

Miljøterapi – arena for personlig læring og utvikling?

Lisbet Borge, førsteamanuensis, dr.philos
Akuttnettverket 23.oktober 2017

Gode minnespor



The ward milieu is decisive for patients satisfaction with the therapy (....). Being hospitalizes for som time in a confirming atmosphere, beautiful environments and community with fellom patients sharing the same situasjon, and meeting professional attitudes and human consideration by the staff, is decisive for the recovery prosess (Borge, 2013)

Miljøterapi- dagens situasjon i psykisk helsevern

- En viktig del av det psykoterapeutiske **tverrfaglige** behandlingstilbudet, og er utviklet for at mest mulig av det om skjer utenom individualterapeutens time skal ha terapeutisk innretning
- Miljøterapi er den mest ressurskrevende terapiformen i institusjonsbehandling, men den er minst dokumentert, har uklare ansvarsforhold og har lavest status
- Ofte et stort sprik mellom forklaringsperspektivene i miljøterapi og individuell psykoterapi, og blir ofte erfart som to parallelle løp (Asheim, 2015).
- Døgnbehandling er kostbart. Dette begrunnes i kortere behandlingsopphold, vektlegging av psykofarmakologisk behandling, fokus på symptomlindring, fragmenterte tjenester og mangel på kompetente fagpersoner (Mahoney et al, 2009)
- Har miljøterapi gått ut på dato og er det fortsatt relevant for dagens praksis i psykisk helsevern? Innenfor denne styringsformen kan miljøterapi oppfattes som noe som hører fortiden til (Click et al, 2011)

Hva vet vi om miljøterapi?

- To forståelsesmodeller er noe forsket på:
 - - **psykodynamisk miljøterapi** (Hauff et al, 2002; Soteriamodellen: Werbart et al, 2012)
 - Miljøterapeutiske oppgaver kan i praksis bli avhengig av den enkelte miljøterapeuts fortolkning.
 - Rapporteringsfella: Skillelinjen mellom stab (behandlere) og miljøpersonale er med på å opprettholde avstanden mellom behandling (Simonsen 2007) og miljøterapien kan bli betraktet som støtteterapi til den "egentlige" behandlingen (Skorpen & Øye 2009)
- - **kognitiv miljøterapi** (Lykke et al, 2008; Borge et al, 2013)
- Både miljø- og individualterapeuter, er likeverdig involvert i behandlingen, og alle arbeider ut fra pasientens behandlingsplan (Bliksted, 2012; Dramsdahl og Jordahl, 2015)
- Recovery-orientert CBT kan være nyttig og kan forbedre det terapeutiske miljøet i en akuttavdeling (Chang et al, 2014)

Virkningsfulle strukturerte aktiviteter i behandlingsmiljøet



- "Art therapies" Kunstterapi (Karkou & Sanderson, 2006)
- Musikkterapi er særlig effektivt for å redusere negative symptomer ved schizofreni (Gold et al, 2009; Stige & Aarø 2011)
- Fysisk aktivitet har en positiv effekt på humøret, fører til redusert angst og depresjon, bedrer de negative symptomene og gir bedre selvfølelse og livskvalitet (Faulkner & Biddle 1999; Scheewe et al 2012)
- Sosial ferdighetstrening kan bedre sosiale ferdigheter og mellommenneskelig fungering for pasienter med schizofreni (Tenhula & Bellack 2008; Dixon et al 2010)
- Gruppeterapi/terapeutiske grupper kan bidra til bedret mellommenneskelig fungering og forståelse og oppleves nyttig av mange (Johansson et al., 2007; McQuaid 2008; O'Donovan & Mahony 2009; Thomas et al., 2002; Roe et al 2010)
- Nasjonale faglige retningslinjer: Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet 2013.

Miljøterapi har fortsatt en berettigelse, men det krever «Re-thinking»

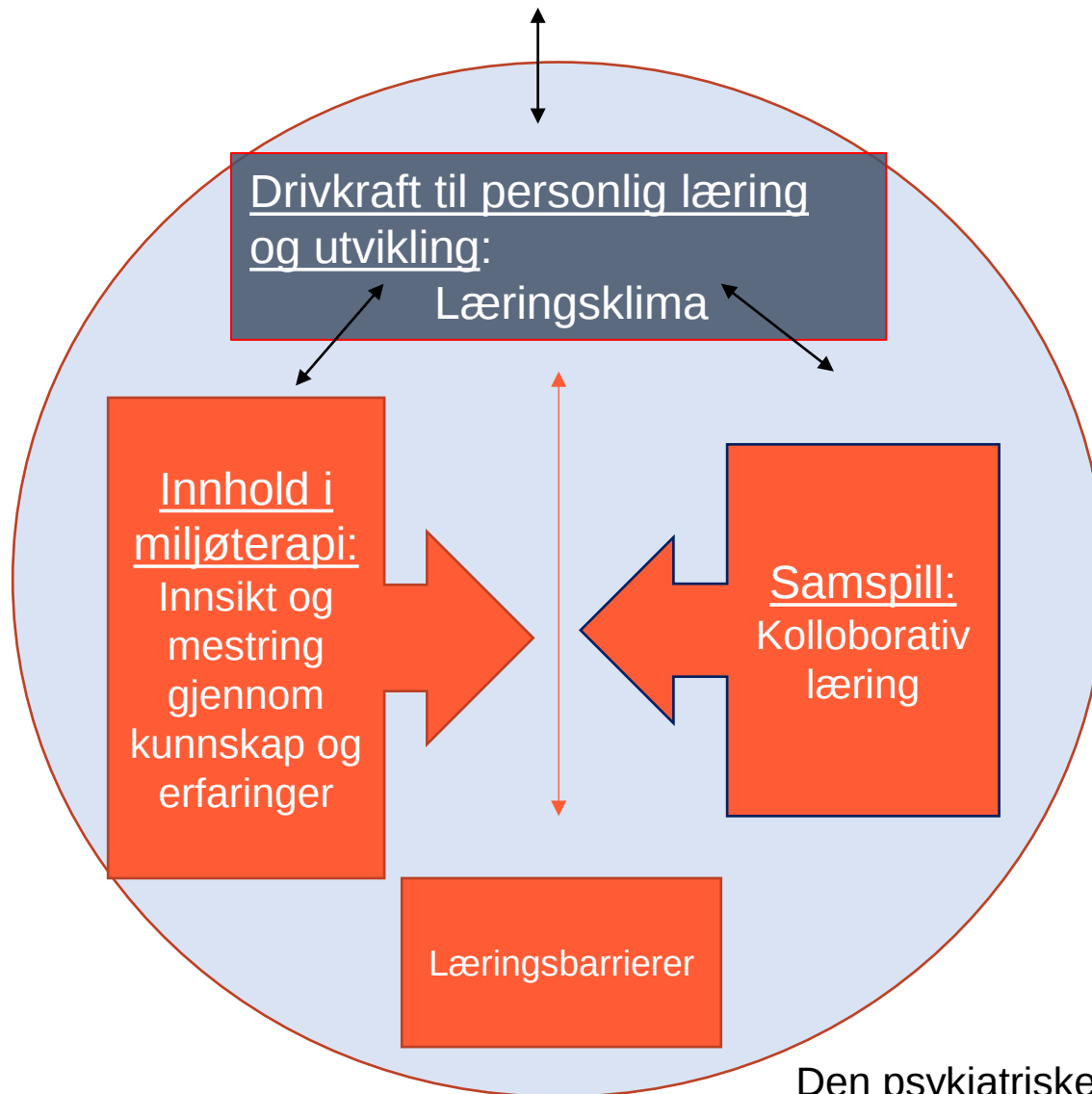
- En lærende organisasjon:
 - tydelig ledergrunnlag for fag, visjon og verdier:
 - felles teoretisk grunnlag for en helhetlig behandling
 - holdninger som fremmer helsefremming
 - brukerinvolvering med vekt på læring og likeverdig samarbeid
 - ansattinvolvering og likeverdig samarbeid
- En tverrfaglig felles behandlingsmodell, anerkjennende relasjoner, programklarhet og pasientinvolvering (empowerment) synes å være mest nyttig, uavhengig om det faglige innholdet er basert på psykodynamisk, systemisk eller kognitiv miljøterapi

Hva har betydning for personlig læring og utvikling? En modell for «re-thinking»

Kvalitative studier



Helende omgivelser – institusjonens kontekst



Helende omgivelser- institusjonens kontekst



Design har en symbolsk og sosial dimensjon for pasienter

Institusjonens kontekst og arkitektur har betydning for pasientenes opplevelse av *helhet og å ha selv-verdi* og virker helsefremmende

(jfr forskning innen «healing landscapes» (Miller et al., 2005), «therapeutic landscapes, therapeutic space» (Rose, 2012; Papoulias et al, 2014), og miljøpsykologi (Gross et al, 1998; Edgerton et al., 2010))

- Å være på et trygt sted utenfor «verden»
- Gode omgivelser, uterom
- Pasientene erfarte miljøet som helende (healing), fordi det ga mulighet for å hvile, vokse, få frihet, å bli respektert (Thibeault og kolleger, 2010), og motiverer pasienter til å engasjere seg i terapi, helsebringende aktiviteter, sosialt fellesskap
- kan også være et fengsel, med lite rom for muligheter til å gå ut for å få frisk luft (Allen et al, 2003; Shatell et al 2008; Svensson & Hansson, 2006)
- Den lukkede glassfasaden til vaktrommet kan hindre relasjonen mellom pasient og terapeut. Institusjonsoppholdet ble beskrevet som lite egnet for hjelp til bedring økte opplevelsen av å være passiv pasient (Shatell, et al, 2008; Borge, 2013)

Drivkraft til personlig læring, motivasjon og utvikling

Læringsklima

- Betydningen av læringsklima gir utvidet kunnskap til forskning om behandlingsmiljø (ward atmosphere) og behandlingstilfredshet i psykiatriske institusjoner (Beazley & Gudjonsson, 2011). Har også betydning for å bli en lærende organisasjon.
- Ledelse, Profesjonalitet (faglighet), engasjement, holdninger, proaktivt personale, Struktur og fleksibilitet, Medvirkning, likeverd og myndighet, Respekt, omsorg, trygghet, atmosfære
- **Respektfullt program i avdelingen (Respekt for verdighet)**
ønske om å få mer kunnskap fra helsepersonell og medpasienter, mer info om medikamenter, mer involvering i behandlingen, å lære av erfaringer, ønske om meningsfulle aktiviteter, passe aktivitet og hvile)
(Hopkins & Loeb;2009)
- Delta i beslutninger om egen behandling
- Konfidensialitet (rett til privatliv)

Innhold i miljøterapien: innsikt gjennom kunnskap og erfaringer

Mening og mestring

- Å få verktøy
- Å forstå metoden
- Fysisk aktivitet som egenlæring
- Undervisning
- Tid-selvrefleksjon
- Nylæring

For mye medisinsk vektlegging ønsker mer helhetlig fokus (for lite vektlegging av psykososial tilnærming i miljøet) (Wood, L og Alsawy, S. (2016).

- Terapeutisk metodekunnskap gir «nøkler og verktøy»
- Å gjøre egne erfaringer og refleksjon over disse i samvær med medpasienter og personale bidrar til økt læring. Bekrefter betydningen av tilstedeværende personale.
- Å utfordre kroppens aktiviteter bidrar til ny innsikt, nye vaner og mestring, engasjement og håp i fellesskap med andre (Carless og Douglas, 2012)

Samarbeid – kolloborativ læring

- **Interpersonlige relasjoner** (lytte, snakke og forstå, empatiske og interesserte, unngå tvang, tid med personalet, føle seg betydningsfulle)
 - Dele kunnskap og erfaringer med medpasienter – økt mestring
 - Samvær med aggressive pasienter kan derimot skape frykt og engstelse (Quirk et al, 2004).
- Tilgang til sosiale støttenettverk- Ønske om mer kontakt med lokalt helsepersonell, og mer familiearbeid
- Utfordringen med tiden etter utskrivelse- krever samarbeid og kontinuitet og læring av ferdigheter og kunnskap (opplæring om medikamenter)
- Å delta i et lærende fellesskap bidrar til medvirkning og samarbeid. Støtter prinsippene innen kognitiv miljøterapi og forskning om sosial støtte (recovery) og utenomterapeutiske faktors betydning (Dramsdahl & Jordahl, 2015; Laberg et al, 2001; Lambert, 2004; Wampold, 2001)
- Klinisk veiledning, støtte og tilbakemelding skaper nylæring og kompetanse hos personalet (Roche, 2011)
- Pedagogiske modeller og en sosiokulturell forståelse kan bidra til å berike og tilføre ny kunnskap til tradisjonelle terapitradisjoner (Vygotskij, 1986; Illeris, 2012)

Læringsbarrierer

- Pasienter er minst fornøyd med manglende informasjon om behandlingen, for stort fokus på medisinerer, og på beslutninger som har vært gjort i forbindelse med tvang.
- Frihet til å velge terapeut/kontaktperson
- Pasientenes behov for læring kan komme i konflikt med de ansattes behov for egenlæring (jfr møter etc)
- Pasienter etterlyser mer tid til refleksjon over hendelser
- Vendepunkter skjer ofte i situasjoner utløst av læringsmotstand (og er ikke det samme som motstand mot hjelp)
- Personalet for opptatt med andre ting enn pasienter (spesielt sykepleiere distanserer seg med kontorarbeid)
- Manglende kontinuitet fra kontaktpersonen i miljøet
- Tverrfaglig samarbeid (uavklarte roller og overlappende arbeidsoppgaver) (Buus, 2005).

Til slutt-

dette avspeiler at et godt miljø ikke bare gir tilfredse pasienter, men det bidrar til å gi pasientene viktige erfaringer som de kan lære av.



Å skape helende rom og steder, helende relasjoner, evidensbasert kunnskap og praksis, helsemessig livsstilsendring (ernæring og fysisk aktivitet) og likeverdig fellesskap. Tilnærmingen må være systemisk orientert mot nettverk, være brukerorientert og ha tro på personens iboende kapasitet og mulighet for læring og endring (empowerment)

Borge, L. (2013). Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom. En kvalitativ studie av pasienters og ansattes erfaringer. Oslo: Universitet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for klinisk medisin, Avhandling til graden Dr. philos. (ISBN 978-82-8264-595-9).

<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-40494>