

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Alderspsykiatriske pasienter har ofte et komplekst sykdomsbilde, hvor både psykiske, fysiske og sosiale forhold påvirker atferd og symptomer. I tillegg er flere yrkesgrupper med ulike perspektiver involvert i behandlingen av den enkelte pasient, noe som bidrar til økt kompleksitet. Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID) har i en randomisert kontrollert studie vist reduksjon i nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens i sykehjem. TID er en problemløsningsmodell som bygger på det teoretiske rammeverket til personsentrert omsorg og kognitiv terapi. I tillegg til at modellen har vært anvendt i sykehjem, har den også vært anvendt i spesialisthelsetjenesten for pasienter med demens, og også sporadisk for pasienter uten demens.

**Hensikt:** Vi ønsket å oppnå kunnskap om hvordan personalet i en alderspsykiatrisk avdeling erfarer bruk av TID som problemløsningsmodell i møte med pasienter uten demens.

**Metode:** Flerstegs fokusgruppeintervju ble benyttet før oppstart av prosjektet, etter seks måneder og etter ni måneder. Vi benyttet tematisk innholdsanalyse.

**Hovedfunn:** Ansatte framhever kompleksiteten i pasientenes lidelse og sterke appeller fra pasientene som faglig utfordrende. Gjennom bruk av TID opplever personalet økt grad av mestring, delt forståelse og felles forpliktelse for behandlingstiltak til den enkelte pasient.

**Konklusjon:** TID syntes å være en egnet modell for tverrfaglig problemløsning og for utvikling av kognitiv miljøterapi i en alderspsykiatrisk avdeling med pasienter uten demens.

## ABSTRACT

**Background:** Patients in geriatric psychiatry wards often have a complex set of symptoms, where mental, physical and social conditions affect behavior and symptoms. Several professions with different perspectives are also involved in the treatment of the individual patient, which contributes to increased complexity. The Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric symptoms (TIME) has in a randomized controlled trial shown reduction in neuropsychiatric symptoms in people with dementia living in nursing homes. TIME is a problem-solving model based on the theoretical framework from person-centered care and cognitive behavior therapy. TIME has also been used in the specialist healthcare service for patients with dementia, and sporadically for patients without dementia.

**Aim:** We wanted to gain knowledge about how the staff in a geriatric psychiatry ward experience TIME as a model for problem solving in their approach to patients without dementia.

**Method:** Multiple-stage focus group interviews before start of the project, after 6 months and after 9 months. We used thematic content analysis.

**Main findings:** The staff emphasizes the complexity of patient disorders and strong appeals as professional challenges. Through the use of TIME, the staff experiences increased coping, shared understanding and joint commitment to treatment for the individual patient.

**Conclusion:** TIME appeared to be a suitable model for interdisciplinary problem solving and for the development of cognitive milieu therapy in a geriatric psychiatry ward for staff that work with patients without dementia.



**Janne Myhre** (f. 1974)

Spesialsykepleier i eldreomsorg og psykisk helsearbeid. Mastergrad i psykisk helsearbeid, med fokusområde pårørende til personer med demens. Forskningsmedarbeider i TID-studien ved Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet 2015 – 2017. Myhre er PhD-stipendiat ved NTNU Trondheim med forskningsområde: ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet i sykehjem.

*janne.myhre@ntnu.no*

**Bjørn Lichtwarck** (f. 1958)

Spesialist i allmennmedisin og spesiallege/ forsker ved Alderspsykiatrisk avdeling/ forskningscenter ved Sykehuset Innlandet. Forsker på nevropsykiatriske symptomer ved demens, og har utviklet TID-modellen. Lichtwarck arbeider nå med en doktorgradsavhandling der TID-modellen implementeres og testes ut i sykehjem.

**Sverre Bergh** (f. 1973)

Psykiater og forskningsleder ved Alderspsykiatrisk forskningscenter ved Sykehuset Innlandet, og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Bergh har forsket på demens, depresjon, angst og rus hos eldre, tok PhD i 2012 med en avhandling knyttet til seponering av antidepressiva hos eldre sykehjemsbeboere med demens.

# Delt forståelse og felles forpliktelse

En kvalitativ studie av personalets erfaringer med TID-refleksjon i en alderspsykiatrisk avdeling

## Artikkelens hovedbudskap

- Strukturert refleksjon er av betydning for ansattes opplevelse av personlig og profesjonell mestring.
- TID-refleksjon med det teoretiske rammeverket til personsentrert omsorg og kognitiv terapi, syntes viktig for å skape personsentrerte miljøbehandlingstiltak og for utvikling av kognitiv miljøterapi.
- TID kan være en egnet tverrfaglig problemløsningsmodell i en alderspsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten også for personell som arbeider med pasienter uten demens.

## Introduksjon

Alderspsykiatri kan beskrives som et komplekst fagfelt som krever at helsepersonell har en bred fagkompetanse. De skal kjenne til sammenhengen mellom aldring, somatisk og psykisk helse og inneha kunnskap om den enkelte pasient. Prinsippet om den biopsykososiale modellen for sykdom understreker at alle spørsmål knyttet til helse er produkter av et komplekst samspill mellom ulike faktorer som sammen påvirker symptomer og atferd (1, 2). Eldre personer med alvorlige psykiske lidelser kan ha høy grad av komorbiditet (flere sykdommer samtidig), og de kan ha opplevd endring i sosial situasjon, relasjoner og funksjonsnivå. I tillegg er det ofte flere faggrupper med ulike perspektiver involvert i behandlingen, noe som kan bidra til økt kompleksitet (3). Ulike fagperspektiver kan føre til en flerfaglighet og en eklektisk tilnærming i pasientbehandlingen i stedet for tverrfaglighet og felles tilnærming (4, 5). Avdelinger med eklektisk tilnærming i pasientbehandlingen mangler ofte en felles underliggende teori (6). Dermed kan det oppstå et sprik i forklaringsperspektivet til helsepersonellet i miljøbehandlingen, hvor de ulike faggruppene arbeidsmodeller i verste fall kan stå i motsetning til hverandre (5, 7). Forskning har imidlertid vist at involvering av mer enn et fagperspektiv i pasientbehandlingen er betydningsfullt (8). Det kan bidra til bedre måloppnåelse for pasientbehandlingen (9) og økt mestring for personalet, gjennom sosial støtte, forbedret kommunikasjon og kompetanse (7, 10).

Både innen helseforskning og i nasjonale føringer har det de siste årene vært et økt fokus på hvordan man kan bringe ulike profesjoner og fagperspektiver sammen til pasientenes beste (9-11). Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes av personer med variert faglig bakgrunn som har en stor grad av samhandling og interaksjon for å tilby tjenester som ivaretar pasientens behov (4, 9). Begrepet viser til at medlemmenes individuelle kompetanse blir til en ny kollektiv kunnskap om den enkelte pasient. Det er noe mer enn hva den enkelte fagperson kan utvikle alene (9, 12). Imidlertid er det ikke tilstrekkelig at ulike yrkesgrupper er enige om å skulle samarbeide. De må også vite hvordan de skal gjennomføre det i praksis (9, 12). Refleksjon er i flere studier vist til som en viktig faktor for å øke tverrfaglig samarbeid gjennom utviklingen av delt forståelse og kunnskap (3, 8, 10). Det vil derfor være viktig å teste ut evidensbaserte refleksjonsmodeller som kan bidra til å møte både pasientens komplekse sykdomsbilde og den sosiale kompleksiteten som eksisterer i en avdeling med ulike yrkesgrupper.

Bakgrunnen for denne artikkelen er gjennomføringen av et pilotprosjekt i en alderspsykiatrisk avdeling med innføringen av TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens). TID ble opprinnelig utviklet som et systematisk verktøy for ansatte som arbeider med pasienter med demens i primær-

helsetjenesten (13, 14). TID er imidlertid en tverrfaglig problemløsningsmodell og bør i utgangspunktet egne seg like godt i andre situasjoner der det er behov for tverrfaglig beslutningskompetanse i komplekse situasjoner.

Modellen bygger på det teoretiske rammeverket til kognitiv terapi (KT) og personsentrert omsorg (13). Kognitiv terapi retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser (15). Mange enheter i spesialisthelsetjenesten har innført kognitiv miljøterapi (KMT) med den hensikt å skape en felles teoretisk referanseramme (16). I KMT vektlegges at alt personell benytter KT i samhandling med pasienten i alle aktiviteter (16). I denne studien vil avdelingen gjennom innføring av TID benytte KT i refleksjon innad i den tverrfaglige personalgruppen (14). Hensikten er å øke den tverrfaglige kollektive kunnskapen i form av ny forståelse, nye ferdigheter og ny faktakunnskap om den individuelle pasient.

#### Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens - TID

TID er en biopsykososial modell som innbefatter en bred årsaksforståelse av symptomer og atferd, med utredning av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (1, 14).

I behandlingen av den enkelte pasient integreres både farmakologiske og miljøterapeutiske tilnærminger (2, 14). Modellen er basert på det teoretiske rammeverket til KT og personsentrert omsorg (14, 15, 17). I KT vektlegges det at følelser og atferd i en gitt situasjon i stor grad bestemmes av våre tolkninger av situasjonen. Gjennom å revurdere uhensiktsmessige tanker eller tolkninger kan følelsene og atferden overfor situasjonen endres (15). Personsentrert omsorg handler om å bevare «personverdet» slik at den enkelte kan leve mest mulig i tråd med egne verdier, vaner og preferanser (17). Innhenting av personens bakgrunnshistorie vil derfor være viktig for at helsepersonell skal kunne legge til rette for personsentrert omsorg. Begge rammeverkene vektlegger det relasjonelle i forståelsen av atferd og psykiske symptomer og framhever at behandlingstiltak må skreddersys den enkelte pasient for å ha effekt.

TID består av tre overlappende faser; 1) *En registrerings- og utredningsfase*, med undersøkelse av pasienten, innhenting av tidligere sykehistorie og bakgrunnsopplysninger. I tillegg gjøres det kartlegging av symptomer og atferd. 2) *En refleksjons- og veiledningsfase*, der det gjennomføres ett eller flere refleksjonsmøter for hele personalgruppen, avdelingsleder, lege og eventuelt psykolog. I dette møtet skreddersys tiltak for den enkelte pasient gjennom systematisk refleksjon basert på kognitive terapeutiske prinsipper hvor et problem analyseres av gangen (15). Dette gjøres ved bruk av kolonne-teknikk på tavle eller via prosjektor og hvor følgende aspekter gjennomgås: fakta, tolkning, følelser hos personalet, tiltak og evaluering (13, 14) (Figur 1). 3) *En tiltaks- og evalueringsfase*, hvor tiltakene fra refleksjonsmøtet testes ut i praksis og evalueres. Evalueringen av tiltakene gjennomføres ved å gjenta bruk av noen av de kartleggingsskjemaer som ble brukt i utredningsfasen i TID. Personsentrert omsorg blir gjennom TID vektlagt i modellens alle tre faser. Det gjøres ved innhenting av personhistorien til pasienten med vekt på pasientens ressurser og preferanser. I refleksjonsmøtet, som er

Figur 1. Kolonne-teknikk basert på kognitiv terapi (KT) som struktur i TID-refleksjonsmøtet

Utfordringer (problemliste):				
1. Ukritisk og kontinuerlig sykdomsprat i fellesområdet 2. Nedsatt matlyst 3. Ønsker å ligge i sengen store deler av formiddagen				
Fakta - Registrering	Tolkninger – tanker – forståelser	Følelser personal	Tiltak*	Evaluering
<p><b>Utfordring 1.</b> Sykdomsprat i fellesområdet, lidende, kontaktsøkende til både pasienter og personalet</p> <p>Døgnregistrering viser at dette skjer daglig – etter frokost og middag</p> <p>MADRS: 25/60 NPI: Angst 6/12 Depresjon 8/12</p> <p>Kjente kroniske ryggsmarter MR vist betydelige skivedegenerasjon</p>	<p>Utrygg i avdelingen?</p> <p>Depresjon som årsak til atferden?</p> <p>Angst – redd for å være alene, utrygg? Personhistorien viser tidligere erfaringer med mye avvising.</p> <p>Manglende aktivisering? Ingen faste aktiviteter - kjedsomhet</p> <p>Økte smerter i rygg?</p> <p>Bekymringer for hjemmesituasjon? Ensomhet i hjemmet før innleggelse</p>	<p>Irritasjon Sinne Tristhet Maktesløshet</p>	<p>Faste samtaler x 2 per dag (dag og kveld) med fokus på å trygge pasienten. Bruk av ABC-metoden. (ansvar: Ann-Marit) start i morgen</p> <p>Dagskontakt lager dagsplan med pasienten daglig. Slik at dagen blir forutsigbar og trygg. (ansvar: Kari) – i morgen</p> <p>Smertebehandling 1 g Paracet x 3 (ansvar: lege)</p> <p>Hjelp pasienten å bygge opp nettverk i kommunen. Tur til kommunal aktivitet x 1 pr uke, med kontaktperson (ansvarlig: Kari) – må avtales f.o.m. neste uke</p>	<p>Fortsette atferdsregistreringer på døgnobservasjonsskjema</p> <p>MADRS – etter 3 uker NPI – etter 3 uker</p> <p>Evalueringsmøte 3. mai (om 3 uker)</p>

\* Tiltakene som testes ut skal være SMARTe slik begrepet brukes innenfor den kognitive terapitradisjonen (15).

SMART står for; **S**pesifikt, **M**ålbart, **A**ktuelt, **R**ealistisk og **T**idsavklart (13).

en sentral komponent i TID, søker man å oppnå en forståelse av pasientens perspektiv på egen atferd og symptomer. Utformingen av behandlingstiltak skreddersys så til pasienten, ut fra pasientens preferanser og ressurser (13, 14). Denne refleksjonsmetoden benevnes som *TID-refleksjon* videre i artikkelen.

Alderspsykiatrisk forskningscenter (AFS), Sykehuset Innlandet (SI) HF, gjennomførte i 2016 en clusterrandomisert kontrollert studie med TID som intervensjon på sykehjem. Det ble funnet klinisk og statistisk signifikant reduksjon i agitasjon hos pasienter med demens (primært effektmål). I tillegg ble det funnet signifikant reduksjon i depressive symptomer, manglende hemninger og vrangforestillinger, samt bedring av livskvalitet til fordel for intervensjonsgruppa (sekundære effektmål) (18).

### Hensikt med studien

Hovedformålet var å oppnå kunnskap om hvordan personalet i en alderspsykiatrisk avdeling erfarer bruk av TID som problemløsningsmodell i deres arbeid med pasienter uten demens.

### Metode og design

Studien hadde et eksplorativt design, hvor vi ønsket å få kunnskap om ansattes erfaringer og opplevelser med TID som problemløsningsmodell over en gitt periode. Vi benyttet kvalitativ metode med flerstegs fokusgruppeintervju, hvor de samme deltakerne ble intervjuet tre ganger over en periode på ni måneder (19).

### Gjennomføringen av prosjektet

TID er utviklet i kommunehelsetjenesten som en tverrfaglig problemløsningsmodell for personell som arbeider med pasienter med demens. Det foreligger evidens for både effekt og gjennomførbarhet av modellen for denne pasientgruppen i sykehjem (18). I denne pilotstudien ønsket vi erfaringer med TID fra personell i spesialisthelsetjenesten som arbeidet med pasienter med andre lidelser enn demens. Av den grunn ble prosjektet gjennomført i en alderspsykiatrisk avdeling for pasienter med affektive lidelser.

Prosjektperioden varte i seks måneder, fra september 2016 til februar 2017. Ved prosjektstart deltok hele personalgruppen, avdelingsleder og lege på en to-timers undervisning om betydningen av tverrfaglig samarbeid ved komplekse problemer og en tre-timers opplæring om TID-modellen. Åtte ansatte fikk tre timer ekstra opplæring i TID og et særskilt ansvar for implementering av modellen. Disse benevnes som TID-administratorer. Avdelingen gjennomførte et TID-refleksjonsmøte per uke. Representant fra prosjektledelsen deltok på to TID refleksjonsmøter per måned i prosjektperioden. Hensikten med denne deltakelsen var å observere hvordan modellen ble anvendt, og å bidra som støtte ved gjennomføring av refleksjonsmøtet. Etter prosjektperioden ble deltakelsen fra prosjektledelsen på TID refleksjonsmøtene avsluttet, og det var da opp til avdelingen selv å fortsette med bruk av modellen.

Avdelingen var tverrfaglig sammensatt og jobbet etter en teammodell. Dette innbefattet at hver pasient hadde sitt behandlingsteam som sammen med behandlingsansvarlig utformet behandlingstiltak som ble formidlet via tiltaks- og holdningsplaner til resten av personalgruppen. Den inkluderte avdelingen hadde de siste to årene gjennomført et prosjekt med KMT. Prosjektet innbefattet videreutdanning av deler av personalgruppen i KMT,

og omtrent en tredel av personalgruppen hadde videreutdanning i KMT.

### Deltakere

Seks ansatte valgt ut av avdelingsleder, alle fast ansatte eller vikarer i langtidsvikariat som hadde et stillingsforhold på over 50 prosent, ble inkludert i fokusgruppen. Rekrutteringen var strategisk. Kriteriene for utvelgelse var at den ansatte ønsket å delta og at avdelingsleder mente at vedkommende kunne bidra med informasjon inn i en fellesdiskusjon i en fokusgruppe. En ansatt var kun med i første intervju og ble grunnet fravær erstattet av en ny ansatt i de to påfølgende intervjuene. Bakgrunnskaraktistika av deltakerne er presentert i Tabell 1.

Tabell 1. Bakgrunnskaraktistika av deltakerne

Bakgrunnskaraktistika	N=6
<b>Alder</b>	
30–49	2
≥ 50	4
<b>Kjønn</b>	
Kvinne	6
<b>Erfaring fra avdelingen (antall år)</b>	
0–4	2
≥ 5	4
<b>Profesjon</b>	
Hjelpepleier	2
Høyskoleutdanning min. 3 år.	4
<b>Videreutdanning i KMT</b>	3
<b>TID-administratorer</b>	3

### Datainnsamling

Flerstegs fokusgruppeintervju ble valgt som datainnstillingsmetode. De samme deltakerne ble intervjuet tre ganger over en periode på ni måneder. Første intervju ble gjennomført før prosjektstart, det andre ved prosjektslutt etter seks måneder, og det tredje etter ni måneder, tre måneder etter prosjektslutt. Flerstegs fokusgruppeintervju som metode er særlig egnet når man vil få fram gruppeerfaringer over tid og når gruppens forståelse anses som viktigere enn hva den enkelte deltaker gir av informasjon (19). Intervjuerne i denne studien var første- og andreforfatter. Alle tre intervjuene ble gjennomført utenfor avdelingen og hvert intervju

varte 90 minutter. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide som ble benyttet i alle tre intervjuene. Intervjuguiden gav rom for utdypning av temaer som kom opp under intervjuene, samt å kunne forfølge temaer som kom fram under den fortløpende analysen. Ved bruk av flersteps fokusgruppeintervju vil de fokuserte temaene utdypes med bakgrunn i erfaringer gruppe medlemmene gjør i perioden mellom intervjuene (19). Etter hvert intervju ble det gjort en oppsummering av co-moderator sammen med deltakerne. Hensikten var å verifisere vår forståelse av hovedinnholdet i intervjuet, og å gi deltakerne mulighet for å korrigere dette. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert av førsteforfatter.

### Analyse

Det ble benyttet tematisk innholdsanalyse. Dette er en metode som har til hensikt å identifisere og rapportere mønster og temaer i kvalitative data (20). Innledningsvis ble hvert intervju lest flere ganger for å skape et helhetsinntrykk. Meningsbærende enheter ble så identifisert, kondensert og ordnet i grupper med representative koder. Sammenfallende koder ble så abstrahert og satt sammen til subtemaer, som videre resulterte i to hovedtemaer. Temaene ble skapt induktivt og har til hensikt å beskrive erfaringen til deltakerne slik de framkommer (20). For å kunne identifisere mulige endringer i løpet av de ni månedene, ble analysen av intervju nummer to sammenliknet med intervju nummer en. Intervju nummer tre ble analysert og sammenliknet med både intervju en og intervju to (19). I analysen ble det lagt vekt på å identifisere nye temaer, men også endringer av tidligere temaer som var kommet opp. Mellom hvert intervju ble det gjort foreløpige analyser som gav mulighet for oppfølging og utdypning ved neste intervju. Deltakerne har lest igjen analysen og verifisert funnene i studien.

### Etiske hensyn

Deltakerne mottok både skriftlig og muntlig informasjon før gjennomføring av studien. Deltakelse var frivillig og det ble informert om muligheten til å trekke seg underveis. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke av deltakeren. For å sikre deltakernes anonymitet kan ingen opplysninger som framkommer i denne artikkelen knyttes til enkeltpersoner. Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk Senter for Forskningsdata.

## Resultater

Det framkom to hovedtemaer; 1) Opplevelse av økt mestring. 2) Refleksjon utvikler delt forståelse og felles forpliktelse. Framstillingen av tema og subtema er presentert i tabell 2.

Tabell 2. Framstilling av tema og sub-tema

Tema	Sub-tema
Opplevelse av økt mestring	Fra maktesløshet til økt mestring
	Tillit til egen og felles kompetanse
Refleksjon utvikler delt forståelse og felles forpliktelse	Felles forståelse og lojalitet
	Økt grad av personsentrert tilnærming

### Opplevelse av økt mestring

I første intervju beskriver deltakerne en opplevelse av maktesløshet i møtet med enkelte pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Denne maktesløsheten oppleves særlig framtreddende i møtet med pasienter som kommer med sterke appeller om hjelp.

Personalet beskriver at de kjenner på et personlig ansvar for å fjerne pasientens lidelse og opplever en hjelpeløshet når de ikke finner en løsning. En beskriver det slik:

*«Vi har det jo veldig i oss, dette med å skulle hjelpe. Så kjenner du at du ikke får hjulpet så mye, du er der bare, og det koster meg i alle fall.»*

Kompleksiteten i pasientgruppen med både psykiske og somatiske lidelser oppleves også som en utfordring som medfører usikkerhet og utrygghet i personalgruppen. Avdelingen har på dette tidspunktet ingen fast arena hvor alle møtes til felles refleksjon, og konsekvensen blir at den enkelte ansatte bærer med seg det som skjer. Personalet opplever at det fort kan oppstå ad hoc-møter mellom noen av de ansatte som konsekvens av et behov for å diskutere sammen.

Ved andre intervju er TID brukt i avdelingen i seks måneder. Personalet oppgir at de fortsatt opplever en maktesløshet i møtet med pasienter med sterke appeller. Imidlertid framkommer det at personalet i mindre grad opplever å stå alene med ansvaret, som følge av at de nå har en felles møtearena med TID refleksjon. Ved tredje intervju, tre måneder etter prosjekt-slutt framkommer det at avdelingen har fortsatt å bruke TID. Personalet oppgir at de opplever en endring i avdelingen med en større ro og trygghet i personalgruppen. At ansvaret løftes fra den enkelte til fellesskapet gjennom TID-refleksjonsmøtet, bidrar til økt grad av mestring for personalgruppen. I tillegg opplever personalgruppen at de er mer samkjørte når det gjelder behandlingstiltak for pasientene. En beskriver det slik:

*«Det skaper en større vi-følelse. Altså, dette er vi sammen om å gjøre. Det har stor betydning for pasienten og for arbeidsmiljøet.»*

En annen beskriver det slik:

*«TID har gitt oss mere ro i sjela.»*

Ansatte oppgir ved siste intervju at det nå er planer om å øke antallet TID refleksjonsmøter til to ganger i uka ved avdelingen.

Personalet viser til en opplevelse av økt tillit til egen og fellesskapets kompetanse gjennom TID refleksjon. Ved å dele erfaringer og stille spørsmål som utfordrer handlinger, opplevde deltakerne økt forståelse og læring. Som én beskriver det:

*«Når teamet legger fram sitt og legen er der og kan fylle på med at slik er det faktisk å ha den sykdommen, da forstår vi mer.»*

Personalet oppgir at strukturen i møtet med bruk av 5-koloneskjemaet basert på kognitive prinsipper for problemløsning er en strukturert og effektiv metode. Det beskrives av en deltaker slik:

*«Strukturen i møtet er viktig, vi får oversikt over hva pasientene har. Og det er jo ikke bare den psykiske biten, men somatikk er jo også med der.»*

En annen beskriver det slik:

*«Det å skille på våre følelser og pasientens følelser, eller hva vi tror pasienten føler i de veiledningstimene, det tror jeg er kjempeviktig.»*

Nettopp at det i refleksjonsmøtet også var fokus på personalets egne følelser, ble trukket fram som en viktig faktor for mestring og læring og for videreutvikling og bruk av KMT i møtet med pasientene. Det beskrives av en slik:

*«For KMT handler jo om å forstå hvordan ting henger sammen, men med TID så får vi i tillegg fokus på oss selv også, samtidig som pasienten. Vi trenger det for å kunne bruke det på pasienten. Så gjør det også noe med våre holdninger, i forhold til det vi gjør.»*

Muligheten til å reflektere over og sette ord på egne tanker og følelser, ble av personalet trukket fram som en viktig faktor i utviklingen av personlig og profesjonell praksis.

### Refleksjon utvikler delt forståelse og felles forpliktelse

Ved første intervju oppgir personalet at tiltak rundt den enkelte pasient blir formidlet via tiltaks- og holdningsplaner utformet av teamet, og at det oppleves utfordrende å oppnå en felles forståelse i avdelingen for disse tiltakene. Utover tiltaks- og holdningsplanene hadde avdelingen ingen felles eksplisitt strategi i tilnærmingen til den enkelte pasient. Det framkommer ved andre intervju at personalet, gjennom å dele forståelse, erfaringer og synspunkter med hverandre i strukturert refleksjon, oppnår økt forståelse og felles forpliktelse for tiltak i pasientbehandlingen. I siste intervju er opplevelsen av dette blant personalet enda tydeligere. Som en deltaker beskriver det:

*«Du får på en måte en større felles forståelse da. Hva er det som er problemet her og hvordan oppfatter du det, altså, for derigjennom å øke forståelsen.»*

En annen deltaker beskriver:

*«Men med TID kan vi bli enige og få en felles forståelse. Altså, dersom det er greit at senga er et tilholdssted en stund, så vet alle det. Men hvis vi ikke hadde hatt TID, så ville den ene syntes at det er greit at pasienten ligger i senga og den andre mene at, nei nå er det på tide å stå opp og bli med.»*

Personalet beskriver TID-refleksjonsmøtene som et samlende beslutningsorgan for tiltak rundt den enkelte pasient. Deltakelse fra så mange som mulig av personalet, i tillegg til avdelingsleder og lege, blir trukket fram som en viktig faktor for lojalitet og felles forpliktelse som oppstår i TID-møtet.

*«Det blir en annen lojalitet til det som er bestemt når du har vært med på å bestemme det. I stedet for bare å få beskjed om å jobbe slik.»*

Deltakelse på møtet bidrar til at personalet får et eierforhold og derigjennom en lojalitet til tiltakene som blir bestemt i fellesskapet.

Ved første intervju beskriver personalet miljøbehandlingen i avdelingen som en fellesskaps-tenkning, der individrettet behandling i mindre grad hensynstas. I både andre og tredje intervju blir bruk av pasientens personhistorie i refleksjonsmøtet trukket fram som viktig for å skreddersy individuelle tiltak til den enkelte pasient. Som en ansatt sa;

*«Det er noe med at det er flere som er med og hører om bakgrunnen til pasienten, altså pasientens bakgrunnshistorie og de tiltak som da blir satt inn.»*

En annen beskriver det slik:

*«Men det har skjedd noe med forståelsen, at det er mer individuelle hensyn. Vi skal ikke bare gjøre det fordi det står på timeplanen.»*

Personalet oppgir at det har vært et ønske om individuelle tiltak i avdelingen tidligere, men at det har vært vanskelig å få det gjennomført i praksis. Dette oppleves endret etter innføring av TID refleksjon.

### Diskusjon

Funn i denne studien viser en sammenheng mellom TID-refleksjon og personalets opplevelse av økt mestring gjennom utviklingen av delt forståelse og felles forpliktelse. Det overordnede inntrykket er at den økte mestringen personalet refererer til hovedsakelig er basert på deres opplevelse av økt kompetanse og sosial støtte gjennom TID-refleksjon. Disse funnene vil bli diskutert i lys av kompleksiteten i organisasjonen og i sykdomsbildet til den alderspsykiatriske pasient (2, 18). Vi vil som teoretisk referanseramme bruke KT (7) i forståelsen av hvorfor TID kan være et nyttig verktøy ved utvikling av en tverrfaglig avdelingskultur (9).

### Den doble kompleksiteten

Deltakerne i denne studien beskriver i første intervju en opplevelse av faglige utfordringer i møtet med pasienter med komplekse alvorlige psykiske lidelser. Spesielt sterke appeller og kombinasjonen somatisk og psykisk sykdom skapte stress og makteløshet. Personalet gir her uttrykk for en forståelse av at det finnes en lineær sammenheng mellom årsak og virkning. Det skjer en forenkling i forståelsen av problemene på grunn av stadig opplevde krav om løsninger (3). Imidlertid vil årsaker til atferd og psykiske symptomer som regel være multifaktorielle, med både biologiske, sosiale og

psykologiske årsaker. Årsakene kan også påvirke hverandre i et komplekst samspill og krever derfor en bred tilnærming og utredning (13, 18). I tillegg vil den sosiale konteksten rundt pasienten, med fagpersoner med ulik forståelsesramme bidra til økt kompleksitet (3), noe som også var opplevelsen til personalet i denne studien.

I funnene framkommer det at gjennom å dele erfaringer i felles TID-refleksjon fikk personalet større kjennskap til hva de andre kollegene mente om situasjonen. De beskriver at gjennom å dele erfaringer opplevde de en ny felles kunnskap som medførte en ny bevissthet om situasjonen. Spesielt fokus på pasientens personhistorie ble av deltakerne vist til som en viktig faktor både for å oppnå økt kunnskap om den enkelte pasient og for å tilpasse tiltak i miljøterapien ut fra pasientens preferanser og ressurser. Andre studier har også vist til pasientens personhistorie som betydningsfull for å forstå atferden og skape gode behandlingstiltak (10). Imidlertid har studier på miljøterapi vist at det kan være utfordrende å skape en bevisst organisering og struktur som ivaretar en individuell tilnærming til pasientene i avdelingsmiljøet (5). Hoveddelen av miljøterapien til pasienter i spesialisthelsetjenesten foregår i dette miljøet. Det vil derfor være av betydning at ansatte har en felles forståelse for hva som er målet i miljøbehandlingen for den enkelte pasient, og samtidig en bevisst holdning til egne tanker og følelser i dette møtet. Ansatte viser til at miljøterapien i avdelingen gikk fra å være noe alle pasientene skulle delta i fordi det sto på timeplanen, til individuelle tiltak til den enkelte pasient.

Gjennom bruk av TID-refleksjon med en felles biopsykososial tilnærming til komplekse problemer, viser personalet til at de har fått en mer tverrfaglig tilnærming, mestring og forståelse for den enkelte pasient. Ifølge Conklins (2006) bør tverrfaglige refleksjonsmøter integreres i organisasjoner som arbeider med komplekse problemer nettopp for å oppnå delt forståelse og en felles forpliktelse (3). Dette er i samsvar med funn fra en oppsummert litteraturstudie som viser at strukturerte dialogmøter kan føre til økt mestring og økt kunnskap hos personalet (10).

#### *Fra flerfaglighet til tverrfaglighet*

Før innføringen av TID hadde avdelingen satt i gang et prosjekt med KMT, hvor hensikten var å skape en felles forståelsesramme. KMT er innført i flere enheter i spesialisthelsetjenesten

nettopp med dette formålet (16). Ansatte opplevde imidlertid at det til tross for dette var vanskelig å være samkjørte i behandlingstiltak for den enkelte pasient. KMT prosjektet i denne avdelingen innbefattet opplæring av deler av personalgruppen. Avdelingen hadde ingen møtearena for felles refleksjon der hele den tverrfaglige personalgruppen deltok. KMT ble således innført i avdelingen ved å øke kompetansen hos deler av personalgruppen gjennom opplæring. Ansatte som ikke hadde opplæring i KMT kunne dermed oppleve at den kognitive metoden ble teoretisk og vanskelig å forstå. Et viktig spørsmål knyttet til denne formen for læring og bruk av KMT i avdelingen, er om personalet kunne oversette denne generaliserte kunnskapen til en kollektiv kunnskap om den enkelte pasient i nye og varierende komplekse situasjoner. Ved innføringen av nye arbeidsmetoder i et tverrfaglig team vil det være av betydning at ansatte opplever det som et fellesprosjekt hvor man lærer sammen (4, 9, 12). Klinisk refleksjon er vist til som en viktig læringsarena hvor man utvikler en ny kollektiv kunnskap gjennom deling av erfaringer og opplevelser (4, 8). Dette samsvarer med funn i denne studien. Ansatte oppgir at TID-refleksjonsmøtet ble en treningsarena for ansatte ved at de selv skulle sette ord på og forstå sammenhengen mellom egne tanker og følelser i møte med enkeltpasienter. Det kan tenkes at når alle ansatte forstår hvordan de kognitive prinsippene kan anvendes ved systematisk refleksjon om den enkelte pasients symptomer og atferd, vil det også være lettere å anvende dette i det direkte møtet med pasienten.

Det unike med TID-refleksjonsmøtene er nettopp strukturen i møtet med kolonneteknikk basert på kognitive terapeutiske prinsipper (13). Deltakernes opplevelse av effekten med denne strukturen i TID-refleksjonsmøtene på organisasjonsnivå, samsvarer med funn ved bruk av KT på individnivå (15). I KT vektlegges det at følelser og atferd i en gitt situasjon i stor grad bestemmes av de tolkninger som gjøres av situasjonen (15). I denne refleksjonen er det personalets egne følelser og tanker rundt pasientens atferd som utforskes, med bakgrunn i en forståelse av at vår atferd er relasjonell – at vi gjensidig påvirkes av hverandre (13, 14). De tolkninger personalet gjør av pasientens atferd påvirker og former deres egen atferd i møte med pasienten, noe som kan bidra til å vedlikeholde, forsterke eller redusere forekomst av atferden hos pasienten (13). Gjennom felles refleksjon over ulike situasjoner opplevde deltakerne en ny forståelse av pasientsituasjonen og av egne følelser i dette møtet.

Funn i denne studien, viser også at personalet beskriver en endret lojalitet til behandlingstiltak for den enkelte pasient, gjennom en økt felles forståelse. Ansatte viser til at deltakelse fra alle i utformingen av tiltakene økte forståelsen av, og lojaliteten til oppgavene. Det kan forstås som en endring fra profesjonsbetinget fragmentering, til et fellesprosjekt med en felles forståelse, noe som er av betydning for utvikling av kompetanse i tverrfaglige team, kvalitet og pasientsikkerhet (4, 12).

#### **Metodiske vurderinger: styrker og svakheter**

Denne studien inkluderer ansatte fra kun en enkel avdeling, noe som er en begrensning. Imidlertid vil empiriens rikholdighet være av større betydning enn antall personer involvert i kvalitativ forskning (19, 20). Avdelingen er fulgt over en periode på ni måneder med tre flerstegs fokusgruppeintervju. Det gav oss et rikholdig datagrunnlag om personalets erfaringer. I kvalitativ forskning vil møtet mellom forsker og informant alltid være et unikt og tidsbestemt møte der forskerens forforståelse er av betydning (19). Intervjuerne i denne studien var JM og BL. Begge har deltatt i utformingen og gjennomføringen av denne pilotstudien.

Vi har forsøkt å være bevisste at den tette kontakten mellom prosjekt og forsker både har fordeler og ulemper (19). Ved gjennomføring av intervjuene kunne vi med bakgrunn i vår kunnskap om prosjektet stille oppfølgings-spørsmål om tema som framkom som vi ellers kanskje ikke hadde hatt mulighet til uten denne kontekstuelle kunnskapen. Imidlertid kan også vår forforståelse bidra til en mer positiv vektlegging av funnene. For å sikre at det er de ansattes perspektiv som framkommer i funnene, har deltakerne selv lest gjennom disse, og gitt tilbakemelding på funn i studien etter at analysene ble gjennomført.

## Konklusjon

Erfaringene fra denne pilotstudien viser at TID kan være en egnet modell for tverrfaglig refleksjon og for utvikling av KMT i en alderspsykiatrisk avdeling for pasienter med andre lidelser enn demens. Økt mestring hos personalet gjennom utvikling av delt forståelse i felles refleksjon, øker opplevelsen av en felles forpliktelse til å få gjennomført individuelle miljø-behandlingstiltak.

## Bidrag

Alle forfatterne har deltatt i utformingen av studien. JM og BL har ledet opplæringen og vært til stede på refleksjonsmøter i avdelingen i prosjektperioden. JM og BL har gjennomført alle tre fokusgruppeintervjuene og påfølgende analyser. JM har skrevet artikkelen. Alle forfatterne har bidratt med innspill, revideringer og tilbakemeldinger.

## Finansiering

Denne pilotstudien er finansiert av Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet HF.

---

## REFERANSER:

- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
- Spector A, Orrell M. Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(6):957-65.
- Conklin J. *Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2006.
- Willumsen E, Ødegård A. *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforl.; 2016.
- Skorpen A, Øye C. Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer: En litteraturoversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. 2010;12(3): 15-27.
- Wright JH. *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. New York: Guilford Press; 1993.
- Holm L, Oestrich IH, Austin S, Beck S, La Cour LL, Lykke J. *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeverdigt samarbejde*. Virum: Dansk psykologisk forlag a/s; 2006.
- Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promoters, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical & Investigative Medicine*. 2007;30(6):224-32.
- Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine*. 2006;29(6):351.
- Reuther S, Dichter MN, Buscher I, Vollmar HC, Holle D, Bartholomeyczik S, et al. Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(12):1891-903.
- HOD, omsorgsdepartementet H-o. Stortingsmelding nr. 25 (205 - 2006). Mestring, muligheter og mening; Fremtidens omsorgsutfordringer. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Departmentenes servicesenter; 2006.
- Rosenvinge J, Larsen E, Skårderud F, Thune-Larsen K. Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2004;41:706-12.
- Lichtwarck B, Tverå A-M, Røen I. Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens. Manual 2 utgave. Tilgjengelig på: [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no): Sykehuset innlandet, Alderspsykiatrisk Forskningscenter; 2015.
- Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, Myhre J, et al. TIME - Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16:233.
- Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. New York: Oxford University Press; 1989.
- Solbjør M, HH K. *Kognitiv miljøterapi - forskningsbasert kunnskapssammenstilling*. Trønderforskning AS; NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. 2013; Rapport nummer: 3/13.
- Kitwood T. *Dementia reconsidered: The person comes first*. Birmingham: Open University Press.; 1997. 7-19 p.
- Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, Lindstrom JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(1):25-38.
- Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage publications; 2014.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.