

10015

12020

AKTIVITET I KOGNITIV MILJØTERAPI

ACTIVITY IN COGNITIVE MILIEU THERAPY

Juni 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Bacheloroppgave

2020



10015
12020

AKTIVITET I KOGNITIV MILJØTERAPI

ACTIVITY IN COGNITIVE MILIEU THERAPY

Bacheloroppgave
Juni 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Fakultet for medisin- og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Eksamensoppgave i HERG3004 (Bacheloroppgave)

Kandidatnummer: 10015 & 12020

AKTIVITET I KOGNITIVT MILJØTERAPI

ACTIVITY IN COGNITIVE MILIEU THERAPY

Kull: Høst 2017

Antall ord: 8199

Annen informasjon:

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

SAMMENDRAG

Tittel: Aktivitet i kognitiv miljøterapi

Dato: 04.06.2010

Kandidatnummer: 10015 & 12020

Stikkord/nøkkelord: Kognitiv miljøterapi, aktivitet, rehabilitering, psykoselidelser, Doing, Being, Becoming, Belonging

Antall sider/Antall ord:

31/8199

Antall vedlegg:

1

Bakgrunn: Inspirasjonen til denne oppgaven ble innhentet fra praksisperioder under studieforløpet og fra samfunnsaktuelle faktorer. I retningslinjer om behandling for pasienter med psykoselidelser er miljøterapi en behandling som skal tilbys. På bakgrunn av erfaring og teori som forteller om utfordringer med å forstå miljøterapi, ønsket vi å se nærmere på en tilnærming som kan bidra til en felles forståelse. Dette for å sikre at miljøet støtter rehabilitering av pasienter med psykoselidelser. I tillegg ønsket vi å se på hva aktivitet kan bidra med i kognitiv miljøterapi, da aktivitet er ergoterapeutenes bidrag i miljøterapi.

Hensikt: I denne oppgaven så vi på hvilken betydning aktivitet har i kognitiv miljøterapi og hvordan det kan bidra i rehabilitering av pasienter med psykoselidelser.

Metode: Vi gjorde en litteraturstudie med inspirasjon fra Scoping Review. Fem vitenskapelige artikler var utgangspunktet for å besvare problemstillingen vår.

Resultat: Aktivitet bidrar til å gi en felles struktur og ramme rundt arbeidet som miljøterapeut. Det gir pasientene en opplevelse av å lære prinsippene i kognitiv terapi noe som igjen kan bidra til endring i atferd og stressmestring. En forutsetning for at aktivitetene bidrar til rehabilitering er at de har overføringsverdi til livet utenfor avdelingen. Tilrettelagte omgivelser på avdelingen spiller en rolle i muligheten for å

gjennomføre aktiviteter og sikre motivasjon og engasjement til deltagelse. Dette er for å sikre at pasientene gjennomfører aktivitetene som skal bidra i rehabilitering.

Konklusjon: Artikkelen som inkluderes i denne oppgaven viser at aktivitet spiller en sentral rolle i kognitiv miljøterapi og rehabilitering. Basert på ergoterapeutenes spesialkompetanse om aktivitet, kan ergoterapeuter spille en sentral rolle i kognitiv miljøterapi.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for tema.....	4
1.2 Kognitiv terapi.....	5
1.3 Kognitiv miljøterapi.....	5
1.4 Miljøterapi og ergoterapi.....	6
1.5 Psykose	6
1.6 Rehabilitering.....	7
1.7 Oppgavens struktur.....	7
2.0 Teori.....	7
Å gjøre	8
Å være	8
Å bli.....	9
Å tilhøre.....	10
3.0 Metode.....	10
3.1. Litteratursøk.....	11
3.2 Identifisere artikler.....	11
3.3 Studieseleksjon.....	12
3.4 Innholdsanalyse.....	13
4.0 Resultat	14
1 Tilrettelegging av omgivelser.....	17
2 Tverrfaglig samarbeid	17
3 Mulighet til å lære.....	18
4 Overføringsverdi	18
5.0 Diskusjon.....	19
5.1 Tilrettelegging av omgivelser.....	19
5.2 Tverrfaglig samarbeid	21
5.3 Mulighet for læring.....	23
5.4 Overføringsverdi.....	24
5.6 Metodiske betraktninger.....	26
6.0 Oppsummering.....	27
7.0 Implikasjoner for videre arbeid.....	27
Referanseliste.....	29

1.0 Innledning

Dette er en bacheloroppgave i ergoterapi hvor vi skal se på hvordan aktivitet kan bidra i kognitiv miljøterapi for rehabilitering av pasienter med psykoselidelser. Motivasjonen for temaet i denne oppgaven er basert på erfaringer tilegnet i praksis. Vi har vært på institusjoner hvor pasientgruppen besto av personer med rus og psykoselidelser, schizofreni og bipolar lidelse.

1.1 Bakgrunn for tema

Under praksisperiodene oppholdt vi oss på psykiatriske avdelinger, der vi arbeidet som miljøterapeuter. Ifølge de nasjonale retningslinjene for utredning og behandling av pasienter med psykoselidelser, er miljøterapi en del av behandlingen. Miljøet skal være støttende og preget av struktur og orden, og liten grad av aggressivitet. I tillegg skal miljøterapi involvere og engasjere pasientene i behandling og aktivitet (Helsedirektoratet, 2013). Miljøterapeuter skal planlegge og tilrettelegge for samspill mellom pasienten og miljøet. Man skal legge til rette for fysisk og psykisk utvikling og styrke pasientens egenomsorg (Bonsaksen, Sandberg, Söreskog & Ellingham, 2018). En institusjon skal ha tilgang på kvalifiserte personell for å kunne gi et godt tilbud til miljø og fritidsaktiviteter (Psykisk helsevernforskrift, 2017, § 4). Ergoterapeuter har særlig kompetanse i å tilrettelegge omgivelser og aktiviteter. Dette kan ha en sammenheng med at antallet ergoterapeuter i miljøterapeut stillinger øker, særlig innen psykisk helsevern (Bonsaksen et al., 2018). Som ergoterapeuter arbeider man mot menneskers rett til aktivitet og deltagelse gjennom å se en sammenheng mellom person, aktivitet og omgivelser. I tillegg fremmer ergoterapeutene et samarbeid mellom kollegaer og andre samarbeidspartnere (Ergoterapeuten, 2017).

En utfordring med miljøterapi er at det finnes lite forskning, noe som bidrar til et manglende kunnskapsgrunnlag som gjør at miljøterapi fremstår som uklart (Solbjør & Kleiven, 2013). Derfor ønsker vi å se nærmere på en metode som gir en felles forståelse over hva miljøterapi skal innebære, samt inkluderer tverrfaglig samarbeid. Dette er for å kunne utnytte kompetansen til de ulike yrkesgruppene som utfører miljøterapi. I tillegg ønsker vi å se nærmere på en tilnærming som inkluderer pasienten, da pasienten har rett til å medvirke i valg som blir tatt i behandlingen (Psykisk helsevernforskrift, 2017, §15). Dette er basert på

kompleksiteten av psykotiske lidelser, og behovet for organisering, samarbeid og kompetanse, for å oppnå en bedring hos pasientgruppen (Damsdahl & Jordahl, 2015). I tillegg ser man på studier som viser til behovet for støtte, engasjement, orden og struktur (Røssberg, 2019), samt betydningen av pasientens deltagelse i egen behandling (Damsdahl & Jordahl, 2015).

Bliksted & Bendix (2003) forteller om kognitiv miljøterapi (KMT) som en metode, hvor man benytter tverrfaglig personell og aktiviteter som behandlingstilbud for å inkludere prinsipper innen kognitiv terapi. På bakgrunn av gode resultater om kognitiv terapi som behandlingsform i psykisk helsearbeid (Solbjør & Kleiven, 2013), ønsker vi derfor å se nærmere på hvordan disse prinsippene kan benyttes i miljøterapi på en institusjon. I tillegg ønsker vi å inkludere ergoterapeutens bidrag i miljøterapi, som er aktivitet (Bonsaksen et al., 2018), da aktivitet fremmes som et middel i KMT. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til problemstillingen:

Hvordan kan aktivitet bidra i kognitiv miljøterapi for rehabilitering av pasienter med psykoselidelser?

Videre vil vi forklare og utdype begreper som fremstilles i vår problemstilling.

1.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi, er en behandlingsform som anbefales i de nasjonale retningslinjene for behandling av psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Et viktig utgangspunkt for kognitiv terapi er at følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner på hendelser og opplevelser, blir i stor grad påvirket av hvordan pasienten tolker disse opplevelsene. I forløpet vil behandleren og pasienten finne målsettinger sammen og bryte en selvforsterkende ond sirkel, som bidrar med å opprettholde psykiske problemer (Hagen & Kennair, 2016).

1.3 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi (KMT) baserer seg på prinsippene i kognitiv terapi med formål om å tilby pasienter en målrettet behandling som består av ulike aktiviteter i miljøet. Prinsippene i KMT baserer seg på at hele institusjonen påvirker pasientens holdninger og atferd, og at endring av dysfunksjonelle automatiske tanker også skal skje i miljøet og ikke bare i

samtaleterapi. Dette er fordi KMT har en mulighet til å utnytte de “gylne øyeblikkene” i hverdagslige aktiviteter, heller enn å la pasienten komme på disse situasjonene i individuell behandling. Gylne øyeblikk er de hverdagslige situasjonene der pasienten havner i valgsituasjon hvor automatiske tanker kan bli reflektert over og endret der og da. Pasienten skal få veiledning av miljøterapeuten til å komme frem til egne konklusjoner, hvor pasientens følelser, meninger og erfaringer er essensielt. Dette baserer seg på teorier om at vi mennesker lærer av de erfaringene vi forstår og at det ikke er selve hendelsen som er viktig for læring, men hvordan følelsene påvirker handlingen. KMT skiller seg fra annen miljøterapi da det inkluderer tverrfaglig personell, aktiviteter og individuelle behandlingstilbud slik at KMT sine prinsipper finner sted 24 timer i døgnet. Dette har til hensikt å utvikle alternative reaksjonsmønstre til pasienten og utvikle nye ferdigheter. For å kunne mestre dette er det viktig at miljøterapeutene er empatiske og forsøker å se verden fra pasientens øyne samtidig som de bistår med refleksjon (Solbjør & Kleiven, 2013).

1.4 Miljøterapi og ergoterapi.

Miljøterapi i psykisk helsevern tar utgangspunkt i pasientens ståsted og ressurser gjennom å utnytte mulighetene i hverdagen som samvær, aktiviteter og rutiner for å oppnå en bedring (Solbjør & Kleiven, 2013). Bonsaksen et al., (2018) forteller at miljøet kan forandres slik at det støtter aktiviteten. En slik endring kan gjøres gjennom å analysere og tilrettelegge miljøet og aktivitetene, noe ergoterapeuter har kunnskap om og verktøy til å gjennomføre.

Ergoterapeuter kan spille en rolle i å utvikle miljøterapeutiske tilbud gjennom å se på pasientens ressurser og begrensninger opp mot kravene aktiviteten stiller i miljøet (Bonsaksen et al., 2018). Aktivitet defineres som noe man holder på med. Det er vanlig at man assosierer aktivitet med fritidsaktiviteter, men begrepet inkluderer også arbeid, lek eller hverdagslige aktiviteter. Aktiviteten skjer innen en tidsmessig, fysisk og sosiokulturell sammenheng, som kjennetegner en stor del av menneskets liv (Birk & Langdal, 2013).

1.5 Psykose

Psykoselidelser betraktes som en alvorlig psykisk lidelse (Helgesen, 2017). Lidelsen beskriver et sett av symptomer som inkluderer vrangforestillinger, hallusinasjoner, usammenhengende tale og forstyrrende eller forvirrende tanker og tap av virkelighetskontakt (Bryant, Feildhouse & Bannigang, 2014). Som oftest peker symptomene på flere diagnoser samtidig, noe som kalles dobbeltdiagnoser (Helgesen, 2017). Psykoselidelser er delt inn i tre

hovedgrupper: schizofreni, paranoide psykoser og akutte, forbigående psykoser (Helgesen, 2017). Bryant et al., (2014) beskriver psykose som et overordnet begrep som inkluderer psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse.

1.6 Rehabilitering

Rehabilitering er en tidsavgrenset, planlagt prosess med bruk av mål og virkemidler. I en rehabiliteringsprosess samarbeider flere aktører om å gi nødvendig hjelp til pasienten for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, § 3).

1.7 Oppgavens struktur

Vi har valgt å strukturere oppgaven etter IMRoD-strukturen. Det vil si at oppgaven har en innledning, metode, resultat og diskusjonsdel (Dalland, 2013). Til slutt vil det også være en oppsummering av resultatet samt implikasjoner for videre arbeid. Vi har valgt denne strukturen da det er lettere å orientere seg i oppgaven (Dalland, 2013).

2.0 Teori

I denne oppgaven skal vi anvende aktivitetsperspektivet Doing (å gjøre), Being (å være), Becoming (å bli) og Belonging (å tilhøre), (DBBB). Vi har valgt dette perspektivet da det har en sammenheng med behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Begrepene utdyper betydningen av å gjennomføre meningsfulle aktiviteter, som kan bidra til en endring i pasientenes liv (Hitch, Pépin & Stagnitti, 2014). Vi mener at begrepene i DBBB kan bidra til en forståelse over betydningen aktiviteter har for endring, noe som kan komplimentere KMT. Dette fordi KMT har som mål å erstatte personens negative tankemønster og oppnå en varig endring. Perspektivet tar for seg hvordan meningsfulle aktiviteter fremmer følelse av selvtilit og selvverd som engasjerer mennesker i aktiviteter (Birk & Langdal, 2013). Wilcock (1999, 2007) forbinder engasjement i meningsfulle aktiviteter med begrepene å gjøre, å vær og å bli. Å tilhøre kom senere og fremstilles som separat fra de andre begrepene, da dette bidrar til et liv som er verdt å leve (Hitch et al., 2014). I ergoterapi anvender man meningsfulle aktiviteter som mål og middel, med hensikt å fremme helse, forebygge og rehabilitere funksjonsnedsettelse. Meningsfulle aktiviteter brukes også til å vurdere, gjenskape og utvikle menneskers mulighet for aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (Birk & Langdal, 2013).

Å gjøre

Å gjøre er noe vi mennesker bruker store deler av dagen. Å gjøre fører med seg sosiale interaksjoner, utvikling og vekst, og det former grunnlaget for vår identitet. Å gjøre det som er meningsfullt for oss er viktig, men det skal ikke ødelegge oss. Det vil si at vi må ha en balanse mellom å gjøre nok, ikke for mye, gjøre det som er nødvendig og det man ønsker (Wilcock, 1999). Å gjøre blir kategorisert som å være aktiv, delta i arbeid, skole, egenomsorg og fritid. En annen side ved å gjøre er mening. Å drive med for eksempel fysisk aktivitet kan gi personer en mening og hensiktsmessig bruk av tiden. Aktiviteter som tar opp tid og forhindrer sløsing av tid, er særlig verdifullt for å "ha det bra". Å gjøre er også sett i sammenheng med aktivitet, hvorav fysisk aktivitet, men dette kan føre til ekskludering av andre typer aktiviteter som for eksempel hvile. Forståelsen over at å gjøre er mer enn bare fysiske aktiviteter, henger sammen med observasjoner om at å gjøre dreier seg om mer enn å bare overleve (Hitch et al., 2014).

Å være

Å være dreier seg om å være sann mot oss selv og til hva som er karakteristisk med oss. I denne sammenhengen kan å være forutsette at mennesker har tid til å utforske seg selv, tenke, reflektere og eksistere. Vi bruker tilstanden å være sammen med å gjøre. Det vi er, er viktig for oss og driver oss mot det vi gjør (Wilcock, 1999). Hitch et al., (2014) deler begrepet å være i tre. Først ser de på å være som en essens. Dette er en filosofisk tilnærming som dreier seg om hvordan personer føler om hva de gjør, noe som er direkte koblet sammen med handlinger og engasjement. Den andre er å være som en enhet. Dette dreier seg om en følelse av hvem man er som et aktivt menneske. Hvem man er som et aktivt menneske har sammenheng med den personlige kapasiteten. Personlig kapasitet og ferdigheter til å utføre ønskede aktiviteter, er faktorer som bidrar til motivasjon og engasjement. Den siste dreier seg om å være som å eksistere. Å eksistere kan være menneskers behov for tid og rom til å bare være. Dette kan ha en sammenheng med å få tid til å utforske seg selv, tenke og reflektere. Betydningen av å eksistere er vist å være en faktor i behandlingsprosessen for å tilvenne seg en ny livsstil (Hitch et al., 2014).

Å være kan dreie seg om å være bevisst og kreativ. Vårt subjektive perspektiv av bevissthet hvorav den indre bevisstheten av vårt liv og vårt syn på hvordan vi oppfattes utenfra, er nødvendig for å kunne delta i aktiviteter. Kreativitet er en evne som ligger i alle og driver de biologiske behovene våre. Dette kan dreie seg om problemløsning, lek og innovasjon (Hitch

et al., 2014). Å være dreier seg også om roller som personer har valgt. Roller som har sosiale verdier er ofte erfart som å være særlig motiverende og meningsfulle. Erfaringer om å være koblet sammen med de sosiale rollene sørger for en drivkraft som gjøre det mulig å utforske og utvikle seg selv (Hitch et al., 2014).

Å bli

Å bli dreier seg om at mennesket har et potensial for vekst og utvikling. Ergoterapeuter hjelper mennesker å bli gjennom å endre livet med å bruke talenter og ferdigheter som ikke er i bruk, ved å gjøre. For at personen skal kunne bli hva de ønsker, må de være sanne mot seg selv og hva som er karakteristisk ved seg selv (Wilcock, 1999). Dette er en prosess som foregår gjennom hele livet. Gjennom prosessen oppnår man mål, for deretter å sette nye mål slik at man konstant utvikler seg. Å bli kan bli sett i sammenheng med å være, da en kan reflektere over seg selv, sin kreativitet og ønske om å erfare kompetanse, effektivitet og konsekvenser av handlinger. Det trenger ikke alltid å dreie seg om å bli bedre, men heller å opprettholde og håndtere det man allerede er. Å bli dreier seg ofte om å sikte etter en persons høyeste potensial, men det kan ikke alltid oppnås da gapet mellom personens mål og utfall kan være stor (Hitch et al., 2014). Dette avhenger av motivasjon og tilbakemeldinger fra andre. Behovet for bekreftelse rundt å bli, er funnet til å være en faktor til endring. For å kunne utvikle seg er det viktig å få mulighet til å utfordre seg og å bli gjennom endring over tid. Å bli involverer konstante handlinger og justeringer for personen, familien, venner og andre i det sosiale nettverket (Hitch et al., 2014).

Å tilhøre

Å tilhøre referer til følelsen av å være en del av noe større enn seg selv. Å høre til blir identifisert som personers mellommenneskelige relasjoner (Wilcock, 2007). Siden forekomsten og integrasjonen mellom mennesker oppstår sjeldent, kan tilhørighet være komplisert å oppnå. De mellommenneskelige relasjonene fremmer sosiale interaksjoner, gjensidig støtte, vennskap, følelse av å bli inkludert og bekreftet av andre. Formelle settinger kan støtte opp om tilhørighet, som for eksempel en arbeidsplass, siden kollegaer kan fremme kontakt og relasjoner. De fysiske omgivelser har også betydning for å tilhøre gjennom å gi en plass for aktivitet. Det er også bevist at sosiale omgivelser påvirker engasjement og regelmessig deltagelse i aktiviteter, særlig for personer med psykiske lidelser. I tillegg kan stabilitet støtte aktivitet gjennom å tilby en følelse av trygghet. Ergoterapeuter kan bidra til å gjenopplade tilhørighet når omgivelsene endres gjennom plassering. Gjenopprettingen skjer i tid, sted og kropp (Hitch et al., 2014).

Gjennom aktivitet kan mennesker finne mening og følge et mål. *Å gjøre*; finne eksistensiell mening og sosial identitet, *å være*; ta meningsfulle valg og utvikle fremtidig sosial identitet, *å bli*; samtidig utvikle relasjoner og skape tilhørighet, *å høre til*. Disse fire dimensjonene kan gi oss et begrepsapparat til å forstå og beskrive hvordan meningsfulle aktiviteter kan bidra til god helse og velvære (Birk & Langdal, 2013).

3.0 Metode

For å svare på problemstillingen har vi gjennomført en litteraturstudie med inspirasjon fra scoping review.

En scoping review er en litteraturstudie som kartlegger hva som ligger til grunn for et forskningsområde og tar for seg de viktigste kildene og bevis som er tilgjengelig. Det er formålet med oppgaven som avgjør hvor tilgjengelig litteraturen er. Metoden som brukes handler om å finne all relevant informasjon, uavhengig av designet på studiet. Scoping review er bygd opp av fem trinn for å sikre at litteraturen blir dekket. De fem trinnene er: identifisere problemstilling, identifisere relevante studier, selektare, kartlegge og samle data, oppsummere og rapportere resultatene (Arksey & O'Mally, 2005).

I litteratursøket inkluderes trinn en til tre hvor vi identifiserer problemstilling ved å gjøre et innledende søk. Deretter identifiserte vi relevante studier gjennom å utarbeide inklusjon og eksklusjonskriterier. Til slutt selektere vi funnene gjennom å analysere artiklene med inspirasjon fra Hsieh og Shannon (2005). Trinn fire og fem presenteres i resultatet hvor vi oppsummerer funn i tabell og rapporterer resultatet.

3.1. Litteratursøk

For å identifisere hvilke artikler som skal inkluderes i denne oppgaven, ble det utarbeidet en liste over inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Vi søkte i totalt fire databaser og oppdaget et begrenset antall artikler. Dette la grunnlag for valget av søkeord som ble: cognitive milieu therapy (både med og uten klammer), kognitiv miljøterapi, activity og aktivitet.

3.2 Identifisere artikler

For å identifisere hvilke artikler som skulle inkluderes i denne oppgaven, ble det utarbeidet en liste over inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:

- 1) Artikler omhandler KMT i institusjoner.
- 2) Artiklene omhandler aktivitet som middel i KMT.
- 3) Rehabilitering for pasienter med psykoselidelser og dobbeltdiagnoser.

Eksklusjonskriterier:

- 1) Artikler som tok for seg rehabilitering av rus/alkoholmisbruk.
- 2) Artikler og bøker som ikke var tilgjengelig online.
- 3) KMT ved bolig.

Et litteratursøk ble gjort 15.04.2020 i ulike databaser med søkeordet “cognitive milieu therapy”, kognitiv miljøterapi og activity i Oria, PubMed, PsycInfo, OTseeker og andre ergoterapeutiske tidsskrifter.

Se vedlegg for antall artikler funnet og søkeordene som ble brukt i de ulike databasene.

3.3 Studieseleksjon

Etter litteratursøk fikk vi totalt 117 treff, hvor flere av artiklene kom opp i flere databaser. For å skille ut artiklene som skal bli inkludert i denne oppgaven leste vi overskrifter og sammendrag og målte dem opp mot inklusjon- og eksklusjonskriterier. I tillegg vektla vi at begreper fra problemstillingen skulle være tema i de ulike artiklene.

Vi starter med å beskrive utvelgelsen av artiklene basert på overskrifter og deretter sammendragene.

Første søket ble gjort i PubMed, hvor vi leste overskriften og evaluerte de mot inklusjonskriteriene. Her var det to artikler som tilfredsstilte kriteriene. Artiklene omhandlet kognitiv miljøterapi og aktivitet, og pasientgruppen var personer med psykoselidelser og dobbeltdiagnoser. Det andre søket blir gjort i Oria, hvor vi leste overskrifter og vurderte de opp mot inklusjonskriteriene. Vi satt igjen med tre artikler, hvor overskriftene inneholdt ordene kognitiv miljøterapi og dobbeltdiagnoser, hvorav psykoselidelser. Videre gikk vi til PsycInfo hvor én artikkel oppfylte kriteriene basert på overskriftene som inneholdt ordene kognitiv miljøterapi, aktivitet og dobbeltdiagnoser. Neste søk ble gjort i OTseeker og de andre ergoterapeutiske tidsskriftene hvor totalt én artikkel innfridde inklusjonskriteriene, da den bestod av ord som psykiatri, aktivitet og miljø.

Etter å ha lest overskriftene satt vi igjen med syv artikler. Disse artiklene ble vurdert opp mot problemstilling og inklusjonskriterier basert på sammendragene. To artikler fra PubMed, én artikkel fra Oria og én artikkel fra Australian Occupational Therapy Journal ble vurdert til å inkluderes i denne oppgaven. Basert på sammendragene mener vi at disse artiklene kan gi et svar på problemstillingen. Dette fordi de viste til faktorer i miljøet som påvirket pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser, hvordan aktivitet kan bidra i rehabilitering, hvordan kognitiv miljøterapi kan implementeres og hvorfor. Dette ble til sammen fire artikler. På grunn av for få artikler som oppfylte inklusjonskriteriene i litteratursøket, gikk vi inn i referanselisten til innledende artikkel fra Solbjør og Kleiven (2013) og fant én artikkel som også inkluderes i denne oppgaven. Denne artikkelen omhandler pasienter med schizofreni og hvordan man kan rehabilitere pasientgruppen med bruk av kognitiv terapi,

både i miljø og samtaler. Det ble da totalt fem artikler som inkluderes og presenteres i resultat.

Forfatter	Artikkel
Borge L. & Hummelvoll J. K.	Milieu therapy - collaboration and learning in healing environments. An update
Svensson B. & Hansson L.	Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy
Borge L., Angel O. H. & Røssberg J. I. (b)	Learning trough cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study for interdisciplinary collaboration
Borge L., Røssberg J. I. & Sverdrup S. (a)	Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis
Fortune T. & Fitzgerald M. H.	The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu

3.4 Innholdsanalyse

Etter å ha selektert artiklene som inkluderes i denne oppgaven, analyserte vi innholdet med inspirasjon fra Hsieh og Shannon (2005). Inspirasjonen ble basert på å notere nøkkelord som fremmes i hver artikkel, for deretter å sortere dem i temaer. En innholdsanalyse kan gi oss en forståelse over sammenhengen i de ulike artiklene, som kan bidra til å gi en helhetlig oversikt over temaer for vår problemstilling (Hsieh & Shannon, 2005).

Vi startet med å lese gjennom alle artiklene, og skrev notater for å få en oversikt over innholdet. Deretter leste vi avsnitt for avsnitt og noterte ned nøkkelord som kunne være

aktuelle for vår problemstilling. For å sortere nøkkelordene laget vi et tankekart over hver artikkel og sammenlignet nøkkelordene med hverandre for å finne en sammenheng i resultatet. Temaene vi kom frem til beskriver hvordan aktivitet kan anvendes i en institusjon som bruker KMT som behandlingsmetode. Dette var ord som tverrfaglig samarbeid, tilrettelagte omgivelser, felles forståelse, engasjement og læring. Temaene beskriver hvordan man kan muliggjøre aktivitetsutførelse på ulike områder i en avdeling. Først kan aktivitet muliggjøres gjennom tilrettelagte omgivelser. Deretter kan aktivitet bidra til et tverrfaglig samarbeid som kan sikre engasjement i aktiviteter. Aktivitet kan også bidra til læring om seg selv og prinsippene i KMT. Til slutt kan aktivitetene bidra til en rehabilitering, da de kan ha en overføringsverdi. Dette la grunnlag for temaene i oppgaven som blir: tilrettelegging av omgivelser, tverrfaglig samarbeid, mulighet til å lære og overføringsverdi.

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven vil vi først presentert en tabell over artiklene med en oppsummering av resultatene. Dette er steg nummer fire i en scoping review, kartlegging og samling av data. Deretter utdypes temaene som nevnes over som steg nummer fem, oppsummere og rapportere resultat (Arksey & O'Mally, 2005).

Forfatter(e)	Tittel,tidsskrift og årstall	Hensikten med studiet	Deltakere/Metode	Funn
Borge, L. & Hummelvoll J., K.	Milieu therapy collaboration and learning in healing environment. An update. Klinisk sygepleje, 2019	Beskrive og drøfte to sentrale miljøterapi modeller.	13 forskningsartikler Review	Fysisk omgivelser kan motivere og engasjere til deltagelse. Kognitiv terapi og miljøterapi skal inkludere aktivitetene på en avdeling. Aktivitet bidrar til læring. Miljøterapi er et tverrfaglig samarbeid.
Svensson B. & Hansson L.	Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy European psychiatry, 1999	Sammenligne pasienters livskvalitet, symptomer og funksjonsnivå ved innleggelse og utskrivelse. Behandling i form av miljøterapi og gruppeterapi basert på kognitiv terapi	Totalt 28 pasienter med ulike psykotiske lidelser. Sjekkliste	Bruk av prinsippene i kognitiv terapi, i miljøterapi ga økt livskvalitet, redusert opplevelse av individuelle problemområder og bedre funksjonsnivå. Fåtallet rapporterte endringer i symptomer. En forutsetning for best mulig effekt av behandling var pasientens aktivitetsnivå og sosialt nettverk, utenfor avdelingen.
Borge L., Angel O. H. & Røssberg J. I.	Learning trough cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study for interdisciplinary collaboration	Innhente ansattes erfaringer med gjennomføring av KMT for pasienter med dobbeltdiagnoser.	Psykologer, psykiatere (9), Miljøarbeidere (15) Kvalitativ studie i form av intervju.	Aktivitet bidrog sentralt i utformingen av KMT på en avdeling. Aktivitet ble brukt som et virkemiddel og verktøy. Som bidrog til opplevelse av mestring, erfaring og fellesskap.

	Issues in Mental Health Nursing, 2013 b			Bidrog til å skape og styrke en identitet Aktivitet komplimenterte andre behandlingstilbud.
Borge, L.Røssberg J.I. & Sverdrup S.	Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis Journal of psychiatric and mental health nursing. 2013 a	Innhente informasjon om hvordan pasienter med alvorlige mentale lidelser og rusmisbruk erfarte mestring, læring, alternative tenkemåter og tilegne seg nye ferdigheter gjennom KMT og fysisk aktivitet.	20 pasienter innlagt på institusjon Kvalitativ studie i form av intervju	Aktivitet bidro til læring gjennom å øke forståelsen om seg selv, lære alternative atferder og etablere nye vaner og rutiner. Aktivitet ga struktur og engasjement på avdelingen Aktivitetene hadde en overføringsverdi til livet utenfor avdelingen.
Fortune T. & Fitzgerald M. H	The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu Australian Occupational therapy journal, 2009	Studiet tar for seg personalets oppfatninger og handlinger i tverrfaglig samarbeid.	Intervju av 44 personell ved tre institusjoner. Kvalitativ studie.	Ergoterapeuter bidrar med å fremme samarbeid på avdeling. En forutsetning for samarbeid er tverrfaglig respekt. Respekt fremmes av yrkesgruppens roller og forventninger til hverandre. Ergoterapeuter bidrar med å aktivisere pasientene.

Temaene vil bli presentert i tilfeldig rekkefølge. Først beskrives tilrettelegging av omgivelser, tverrfaglig samarbeid, mulighet til å lære og til slutt overføringsverdi.

Funnene resulterer i at aktivitet spiller en sentral rolle i utføring av KMT og er en forutsetning for muligheten til å rehabilitere pasientene med psykoselidelser (Borge et al., 2013a; Borge et al., 2013b; Borge & Hummelvoll, 2019; Fortune & Fitzgerald, 2009; Svensson & Hansson, 1999).

1 Tilrettelegging av omgivelser

Institusjonens utforming påvirker pasientens opplevelse av helse, helhet og selvtillit. Det vil si at avdelingens estetikk kan bidra til motivasjon og engasjement i terapien noe som kan føre til deltagelse i aktiviteter og sosialt fellesskap (Borge og Hummelvoll 2019). Avdelingens estetikk påvirker både pasienter og ansatte. Lukkede fasader i form av skillevegger mellom pasienter og ansatte kan hindre relasjonsbygging, og forsterker pasientens opplevelse av hjelpeløshet og ensomhet. Begrenset mulighet til å gå ut gir pasientene en opplevelse av å være i "fengsel" da de ikke hadde fri tilgang på frisk luft (Borge & Hummelvoll, 2019). Begrenset tilgjengelighet på utstyr kan også skape en hinder for aktivitetsutførelse, da aktiviteter ikke blir gjennomført på grunn av manglende utstyr (Borge et al., 2013a). I motsetning kan omgivelsene også skape motivasjon og engasjement, hvor pasienten deltar i aktivitetene og i det sosiale fellesskapet på avdelingen (Borge & Hummelvoll, 2019). Motiverende og engasjerende omgivelser kan skapes gjennom en "hjemlig" atmosfære i gode bygningsmessige fasiliteter som kan gi pasientene en følelse av å bli tatt vare på. I tillegg kan omgivelsene gi pasientene respekt og myndiggjøring, opplevelse av trygghet og å være del av et sosialt fellesskap (Borge & Hummelvoll, 2019).

2 Tverrfaglig samarbeid

Det tverrfaglige samarbeidet skal sørge for engasjement og motivasjon til aktivitetsutførelse gjennom støttende og aksepterende ansatte (Borge et al., 2013a). De ansatte på en psykiatrisk avdeling består av miljøterapeuter, psykologer, psykiatere og sykepleiere som til sammen blir et tverrfaglig team (Borge et al., 2013b; Fortune & Fitzgerald, 2009). Et tverrfaglig team gjør det mulig for flere yrkesgrupper å bidra i planlegging og utforming av individuelt tilpassede aktivitetsplaner. Teamet kan muliggjøre en vurdering av pasientens kapasitet på ulike områder basert på deres ulike faglige kompetanse (Fortune & Fitzgerald, 2009). De ulike

faglige kompetansen krever at ansatte har forståelse for de ulike yrkesprofesjonene i det tverrfaglige teamet (Borge & Hummelvoll, 2019). En felles forståelse kan fremmes gjennom aktiviteter, noe som igjen kan påvirke det tverrfaglige samarbeidet (Borge et al., 2013b).

Flere artikler rapporterte at ansatte opplevde utfordringer ved å arbeide i tverrfaglige team. De mente at arbeidsoppgavene var utydelig fordelt, ut ifra kompetansen i de ulike yrkesgruppene. Et eksempel var at når ergoterapeuten ikke var på jobb ble det ikke gjennomført aktiviteter fordi sykepleieren mente at det ikke var deres ansvar. Dette blir beskrevet som ansvarsfraskrivelse (Fortune & Fitzgerald, 2013). En måte som kan forebygge utydelig forståelser og ansvarsfraskrivelse er å ha en felles behandlingsmodell som bidrar til felles faglig forståelse og samarbeid (Borge & Hummelvoll, 2019).

3 Mulighet til å lære

Aktivitet bidrar til læring i den forstand at det gir pasientene konkrete og tydelige opplevelser av å håndtere utfordringer (Borge et al., 2013b). Pasientene lærer å forstå og tolke impulser som påvirker aktiviteten og at de må delta i aktiviteter for å kunne lære (Borge & Hummelvoll, 2019). Fra pasientens erfaringer bidrar aktivitet til økt kunnskap om seg selv og sin identitet, noe som øker selvtilliten deres. Dette gir pasientene mulighet til å erfare alternative måter å håndtere atferd på og mestre stress (Borge et al., 2013a). Erfaringen om å mestre stress og håndtere atferden, gir pasientene innsikt, håp og engasjement til å oppleve en ny livsstil (Borge & Hummelvoll, 2019; Borge et al., 2013b).

Aktivitet komplementerte de andre behandlingstilbudene da pasientene var enklere å snakke med under samtalerterapi, i tillegg til lavere etterspørsel etter beroligende medisiner (Borge et al., 2013b). Aktiviteter kan også utføres i fellesskap med andre slik at en kan dele erfaringer og lære sosiale ferdigheter. Pasientene opplevde det enklere å dele erfaringer med andre pasienter enn med fagfolk (Borge & Hummelvoll, 2019).

4 Overføringsverdi

Hensikten med aktivitetene er at de har en overføringsverdi til livet utenfor avdelingen. Aktivitetene går ut på å handle, lage mat og å rydde (Svensson & Hansson, 1999). Aktivitetene skal muliggjøre for mestring og struktur slik at pasientene blir motivert til å etablere nye vaner og rutiner i hverdagen. Dette kan gjøre det mulig å utvikle en varig endring av hverdagslivet til pasientene som er innlagt (Borge et al., 2013b). Lærdommen

pasienten tok fra aktivitetene bidrar til en normalisering av problemene deres, som gir håp om et meningsfullt liv (Borge & Hummelvoll, 2019). Prinsippene i kognitiv terapi i miljøterapi bidrar til å redusere symptomer på angst og depresjon, gir en bedre livskvalitet og økt funksjonsnivå (Svensson og Hansson, 1999). I tillegg er sosialt nettverk og meningsfulle aktiviteter utenfor avdelingen, forutsetninger for å oppnå best mulig rehabilitering. Meningsfulle aktiviteter, kan bidra til å skape bedre relasjoner mellom pasient og ansatt, samt bedre livskvaliteten (Svensson & Hansson, 1999).

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere resultatene opp mot problemstillingen og erfaringer fra praksis i psykiatrien. På samme måte som i resultat vil vi starte med tilrettelegging av omgivelser, tverrfaglig samarbeid, mulighet til å lære og overføringsverdi.

Hvordan kan aktivitet bidra i kognitiv miljøterapi for rehabilitering av pasienter med psykoselidelser?

5.1 Tilrettelegging av omgivelser

Tilrettelagte omgivelser muliggjør for aktivitetsutførelse noe som påvirker pasientens opplevelse av helhet, helse og selvtillit (Borge & Hummelvoll, 2019). Omgivelsene kan både være fremmende og hemmende da lukkede fasader og mangel på utstyr kan skape hinder for aktivitetsutførelse. Motsatt kan en "hjemlig" atmosfære skape en følelse av trygghet og respekt, og fellesskap bidrar til aktivitetsutførelse (Borge & Hummelvoll, 2019).

På bakgrunn av vår problemstilling, kan det tenkes at omgivelser kan hindre muligheten for aktivitetsutførelse. Dersom ansatte ikke er synlige til enhver tid, kan det trolig begrense pasientens opplevelse av miljøterapeutenes tilgjengelighet. Miljøterapeuter skal alltid være tilstede for å sikre engasjement og motivasjon for aktivitetsutførelse (Borge et al., (2013a). Dersom fysiske skiller hindrer tilgjengeligheten kan det tenkes at pasientene ikke får den støtten og motivasjonen de har behov for, til å delta i aktiviteter som kan bidra til rehabilitering. Borge og Hummelvoll (2019) nevner et eksempel om at når pasientene på en lukket avdeling skal ut, er de avhengig av at de ansatte er til stede slik at de kan låse dem ut. Dette bygger opp om betydningen av ansattes tilgjengelighet for å sikre muligheten til aktivitetsutførelse. Lukkede omgivelser kan også bidra til en "fengselsfølelse" (Borge og

Hummelvoll, 2019). En slik følelse kan tenkes at påvirker pasientens opplevelse av trygghet og fellesskap inne på avdelingen. Dette kan potensielt føre til begrensede muligheter til å danne relasjoner med pasientene, da omgivelsene kan fremheve ulikhetene mellom pasient og ansatt. Ulikheter mellom pasient og ansatte kan trolig påvirke aktivitetsutførelse da relasjon påvirker muligheten til å motivere pasientene til deltagelse i aktivitet (Borge & Hummelvoll, 2019). Dersom pasientene ikke blir motivert på grunn av mangelen på relasjon, kan det være at aktiviteter ikke blir gjennomført noe som kan ha innvirkning på behandlingsforløpet. Dette kan påvirke behandlingsforløpet fordi omgivelsene ikke muliggjør at KMT foregår 24 timer i døgnet, noe Solbjør og Kleiven (2013) fremmer som en viktig del av behandlingen.

Omgivelser kan ha innvirkning på andre områder som muligheten for rehabilitering og læring, da pasientene ikke får erfaring gjennom å gjøre aktiviteter. Hitch et al., (2014) forteller at gjennom å gjøre aktiviteter, utvikler vi mennesker en identitet. Dersom pasientene klarer å identifisere sine interesser og hva som er meningsfullt for dem å gjøre, kan det bidra med å identifisere potensialet for å utvikle seg til å bli (Hitch et al., 2014). Ergoterapeuter har særlig kompetanse innen det å tilrettelegge for en slik utvikling gjennom å inkludere pasientenes ferdigheter i aktiviteter (Bonsaksen et al., 2018; Wilcock, 1999). Å tilrettelegge og inkludere ferdigheter er funnet til å være en viktig faktor for utvikling over tid (Hitch et al., 2014). Dette kan vise til betydningen av ergoterapeutens kunnskap i en rehabiliteringsprosess for pasienter med psykoselidelser.

Videre viser resultatet at mangel på utstyr kan bidra til redusert mulighet for aktivitetsutførelse (Borge et al., 2013a). På bakgrunn av erfaringer tilegnet i praksis, kan mangel på utstyr grunne i både sikkerhetsmessige tiltak og ledelsens prioritering av ressurser på avdelingen. En ansatt forteller at KMT ikke alltid var nyttig for pasientene, da de kunne være for syke og ha for mange problemer (Borge et al., 2013b). Slike utfordringer kan trolig påvirke muligheten til å delta i aktiviteter og dermed erfaringen om sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger. Det kan tenkes at symptomer som vrangforestillinger og virkelighetstap (Bryant et al., 2014) kan påvirke sikkerheten, da pasienten kan potensielt bruke utstyr til å skade seg selv eller andre. Dersom dette er aktuelt, kan det være vanskelig å inkludere pasientene i aktivitet, grunnet sikkerhetsmessige årsaker. Dermed er det trolig at symptomene kan føre til begrensede muligheter til å utvikle seg gjennom meningsfulle aktiviteter.

Mangel på utstyr kan potensielt grunne i ledelsens holdninger og prioriteringer. Ledelsen spiller en rolle i behandling for å sikre struktur og engasjement på avdelingen (Borge et al., 2013b). Dersom ledelsen prioriterer å kjøpe utstyr som bidrar til motivasjon og engasjement i aktiviteter, kan det tenkes at dette påvirker pasientens deltagelse. Ved tilgjengelig utstyr hindrer ikke de fysiske omgivelsene rehabiliteringsløpet, men kan styrke motivasjonen til å delta i aktivitet. Deltagelse i aktiviteter kan støtte pasientenes mulighet til å utvikle en forståelse over hvem de er. Dette kan bidra til en erfaring og utvikling om hvem de vil bli. Utviklingen kan ha betydning for muligheten pasientene har til å bli bedre, da tilgang på utstyr kan bidra til gjennomføring av aktiviteter som støtter pasientens mulighet til å utforske seg selv. Wilcock (1999) forteller at den vi er, leder oss mot det vi gjør. Utstyr kan potensielt bidra til å identifisere hvem pasienten er gjennom å finne interesser. Når pasientene har funnet sine interesser kan utstyr mulig motivere til å utvikle nye ferdigheter. Nye ferdigheter kan bidra til et ønske om å erfare kompetanse, effektivitet og konsekvenser av handlinger (Hitch et al., 2014). Utstyr kan trolig legge til rette for mestring og utvikling av nye ferdigheter som kan komplementere prinsippene i KMT. Det kan være fordi aktivitetene blir tilrettelagt, og dermed gir mulighet til å erfare sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger (Solbjørg & Kleiven, 2013).

5.2 Tverrfaglig samarbeid

Et tverrfaglig samarbeid omhandler de ansatte i et tverrfaglig team. KMT legger til rette for et slikt samarbeid da aktivitetsplaner skal utformes i fellesskap med psykologer, psykiatere og miljøterapeuter (Solbjør & Kleiven, 2013). Å komme til enighet om krav som stilles til pasienten kan bidra til et bedre arbeidsmiljø (Fortune & Fitzgerald, 2009), noe som kan trolig påvirke det tverrfaglige samarbeidet. Ergoterapeuter spiller en rolle i et slikt samarbeid, da ergoterapeuter fremmer samarbeid mellom kollegaer (Ergoterapeuten, 2017; Fortune & Fitzgerald, 2009). Til tross for dette, rapportere resultatene om utfordringer med å arbeide i et tverrfaglig team (Borge et al., 2013b; Fortune & Fitzgerald, 2009). De ansatte på avdelingen skal sørge for engasjement og motivasjon i aktiviteter, hvor ansatte skal være til stede og ta initiativ til aktivitetsutførelse (Borge et al., 2013a). Dersom ansatte ikke har forståelse for sine roller og ansvarsområder, kan det trolig påvirke pasientens behandlingsforløp. Fra eksempelet om ansvarsfraskrivelse i Fortune og Fitzgerald (2009), kan ansvarsfraskrivelsen trolig påvirke muligheten til å motivere og engasjere pasientene til å delta i aktiviteter. Det

kan tenkes at mangel på motivasjon kan ha innvirkning på pasientens rehabilitering, basert på betydningen av aktivitet som en del av behandlingen i KMT.

En annen utfordring som ble rapportert var en uklar forståelse over miljøterapeutenes arbeidsoppgaver og roller (Borge et al., 2013b). Det kan tenkes at en slik uklarhet kan påvirke pasientens forutsigbarhet i hverdagen, da ansatte ikke har en klar forståelse for behandlingen. Det er mulig at dette henger sammen med eksempelet om ansvarsfraskrivelse (Fortune & Fitzgerald, 2019). Dersom alle ansatte tar på seg ansvaret om å gjennomføre aktiviteter som kan bidra til en endring, kan det mulig føre til at pasientene klarer å oppnå endring gjennom aktiviteter.

Videre kan et tverrfaglig team bidra til et godt behandlingsforløp da det kan gi en bred kartlegging over pasientens kapasitet (Fortune & Fitzgerald, 2009). En faktor som kan muliggjøre samarbeid, er at temaet klarer å ha gjensidig respekt for hverandre og deres ulike yrkesprofesjoner (Fortune & Fitzgerald, 2009). Miljøterapeutene og psykologene hadde ulike meninger om utfordringene inne på avdelingen. Miljøterapeutene ser pasientene 24 timer i døgnet, mens psykologene ser dem et par timer i uken (Borge et al., 2013b). Det kan da tenkes at miljøterapeutenes observasjoner sammen med psykologenes vurderinger, kan gi pasientene et behandlingsforløp som baserer seg på hvem pasienten er 24 timer i døgnet. Det er trolig en slik fremgangsmåte som kan bidra til en bedre kvalitet i behandling da samarbeid kan bidra til en kontinuitet. Når alle ansatte har en klar forståelse for behandlingsplanen, er det tenkelig at de klarer å motivere og engasjere pasienten til aktivitet. En slik forståelse kan potensielt begrense de ansattes opplevelse av uklarhet i forhold til arbeidet som miljøterapeut (Solbjør & Kleiven, 2009). Dette kan være fordi ansatte har klare rammer og fremgangsmåter over hvordan miljøterapien skal utføres på avdelingen. Denne fremgangsmåten kan påvirke pasientens mulighet for en varig endring, da motivasjon og bekreftelse fra pasientens omgivelser bidrar til en varig endring (Hitch et al., 2014). Gjennom en felles forståelse, kan de ansatte legge til rette for at pasientene kan utvikle seg. Utviklingen skjer gjennom aktiviteter som støtter pasientens ønske mot å bli (Hitch et al., 2014). Det kan da tenkes at å muliggjøre utfordringer krever at ansatte motiverer og engasjerer til aktiviteter, som kan gi erfaringer om hvem pasienten er. Når pasientene får den støtten de har behov for, til å finne ut av seg selv og sine interesser, kan de begynne å tilvenne seg en ny livsstil (Hitch et al., 2014). For å muliggjøre dette kan man bruke aktiviteter som støtter opp om pasientens

interesser, noe ergoterapeuter har kunnskap om og verktøy til å gjennomføre (Bonsaksen et al., 2018).

5.3 Mulighet for å lære

Aktivitet bidrar til læring da det gir pasientene konkrete og tydelige opplevelser av mestring (Borge et al., 2013b). Konkrete og tydelige opplevelser kan trolig bidra til en forståelse om prinsippene i KMT, om hvordan tanker, følelser og handlinger påvirker hverandre (Solbjør & Kleiven, 2013). KMT er vanskelig å forstå, både for ansatte og pasienter (Borge et al., 2013b), men gjennom å bruke aktiviteter som en metode for å lære, kan man forstå KMT gjennom følelsen handlingen gir og ikke bare teorien. Pasienter har fortalt at slike metoder kan gi nøkler og verktøy som kan brukes i utfordrende situasjoner i hverdagen (Borge & Hummelvoll, 2019). Dette kan vise til betydningen av å utføre aktiviteter som er tilpasset og tilrettelagt pasientens individuelle interesser og identitet. Tilrettelegging kan gjøres gjennom å anvende ergoterapeutenes spesialkompetanse om tilrettelegging og muliggjøring av deltagelse i aktiviteter (Bonsaksen et al., 2018). På denne måten kan det tenkes at pasienten klarer utvikle metoder for å håndtere sine utfordringer gjennom å gjøre aktiviteter. Dette kan potensielt føre til en oppdagelse av nye ferdigheter som kan videre utnyttes i pasientens utvikling mot å bli (Hitch et al., 2014). Aktiviteter kan også gjøres i fellesskap med andre på avdelingen, noe som kan bidra til en følelse av tilhørighet. Dette kan ha betydning for pasientens forståelse over tanker, følelser og handlinger, da følelsen av å tilhøre noe større enn seg selv kan bidra til engasjement i aktivitetsutførelse (Hitch et al., 2014). Engasjement kan føre til deltagelse og aktivitetsutførelse (Borge & Hummelvoll, 2019), noe som kan igjen muliggjøre læring og dermed forståelse over prinsippene i KMT.

I tillegg til å gi konkrete opplevelser av mestring, gir aktivitet en erfaring om å håndtere atferd og mestre stress noe som gir en opplevelse om en ny livsstil (Borge et al., 2013b). For å oppnå en opplevelse om en ny livsstil kan aktivitetene gjennomføres i fellesskap som kan gi en følelse av å være en del av noe større enn seg selv. Wilcock (2007) beskriver dette som tilhørighet. Tilhørighet gjør et liv verdt å leve (Hitch et al., 2014), som gir et perspektiv på betydningen tilhørighet har for mennesker. Å tilhøre et fellesskap støtter regelmessig engasjement (Hitch et al., 2014) noe som kan tenkes å ha innvirkning på deltagelse i aktiviteter. Det er mulig å tenke at når en engasjerer seg regelmessig kan det bidra til å innarbeide faste rutiner som kan gi en struktur i hverdagen. Det kan tenkes når pasienten har

faste rutiner å forholde seg til, kan det bidra til å utvikle nye vaner i hverdagen. Å utvikle nye vaner og rutiner er en forutsetning for å oppnå en varig endring (Borge et al., 2013b). Når pasientene får oppleve en ny livsstil, kan det trolig bidra til å bryte det negative handlingsmønsteret som bidrar i opprettholdelsen av psykiske lidelser (Hagen & Kennair, 2016). Det er mulig å tenke at en årsak til at aktivitetene bidrar i den forstand, er fordi de gamle handlingsmønstrene og tankene blir brutt og erstattet av nye vaner og rutiner. Dette kan bidra til å bryte den vonde sirkelen med selvdestruktive tanker, som er ett av målene i kognitiv terapi (Hagen & Kennair, 2016). En utarbeidelse av nye vaner og rutiner kan trolig bidra til å lære pasientene om hvem de er, gjennom å legge til rette for refleksjon over handlinger. En slik refleksjon kan mulig gjøre dem bevisste på sin identitet, noe som kan bidra til å utvikle nye verdier basert på ønsket om å oppnå nye vaner og rutiner. Ergoterapeuter kan spille en rolle i å identifisere slike aktiviteter for deretter å tilrettelegge dem etter hver pasientens behov (Bonsaksen et al., 2018).

5.4 Overføringsverdi

En viktig faktor for å oppnå rehabilitering for pasienter med psykoselidelser er at aktivitetene har en overføringsverdi til livet utenfor avdelingen (Borge et al., 2013a). En rehabiliteringsprosess er tidsavgrenset (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018) noe som forutsetter at pasienten bør være i stand til mestre hverdagen utenfor avdelingen etter utskrivelse. Gjennom å gjøre aktiviteter som har en overføringsverdi kan det bidra til å utvikle en forståelse over pasientens potensial for utvikling. Dette kan gi pasientene en mulighet til å bli kjent med seg selv og hvem en ønsker å bli (Hitch et al., 2014). Basert på Solbjør og Kleiven (2013) beskrivelse om KMT, kan man se sammenheng mellom prinsippene i miljøterapi og hvordan de kan støtte pasientenes utviklingspotensial. Utviklingspotensialet kan sees i sammenheng med muligheten til å lære, da aktivitetene kan støtte pasientenes utvikling av nye vaner og rutiner. Slike aktiviteter kan tenkes har en overføringsverdi til hver pasient sin hverdag. Dette kan være aktiviteter som å handle, lage mat og rydde (Svensson & Hansson, 1999). Dersom pasienten ikke klarer å mestre slike hverdagslige aktiviteter er det mulig at det påvirker potensialet for å mestre hverdagen utenfor avdelingen. Fra erfaring i praksis, særlig for pasienter med psykoselidelser, hadde de en tendens til å falle tilbake til vonde vaner og rutiner etter utskrivelse. Dette kan sees i sammenheng med manglende trening på hverdagslige aktiviteter. Det kan tenkes at når pasientene ikke får innarbeide nye vaner og rutiner kan det være enklere å falle tilbake til det

gamle og kjente. Det er mulig å se dette i sammenheng med hvilke omgivelser pasienten går til etter utskrivelse og hvilke forventninger pasienten har til seg selv. Svensson og Hansson (1999) forteller om faktorer utenfor avdelingen som har innvirkning på behandlingseffekten, hvor en av disse faktorene er pasientens sosiale nettverk. Dersom pasientene faller tilbake til et usunt miljø etter utskrivelse som ikke støtter utviklingen og endringene, er det mulig at det kan påvirke pasientens valg. Dersom valgene blir usunne over tid kan det potensielt føre til en ond sirkel hvor man kan falle tilbake til gamle tanker, følelser og handlingsmønstre som kan mulig føre til en ny innleggelse. Dette kan vise til betydningen av overføringsverdi, da aktivitetene bør ha en likhet til hva pasienten kan møte på etter utskrivelse. Å gjennomføre slik aktiviteter under innleggelse kan gi pasientene en mulighet til å gjenkjenne hvilke tanker og følelser de ulike situasjonene fremmer. En slik gjenkjenning kan trolig føre til en mestring av handlingsvalgene. Dette kan være de “gylne øyeblikkene” Solbjør og Kleiven (2013) nevner som faktorer for en varig endring. Som ergoterapeut kan man kartlegge hvilke aktiviteter som kan gi “gylne øyeblikk” og hvordan vi kan tilrettelegge for mestring i slike aktiviteter, gjennom vår kompetanse (Bonsaksen et al., 2018). Dette kan vise til betydningen av å inkludere ergoterapeutenes kompetanse i rehabilitering av pasienter med psykoselidelser.

En annen faktor som fremmes er pasientens aktivitetsnivå før innleggelse (Svensson og Hansson, 1999). Pasienter som deltok i meningsfulle aktiviteter utenfor avdelingen, fikk bedre resultater av behandlingen (Svensson & Hansson, 1999). Dette kan ha sammenheng med betydningen av tilhørighet. Å tilhøre en arena større enn seg selv kan tenkes at bidrar til å skape en motivasjon for å rehabiliterer da pasientene kan føle at de har noe å komme tilbake til (Hitch et al., 2014). Dette kan også bidra med å skape en forventning til pasienten, noe som kan tenkes å være en motivasjonsfaktor. Selv om slike aktiviteter ikke foregår på avdelingen, er det mulig å tilrettelegge for å gjennomføre og trene på dem under innleggelsen og potensielt erfare mestring. Dette kan også bidra med å identifisere hvilke interesser pasienten har, og hvilke muligheter den har til å utvikle seg. I følge Bonsaksen et al., (2018) sin beskrivelse om ergoterapeuters bidrag i miljøterapi, kan vår kompetanse om tilrettelegging av slike aktiviteter muliggjøre for deltagelse og mestring. Gjennom grundig kartlegging av pasientens interesser kan ergoterapeuter legge til rette for å utføre meningsfulle aktiviteter på avdelingen, forebygge sløsing av tid og fremme en følelse av å “ha det bra” (Hitch et al., 2014).

5.6 Metodiske betraktninger

Da ingen metodiske tilnærminger er helt feilfrie, ønsker vi å nevne noen styrker og svakheter i denne oppgaven.

I artiklene som inkluderes i oppgaven har tre av fem samme hovedforfatter, Borge L. Samme hovedforfatter kan vise til en svakhet i oppgaven da man kan se likheter i resultatene som forskes på. Det kan ha innvirkning på muligheten til å forstå KMT gjennom ulike syn på tilnærmingen. På den andre siden tok artiklene for seg ulike perspektiver, da de kvalitative studiene innhentet informasjon fra både pasienter og ansatte. Dette kan være en styrke da ulike syn på KMT fremmes både fra et brukerperspektiv og fra ansatte sitt perspektiv. Når Borge L. er hovedforfatter i flere av artiklene, kan det vise at hun har satt seg inn i KMT, og sett på denne behandlingsmetoden fra flere synsvinkler. I tillegg er det ikke samme medforfatterne i artikkel noe som kan bidra med flere innfallsvinkler. Likhetene i resultatet som forskes på kan også sees på som en styrke da det kan vise til reliabilitet i resultatene. I tillegg gikk flere artikler igjen i ulike databaser noe som kan grunne i relevansen disse artiklene har for problemstillingen.

Det var utfordrende å finne artikler som omhandlet ergoterapeutens rolle i KMT. Resultatet viste at miljøterapeutene følte de ikke fikk brukt sin kompetanse i miljøterapien. Dette kan ha sammenheng med vår oppfattelse over de svake rammene rundt ergoterapeutens rolle i KMT. I motsetning ble det inkludert en artikkel fra et ergoterapeutisk tidsskrift som tok for seg ergoterapeutens oppgave i arbeidet som miljøterapeut. I tillegg viser fem av fem artikler til betydningen av aktivitet, noe som kan legge grunnlag for videre arbeid over ergoterapeutens rolle i miljøterapi. Dette blir begrunnet i avsnitt 7.0. Implikasjoner for videre arbeid.

En annen svakhet kan være vår oversettelse av engelsk faglitteratur. Fire av fem artikler er skrevet på engelsk, hvor oversettelsene til norsk kan være feiltolket. Dette gjør at vi ikke kan utelukke feiltolkninger som en svakhet i denne oppgaven.

I oppgaven har vi tatt hensyn til etikk hvor artiklene som inkluderes er relevante for vår problemstilling og hvor fire av fem artikler er godkjent av etiske komiteer. Den siste artikkelen ble inkludert fordi den tok hensyn til etiske prinsipper som taushetsplikt og anonymisering av deltakerne.

6.0 Oppsummering

I denne bacheloroppgave har vi sett på problemstillingen:

Hvordan kan aktivitet bidra i kognitiv miljøterapi for rehabilitering av pasienter med psykoselidelser?

Resultatene viser at aktivitet bidrar positivt inn i kognitiv miljøterapi på flere områder i rehabilitering av pasienter med psykoselidelser.

En forutsetning for å gjennomføre aktiviteter er tilrettelagte omgivelser da avdelingens arkitektur har betydning for muligheten til å gjennomføre aktiviteter. Dette fordi omgivelsene har betydning for pasientens opplevelse av trygghet og fellesskap på en avdeling (Borge & Hummelvoll, 2019). Tverrfaglig samarbeid fremmes også som en viktig faktor for å muliggjøre aktiviteter. Dette baserer seg på betydningen av at ansatte har en felles forståelse over behandlingen for å sikre motivasjon og engasjement hos pasientene (Borge et al., 2013a). Når motivasjon og engasjement sikres, kan pasientene delta i aktiviteter som bidrar til rehabilitering (Borge et al., 2013a). Aktivitet bidrar med å lære pasientene sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger, da pasientene får konkrete og tydelige opplevelser (Borge et al., 2013b). Når pasientene lærer å forstå og tolke egne impulser gir det økt kunnskap om seg selv, som igjen øker selvtilliten deres (Borge et al., 2013a). Til slutt er det vesentlig at aktivitetene har en overføringsverdi til hverdagen utenfor avdelingen (Borge et al., 2013a) for å sikre rehabilitering. Dette kan vise til betydningen av ergoterapeuter i arbeidet som miljøterapeuter, da vår spesialkompetanse omhandler aktivitet (Bonsaksen et al., 2018).

7.0 Implikasjoner for videre arbeid

På bakgrunn av resultatet om aktivitetens betydning i KMT kan det da være aktuelt å fremme ergoterapeutens rolle innen denne behandlingen. I tillegg kan det være aktuelt å oppdatere forskningsresultatene da to artikler er fra 1999 og 2009.

For videre arbeid kan det tenkes at langtidseffekten av KMT bør undersøkes i større grad. I artiklene som inkluderes er langtidseffekten målt på en pasientgruppe, hvor effekten kun ble

målt etter seks måneder etter utskrivelse. Dette kan være et for kort tidsrom til å få en fullstendig oversikt over langtidseffekten av behandlingen.

Referanseliste

Arksey, H. & O'Mally, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*.

DOI: 10.1080/1364557032000119616

Birk, M. A & Langdal, I. (2013). Centrale begreber inden for ergoterapi. Å. Brandt, A. J. Madsen, & H. Peoples (Red.) *Basisbog i ergoterapi* (3. Udgave. S. 119- 138). København: Forfatterne og Munksgaard.

Bliksted, V. F. & Bendix, S. (2003). Implementering af kognitiv miljøterapi: Et pilotprojekt. Rapport. Århus: Psykiatrisk Hospital Trykkeri, 2003.

Bonsaksen, T., Sandberg, T. M., Söreskog, M. & Ellingham B (2018). Aktivitet-ergoterapeutenes sentrale bidrag til miljøterapi. *Ergoterapeuten*, 2018(nr.1).
file:///C:/Users/silh%C3%A5l/Downloads/Aktivitet_miljoterapi%20(2).pdf

Borge, L., Andel, O.H. & Røssberg, J.I. (2013). Learning through Cognitive Milieu Therapy among Inpatients with Dual Diagnosis: A Qualitative Study of Interdisciplinary Collaboration. *Issues in mental health nursing*, 2013(nr.4).

b

doi.org/10.3109/01612840.2012.740766

Borge, L. & Hummelvoll, J. K. (2019). Miljøterapi- samspill og læring i helende omgivelser. En opdatering. *Klinisk sygepleje*, 2019(nr.33). doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-01-04

Borge, L., Røssberg, J.I. & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2013(nr.20).

a

doi.org/10.1111/jpm.12090

- Bryant, W., Fielshouse, J. & Bannigan, K. (2014). *Creek's Occupational Therapy and Mental Health*. (5. utgave). Cuchill Livingstone.
- Dalland, O. (2013). *Metode-og oppgaveskriving for studenter*. (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Damsdahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi samarbeid og endring*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Ergoterapeuten (2017). Ergoterapeutens yrkesetiske retningslinjer. Hentet 08.04.2020 fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2018) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2018-04-10-556)
Hentet 24.04.2020 fra: https://lovdata.no/dokument/SE/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_2
- Fortune, T. & Fitzgerald, M. H. (2009). The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu. *Australian Occupational Journal*, 2009(nr.56).
doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00790.x
- Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (2016). *Psykiske lidelser* (1utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, L.A (2017). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi* (3utg.) Oslo: Cappelen Damm.
- Helsedirektoratet (2013, juni). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.
Hentet 01.04.2020 fra: <http://stutt.no/3f2e51>
- Hitch, D., Pépin, G. & Stagnitti, K. (2014). In the footsteps of Wilcock, part two: The interdependent nature of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational therapy in Health Care*, 2014(3). DOI: 10.3109/07380577.2014.898115

Hsieh, H. F. & Shannon, E. S. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 2005(nr.9).
doi.org/10.1177/1049732305276687

Psykisk helsevernforordning. (2017) Forordning om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (FOR-2017-05-11-562)
Hentet 01.04.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/SE/forordning/2011-12-16-1258?q=bemanning%20institusjoner%20psykisk%20helsevern>

Solbjør, M. & Kleiven, H. H. (2013). Kognitiv miljøterapi. *Nasjonal kompetanse for psykisk helse*, 2013(nr.3). Hentet 06.04.2020 fra:
<https://tfou.no/wp-content/uploads/2015/10/napharapport20133.pdf>

Svensson, B. & Hansson, L. (1999). Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. *Cambridge University Press*, 1999(nr.14). doi.org/10.1016/S0924-9338(99)00160-1

Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming, *Australian Occupational Therapy Journal*, 2002. doi.org/10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x

Wilcock, A. A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science*, 2007(14). doi.org/10.1080/14427591.2007.9686577

METODE

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Inkluderte artikler
Oria.no	“cognitive milieu therapy”, “activity”	Fagfelleurdert artikler	11	1
	Kognitiv miljøterapi aktivitet	Klammer for å sikre at treffene bestod av hele søkeordet og ikke inkluderte treff som omhandlet kun deler av søkeordet.	8	0
Pubmed.com	“cognitive milieu therapy”	Klammer for å sikre at treffene bestod av hele søkeordet og ikke inkluderte treff som omhandlet kun deler av søkeordet.	5	2
PsycInfo.com	cognitive milieu therapy	Ingen	10	0
OTseeker.com	cognitive milieu therapy, activity	Ingen	0	0

American Journal of Occupational Therapy	cognitive milieu therapy, activity	Ingen	15	0
Australian Occupational Therapy Journal	cognitive milieu therapy	Ingen	27	1
Scandinavian Journal of Occupational Therapy	Cognitive milieu therapy, activity	Ingen	16	0
Ergoterapeutene. no	Aktivitet	Ingen	25	0