



SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Krevende faglige utfordringer blant ansatte som arbeider i kommunale bofellesskap med personer med psykiske helseproblemer, var utgangspunktet for et samarbeid mellom DPS og kommunen om et toårig kompetanseutviklingsprosjekt.

**Hensikt:** Å undersøke hvorvidt bruk av kognitiv miljøterapi (KMT) som forståelsesramme i undervisning og veiledning av helsepersonell i et kommunalt bofellesskap for personer med psykisk helseproblemer, kan bidra til å utvikle og styrke tillit

til egen og gruppens kompetanse. Hvordan erfarer ansatte i et kommunalt bofellesskap systematisk undervisning og veiledning med kognitiv miljøterapi som forståelsesramme?

**Metode:** Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer over en toårsperiode. Det ble utført en tematisk innholdsanalyse.

**Resultater:** Deltakernes kompetanse i å håndtere utfordrende situasjoner er styrket ved prosjektets slutt sammenliknet med oppstart. KMT oppleves som en metode som

er tilgjengelig og anvendelig i samhandling med brukerne og bidro til faglig utvikling blant deltakerne. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er bedret i løpet av prosjektperioden.

**Konklusjon:** KMT synes å være en egnet tilnærming i bemannede bofellesskap for personer med psykiske helseproblemer i kommunen. Økt kompetanse og felles forståelse av terapeutiske tilnærminger har positiv betydning for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

ENGLISH SUMMARY

**Cognitive milieu therapy in community mental health care – experiences from a qualitative study**

**Background:** Professional challenges constituted the basis for a two-year collaborative project between a district psychiatric center and the mental health service in the local community.

**Objective:** To explore whether use of cognitive milieu therapy (CMT) as framework for understanding the supervision of mental health workers can develop and strengthen confidence in both their and the group's skills. How do employees in a muni-

cipal housing facilities experience systematic supervision with cognitive milieu therapy as a framework of understanding?

**Method:** The study involved three focus group interviews during a two-year period. The study also required a thematic content analysis.

**Results:** The participants experienced that their skills in handling challenging situations were strengthened through the project. CMT is perceived as a method that is available and useable in the interaction with users, and contributed to the professional

development of the participants. The participants experienced that the collaboration with specialist health care improved during the project period.

**Conclusion:** In working with people with mental health problems, it appears that the CMT is a suitable approach. Increased competence and common understanding has a positive impact on the collaboration between the local and the specialist health services.

**Keywords:** clinical supervision, cognitive milieu therapy, competence developing, mental health

# » Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap

Forfattere: **Mona Sommer**  
og **Grethe Eilertsen**

## NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Intervju
- Veiledning
- Terapi
- Psykisk helse

## INTRODUKSJON

Bakgrunnen for artikkelen er et kompetanseutviklingsprosjekt i kommunalt psykisk helsearbeid. Ansatte ved et bofellesskap for personer med alvorlig psykiske helseproblemer har deltatt i undervisning og veiledning med kognitiv miljøterapi (1) som teoretisk forståelsesramme. Enkelte av brukerne i bofellesskapet hadde hyppige innleggelse i døgnavdelingen ved distriktspsykiatrisk senter (DPS) og ved akuttavdeling på sentralsykehus. Komplekse problemstillinger rundt brukere utløste et behov blant de ansatte i bofellesskapet for å styrke egen kompetanse for å bli mer samkjørte og robuste i slike situasjoner.

Døgnavdelingen ved DPS hadde over flere år benyttet kognitiv miljøterapi (KMT) som overbyggende behandlingsfilosofi. De faglige utfordringene og behovet for kompetanseheving i bofellesskapet, samt gode erfa-

ringer med KMT ved døgnavdelingen, var bakgrunnen for at DPS og bofellesskapet planla et kompetanseutviklingsprosjekt med KMT som forståelsesramme. Fagpersoner ved DPS hadde ansvaret for gjennomføringen av prosjektet.

Prosjektet gikk over to år, og med unntak av hospitering der ansatte i kommunen var ved DPS, foregikk all aktivitet ved at ansatte i spesialisthelsetjenesten var til stede i bofellesskapet. Prosjektet startet med undervisning i KMT for de ansatte i bofellesskapet. I tillegg til at to veiledere fra DPS drev en veiledningsgruppe to timer per måned gjennom de to årene, var en av de to veilederne fra DPS til stede i bofellesskapet under hele perioden (cirka 35 dager) for å utføre fortløpende veiledning i konkrete situasjoner. Veiledningsgruppen ble tilnærmet organisert som et reflekterende team, der veilederen intervjuer en av deltakerne i gruppen som har et tema å bringe frem, og resten av deltakerne bidrar med spørsmål og kommentarer (2). Den kognitive modellen ble anvendt i de faglige refleksjonene.

Opptrappingsplanen (OTP) for psykisk helse ble sluttført i 2008. Et sentralt siktemål med

planen var å styrke tjenestetilbudet i kommunene (3). Det ble blant annet bygget boliger for personer med psykiske helseproblemer og ansatt personell som skulle gi tilstrekkelig bistand. DPS ble bygget opp som aktive behandlingseenheter på lokalsykehusnivå. Utbyggingen ble gjort samtidig med nedbygging av de store institusjonene. Kommunene fikk ansvar for personer med alvorlige psykiske helseproblemer som tidligere var behandlet i institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Noen av disse personene har i perioder

### Hva tilfører artikkelen?

Studiens funn indikerer at kognitiv miljøterapi er egnet som tilnærming til pasienter med psykiske helseproblemer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

### Mer om forfatterne:

Mona Sommer er spesialsykepleier i psykisk helse med mastergrad i klinisk helsearbeid. Hun er ansatt som prosjektleder i Øvre Eiker kommune. Grethe Eilertsen er sykepleier og PhD. Hun er ansatt som førsteamanuensis Høgskolen i Buskerud. Kontakt: mona.sommer@ovre-eiker.kommune.no

mange innleggelse i døgnavdelinger, på DPS og sentralsykehus. De mottar tjenester fra tre tjenestenivåer; psykisk helsetjeneste i kommunen, DPS og sentralsykehus. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) slår fast at tjenestetilbudene fortsatt oppleves som lite helhetlige (4), noe som tilsier at å fokusere på samarbeid mellom tjenestenivåene er sentralt.

En av kjerneoppgavene for DPSene er å gi veiledning til kommunene for å bidra til kvalitetssikring av tjenestene (5). Klinisk veiledning innen psykisk helsearbeid er rapportert i kvalitative studier som avgjørende i

er at korrigerende og refortolkning skal endre brukers selvoppfatning og øke refleksjons- og mestringsfølelse (14).

Det er i løpet av de siste årene gjort noen erfaringer med bruk av KMT ved sengeposter i Norge (14,15), men dokumentasjonen er foreløpig begrenset. I Sverige og Danmark har KMT vært praktisert i flere år, hovedsakelig ved korttidsposter, dagavdelinger og eksterne behandlingssenheter der brukerne er over lengre perioder (14). I Sverige er KMT etablert som et ledd i å motvirke institusjonalisering, fordi man antar at KMT støtter brukeres autonomi og selvstendighet (16).

KMT som forståelsesramme i veiledning av helsepersonell i kommunalt bofellesskap, ville bidra til å utvikle og styrke tilfellen både til egen og gruppens kompetanse. Blant ansatte, både fra bofellesskapet og DPSen, var det også ønskelig å utvikle en enhetlig tilnærming overfor brukerne, enten de er på DPS eller i sin bolig i kommunen. I tråd med Kirkevold la vi til grunn at utvikling av personlig kompetanse både omhandler praktisk, teoretisk og etisk kunnskap samt intuisjon, refleksjon og erfaringer (19).

Parallelt med prosjektet ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer. Hensikten med dette var å undersøke hvorvidt bruk av kognitiv miljøterapi (KMT) som forståelsesramme, i undervisning og veiledning av helsepersonell i et kommunalt bofellesskap for personer med psykisk helseproblemer, kan bidra til å utvikle og styrke tilfellen til egen og gruppens kompetanse.

Studien hadde følgende forskningsspørsmål: 1) Hvordan beskriver helsearbeidere i bofellesskapet faglige utfordringer? 2) Hvordan opplever helsearbeidere i bofellesskapet kognitiv miljøterapi som forståelsesramme i undervisning, veiledning og i arbeidet med brukerne? 3) Hvordan opplever gruppen endringer knyttet til egen kompetanse i løpet av de to årene prosjektet pågår?

## METODE

### Datainnsamling

Flerstegs fokusgruppeintervju ble valgt som dataskapingsmetode, der man gjennomfører en serie fokusgrupper over tid med de samme deltakerne (20,21). Metoden er særlig egnet når man vil få frem gruppeerfa-

” Personalet er mye mer samkjørte nå. Vi reflekterer over situasjoner og kan komme fram til enighet.

forhold til kompetanseutvikling blant personalet (6–8). Veiledning er sentralt i utviklingen av kunnskap og kompetanse, opplevelse av trygghet i ulike situasjoner i praksis og for personlig utvikling (9). Buus med flere fant at den mest anvendte veiledningsmetoden i gruppeveiledning er reflekterende team (10).

KMT bygger på kognitiv atferdsteori der hensikten er å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet (11,12). Den sentrale ideen i kognitiv terapi er at negative, automatiske tanker kan skape eller forsterke psykiske vansker (13). Den metodiske tilnærmingen er at bruker sammen med terapeut identifiserer og utfordrer negative, automatiske tanker og dysfunksjonelle underliggende antakelser for å finne alternative tolkninger. Målet i KMT

Fra Danmark rapporterer man at etablering av KMT har ført til bedre tverrfaglig samarbeid og mer helhetlig behandling (1). Videre beskriver man at det er utviklet et felles språk, bedre dokumentasjon av behandlingseffekt og klarere identitet i forhold til interne og eksterne samarbeidspartnere (1,14). En ny norsk rapport (17) beskriver miljøterapeuter ved en avdeling for behandling av brukere med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, som erfarte at KMT ble et handlingsredskap som bidro til å arbeide mer ressursorientert. En annen studie påpeker at en felles tilnærming og et felles språk oppleves som en styrke i behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske helseproblemer (18).

På bakgrunn av disse studiene og praksiserfaringene ønsket vi å undersøke om

ringer og når gruppens forståelse anses som viktigere enn hva den enkelte deltaker gir av informasjon. Data som følger av en gruppedynamikk anses som relevante og interessante for studiens hensikt. Fokusgruppeintervjuet ligger nært opptil samtaleintervjuet eller til en gruppediskusjon, men skiller seg fra disse, fordi metoden har en klar hensikt og ledes av en moderator som holder samtalen rundt et bestemt tema (20). Metoden er systematisk samtidig som den åpner for fleksibilitet. Fokusgruppeintervju er sirkulært i den forstand at et utsagn ofte utløser assosiasjoner og refleksjoner hos andre som igjen utløser nye reaksjoner hos den første. Samhandlingen utløser på den måten en gjensidig forsterkning (21).

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer i løpet av to år; det første ved oppstart av prosjektet, det andre etter ett år og det tredje ved prosjektets slutt. Intervjuene ble gjennomført med en semistrukturert intervjuguide utarbeidet på bakgrunn av litteratur og problemstilling. Intervjuguiden ble benyttet i alle tre intervjuene. Intervjuene ga rom for å forfølge og utdype temaer som ble avdekket i den fortløpende analysen mellom intervjuene og av temaer deltakerne brakte inn. Hvert intervju varte omtrent to timer. Samtalene ble tatt opp på lydband og skrevet ut ordrett.

### Utvalg

Rekrutteringen foregikk ved først å avklare studiens inklusjonskriterier i samarbeid med kommunen, og dernest avholde informasjonsmøte der de aktuelle deltakerne ble invitert til å delta. Inklusjonskriterier var: Fast ansatt i minst 50 prosent

stilling med minimumsutdanning i psykisk helsearbeid. Utvalget besto av fem sykepleiere og hjelpepleiere med videre-

få et helhetsinntrykk. Meningsbærende enheter i intervjueteksten ble ekstrahert, og enheter med beslektet innhold ble deretter ordnet i grupper og gitt represen-

## ” Vi som har vært på veiledning kjenner hverandre bedre.

utdanning i psykisk helsearbeid. I det siste intervjuet deltok fire av fem, da en hadde sluttet.

### Etiske hensyn

Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon før studien ble gjennomført. Deltakelse var frivillig, og det ble informert om at det var mulig å trekke seg underveis. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke. Deltakernes konfidensialitet er sikret ved at ingen opplysninger kan knyttes til person. Studien er godkjent av Personvernombudet.










### Analyse

Det ble foretatt en tematisk innholdsanalyse av intervjuene (24). Intervjuene ble innledningsvis lest gjennom flere ganger for å

tative kodenavn. Kodegrupper med fellestrekk ble så sammenkoplek til nye temaer (subtemaer). Den videre abstraheringen resulterte til sist i to hovedtemaer med tilhørende subtemaer. Temaene, som ble skapt induktivt, har til hensikt å beskrive fenomenene slik de framkommer i intervjuene (25).

For å identifisere mulige endringer i løpet av de to årene, ble intervju nummer to analysert i forhold til det første intervjuet og tilsvarende ble tredje intervju analysert i lys av de to foregående. Det ble lagt vekt på både å identifisere nye temaer som ble tatt opp og analysere endringer av tidligere temaer (illustrert i figur 1). De fortløpende analysene dannet også grunnlag for

**FIGUR 1:** Viser endringer i deltakernes opplevelse av maktesløshet og egen kompetanse i løpet av de to årene (figurstørrelse angir hvor fremtredende opplevelsen er).

	Ved oppstart	Etter 1 år	Etter 2 år
Opplevelse av maktesløshet i forhold til bruker			
Opplevelse av maktesløshet i forhold til andre aktører			
Opplevelse av tillit til egen kompetanse			

utdypning og oppfølging av aktuelle temaer i det neste intervjuet.

## RESULTATER

Resultatene framstilles i to hovedtemaer; fra maktesløshet mot økt mestring og stimulerende refleksjon – flere synsvinkler.

### Mot økt mestring

I første intervju beskrev deltakerne at noen av brukerne utfordret dem på å stå samlet som gruppe. Konsekvensen var at de ofte opplevde uro og splittelse i personalgruppen. Halvveis i prosjektet var dette fortsatt et tema, men i siste intervju beskrev deltakerne at de opplevde gruppen mer samkjørt, slik en sa: «Personalet er mye mer samkjørte nå. Vi reflekterer over situasjoner og kan komme fram til enighet ...». En annen sa: «Vi som har vært på veiledning kjenner hverandre bedre. Vi er tryggere på hverandre». De opplevde gradvis mindre splittelse i personalgruppen.

Ved prosjektets oppstart var opplevelse av maktesløshet et framtrødende tema. Deltakerne følte seg maktesløse både innad i bofellesskapet og utad i forholdet til samarbeidsaktører. Innad handlet det særlig om en følelse

kompetanse var styrket og at de i større grad mestret utfordrende situasjoner.

En annen side av maktesløsheten var erfaringer i møte med representanter fra spesialisthelsetjenesten, inkludert DPSet. Deltakerne opplevde at deres meninger og vurderinger ikke ble anerkjent. Ved prosjektstart var det enighet om at terskelen for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten var høy. I det andre intervjuet var dette radikalt endret. Terskelen i forhold til å ta kontakt med DPSet var borte og de opplevde samarbeidet som langt bedre. Særlig hospiteringen på DPSet ble trukket frem som verdifullt og en viktig årsak til dette. En deltaker reflekterte på følgende måte: «Vi kjenner hverandre nå. Vi har felles plattform til brukeren som ofte kommer til dere herfra. Nå vet vi hvorfor dere gjør som dere gjør. Jeg tenker at det er flott å se ansiktene til de som jobber der ... For vi har tenkt sånn at der borte på sykehuset, der kan de alt. Da er det fint å høre fra dem at vi i bofellesskapet står i noe som er kjempetøft. Jeg hører at de har respekt for hva vi gjør her. Og det gjør noe med meg».

Etter to år ble samarbeidet mellom kommunen og spesia-

måte: «Han sa at det vi gjorde nå var kjempebra. Det var litt hyggelig. Det er sjelden du får sånn tilbakemelding».

Ved prosjektets oppstart meddelte en av deltakerne seg slik: «Jeg er nesten alltid usikker på om det jeg har gjort er bra og riktig. Jeg føler meg usikker på min egen kompetanse ... Vet ikke om mine vurderinger er riktige». Etter to år beskrev hver av deltakerne en personlig utvikling, fra faglig usikkerhet og liten tillit til egne vurderinger mot større trygghet og tillit til egen kompetanse. Dette ble illustrert gjennom en fortelling der en deltaker hadde fått vite at en bruker hadde det vanskelig. Hun visste at hun skulle inn i leiligheten og snakke med vedkommende. Hun sa: «Før var jeg alltid usikker på hva jeg skulle si. Nå går jeg inn og har mer tillit til meg selv, og da går samtalen mye lettere. Jeg kan faktisk gå ut etterpå og tenke at dette gikk veldig bra. Og sånn hadde jeg det i alle fall ikke for to år siden. Så jeg har utviklet meg. Jeg føler meg mye tryggere».

Deltakerne framholdt at gjennom deltakelse i veiledningsgruppen var særlig evnen til refleksjon stimulert og utviklet. Dette reduserte opplevelsen av omfanget av utfordrende situasjoner. En beskrev det slik: «Jeg tenker at vi nå tar opp og tenker rundt problematikken på en annen måte. Reflekterer. Vi kommer ikke frem til svaret med en gang, men går innom mange ting som kan være riktige». Gruppen opplevde også at tryggheten til hverandre hadde blitt styrket gjennom de to årene. Tryggheten i arbeidsfellesskapet var særlig avgjørende i forhold til å håndtere utfordrende situasjoner.

” Jeg føler meg usikker på min egen kompetanse ... Vet ikke om mine vurderinger er riktige.

av utilstrekkelighet i forhold til brukere med personlighetsproblematikk. En deltaker beskrev det slik: «Jeg føler meg tappet for energi. Det er utrolig tøft å stå i det». Følelsen av maktesløshet ble i det andre året betydelig redusert. Deltakerne opplevde at deres handlings-

listhelsetjenesten omtalt som ytterligere forbedret. Deltakerne opplevde at de i økt grad ble lyttet til og trukket inn i vurderinger og fikk anerkjennelse for sin kompetanse. En av deltakerne beskrev en samtale med en lege på akuttavdelingen på sentralsykehuset på følgende

### Stimulerende refleksjon

Ved prosjektets oppstart beskrev deltakerne brukernes tiltaksplaner som verktøy for felles tilnærming. Utover dette hadde gruppen ingen felles strategi. I det andre intervjuet var deltakerne opptatt av hvordan de kunne handle i vanskelige situasjoner. De beskrev en større bevissthet rundt betydningen av å snu negative tanker, og var engasjert i å finne alternative måter å forstå på sammen med brukerne: «Vi bruker mye tid på å snu på ting, finne mestringsstrategier sammen med brukerne ... Vi har fått mer forståelse av det vi gjør og hvorfor vi gjør det. Det har vært en kjempeprosess. Det kan være fryktelig vanskelig å snu tankemønstre, men vi er veldig bevisste på at vi prøver å hjelpe brukerne til å se ting fra en annen synsvinkel».

Etter to år var samtlige deltakere samstemte i at de benyttet kognitiv miljøterapi som felles tilnærming. Deltakerne formidlet i det siste intervjuet at de anså seg selv mer som veiledere enn eksperter i møte med brukerne. De benyttet KMT i samtaler med brukerne, og følte at de hadde fått et verktøy som fungerte. KMT ble beskrevet som anvendelig og relativt ukomplisert å tilegne seg, og gruppen ønsket å videreutvikle denne kompetansen for å kunne benytte metoden enda mer variert. Det ble lagt vekt på at et viktig utbytte av prosjektet var kunnskapen og ideen om å enes om en felles teori som forståelsesramme.

### DISKUSJON

Studien tydeliggjør sammenhengen mellom veiledning, økt kunnskap om og erfaring med KMT, opplevelse av mestring

og tillit til egen kompetanse, og bedre samarbeid med andre aktører. Studien understøtter dermed tidligere resultater om betydning av veiledning (6–9). Sentralt for den personlige og faglige utviklingen var også arbeidet med en felles teoretisk forståelsesramme i samarbeid

økt ansvar for tilrettelegging, behandling og oppfølging av sine brukere (26). Studien åpner også opp for en videre diskusjon mellom tjenestenivåene om det kan være hensiktsmessig med en felles forståelsesramme i behandling og oppfølging.

KMT er benyttet i Sverige og



Jeg føler meg mye tryggere.

med kollegaene, noe som også er dokumentert tidligere (18). Det er imidlertid vanskelig å avgjøre om det er opplæring i og bruk av KMT som metode, som alene utgjør grunnlaget for deltakerne positive erfaringer. Alle de ulike komponentene i prosjektet; systematisk undervisning, veiledning og hospitering, deltakelse i fokusgruppeintervjuene, oppmerksomhet og støtte i prosjektperioden, bedre innsikt i hverandres arbeidsfelt og KMT som forståelsesmodell, har antakeligvis både enkeltvis og samlet virket positivt inn på kompetanseutvikling og samarbeid. I lys av komponentene som inngår i personlig kompetanseutvikling (19), beskrev deltakerne behovet for videre utvikling og læring. Variasjonen i de ulike læringssituasjonene i prosjektperioden, for eksempel tett vekslning mellom forelesninger og veiledning i konkrete situasjoner, ser ut til å ha bidratt til dette.

Økt kompetanse og felles forståelsesramme gir grunnlag for bedre samarbeid mellom tjenestenivåene. Resultatene utfordrer både kommune og spesialisthelsetjeneste i det videre arbeidet med å sikre at fagpersoner har nødvendig kompetanse. Særlig er dette en utfordring til kommunene, som med samhandlingsreformen har

Danmark over flere år, og ser ut til å styrke brukernes autonomi, motvirke institusjonalisering og gi bedre samarbeid (14,16). Til tross for at den foreliggende studien har begrenset materiale og således må brukes med forsiktighet, peker resultatene i samme retning som erfaringene fra Sverige og Danmark, og styrker antakelsen om at KMT er egnet som tilnærming både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Et tankekors er at psykoterapiforskningen viser at det ikke er fagfolks metoder som er avgjørende for bedring (29). Fagpersoners tro på metoden og på sin egen evne til å hjelpe, er derimot viktige faktorer for virksom behandling (29). Sett i lys av studien, handler kanskje dette mer om fagpersoners tillit til egen kompetanse, enn om hvilken metode som er benyttet. Det framkommer at KMT er tilgjengelig og anvendelig, og deltakerne mener at de har fått et verktøy de kan bruke og som har styrket deres kompetanse. Dette er også i tråd med et annet norsk prosjekt (17). Deltakerne ser i større grad på seg selv som veiledere og støttepersoner, i motsetning til tidligere hvor de mer inntok en ekspertrolle. Bedringsforskningen viser nettopp at fagpersoner best kan bidra som dialogpartnere og støttespillere (27, 28),

og at praksiser som ivaretar brukernes autonomi er til god hjelp (27).

Resultatene fra denne studien kan stå i noe motsetning til Stortingsmelding 25 som framhever at brukerne skal møtes med et utvalg av metoder som kan tilpasses den enkelte (30). Forfatterne vil understreke betydningen av individuelt tilpassete behandlingstilbud. Slik vi ser det er KMT ett av mange mulige behandlingstilbud.

## KONKLUSJON

Resultatene viser at veiledning over to år, med KMT som forståelsesramme, bidro til faglig utvikling og styrket deltakerens tillit til egen kompetanse, i forhold til faglig utfordrende situasjoner og samhandling med andre aktører. KMT synes å være egnet tilnærming i bemannede bofellesskap for personer med psykiske helseproblemer i kommunen, sett fra helsearbeidernes ståsted. Felles forstå-

else og felles språk har positiv betydning for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studien avdekker behov for videre forskning på veiledning i det psykiske helsefeltet. Det er fortsatt aktuelt å utforske om det er hensiktsmessig å benytte en felles tilnærming eller metode ved DPSer og i kommunale bofellesskap, både i forhold til kompetanseheving, samhandling og sammenhengende tjenester.

## REFERANSER

1. Oestrich, I, Holm, L. (red). Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i likeverdige samarbejde. København: Psykologisk Forlag. 2001.
2. Andersen, T. Reflekterende Prosesser. Samtaler om samtalene. København: Dansk psykologisk Forlag. 1994.
3. Sosial- og helsedepartementet. Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. St prp. nr. 63 (1997-98). 1998.
4. Norges forskningsråd. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Oslo. 2009.
5. Sosial- og Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for voksne. Distriktspsykiatriske sentre. - Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder IS-1388. 2006.
6. Berg, A, Hallberg, IS. The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on general team psychiatric ward. The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing. 2000; 9 (3): 110-27.
7. Edwards, D, Cooper, L, Burnard, P, Hanningan, B, Adams, J, Fothergill, A, Coyle, D. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2005; 12: 405-14.
8. Olofsson, B. Opening up: Psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2005; 8: 205-11.
9. Arvidsson, B, Löfgren, H, Fridlund, B. Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. Journal of Nursing Management. 2001; 9:161-71.
10. Buus, N, Angel, S, Traynor, M, Gonge, H. Psychiatric hospital nursing staff's experiences of participating in group-based clinical supervision: A interview study. Mental Health Nursing. 2010; 31: 654-61.
11. Berge, T, Repå, P. Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2004.
12. Simonsen, IE. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2007; 11: 1340-9.
13. Beck, JS. Cognitive therapy. Basics and beyond. New York: Guilford Press. 1995.
14. Fredheim, KN. Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2009; 46: 161-7.
15. Løvaas, EØ, Johansen, A. Kognitiv miljøterapi ved seksjon allmennpsykiatri og seksjon psykoser, Sykehuset Levanger. Tidsskrift for kognitiv terapi. 2011; 3: 33-40.
16. Perris, C. Kognitiv psykoterapi vid schizofrena störningar. Stockholm: Pilgrim Press. 1991.
17. Borge, L, Sverdrup, S, Fyrand, L, Angell, OH. Tverrfaglig enhet for dobbelt diagnose (TEDD): En behandlingsmodell til etterfølgelse og læring? Rapport; 7/2012, Diakonhjemmet Høgskole. 2012.
18. Thompson, AR, Donnison, J, Warnock-Pakes, E, Turpin, G, Turner, J, Kerr, IB. Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. International Journal of Mental Health Nursing. 2008; 17: 131-137.
19. Kirkevoold, M. Vitenskap for praksis? Oslo: Ad notam Gyldendal. 1996.
20. Hummelvoll, JK. The multistage focus group interview: A relevant fruitful method in action research based on co-operative inquiry perspective. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning. 2008; 1: 3-15.
21. Lerdal, A, Karlsson, B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien forskning. 2008; 3: 172-175.
22. Halkier, B. Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2010.
23. Krueger, RA, Casey, MA. Focus groups: A practical guide for applied research. Los Angeles Calif.: Sage. 2000.
24. Granheim, UH, Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24: 105-12.
25. Elo, S, Kyngäs, H. The Qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 2008; 62 (1): 107-115.
26. Sosial- og helsedepartementet. Samhandlingsreformen. Rett handling-på rett sted- til rett tid. St. mld. nr. 47 (2008-2009). 2008-2009.
27. Borg, M. The process of recovery in everyday life: The experiences of persons with serious mental illness. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2009; 46: 452-9.
28. Davidson, L. Living outside mental illness. Qualitative studies of recovering schizophrenia. New York (NY): New York University Press. 2003.
29. Wampold, B. The great therapy debate: models, method and findings. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates. 2001.
30. Sosial- og helsedepartementet. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. St. mld. nr. 25 (1996-97). 1996-1997.