prinsippet om likeverdig samarbeid kommer også her til syne. Pasient og behandler samarbeider om planen, og begge erfaring ses på som like viktig. Pasienten er ekspert på seg selv, og behandleren ekspert på metoden. Planen blir det styrende, felles redskap for alle i det tverrfaglige behandlingsteamet, og den revideres løpende under hele oppholdet (Bech og Holm 2006a).

3.1.7 Hjemmeoppgaver

Hjemmeoppgaver vil i denne sammenheng bety oppgaver pasienten gjør på rommet sitt. Bech og Holm (2006b) viser til forskning som har påvist at pasienter som gjennomfører hjemmeoppgavene sine oppnår større framskritt enn pasienter som ikke gjør dem. De får dessuten større selvtillit.

Å registrere negative automatiske tanker er en vanlig hjemmeoppgave. Registreringen kan bli utgangspunkt for både gruppeterapi, individualterapi og samtaler med miljøpersonalet. Pasienten får da hjelp til å finne alternative tanker.

Andre hjemmeoppgaver kan være å arbeide med sine automatiske tanker selv, trene på sosiale ferdigheter eller registrere aktiviteter (Bech og Holm (2006b)).

3.2 Arbeidsmåter og erfaringer med kognitiv miljøterapi i Norge

3.2.1 Distriktpsikiatriske sentre

Et DPS i Psykiatrien i Vestfold HF innførte kognitiv miljøterapi fordi de ønsket å jobbe mer strukturert og gi pasientene større brukervedvirkning. Fram til da hadde de følt at avdelingen var lite preget av struktur og kontinuitet. De opplevde at de hadde nok med å ta seg av de akutte behovene som oppstod, og at behandlingen dreide seg mye om å tilby pasientene omsorg.

Etter omleggingen til kognitiv miljøterapi går behandlingen ut på å kartlegge pasientens problemer og ressurser. ABC-modellen gjennomgås og en kognitiv kasusformulering utarbeides for den enkelte pasient. Når pasienten er innlagt, gir det mulighet for å bruke det som skjer i miljøet terapeutisk. Fellesskapet blir brukt til å gå inn i situasjoner med sokratisk utspørring, og pasientene kan få individualsamtaler på rommene hvis det er behov for å gå mer i dybden (Krogstad og Hansson 2007).

Når en pasient nå blir innlagt, forventes det at han skal være der en avgrenset periode for å arbeide med sine spesifikke problemer. Det blir laget en målsetning for oppholdet. Tanken bak var at pasientene skulle bli mer bevisst på hvorfor de var i behov for innleggelse, og mer fokusert mens de var der. Resultatet er at det har skjedd en endring i pasientenes måte å bruke avdelingen på. De er nå mer fokusert på problemene, de bruker tiden i enheten mer effektivt, og noen *krever* behandling mens de er der. Mange ser at behandlingen er grunnet på egeninnsats, med sentrale elementer som refleksjonsark, hjemmelekser og eksponeringsterapi. De opplever at de selv bidrar til forandring og mestring av sin lidelse. Personalet legger også merke til at pasienter iblant bruker sokratisk utspørring seg imellom for å hjelpe hverandre.

Personalgruppen synes at omleggingen har vært positiv for enheten. De merker at de har blitt mer endringsfokuserede og strukturerte i pasientbehandlingen. De er mer samlet som gruppe, har fått en felles forståelse, felles språk og felles arbeidsmetoder for å nå målene. En trygg og åpen atmosfære preger miljøet (Krogstad og Hansson 2007).

Døgnetenheten ved Orkdal DPS innførte kognitiv miljøterapi i 2005. Som arena for trening av ferdigheter har de pasientstyrt tekjøkken hvor pasientene selv må kjøpe inn og tilberede frokost, lunsj og kveldsmat. Erfaringer herfra kan settes inn i ABC-modellen i samtale med personalet. Filosofien er at pasientene gjennom behandlingen skal få større tro på mestring av

egen helse og sykdom, men også forhold som kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (Simonsen 2007).

Også fysioterapeuten tar tak i pasientenes negative automatiske tanker når disse er knyttet til fysisk aktivitet. Det kan være frykt for smerte, negativt selvbilde eller holdninger som at trening er kjedelig. Mye av denne usikkerheten kan fjernes gjennom veiledet oppdagelse, psykoedukasjon og atferdseksperimenter (Johannessen og Valseth 2009).

3.2.2 Akuttpsykiatri og tvangsbehandling

Allerede i 1997 begynte de med kognitiv miljøterapi ved det som het akuttavdeling 4A på daværende Blakstad sykehus. Avdelingen har pasienter med alle typer diagnoser, og innleggelse er sjelden planlagte. De beskriver en hverdag med stort press og overbelegg det meste av tiden. Et av målene med innføringen av kognitiv miljøterapi var å redusere antall liggedøgn (Berntsen og Rønneberg 2000).

Under oppholdet jobbes det mye med pasientenes negative automatiske tanker. Personalet hjelper pasientene å identifisere disse og bli oppmerksom på sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Sokratiske spørsmål benyttes mye.

Alt som skrives ned samles i en mappe pasienten har fått utdelt. Den bidrar til å opprettholde kontinuitet i behandlingen og hjelper personalet til å strukturere samtalene med pasientene. Mange pasienter jobber videre med den etter utskrivelsen, og ved eventuelle reinnleggelse er det en fordel om mappen tas med. Behandlingen kan da fortsette der den stoppet sist (Berntsen og Rønneberg 2000).

På seksjon psykosere ved Sykehuset Levanger har Løvaas og Johansen (2012) erfart at kognitiv miljøterapi også fungerer når behandlingen ikke er frivillig. Men vrangforestillinger, eller andre symptomrelaterte temaer, kan ofte være sensitive i en akutfase. Da kan det bli for utfordrende om en starter med å jobbe kognitivt der. Man kan i stedet bli enig med pasienten om andre temaer en kan samarbeide om, som ikke kommer innpå hans motstand og innsikt. Kanskje kan pasienten selv velge tema. På denne måten gis pasienten mulighet til å oppdage at kognitiv tilnærming kan ha positiv effekt.

I Levanger ble det tidlig registrert en stor nedgang i medikamentbruken etter omleggingen til kognitiv miljøterapi (Johannessen og Valseth 2009).

4.0 Empiri

Jeg er egentlig ikke overrasket over å begynne dagvakt med å sitte fastvakt på Harald som nå ligger i belter. Jeg tok imot ham da han ble tvangsinnlagt i går ettermiddag på grunn av paranoid schizofreni med psykose og tiltagende paranoide vrangforestillinger. Det var tydelig at han ble mer og mer urolig. Han var gjentakende på at noen skulle ta ham, og han så ut til å være veldig redd. Selv om han kjenner oss godt fra tidligere innleggelses og vanligvis føler seg trygg her, klarte vi ikke å roe ham. Han takket nei til beroligende medisiner fordi han trodde vi ville forgifte ham. Til slutt måtte vi ha ham på lukket skjerming. Utover natta truet han med å drepe personalet, og i panikk klarte han å bryte seg ut av skjermingen. Han rakk å knuse noe inventar før nattevaktene var mange nok til å overmanne og beltelegge ham. Han fikk deretter en beroligende injeksjon under tvang.

Det ble likevel ikke mye søvn på Harald i natt. Nå brøler og kjemper han for å komme løs av beltene.

- *Slipp meg løs! Jeg må ut! Hjelp meg!*
- *Vi er her hos deg, Harald. Du er trygg nå. Vi passer på deg.*
- *Vær så snill, hjelp meg! Jeg må ut! Jeg dreper dere alle om dere ikke slipper meg ut!*
- *Vi hjelper deg. Vi er her hele tiden. Vi skal ta bort beltene når du er blitt roligere. Akkurat nå er vi redd du kan skade deg selv eller andre. Legene kommer snart og ser til deg.*

Jeg prøver så godt jeg kan å berolige ham, men det ser ikke ut til å nytte. Han prøver hele tiden å komme seg løs. Svetten renner av ham og øynene hans er rødsprengte. Legene kommer og ser til ham. Harald klarer ikke si annet enn at han må løs og ut herfra. Det blir forordnet ny tvangsinjeksjon, denne gangen et antipsykotikum. Harald sovner en halvtime senere, og sover helt til neste dag.

5.0 Diskusjon

Kan psykotiske pasienter som Harald rett og slett være så syke at kognitiv miljøterapi ikke har noen hensikt? Fredheim (2009) tar opp dette spørsmålet i en artikkel, men kommer til at også psykotiske pasienter profiterer på denne typen behandling. Hun viser til flere randomiserte kontrollerte studier som underbygger det synet. I følge henne er det få eksklusjonskriterier for kognitiv terapi, den eneste gruppen hun trekker fram er pasienter med negative psykotiske symptomer. Hun tar også opp fordelene med tidlig intervensjon med kognitiv terapi hos debuterende psykotiske for å forhindre at vrangforestillingene «fester» seg og blir behandlingsresistente.

Krogstad og Hansson (2007) har erfaringer fra Psykiatrien i Vestfold som kan bidra til å nyansere dette synet. De skriver at noen pasienter har blitt ytterligere paranoide når de har blitt utfordret i forhold til sin virkelighetsforståelse. Noen opplevde det som truende at det ble stilt spørsmål som de måtte reflektere over, andre hadde stemmer som truet dem hvis de var for åpne overfor personalet. Hos de som ikke har sykdomsinnsikt, eller har nedverdiggende opplevelser av å være tvangsinnlagt, kan det også av og til bli samarbeidsproblemer.

Vi kan ikke vite om Harald er blant dem som vil profitere på kognitiv miljøterapi eller om han vil bli ytterligere paranoid når vi etter hvert utfordrer virkelighetsforståelsen hans. Derfor tror jeg ikke vi ukritisk skal bruke metoden på alle pasienter. Vi må være oppmerksomme på at noen kan ha nytte av en annen tilnærming, og være villige til å endre framgangsmåte om vi ser at kognitiv miljøterapi ikke fører fram.

Oestrich og Holm (2006) har ikke beskrevet noen uheldige erfaringer. De støtter seg på forskningen jeg tidligere har referert til og er tydelig på at kognitiv behandling, sammen med farmakologisk behandling, er viktig ved behandling av akutte psykoser.

Hvordan hadde vi møtt Harald hvis akuttmottaket vårt hadde praktisert kognitiv miljøterapi? Jeg vil nå prøve å vise hvordan det kunne skjedd ved å hente elementer fra teoridelen.

5.1 Datasamling

Selv med relativt få data kan problemformuleringen og det terapeutiske arbeidet starte og utvikle seg fra simpelt til komplekst, etterhånden som samarbeidet utvikler seg mellom pasient og behandlere (Oestrich 2006c, 37).

Den første fasen i Haralds innleggelse er avgjørende for resultatet. Der bygges alliansen, det likeverdige samarbeidet etableres og datasamlingen med vekt på kognitive prinsipper tar til Bech og Holm (2006a).

Jeg tar i mot Harald og blir hans kontaktperson. Vi kjenner hverandre fra flere innleggelser og har hatt en god allianse tidligere. Men Harald er nå i en svært dårlig tilstand, overbevist om at noen er ute etter ham. Jeg kan dermed ikke gå ut fra at alliansen er som før, den må antakelig etableres på nytt. Jeg må møte ham med respekt og empati, som et likeverdig menneske.

Jeg opplever Harald som veldig utrygg. Det som er viktig nå, er å vinne hans tillit og å få formidlet at han er trygg her. Mappen som Lykke (2006b) viser til, ville jeg vente med å gi til Harald er blitt roligere og mindre tankeforstyrret. Trolig vil det gå flere dager før det har noen hensikt. Å gi den nå, ville ikke være å vise respekt og empati.

Jeg ber derfor Harald bli med på rommet for å prate. Jeg setter meg ned og prøver med det å signalisere at jeg har tid og at jeg ønsker å lytte til hva han har å si. Harald klarer ikke sitte, han vandrer rundt.

- *For meg ser det ut som om du er urolig og ikke klarer å sitte ned. Kan du fortelle meg hva du tenker på?*
- *Gud er perfekt. Gud er perfekt. Meditasjonsmesteren er ikke bra. Sjefen min må passe seg. Han ser alt jeg gjør. Jeg skal finne kameraene.*
- *Det høres ut som om du har mange tanker som plager deg. Vi vil veldig gjerne at du skal ha det bra. Er det greit at vi er sammen med deg nå?*
- *Laila må komme tilbake. Kjærligheten er størst av alt. Jeg vil ikke være alene.*

Harald virker stresset og hektisk. Jeg merker at han ikke klarer holde tråden i samtalen. Det ser ut som om han snakker til sine egne tanker, og at han har mange tanker i hodet på en gang. Jeg vet ikke om han klarer å få med seg hva jeg sier til ham nå. Foreløpig tror jeg det beste vi kan gjøre er å være sammen med ham. Oestrich (2006b) hevder at når pasientene ikke kan eller vil snakke med oss, må alliansen gradvis bygges opp ved samvær og meningsfylte aktiviteter. Men viktigst mener hun det er at vi deler våre vurderinger og hensikter med ham, slik at han forstår at vi vil det beste for ham. I denne lille samtalen med Harald forsøkte jeg å dele mine vurderinger av atferden hans. Samtidig ville jeg formidle at vi vil han skal ha det bra og at vi ønsker å være sammen med ham.

En annen måte å styrke alliansen på og understreke likeverdigheten i samarbeidet, er å samle inn data sammen med pasienten (Bech og Holm 2006a). Så syk som Harald virker nå, er det foreløpig ikke mulig å samarbeide om dette. Men som kontaktperson må jeg likevel samle data fra oppholdet starter, og både atferd og innholdet i vrangforestillingene er viktig å dokumentere.

I samtalen kom det fram at Haralds tanker har religiøst innhold, samtidig som han føler seg overvåket på jobb og kanskje har kjærlighetssorg. Dette kan være aktuelle temaer for videre utforskning når han er mer tilgjengelig for samtale. Sammen kan vi sette dem inn i et ABC-skjema for å vise sammenhengen mellom situasjon, tanker og følelser og handling. De kan også komme til nytte når Harald og jeg skal lage mål og tiltak i behandlingsplanen.

Etter å ha lest gjennom 110 sider med legejournal på Harald underveis i oppgaven, slo det meg at plagene med vrangforestillinger ble hyppig nevnt, men det stod svært sjelden noe om hva innholdet i dem var. I miljøpersonalets dokumentasjon var det noe mer om det.

Tankeinnholdet jobbes det mye med i kognitiv miljøterapi. Det må dokumenteres godt.

Som nevnt ble det nødvendig å flytte Harald til skjermingen og beltelegge ham. Hva tenker vi da om viktigheten av likeverdig samarbeid – som er et gjennomgangstema i kognitiv miljøterapi? Kan man kalle samarbeidet likeverdig når vi tar imot Harald på tvang, vedtar skjerming, legger ham i belter og medisinerer ham mot hans vilje? I dette tilfellet er utgangspunktet ikke særlig gunstig. Vi framstår som den sterke, bedrevitende part. Jeg kan likevel ikke se at vi hadde noe annet valg. Vi må bare passe på at vi hele tiden opptrer vennlig og med respekt. Vi må forklare hvorfor vi gjør som vi gjør, og forsikre Harald om at beltene vil bli løst så fort som mulig. I etterkant kan vi prate med han om det som skjedde og spørre etter hans opplevelse av situasjonen. Har han opplevd episoden som krenkende og traumatisk, er det viktig at vi snakker ut om det slik at det vonde kan bearbeides. Vi må også be om unnskyldning hvis vi opptrådte unødvendig hardfør underveis.

På den annen side kan man spørre seg om det kan kalles likeverdig samarbeid om vi ikke griper inn i slike situasjoner. Det var helt åpenbart at Harald hadde det vondt da han ble innlagt. Han var sliten, redd og kunne lett skadet seg selv eller andre. Hadde det vært mindre traumatisk for ham i ettertid om han hadde kommet til å skade en medpasient eller et personale? Skulle vi latt han lide under intense paranoide tanker og latt psykosen forbli ubehandlet i dagevis? Mange pasienter forteller både til oss og til medier om hvor krenket de

har blitt under tvang, men jeg opplever også mange pasienter som i etterkant av beltelegging takker oss for hva vi gjorde. De hadde ikke kontroll over seg selv, og det ble trygt når vi tok fullstendig kontroll.

Når pasienter er så dårlige at de trenger skjerming, understreker Oestrich (2006c) viktigheten av ikke bare å «romme» dem. Vi må være veiledende og tilby alternativer til de uutholdelige og kaotiske følelser de ofte opplever. Videre skriver hun:

Efterhånden som de mest akutte symptomer klinger av ved den indledende støtte og medisinske behandling, kan man begynne at planlegge den psykologiske behandling, der er centreret om at regulere atferd, tanker, følelser og om muligt måden, hvorpå patienten opplever sig selv og verden gjennom et ofte yderst sårbart og følsomt centralnervesystem og sanseapparat (Oestrich 2006c, 41).

Hun legger altså vekt på tidlig å gi pasienten innføring i sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og atferd. Senere kan man begynne å hjelpe pasienten med å bruke ABC-skjema for å registrere og jobbe med tanker, følelser og handlinger.

I kognitiv miljøterapi er et av formålene med skjerming er nettopp å få en tett dialog med pasienten (Lykke 2006d). For meg blir det en helt ny tankegang. Jeg er vant til at vi vedtar skjerming for å redusere stimuli eller for at pasienten ikke skal blamere seg for andre. Skal vi innføre kognitiv miljøterapi på akuttmottak, må vi altså være bevisst mulighetene for dialog når skjerming tas i bruk. Kanskje burde vi være mer oppmerksom på det også slik vi driver posten i dag.

Etter å ha sovet et døgn, framstår Harald som mer rolig og samlet. Han løses fra beltene, men er fortsatt på skjerming. Jeg fortsetter å jobbe med datasamling og fokuserer på tanker og følelser. La oss se hvordan en slik samtale kunne sett ut:

- *Hvordan har du det nå, Harald?*

Jeg begynner samtalen med å prøve å få tak i tankene og følelsene hans.

- *Jeg kjenner meg stiv i kroppen og øm der beltene var strammest.*

- *Hva tenker du om at vi la deg i belter, da?*

- *Vet ikke. Var jeg så syk at det var nødvendig? Skjønte dere ikke at jeg bare var desperat etter å komme meg ut?*

- *Slik vi oppfattet situasjonen, hadde du ikke kontroll over deg selv. Vi var redd du skulle skade deg selv eller andre. Vi er lei for at vi måtte bruke tvangsmidler, men vi mente det var nødvendig.*

Det er viktig for meg å få sagt dette. Pasientene må vite at det aldri er slik at vi ønsker å bruke tvang, selv om det forekommer ofte.

- Er det noen som skal ta meg her?

Når Harald stiller dette spørsmålet, gir han uttrykk for en utrygghet. Den vil jeg undersøke nærmere, samtidig som jeg vil prøve å trygge ham:

- Det er bare vi ansatte som er her, og oss kan du stole på. Ingen andre kommer inn. Tror du det er noen som er ute etter å skade deg?

- Jeg vet at sjefen har plassert kameraer som overvåker meg på jobben, og det er plassert mikrofoner i telefonen.

Selv om vi ikke kan vite det med sikkerhet, går vi ut fra at dette er vrangforestillinger.

Poenget nå er ikke å overbevise Harald om det. For oss er det mer interessant hvordan han påvirkes av slike tanker:

- Hva gjør det med deg å ha slike tanker?

- Jeg blir sint, det er slitsomt. Jeg vil bare være i fred.

Før samtalen avrundes, trenger vi å høre hvordan han tror han vil forholde seg videre:

- Hva tenker du om at du nå er på skjerming, da?

- Er det kameraer og mikrofoner her?

- Nei, ingen ting sånt. Og bare familien din vet at du er her. Tror du det er fare for at du mister kontrollen igjen?

- Jeg kjenner meg litt roligere nå.

Jeg ser at det er for tidlig å begynne å forklare Harald om ABC-modellen og andre prinsipper i kognitiv terapi. Det må vi ta senere. Men en slik gradvis tilnærming som denne samtalen, tror jeg er viktig. Lykke (2006d) går så langt som å si at det er avgjørende for en vellykket skjerming at pasientens tanker og følelser undersøkes, og at pasienten gjennom dette forstår at disse kan henge sammen med utløsende situasjoner. Ved å hjelpe pasienten å finne alternativer til de uhensiktsmessige reaksjonene, kan skjermingen raskest mulig opphøre.

Kort oppsummert har vi sett at det er for tidlig å gi Harald en mappe til å samle registreringsskjema og liknende i. Vi har fått samlet en del data om atferd, tanker, følelser og handlinger. Fra den første samtalen tar vi med oss tankene om at han føler seg overvåket og kanskje har kjærlighets sorg. Etter at han har blitt løst fra belter klarer han bedre å føre en dialog, men han er fortsatt utrygg og lurer på om han overvåkes her også.

5.2 Psykoedukasjon

Kunne vi undervist Harald mens han var på det dårligste? Kan man i det hele tatt undervise psykotiske pasienter på skjerming? Som vi så i teoridelen, er Lykke (2006c) opptatt av at alle pasienter skal ha psykoedukasjon, men temaene og undervisningsformen må tilpasses pasientens motivasjonsgrad. Selv de som er sinte og benekter å være syke bør undervises.

Harald kan sies å tilhøre denne gruppen og skal dermed kunne motta undervisning. Lykke (2006c) regner riktignok alminnelige samtaler som psykoedukasjon, og anbefalte temaer for denne gruppen er informasjon om sykdommen og mulighetene som finnes. Han legger til at den beste måten er sokratisk utspørring om pasientens oppfattelse av sammenheng mellom følelser, tanker, kropp og handling i konkrete situasjoner.

Jeg har jobbet en del med psykotiske pasienter på skjerming, og stiller meg sterkt tvilende til å begynne med undervisning i den mest akutte fasen. Hva med de som ikke vil prate med oss, eller som bare prater til oss uten overhodet å høre på hva vi sier til dem? Jeg tror ikke Harald hadde klart å ta inn noe informasjon eller svare på sokratiske spørsmål i perioden fra han ble ført på skjerming til han ble løst fra beltene. Han var for syk til det, slik jeg ser det.

Etter at Harald kom ut av beltene, tror jeg imidlertid at det kunne gå an. La oss ta for oss en slik undervisende samtale. Målet er altså at Harald skal bli mer oppmerksom på sammenhengen mellom situasjon, tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger. Jeg tar utgangspunkt i situasjonen hvor han ble ført på skjerming:

- La oss tenke tilbake på da vi førte deg inn på skjermingen. Hvilke følelser kjente du på i den situasjonen?

Jeg er bevisst på å bruke ordet situasjon i spørsmålet, siden det å bli oppmerksom på at det ofte er en situasjon forut for følelsesmessige endringer er noe av det vi vil trene på å gjenkjenne.

- Jeg var i hvert fall veldig redd. Og når jeg ikke kom meg ut ble jeg veldig sint.

Her fikk jeg tak i et par følelser. Nå ønsker jeg å undersøke om han er klar over sammenhenger mellom disse følelsene og handlinger eller kroppslige reaksjoner:

- Hva gjør det med deg når du kjenner deg redd og sint?

- Da skjer det lett at jeg klikker, og da kan hva som helst skje.

Her kom aktuelle handlinger fram. Jeg velger å spørre direkte om kroppslige reaksjoner:

- Kjenner du noe i kroppen din når du føler deg så redd og sint?

- *Hm. Jeg blir veldig svett. Pusten blir rask, og hjertet dunker hardt. Og så blir jeg anspent. Nå er jeg veldig spent på om han klarer å sette ord på noen tanker i mellom situasjonen og hans reaksjoner:*

- *Jeg har spurt deg litt om følelsene dine og hva du kjente på i kroppen. Men hva slags tanker gjorde du deg? Raste det noen gjennom hodet ditt? Eller noen bilder?*

- *Jeg så for meg et dyr fanget i et bur, og jeg tenkte at nå skulle noen drepe meg.*

Uten å si noe om det, er vi nå i gang med å trene på bruk av ABC-modellen. Det er jeg godt fornøyd med. Men det siste Harald sa, må jeg ta tak i. Man må ikke være så fokusert på undervisningen at en glemmer å lytte til pasienten og være empatisk til stede.

- *Det må være en forferdelig følelse å gå med. Kan du si litt om hvordan du hadde det da?*

- *Helt pyton. Tror det var derfor det klikket for meg.*

Jeg kjenner behov for å samle litt mer data om Haralds tankeinnhold rundt dette. Hvis han fortsatt tenker at noen skal drepe ham, eller kanskje at vi skal gjøre det, er det viktig for oss å vite det. Jeg stiller derfor noen oppfølgingsspørsmål. Hensikten min er ikke å utfordre tankene hans, som en D i ABC-modellen, men jeg er oppmerksom på at det kan oppleves slik.

- *Tror du fortsatt at noen skal drepe deg?*

- *Ja.*

- *Tror du vi som jobber her ønsker å drepe deg?*

- *Jeg vet ikke. Kanskje.*

Igjen kommer det fram svar som forteller meg at Harald må ha det vondt. Denne følelsen må jeg møte ham på. Jeg ønsker selvfølgelig ikke at han skal gå rundt og tro at vi vil drepe ham, men det nytter ikke å argumentere mot ham heller.

- *Jeg er glad for at du tør å være ærlig på det. Det må være veldig vondt å kjenne seg så utrygg. Jeg håper du ikke tenker dette hele tiden. Vi kommer til å være hos deg for å hjelpe deg, og du må bare si fra hvis du har lyst å snakke om disse tankene. Du kan også få være i fred på rommet ditt, hvis det er bedre for deg.*

- *OK.*

- *La oss bare oppsummere det vi startet med. Du mistet altså kontrollen, og du klarte å bryte deg ut av skjermingen og ødelegge litt ting her. Og vi så ingen annen utvei enn å legge deg i belteseng og gi deg medisiner. Men nå er du ute av beltene, og vi vil hjelpe deg å komme deg videre.*

Jeg velger å stoppe der. Samtaler med psykotiske bør være korte (Bjørkly 2010). Som sagt er jeg oppmerksom på farene ved for tidlig å utfordre Haralds virkelighetsforståelse. Vi så i teoridelen at de ved Sykehuset Levanger har erfart hvor sensitive vrangforestillinger kan være

i akuttfasen (Løvaas og Johansen 2012). Ofte kan det bli for utfordrende å begynne det kognitive arbeidet der. De foreslår at pasienten selv får velge et tema å jobbe med først, så de kan oppleve at kognitiv tilnærming kan være til hjelp. Kanskje hadde Harald hatt lyst å snakke om det vi oppfattet som et nylig samlivsbrudd?

5.3 Pårørende

Det er viktig å inkludere de pårørende i behandlingen. Haralds mor og far kommer for å besøke ham dagen etter innleggelsen, mens han sover i belter. Harald har gitt oss tillatelse til å snakke med dem, og de blir fortvilet over å høre hva som har skjedd. De forteller at det lenge hadde gått bra med Harald. Han har overtatt farmorens hus, og har en periode hatt samboer. Denne kvinnen så ut til å ha god innflytelse på ham. Så kom det til et samlivsbrudd som de ikke kjenner til årsaken til. De bekrefter at Harald har kjærlighetssorg, og de tror det er medvirkende til at han har blitt dårligere. De forteller også at han i det siste har hatt en vanskelig relasjon til sjefen på jobb.

Informasjonen de gir, er verdifull for oss når vi skal forstå og behandle Harald.

På avdelinger som jobber kognitivt, tilbys de pårørende psykoedukasjon (Lykke 2006a). Dette er et av områdene hvor forskjellene fra en tradisjonell avdeling blir veldig tydelig. Der hvor en er veldig opptatt av undervisning, kan det imidlertid være en fare for at man lager seg standardiserte programmer som brukes om og om igjen. Jeg tror det er viktig å lytte til de pårørende til hver enkelt pasient om hva de trenger undervisning om der de er i dag. Gjør man det, og samtidig lytter til hva de har å si, blir samarbeidet mer likeverdig.

Det kommer fram at Haralds foreldre aldri har fått ordentlig undervisning om sønnens diagnose. De ønsker også å lære mer om medisinene han står på og hvordan de skal forholde seg til vrangforestillingene. Dette vil da være temaer vi tilbyr dem undervisning i.

Når det gjelder undervisning av pårørende, er det en utfordring at pasienter vanligvis ikke blir lenge på akuttmottak. Ofte vil pasienter være flyttet til andre poster før undervisningen kommer i gang. Det blir også vanskelig å organisere gruppeundervisning for pårørende når pasientgruppen vår stadig forandres. På grunn av oppgavens begrensninger går jeg ikke inn i dette, men hadde vi praktisert kognitiv miljøterapi, hadde vi funnet en løsning slik at Haralds foreldre hadde fått undervisning.

5.4 Kognitiv kasusformulering

Jeg har nevnt viktigheten av en kasusformulering tidligere i oppgaven. Fredheim (2009) viser til at det tar tid før en får etablert en allianse som er nødvendig for å få kartlagt faktorer som inngår i en kasusformulering. Hun mener det derfor kan være vanskelig å ha som en obligatorisk del av kognitiv terapi på et akuttmottak.

Hvor lenge blir Harald værende på akuttmottaket? Det er vanskelig å si, det kan bli alt fra noen dager til noen uker. Men trolig ikke lenge nok til at en kasusformulering kunne blitt ferdig.

I følge Fredheim (2009) hevdes det fra enkelte at manglende effekt av kognitiv terapi skyldes for liten vekt på utforming av en grundig kasusformulering. Hvis de har rett i dette, taler det i mot å ta kognitiv miljøterapi i bruk på akuttmottak. Denne innvendingen bør vi være oppmerksom på hvis vi skulle vurdere det.

På den annen side trekker hun også fram at vanlige behandlingsmål i kognitiv psykosebehandling er reduksjon av ubehag og mestring av symptomer. Disse mener hun det vil være realistisk å nå, også i en akuttpost hvor en ikke har inkludert en kasusformulering Fredheim (2009).

Reduksjon av ubehag og mestring av symptomer tror jeg også skulle være oppnåelige i behandlingen av Harald. Hans største ubehag nå er frykten for at noen vil drepe ham. Det er min erfaring at slike tanker svekkes for de fleste etter noen dagers behandling, for andre kan det gå litt lengre tid. Et annet symptom vi kunne hjelpe ham å gjenkjenne som vrangforestilling, er tankene om at han blir overvåket.

Hallberg og Ørbeck (2006) er inne på det samme i sin artikkel «Kognitiv terapi gir gode resultater». En kognitiv tilnærming med mål om symptomreduksjon og innlæring av mestringsstrategier kan bidra til å stanse en kriseutvikling, og passer godt også i akuttavdelinger. De legger til at for en pasient i krise, som Harald i vårt tilfelle, vil en hurtig, merkbar effekt virke motiverende. Bedringsprosessen kan da gå raskere.

Et behov for kortere liggetid var dessuten en av grunnene for at kognitiv miljøterapi ble tatt i bruk på akuttavdelingen på Blakstad (Berntsen og Rønneberg 2000).

5.5 Behandlingsplan

En behandlingsplan skal være utarbeidet senest en uke etter innleggelsen (Bech og Holm 2006a). Harald har bare vært innlagt i to døgn til nå. Er det for tidlig å begynne et samarbeid med ham om en behandlingsplan? Planen revideres stadig, så jeg ser ikke noen grunn til ikke å begynne med en enkel som kan bygges ut underveis. Jeg tror det hadde vært positivt for Harald at han fikk være med å lage en plan. Da ser han at han er delaktig i behandlingen og at han kan påvirke den. Det bidrar til likeverdighet, og han får et eierskap til planen.

Jeg tar derfor dette opp med Harald, og tenker meg at vi kom fram til følgende behandlingsplan:

Problemer: Jeg tror noen har tenkt å drepe meg.
Jeg mister besinnelsen og utagerer når jeg blir veldig redd.

Mål: Å beherske meg selv om jeg er redd
Å føle meg trygg sammen med personalet
Å komme ut av skjerming
Å gå turer ut

Handling: Jeg skal ta foreskrevne medisiner
Jeg skal delta i samtaler med lege og kontaktperson
Jeg skal forsøke å si fra hvis jeg blir veldig redd

Etter samtalene vi har hatt, var vi ganske enige hva som var Haralds problemer. Når det kommer til mål, ble det til et kompromiss. Harald var mest opptatt av å få komme seg ut av skjerming og dessuten få gå turer ut. Det er gode mål som oppfyller idealene om å være spesifikke, målbare, akseptable, og realistiske (Simonsen 2007). De kunne også vært tidsavgrensede om vi ønsket det, men vi er såpass tidlig i forløpet at jeg ikke ønsket å legge noen tidsfrister for ham. Jeg ønsket også å ha med som mål at Harald skulle klare å beherske seg når han ble redd, og at han skulle føle seg trygg sammen med oss. Det siste er riktignok kun målbart om man bruker en skala, som er vanlig i kognitiv terapi. Tiltakene, eller handlingene, ble vi også enige om uten særlig diskusjon.

For andre pasienter med liknende sykdomsforløp, kan det være for tidlig å lage en behandlingsplan etter to dager. Men Harald har alltid samarbeidet god med oss etter ganske kort tid.

Siden vi nå har laget en plan som også Harald skal ha hos seg, synes jeg det er på tide å gi ham mappen som både Lykke (2006b) og Berntsen og Rønneberg (2000) anbefaler. Da har han et sted å legge både behandlingsplanen og andre skjemaer vi etter hvert vil jobbe med.

5.6 Hjemmeoppgaver

Bech og Holm (2006b) sier ingen ting om når i behandlingen pasientene begynner med hjemmeoppgaver, men jeg antar de gjør det relativt raskt. Og det tror jeg i mange tilfeller er riktig. Men for Harald er det antakelig i tidligste laget. Tankene hans er fortsatt nokså kaotiske og springende, og også motorisk er han urolig. Selv om vi har laget en behandlingsplan sammen, har vi bare så vidt kommet i gang med å snakke om sammenhenger mellom situasjoner, tanker, følelser og handlinger. Han har ikke blitt undervist om begreper som ABC-modellen og negative automatiske tanker.

Jeg ser også mange pasienter som etter innleggelse mest av alt trenger å få hvile og legge av seg alle krav. Flere er så nedkjørt at det vil ta tid å få overskudd til noen form for hjemmeoppgaver. I disse tilfellene tror jeg det er riktig å ta tiden til hjelp og enn så lenge gjøre selvregistreringer sammen med dem.

Det trenger imidlertid ikke gå så mange dager før Harald kan begynne å få noen enkle oppgaver han kan gjøre alene på rommet. Til å begynne med kunne han bli utfordret til å beskrive en situasjon hvor han merket en konkret følelse, for eksempel at han var redd. Hvis han klarer det, kunne han også tenke etter om det var tanker som for gjennom hodet i denne situasjonen, og skrive dem ned. Etter hvert kan han få mer komplekse oppgaver, som å trene på å prate med medpasienter eller jobbe med å finne alternative tanker til negative automatiske tanker han har identifisert.

Alt han noterer, samles i mappen han har fått. Jeg vil oppfordre ham til å fortsette å bruke denne også etter at oppholdet her er over, slik man gjør det på Blakstad sykehus (Berntsen og Rønneberg 2000).

5.7 Etiske problemstillinger

Selv om det er beskrevet mange positive erfaringer med kognitiv miljøterapi, både for pasienter og ansatte (Berntsen og Rønneberg 2000; Hallberg og Ørbeck 2006; Krogstad og

Hansson 2007; Fredheim 2009; Løvaas og Johansen 2012), vil jeg avslutte diskusjonsdelen med å ta for meg noen etiske aspekter.

Fredheim (2009) hevder at mange terapeuter definerer sokratisk spørreteknikk som en bevisst utspørring for å endre pasientens tanker til det terapeuten på forhånd har bestemt seg for. I mange tilfeller er jo det nærliggende. Vi ønsker for eksempel å gjøre Harald trygg på at vi ikke vil drepe ham. Men samtidig skal vi passe oss. Hva vet vel vi egentlig, for å holde oss til Harald, om han faktisk overvåkes av sjefen på jobb?

Berge og Repål (2010, 16) advarer også mot å bruke sokratisk utspørring på denne måten. De anbefaler heller en «genuin nysgjerrighet som terapeutisk holdning». Da er en bevisst på at en ikke kan vite hva som er objektivt sant eller ikke. Og i stedet for å argumentere mot pasientens tanker, bør vi heller spørre om bakgrunnen for dennes vurderinger og konklusjoner.

Når Harald da sier at han kanskje tror vi vil drepe ham, må vi godta det der og da. Så, når vi vurderer at han er klar til å jobbe med disse tankene, kan vi utfordre ham ved å spørre litt mer om bakgrunnen for at han tenker dette.

Uheldig bruk av sokratisk spørreteknikk blir enda mer alvorlig når den brukes på pasienter uten sykdomsinnsikt eller pasienter innlagt på tvang, som jo Harald er. I følge Fredheim (2009) kan pasientene være både uenige i og uvitende om arbeidet vårt for å endre vrangforestillingene. Hun spør derfor om det er etisk riktig å holde den terapeutiske målsetningen skjult for eksempelvis en psykotisk pasient, og frykter at de passivt kan samtykke til en prosess de ikke forstår.

Jeg synes det er viktig å tenke over disse spørsmålene. Kan en reduksjon av psykosens negative konsekvenser rettferdiggjøre arbeidet vi gjør for å påvirke vrangforestillingene? Helliger målet middelet når vi behandler pasienter som Harald? Kan det kalles likeverdig samarbeid?

Fredheim (2009) konkluderer med at terapeuten ikke må jobbe etter egne og skjulte mål, men vise ekte nysgjerrighet for pasientens opplevelser og innholdet i deres vrangforestillinger.

6.0 Oppsummering og konklusjoner

Kan kognitiv miljøterapi brukes som behandlingsmetode på et psykiatrisk mottak med akutte innleggelses, kort liggetid og veldig syke pasienter som kan trenge både skjerming og beltelegging?

Med Harald som narrativ, har jeg forsøkt å vise hvordan dette kunne ha foregått.

I datasamlingen er det viktig at pasientene, så langt de er i stand til det, deltar aktivt. Atferd og tankeinnhold må dokumenteres, og for å få tak i dette må man ha en god allianse og et likeverdig samarbeid med pasienten. Selv om Harald etter vår vurdering var for syk til å forholde seg til kognitive begreper, kunne vi likevel ha samtaler basert på ABC-modellen som fikk fram en del av tankene hans.

Når man bruker skjerming, skal man også være oppmerksom på muligheten det gir for en tett dialog med pasienten. Slike dialoger kan også være psykoedukative om de tilpasses pasientens motivasjonsgrad. Jeg opplever Lykke (2006c) som litt vel offensive når det kommer til dette, men jeg hadde en samtale med Harald om sammenhenger mellom kroppslige reaksjoner, tanker, følelser og handlinger i konkrete situasjoner. For dem er dette en del av psykoedukasjonen.

En innvending mot kognitiv miljøterapi på akuttmottak, er at kort liggetid hindrer utforming av kognitiv kasusformulering. Det kan gå utover kvaliteten på behandlingen (Fredheim 2009). Artikkelen konkluderer likevel med at man kan oppnå mål som reduksjon av ubehag og mestring av symptomer, og at behandling med kognitiv miljøterapi derfor er nyttig på akuttposter.

Jeg ser altså utfordringen med kort liggetid. Hvis kognitiv miljøterapi skal tas i bruk på akuttmottak, tror jeg derfor en forutsetning må være at de andre psykiatriske postene på sykehuset, og gjerne på de tilstøtende DPS, arbeider på samme måte. Det som blir påbegynt kan da følges opp på andre poster. Psykiatriske sykepleiere i kommunen kan også følge opp arbeidet etter utskrivelsen når pasientene har brukt en mappe til å samle alle selvregistreringer og andre notater i (Berntsen og Rønneberg 2000).

Det er viktig å ha et likeverdig samarbeid også med pårørende. Haralds foreldre bidro med nyttig informasjon for oss, og vi kunne få hjelpe dem med undervisning på områder hvor de trengte det.

I den perioden vi fulgte Harald, var han for dårlig til å jobbe med hjemmeoppgaver. Men vi fikk sammen utarbeidet en behandlingsplan som både vi og han vil jobbe etter.

Fram til 2007 fantes det ingen publisert forskning på kognitiv miljøterapi i Norge (Simonsen 2007). Jeg kjenner heller ikke til at det er kommet noe etter det. Etter som metoden nå er innført på flere avdelinger, skulle det la seg gjøre å forske på den. Det virker på meg som en spennende mulighet. Kanskje kan kunnskap herfra være med på å besvare spørsmålet jeg har reist i denne oppgaven.

Referanseliste

- Bech, Søren og Lennart Holm. 2006a. Struktur og behandlingsplan i miljøet. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 86-100. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Bech, Søren og Lennart Holm. 2006b. Hjemmearbejde. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 141-154. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. 3. udgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntsen, Unni og Bente Mæhlum Rønneberg. 2000. Tankene styrer følelsene. *Tidsskriftet Sykepleien* 88 (14): 61-63.
- Bjørkly, Stål. 2010. Kognitiv terapi ved psykotiske tilstander. Forelesning på videreutdanning i psykisk helsearbeid, 3.12.2010, Høgskolen i Molde.
- Fredheim, Kjersti N. 2009. Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 46: 161-167.
- Hallberg, Mette og Anne Lill Ørbeck. 2006. Kognitiv terapi gir gode resultater. *Tidsskriftet Sykepleien* 94 (11): 46-49.
- Holm, Lennart. 2006a. Forskning i kognitiv miljøterapi. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 195-199. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Holm, Lennart. 2006b. Registrering af adfærd, tanker, følelser og andre reaktioner. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 69-74. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Johannessen, Kirsten Dale og Espen Egeland Valseth. 2009. Nettverksmøte i kognitiv miljøterapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi* 1: 7-13.
- Krogstad, Dag og Anne Lise Rui Hansson. 2007. Erfaringer med innføring av kognitiv miljøterapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi* 1: 6-13.
- Lykke, Jørn. 2006a. Hvad er kognitiv miljøterapi? I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 17-21. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Lykke, Jørn. 2006b. Døgnpsykiatrisk regi. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 213-223. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag

- Lykke, Jørn. 2006c. Psykoedukation og motivation. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 181-188. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Lykke, Jørn. 2006d. Skærmning. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 249-252. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Løvaas, Elisabeth Ønal og Asbjørn Johansen. 2012. Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Tidsskriftet Sykepleien* 100 (2): 52-55.
- Oestrich, Irene. 2006a. Kognitiv problemformulering. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 75-77. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Oestrich, Irene. 2006b. Assessment – den grundlæggende vurdering. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 59-68. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Oestrich, Irene. 2006c. Den kognitive model – tanker, følelser, sanser og adferd. I: Irene Oestrich og Lennart Holm (red.). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*, 35-58. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Oestrich, Irene og Lennart Holm (red.). 2006. *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*. 2. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Simonsen, Inge-Ernald. 2007. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 44 (11): 1340-1349.