



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Ikke en fikser lenger

**Betydning av opplæringen i Acceptance and
Commitment Therapy**

Maiken Melsæther

Totalt antall sider inkludert forsiden: 69

Molde, 28april 2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Hans Petter Iversen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 28.04.2014

Antall ord: 19081

Forord

Dette har vært et studium som har vært meget lærerikt. Samtidig har prosjektet også vært et krevende studium. Problemstillingen i oppgaven ble tidlig klart. Et opplæringsprogram hadde satt sine spor.

Opplevelsene mine rundt flere intervjusituasjoner er noe av det som jeg vil huske med et smil, men også med respekt. Jeg vet også at jeg absolutt ikke er utlært, at jeg har mye å lære om intervjuing om forskning generelt.

Først vil jeg rette en stor takk til familien min som direkte oppmuntret meg i disse to årene til å stå på. Engasjementet deres har vært direkte rørende.

En stor takk til informantene og lederne i kommunen og spesialist helsetjenesten. En spesiell takk til gruppa mi i kommunen som taklet alt fraværet mitt i denne tiden. Dere muliggjorde dette prosjektet.

Takk også til min engasjerte og nysgjerrige veileder, førsteamanuensis, Hans Petter Iversen. Du utgjorde en forskjell i dette prosjektet.

Jeg vil også takke min medstudent, Eva Meese som stilte opp som assistent i begge fokusgruppeintervjuene. Dette innebar faglige diskusjoner og minst like mye humor.

Molde, 27. april 2014, Maiken Melsæther

Sammendrag

Denne undersøkelsen er ment å kunne si noe om hvilken betydning Acceptance and Commitment Therapy (ACT), teori og metode har hatt for deltagerne i et opplæringsprogram. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) regnes for å være inn under den tredje generasjons kognitive adferdsterapi. Denne metoden ble forsøkt implementert ved en døgnavdeling ved et DPS (distriktpsikiatrisk senter) og i en kommune ved hjemmetjenesten. De ansatte fikk opplæring og veiledning med en varighet på et år. Da ble opplæringsprogrammet avsluttet og implementeringen lyktes slik sett ikke.

Jeg tenker det er av interesse å kunne si noe om hva deltagerne sitter igjen med etter en såpass langvarig opplæring av en metode som jeg tenker beveger seg i en ny retning innen psykisk helsearbeid. Som deltager av opplæringen ble jeg meget engasjert i denne nye tenkningen som forankrer seg i et forskningsprogram, RFT (Relational Frame Theory). Innen RFT forskes der på menneskets språk (tanker og følelser). ACT metoden baserer seg på en psykologi om mennesket, ikke om det syke mennesket.

Metode:

Metoden i denne oppgaven er kvalitativ, og først og fremst basert på fokusgruppeintervju. Utvalget består av to fokusgrupper fra to ulike kontekster i psykisk helsearbeid. En gruppe fra en døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten og den andre gruppen fra hjemmesykepleien i kommunen. Deltagerne var terapeuter med ulike videreutdannelser i psykisk helse.

Funn: Deltagerne sier at denne nye tenkningen/opplæringen har hatt en stor betydning. De har fått et nytt redskap i terapien. Psykisk helse- begrepet har dreid seg fra en sykdomstenkning mot en ressurs- og verdi- tenkning. Vanskelige tanker og følelser er ikke så skremmende lengre. De blir nå sett på som det de er, tanker og følelser som kan håndteres på en annen måte, og dermed ikke nødvendigvis styre menneskets handlinger. Med en teori om mennesket og ikke det syke mennesket, blir en øket ansvarliggjøring av brukerne også et funn. Det kommer også frem en forskjell mellom gruppene.

Nøkkelord: ACT, Ansvar, endret terapeutrolle, redskap, psykologisk fleksibilitet, psykisk helse.

Abstract

This thesis aims to enlighten what impact Acceptance and Commitment Therapy (ACT), theory and method, has had on the participants in a training program. ACT is considered to belong to the third generation of cognitive behavioral therapy, and it was attempted implemented at a ward of a District Psychiatric Centre (DPS) as well as mental health service organized as a part of the home service. The staff was trained and counseled for a period of one year. The implementation was unsuccessful and the training terminated.

I believed it is of interest to examine the meaning for the participants of such an extended training in a method that I find to move towards a new direction within psychiatric healthcare. As a participant in the training myself, I was captivated by this new direction of thinking which is based on a research program, Relational Frame Theory (RFT). RFT is a study on human language (thoughts and feelings), and ACT is a method that is based on the psychology of humans in general, and not of the sick human mind.

Method:

The method used in this thesis is focus group interviews. The selection consists of two focus groups from two different types sides of psychiatric healthcare, one group from the special healthcare unit of the municipality, and another from the municipality home nursing. The participants were therapists with different professions.

Findings:

The participants express that this new thinking/training has made a big difference and that they have acquired a new tool for therapy. The term mental- health has changed from a disease-oriented way of thinking towards a focus on resource and values. Difficult thoughts and feelings do not appear frightening, but are seen as they are, thoughts and feelings that can be handled differently, and as a result do not need to control people`s actions. Using a theory based on humans in general and not the diseased human, reliability is also a finding. There were also differences between the groups.

Keywords:

ACT, Responsibility, changed therapeutic role, tool, psychological flexibility, psychiatric health.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn og kontekst for problemstillingen.....	1
2.0	Problemstilling/Tema	4
2.1	Forventninger i oppgavens oppstart	5
3.0	TEORI	6
3.1	Teori ACT/RFT	7
3.2	Humane og sosiale perspektiver på psykisk helsearbeid.....	12
3.3	Makt og myndiggjøring.....	13
3.4	Sosiokulturelle perspektiv	16
4.0	Metode og forskningsdesign	18
4.1	Vitenskapelig forankring.....	18
4.2	Kvalitativ metode	21
4.3	Fokusgruppeintervju.....	23
4.4	Valg av fokusgruppe	25
4.5	Analyse:.....	27
5.0	Resultater/funn	29
5.1	Stor betydning	30
5.2	Endret terapeutrolle	31
5.3	Ansvar tilbake til bruker.....	32
5.4	ACT-et nytt redskap	33
5.5	Psykologisk fleksibilitet	34
5.6	Endringer i synet på psykisk helse	36
5.7	Forskjell mellom gruppene.....	37
5.8	Oppsummerende om funn	38
6.0	Diskusjon	38
6.1	Betydningen av endret ansvarsfordeling mellom terapeut og bruker.....	39
6.2	Den nye terapeutrollen, den «modige» og «fleksible» terapeut.....	41
6.3	Betydning- /konsekvenser av endret syn på Helse/sykdom	44
6.4	ACT som nytt redskap i det terapeutiske arbeidet.....	46
6.5	En ny brukerrolle.....	48
6.6	Forskjell og likheter mellom gruppene	50
7.0	Metode diskusjon	52
8.0	Konklusjon	53
	Referanser	56
	Vedlegg	58
	Vedlegg 1	58
	Vedlegg 2	60
	Vedlegg 3	62

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn og kontekst for problemstillingen.

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 til 2008, (St.prp.nr.63 (1997-1998) tilførte blant annet kommunene midler til flere stillinger og til kompetanseheving (Norges Forskningsråd 2009). Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene ble tjenesten bygget ut. I spesialisthelsetjenesten ble tjenestene også omstrukturert. Blant annet skulle de Distriktpsikiatriske sentrene (DPS-ene) få en viktigere rolle både innad i spesialisthelsetjenesten og som koordinerende sentre i forhold til det psykiske helsearbeidet i kommunen. Et distriktpsikiatrisk senter jeg var i kontakt med og som ble etablert i denne tiden, skulle nå også fungere som en koordinator for opplæringsprogrammer i distriktet. Dette var i tråd med opptappingsplanen.

Våren 2011 startet et bestemt opplæringsprogram ved dette senteret. Programmet var rimelig omfattende og hadde en varighet på et år. Veiledning og opplæring var et ukentlig program på 3 timer og hadde en varighet på 50 uker. Fagpersoner /terapeuter fra senteret og fra en kommune deltok i opplæringen av Acceptance og Commitment Therapy og dens teoretiske forankring (Harris 2011). Jeg var en av deltagerne i opplæringsprogrammet. Vi var mellom 20 og 40 deltagere som alle arbeidet innen psykisk helse, dvs. både psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunen. Målet var å implementere ACT- modellen i døgnavdelingen ved DPS-et og samtidig sørge for at pasienter i programmet ville møte den samme modellen når de kom tilbake til hjemmet/kommunen. Implementering i avdelingen foregikk parallelt med opplæring den siste tiden (dvs.vinter/vår 2012).

Programmet kom i gang og samarbeidet med nettverket (terapeutene fra kommunen) ble også utprøvd over kortere tid. De fleste av deltagerne var med hele året.

Opplæringsprogrammet var organisert som et eget prosjekt, med sterk kobling til den aktuelle avdelingsledelsen ved DPS-et. Prosjektet ble stanset etter ett år. Denne gangen var det ikke mulig å få gjennomført implementeringen i avdelingen. Jeg har ikke kunnskaper om grunnene til dette, og det ligger også utenfor selve rammene for denne oppgaven.

Veiledning til terapeutene fra kommunen stoppet opp da det distrikt psykiatriske senteret stoppet sin ”produksjon” av ACT-brukere.

Som deltager i dette programmet fra kommunen ble jeg meget engasjert og syntes det var vanskelig å la denne erfaringen, kunnskapen og metoden «ligge brakk». Samtidig skapte dette hos meg en nysgjerrighet i forhold til hvilke virkninger eller betydning programmet kan ha hatt. Endringer hos terapeuter etter opplæring og nytenkning innen metoder er viktig blant annet fordi det i dag satses mye på opplæring både i kommune og institusjon. Opplæring er også ment å skulle endre på noe. Endre på noe til det bedre etter økt kunnskap om noe bedre. Jeg hadde den oppfatning at ACT metoden er en ny tenkemåte og praksis i forhold til psykisk helse som gir en ny vei å gå for terapeuter- og brukere.

Jeg tenkte at jeg ville finne ut mer om den betydningen eller virkning programmet har hatt og fremdeles har for deltagerne. Den tanken vokste fram at jeg ville skrive min masteroppgave nettopp om dette. Det ble derfor tidlig valgt ut som tema for masteroppgaven. Jeg tenkte at en slik undersøkelse kan si noe om vi som terapeuter mottar og endrer oss etter ny kunnskap. Jeg tenkte at vår nye kunnskap slett ikke trenger passe inn i vår tidligere tenkning. Dette tenker jeg igjen kan by på utfordringer.

I ACT har vi en ny tenkning, en psykologi og metode basert på menneskesinnet, ikke basert på det syke menneskesinnet (Harris 2011) og (Hayes og Spencer 2008). Jeg tenkte derfor at selve psykisk helse- begrepet kanskje kan få en annen klang, der fokuset blir dreid til å handle om de generelle menneskelige utfordringene, både tankemessig og følelsesmessig. Samtidig bevisstgjøres vi på veien videre med disse utfordringene. ACT metoden og dens teoretiske forankring er fokusert på hvordan bevege oss i den livsretningen som betyr noe for oss samtidig som vi tar med oss tankemessige og følelsesmessige utfordringer som er en del av det å være menneske. Her er vi nok inne på menneskets sårbarhet. Empiri innen ACT forskning viser også at en dreining mot mestring, muligheter og vitalitet, gjør at mennesket får et annet forhold til vanskelige tanker og følelser, til vår egen sårbarhet. På denne måten tenkte jeg at psykisk helsearbeid sitt fokus lettere vil kunne dreies bort i fra diagnosetenkning og sykdomstenkning.

Jeg tenkte tidlig at jeg også ville se på om det er forskjeller i mine funn hos ansatte på avdeling kontra ansatte som jobber hjemme hos brukerne. Dette også i forhold til at terapeuter på avdelingen ble pålagt den nye metoden. Fra kommunen var det en frivillig deltagelse. Ulike funn kan også sees i forhold til at dette er ansatte som jobber i to ulike kontekster.

Min relasjon til opplæringen og selve metoden ACT kan nok by på utfordringer med å kunne presentere stoffet på en distansert og nøytral måte. Å skulle ha den nødvendige avstand til materialet, vil nok være krevende for meg. Dette fordi jeg har en svært positiv forforståelse av ACT. Jeg ser det slik at opplæring og kunnskap om ACT teori og metode har hos meg ført til en bevisstgjøring på flere områder. I praksis viser det seg blant annet ved at jeg nå kjenner motstand mot som terapeut å skulle dvele for lenge ved hendelser i fortid som ikke kan gjøres noe med, og motstand mot å skulle dvele for lenge ved vansker som kan dukke opp i fremtiden.

Mitt terapeutiske perspektiv har endret seg i tråd med ACT-tenkning. Når fokuset mitt som behandler er dreid i en retning av her og nå og veien videre så tenker jeg at det gir en type frihet både for meg og for brukeren som er svært verdifull. Dette er en bevisstgjøring av klientens livsretning (verdivalg) som kan følges til tross for vanskelige tanker og følelser (sårbarhet). Samtidig legger jeg merke til at ACT har endret mitt syn på psykisk helse og sykdomsbegrepet på den måten at jeg nå mer ser mine brukere som sittende (midlertidig) fast i noe, ikke som ødelagte og må repareres. Fokuset på egne verdier har også blitt løftet frem. Dette er interessant og vesentlige endringer i terapeutiske perspektiver. Men på forskning på fenomener som berøres av denne endringen gir det også utfordringer.

No er det slik at jeg gjennom forskningen også må kunne stille meg på avstand og se kritisk på egen forskning, teoretisk, metodisk og empirisk. Det paradoksale her ligger i at jeg på den ene siden har en veldig sterk positiv forforståelse av selve ACT-tenkningen, både teoretisk og metodisk. Jeg står da i fare for å miste et kritisk forskerståsted. En kritisk forskerrolle betinger på den andre siden at jeg også er i stand til å ta et steg til siden og innta en kritisk observatørrolle i forhold til mitt prosjekt. Altså også kunne se kritisk på prosjektet og diskutere det. På hvilken måte kan jeg sikre denne avstand og kritiske distanse? Via teori om vitenskap og forskning vil den teoretiske biten kunne ivaretas.

Tenkning og refleksjon med andre blant annet min veileder kan også gi meg en avstand til materialet. Jeg vil også lese teori som er kritisk til ACT/RFT og snakke med behandlere og teoretikere som ikke er ensidig positive til denne tenkningen og praksisen.

Det er nok slik at man aldri kan ivareta fullt ut et objektivt, nøytralt forskerideal. Det er heller ikke ønskelig, og et slikt ideal er i praksis forlatt av svært mange forskere, i hvert fall i den grad man ser forskning i samfunnskontekst. Likevel er det en balanse og et kritisk blikk på egen forskning nødvendig. Helt konkret har jeg forsøkt å gjøre følgende: Jeg har forsøkt å ivareta et kritisk blikk på eget arbeid- også teoretisk tilnærming. Jeg har jobbet med å utvide det teoretiske grunnlaget i arbeidet og har trukket inn ulike teorier, kfr. Kapittel 3. Jeg har forsøkt å være bevisst innvendinger mot ACT tilnærmingen på vesentlige punkter. Jeg har diskutert muligheter og begrensninger knyttet til ACT tenkningen med min veileder. Jeg har oppsøkt og snakket med terapeuter med andre tilnærminger.

2.0 Problemstilling/Tema

Over har jeg altså relativt kort beskrevet bakgrunnen for hvordan dette prosjektet og dette temaet har vokst fram i meg. Jeg har ut fra denne innrammingen formulert følgende hovedproblemstilling for undersøkelsen min:

«Hvilken betydning har opplæringen i Acceptance and Commitment Therapy teori og metode hatt for terapeutene som deltok?

Dette er en hovedproblemstilling, og jeg har forsøkt å konkretisere den ytterligere ved hjelp av noen underspørsmål.

- 1) Hvilken betydning har ACT opplæringen hatt for deltagerens oppfattelse av terapeutrollen?
- 2) På hvilken måte har forståelsen av oppgaver og ansvar i terapien utviklet seg hos deltagerne?
- 3) Hvilken betydning har ACT- opplæringen hatt for deltagerens syn på psykisk helse?

- 4) Hvilken betydning har opplæringen hatt for deltageres psykologiske fleksibilitet?
- 5) Hvordan har terapeutene tatt med seg ACT sine kjerneprosesser i det videre arbeidet?
- 6) Hvordan kan vi forstå eventuelle forskjeller mellom gruppen av terapeuter fra døgnavdelingen versus terapeuter fra kommunen?

2.1 Forventninger i oppgavens oppstart

Ut i fra ACT-tenkningen vil psykologisk fleksibilitet øke hos mennesker ved opplæring av ACT metoden. En terapeut i samhandling med sin bruker er i situasjonen mer psykologisk fleksibel enn brukeren/klienten. Ut fra et ACT perspektiv så søker klienten hjelp på grunn av sin psykologiske infleksibilitet der og da og eventuelt over tid.

Det å bruke ACT metoden i terapien vil da generelt bidra til at terapeuten oppøver sin egen psykologiske fleksibilitet (Levin og Hayes 2009)

Ut i fra pilotstudie ”Improving Therapist psychological Flexibility” ser vi at psykologisk fleksibilitet øker hos terapeuter når veiledningen av ACT metoden forlenges. Dette selv om veiledningen kun var pr telefon. Dette sier noe om at oppfølging av ACT terapeuter er vesentlig og slik oppfølging skjedde faktisk ikke i det prosjektet jeg undersøker. Hva kan det ha betydd? Har terapeutene f.eks. selv gjort noe som kan kompensere for manglende oppfølging?

Mitt prosjekt er ment å kunne si noe om hvordan terapeutene i opplæringen i dag tenker og handler i tråd med ACT metoden. Det vil også kunne si noe om andre forandringer hos terapeutene i dag knappe to år etter avsluttet opplæring. Det er da relevant å stille spørsmål i tilknytning til problemstillingen og de aktuelle underspørsmålene.

Min antagelse er at denne opplæringen har satt spor hos terapeutene. Spørsmålet er hvilke spor, og på hvilke områder. Det blir da spennende å se om metodene i dag er de samme som før opplæringen av ACT metoden. Opplæringen kan også sees på som en forsterker som setter i gang en utvikling i den eller den retningen. Kan opplæringen ha ført den enkelte til et nivå slik at prosessen går videre «av seg selv»? Eller er den enkelte terapeut tilbake til TAU?(treatment as usual). Vi vet jo også at alle uansett er under ulike former

for faglige påvirkninger. Det er ikke mulig å finne ut av eksakte årsaksforhold til at bestemte endringer har skjedd, selv om vi kan knytte forbindelseslinjer til opplæringsprogrammet.

Det kan også tenkes at opplæringen varte i så vidt kort tid at utviklingen ikke kom så langt hos den enkelte. Det blir interessant å finne ut mer om.

Det vil også bli spennende å finne mer ut av hva det har betydd at opplæringen stoppet opp. Så har det gått vel halvannet et år etterpå. En antagelse kan da være at det er store individuelle forskjeller når det gjelder om eller i hvilken grad prosessen har fortsatt hos den enkelte. Det kan også være en mulighet det at opplæringsprosessen som ble stoppet før prosjektet ble avsluttet, har ført til en demotivasjon og forkasting av ACT-ideene?

Et vesentlig spørsmål er også om det vil være en forskjell mellom de to terapeutgruppene, og hva denne forskjellen består i.

De ansatte i kommunen ble med på en frivillig basis og med et ønske om å øke sitt kunnskapsnivå. Frivillighet er ikke tilfelle for terapeutene fra døgnavdelingen som ble pålagt å følge ACT opplæringen. Terapeutene fra kommunen jobber i en annen faglig og organisatorisk kontekst enn terapeutene fra døgnavdelingen. Ansatte her er inne i pasientens livsverden helt konkret hjemme hos den enkelte. I døgnavdelingen har terapeutene ansikt til ansikts kontakt i et fremmed miljø for pasienten. Kan dette ha noen betydning? Kan dette også være av betydning for terapeutenes opplevelse.

3.0 TEORI

Jeg har valgt en teoretisk inngang med en hovedinngang ut fra ACT/ RFT. Dette har jeg gjort fordi jeg mener denne teoretiske inngangen er godt egnet til å belyse problemstillingen på en god måte. Jeg ser så å si på betydningen av opplæringen i ACT teori og metode med ACTs egne briller. Da får jeg samtidig også presentert tenkningen i og prinsippene bak det fenomenet jeg undersøker, nemlig opplæringen i ACT teori og fremgangsmåte.

Men jeg står da også i en viss fare for å bli selvrefererende eller selvbekreftende; ACT teori bekrefter at ACT har betydning. ACT er først og fremst en teori og en metode om psykologien eller menneskesinnet. For å belyse de spørsmålene jeg har stilt trenger jeg også teoretiske inntak på noen andre plan.

Jeg vil derfor også benytte annen teori.:

- Humane og sosiale perspektiv på psykisk helsearbeid. Dette for å si noe om betydningen i et bredere perspektiv om avvik, sykdom og lidelse i samfunnet.
- Makt og myndiggjøring: Empowerment. Dette særlig for å belyse endringer i forholdet mellom terapeut og bruker, særlig når det gjelder ansvar og makt.
- Sosiokulturelle perspektiv på læring. Dette for å belyse ulike kontekster fra to ganske ulike organisatoriske kontekster: døgnavdeling og kommune.

3.1 Teori ACT/RFT

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) plasseres ofte i det som kalles tredje generasjons kognitiv atferdsterapi (Harris 2012). ACT benytter seg av aksepterings – og Mindfulness-strategier i kombinasjon med strategier for atferdsendring for å bygge vitale og meningsfulle liv. Møller Rasmussen og Nilsen (2010) skriver at ACT tilgangen til psykologisk stress og mental lidelse er forrædersk enkel, men vi vil nok oppdage at den også er meget komplisert. Målet med ACT er å endre forholdet man har til sine vanskelige tanker og følelser, ikke å redusere vanskelige tanker og følelser. Det er så å si viktigere hvordan man tar det enn hvordan man har det. Sentralt i ACT er at psykologisk smerter er en uunngåelig del av det å leve et vitalt liv og at mye psykopatologi er forårsaket av at man ikke er villig til å oppleve denne formen for ubehag (Grung og Jacobsen 2011).

ACT bygger på Relationelt Frame Theory som er et forskningsprogram omkring språk og Kognisjon. RFT behandler språk og kognisjon som utledede stimulusrelasjoner, det vil si at det meste av menneskelig språk og kognisjon er basert på indirekte læringsprosesser (Grung og Jacobsen 2011; Barnes Holmes, Hayes og McHugh 2004). RFT forklarer hvorfor og hvordan vanlige psykologiske prosesser kan være ekstremt destruktive og kan

forsterke psykopatologiske prosesser. Opplever vi ubehag som følge av en flis i fingeren, kan vi fjerne flisen. Men tilsvarende tiltak har en paradoksal effekt på vonde tanker og følelser: Forsøker vi å fjerne vonde tanker og følelser, vil dette bare bidra til å opprettholde og forsterke problemet (Grung og Jacobsen 2011).

Et viktig mål i ACT er å lære å leve med og ikke unngå psykologisk smerte. ACT teorien er basert på en empirisk og prinsippfokusert tilnærming. Den fokuserer på psykologiske fenomeners kontekst og funksjoner, ikke bare på deres form. Den prøver å skape brede, fleksible og effektive repertoarer heller enn å fjerne snevert definerte problemer. Den legger vekt på dette både for terapeuter og pasienter. Tredje generasjons kognitive atferdsstrategier fokuserer på å fremme en mer åpen, oppmerksom og aktiv tilnærming til det å leve (Harris og Jacobsen 2010).

Psykologisk fleksibilitet ut fra ACT perspektiv



Fig.1: psykologisk fleksibilitet i ACT perspektiv.

Hovedmålet med ACT er det som kalles å øke psykologisk fleksibilitet hos mennesket. Luoma og Vilargaga (2013) skriver at dette er en prosess med å være tilstede her og nå som et bevisst menneske og å kunne, avhengig av hva situasjonen byr på, fortsette med eller forandre adferd i forhold til valgte verdier (Luoma og Vilarga 2013). Denne fleksibiliteten inkluderer da å være tilstede i øyeblikket, og å akseptere opplevelser som dukker opp og legge merke til tanker som det de er, tanker. Alt dette gjøres fra et ståsted som bevisst observatør til opplevelsen (Luoma og Vilargaga 2013). Det er mange som

skriver noe om psykologisk fleksibilitet. Polk og Schoedorff (2014) skriver også om dette tema i boken, The ACT Matrix hvor han beskriver psykologisk fleksibilitet gjennom et skjema.

Fleksibilitet forutsetter akseptering, avstand og samtidig nærvær. Møller Rasmussen og Nilsen sier det slik (2010, s.17): ”Psykologisk fleksibilitet vil si å lære seg å akseptere og gi plass for følelser, og å være oppmerksom på tanker uten å bli for involvert i dem. Samtidig å være bevisst nærværende i øyeblikket heller enn å være opptatt av fortiden eller fremtiden og ta aktive skritt i retning av dem.”

Steven Hayes og Spencer Smith (2008) skriver at psykisk smerte først blir til menneskelig lidelse når den innsnevrer vårt handlings repertoar, samt at vi ikke kan springe fra vår angst og tristhet, men vi kan la våre tanker, følelser og kroppslige reaksjoner være, bemerke dem sånn som de er på et skritts avstand (Hayes og Smith 2008).

Jo Anne Dahl og Tobias Lundgren (2010) skriver at den moderne vestlige kultur er preget av en generell «feel good- holdning» som går ut på at vi skal unngå smerte, lidelse og alt som er ubehagelig. Aldri har vi hatt en slik tilgang til å lindre, kontrollere eller døyve for eksempel smerte. Allikevel så er femti prosent av alle som er sykemeldte i USA eller EU nettopp ute av jobb på grunn av kroniske muskelrelaterte smerter.

Det er seks kjerneprosesser i ACT som anvendes for å hjelpe klienter til å utvikle psykologisk fleksibilitet (Harris og Jacobsen 2010: Blackledge og Holmes 2009):

- Defusjonering: Å kunne ta et steg til siden og observere språket (tanker, stemmer, bilder, situasjoner), uten å bli viklet inn i det og smelte sammen med det.
- Akseptering: Å gjøre rom for ubehagelige følelser, kroppslige sensasjoner, impulser og andre indre opplevelser.
- Kontakt med her og nå: Det å bringe din fulle oppmerksomhet til her og nå viser seg å ha en helende virkning på oss mennesker. (f.eks. Mindfullnes).

- Det observerende selvet: Den observerende delen av oss som vi må påminnes og som vi kan lære oss å hente frem og ha kontakt med.
- Verdier: Å klargjøre hva som er viktigst for deg, hvilken type person vi ønsker å være. Hva vi ønsker å stå for som menneske.
- Forpliktende handlinger: Det vil si å sette seg mål som er guidet av våre verdier og utføre handlinger som er effektive i forhold til disse målene (Harris og Jacobsen 2010; Blackledge og Holmes 2009).

For å kunne utøve ACT på en profesjonell måte må terapeuten anerkjenne, se funksjonen og konsekvensen av disse kjerneprosessene. Praktisk vil dette si: 1) Bringe klienten til en her og nå- opplevelse. 2) Identifisere hva klienten eventuelt fusjoneres med av vanskelige tanker og bruke metoder for defusjonering. 3) Bruke metoder for aksept hvis vanskene skyldes vanskelige følelser. 4) Kunne få frem og bevisstgjøre klientens verdier. 5) Etter hvert lede klienten til forpliktende handlinger som er i tråd med hans/hennes verdier (Harris 2011).

Vi ser ut fra empiri at terapeuter har behov for etterfylling og oppfølging av kunnskap for å øke sin psykologiske fleksibilitet. Hvordan står det da til med terapeutene i mitt prosjekt? Grung og Jacobsen (2011) skriver at psykologisk fleksibilitet ikke er noe man oppnår en gang for alle. Derimot er det et perspektiv på tanker og følelser man hele tiden må bevisstgjøre seg, samtidig med å foreta valgte verdsatte handlinger. Børge Holden (2007) skriver at en terapeut bare kan lære bort det han eller hun kan selv. Han viser til at aksept og ny handling kan være ubehagelig og skremmende og at terapeuten må være tilstede i det som pasienten opplever og samtidig reagere på en trygg måte.

I pilotstudien til Luoma og Vilardaga (2013) evalueres ACT terapeuters egen fleksibilitet når de utøver metoden. Studien ser på effekter av telefonkonsultasjon etter en standard utdanning ved hjelp av ACT Workshop. Studien støtter opp under nødvendigheten av psykologisk fleksibilitet hos terapeuter og i tillegg sier det også noe om utbrenthet. Studien sier også at terapeuter kan formidle det motsatte av fleksibilitet hvis han/hun selv ikke innehar denne egenskapen.

Et eksempel på dette, som trekkes frem i pilotstudien, er at det kan være viktig for bruker å utvikle psykologisk aksept (som er en faktor i psykologisk fleksibilitet). For at dette skal la seg gjøre må terapeuten la bruker få lov til å ha ubehagelige private opplevelser og erfaringer uten at terapeuten prøver å forandre eller å fjerne disse. Det kan oppleves følelsesmessig smertefullt for en terapeut å være med en klient i hans smerte (Luoma og Vilardaga 2013). Som en bonus i denne studien viser det seg også at opplæringen via Workshops og telefon veiledning ga en bonuseffekt, nemlig nedsatt fare for utbrenthet hos terapeutene (Luoma og Vilardaga 2013).

Jeg tenker at empiri i forhold til effekter av ACT metoden hos pasienter vil ha relevans for effekter hos behandlere fordi metoden er basert på en psykologi om mennesket, ikke om det syke mennesket. Det vil si at endringer hos bruker etter behandling av ACT vil tilsi endring i samme retning hos terapeuten etter opplæring og eventuelt vedlikehold av ACT.

Francisco J Ruiz (2012) skriver i Acceptance and Commitment Therapy i forhold til tradisjonell kognitiv adferdsterapi, at denne empiri bekrefter ACT teori og ACT effekter. Gjennom studiet kunne man se at ACT så ut til å virke gjennom de prosesser av endring som antatt. Her nevnes ACT sin psykopatologi som fusjonering og unngåelse som ikke samsvarer med en persons verdier, og at infleksibilitet er en konsekvens av dette.

Ut i fra teori og empiri kan vi altså anta at psykologisk fleksibilitet øker hos mennesker ved opplæring av ACT metoden. En terapeut i samhandling med sin bruker er i situasjonen mer psykologisk fleksibel enn brukeren/klienten. Ut fra et ACT perspektiv søker klienten hjelp på grunn av sin psykologiske infleksibilitet der og da og eventuelt over tid. Det å bruke ACT metoden i terapien vil generelt bidra til at terapeuten oppøver sin egen psykologiske fleksibilitet. Min studie vil forhåpentligvis også kunne si noe om dette.

Ut i fra pilotstudien ”Improving Therapist psychological Flexibility” går det også frem at psykologisk fleksibilitet øker hos terapeuter når veiledningen av ACT metoden forlenges. Dette selv om veiledningen kun var pr. telefon. Dette sier noe om at oppfølging av ACT terapeuter er vesentlig og da ikke tilfelle i mitt prosjekt.

3.2 Humane og sosiale perspektiver på psykisk helsearbeid

Dette prosjektet handler om en teori og metode som ser på relasjonen mellom terapeut og bruker på en annen måte enn den tradisjonelle sykdomsmodellen gjør. Det kan derfor være nyttig å bringe inn også annen teori som underbygger dette. Det er flere som er opptatt av dette bl.a. Engelsrud og Heggem (2007) og Borg og Topor (2003). I boka til Karlson og Borg (2013) om psykisk helsearbeid, oppfattes den andre (pasienten, brukeren, borgeren) som noe langt mer enn bare en pasient. Han /hun ses som en enestående og uerstattelig person, som er medborger i samfunnet. De sier videre at begrepene pasient og fagperson ikke gir mening fordi de utsletter det unike ved hvert menneske og bare er opptatt med fellestrekk (Karlson og Borg 2013).

De hevder at det sentrale samfunnsmessige mandat som psykisk helsevern forvalter, er å kunne skille mellom normalitet og avvik. På denne måten definerer man noe som psykisk frisk og noe som psykisk sykt. Forfatterne ønsker å peke på implikasjoner det kan ha for et syn på mennesket gjennom briller som viser enten friskhet eller sykdom. Omfattende bruk av psykiatriske diagnoser kan opprettholde og videreutvikle en sykdomsmodell som er utviklet og knyttet til kroppslige lidelser. Det vil si at man enten er syk og dermed ikke frisk, eller så er man frisk og dermed ikke syk (Karlson og Borg 2013). Bøe og Thomassen (2007) går bl.a. inn på tema hvor det terapeutiske henger uløselig sammen med kvaliteten ved mellom-menneskelige forhold.

Diagnostiske klassifiseringssystemer fremhever et individualisert og patologisk blikk. For å si dette konkret så innebærer dette for eksempel hvis du hører stemmer, så vil dette bli beskrevet som en egenskap ved deg som person. I psykiatrisk forstand er en slik egenskap et tegn på sykdom. Nå er det slik at nyere forskning viser at mange av oss hører stemmer fra tid til annen, men bare et fåtall hører destruktive eller bydende stemmer som kan få tragiske utfall (Karlson og Borg 2013).

Forfatterne sier videre at sykdomsmodellen kan være en nyttig og nødvendig modell for å kunne forklare mennesket kroppslig. De stiller spørsmål til om den er tilstrekkelig eller fullverdig for å kunne forklare eller å forstå menneskets psyke eller sjelsliv. Den fenomenologiske modellen sier de kort er basert på en subjektiv beskrivelse av hva som oppleves som helse og uhelse. Videre gjøres denne subjektive beskrivelsen til en rasjonell

forhandling med andre (Karlson og Borg 2013). For å forstå psykisk helse kan man si at disse to modellene står i motsetning til hverandre og samtidig utfyller hverandre

I Recovery- tenkningen i de nordiske studier er kunnskapen om den menneskelige hverdagspraksis særlig belyst. Her er oppmerksomheten rundt den samtidig sosiale og individuelle prosessen, som det å komme seg, handler om. Omgivelsene plasseres mer i fokus i et sosialt hverdagsperspektiv på recovery. Noen omgivelser eller sammenhenger er gode for mennesker og gir næring til vekst, utvikling og håp, mens andre ikke gjør dette (Karlson og Borg 2013). Om veien videre peker disse teoriene i retning en mer sammenhengende eller helhetlig tenkning i forhold til kontekst og at vi må innta en person – ikke pasient/ bruker – perspektiv og tenke person for eksempel også i arbeidslivet (Karlson og Borg 2013).

I mitt prosjekt ser jeg sammenfall av denne tenkning og ACT teori/metode. Det er nok også noen motsetninger her. F.eks. når det gjelder Recovery er det nok kanskje en annen og større åpning i forhold til ulike individuelle og sosiale prosesser. F.eks. vendepunkter og bedringsprosesser. Siden prosjektets teori handler om mennesket og ikke det syke menneske, ønsker den tredje bølge av kognitiv atferdsteori en dreining fra diagnoser og sykeliggjøring mot muligheter, ressurser og kanskje en ny terapeutrolle og kanskje en ny pasientrolle? Denne oppgaven er ikke fokusert på kontekstens betydning. Dette på grunn av oppgavens omfang.

3.3 Makt og myndiggjøring

I denne oppgaven har jeg også et fokus mot ansvarliggjøring. ACT teori og metode har et underliggende perspektiv på hvor ansvaret for bedringsprosesser kan ligge. I dette ansvaret ligger det innebygd en frihet og en myndiggjøring av bruker. For å understreke dette perspektivet velger jeg å se på annen teori som også har dette fokuset.

Ordet Empowerment viser at begrepet har med overføring av makt å gjøre. Vi tenker da at makten må gis eller tas tilbake av de avmektige. Dette begrepet brukes i dag i forbindelse med forskjellige grupperinger som befinner seg i en avmektig posisjon. Empowerment brukes i dag av grupper som er brukere av tjenester, og som krever rett til både å ha

kontroll over sine tjenester og /eller sine hjelpebehov. Dette i sin egen livssituasjon (Askheim 2003).

Ole Petter Askheim (2003) beskriver det slik at Empowerment tenkning kan gi en ny profesjonsrolle. At denne tenkningen utfordrer profesjonenes tradisjonelle autoritets og maktposisjon. De profesjonelle som vil arbeide ut fra et Empowerment perspektiv, må være villige til å omdefinere sin ekspertrolle til å bli en ressurs som virker på brukerens premisser (Askheim 2003).

Videre hevder han at et hovedpoeng i Empowerment prosessen er å få brukerne til å se forbindelseslinjene mellom nivåene som undertrykkningen skjer på. På denne måten vil da problemene til brukerne av-privatiseres og settes inn i en bredere samfunnsmessig kontekst.

Et annet viktig poeng i det profesjonelle arbeidet ut i fra Empowerment-tilnærming blir at det jobbes ut fra flere nivåer, på individ nivå og på gruppenivå (Askheim 2003).

Viktige tema som Askheim (2003) videre tar for seg er en bevisstgjøring og partnerskap som grunnleggende virkemidler. Tanken her er at gjennom en bevisstgjøringsprosess skal tjenestebrukere selv klare å heve seg over en rent individorientert analyse av problemene sine og dermed kunne forstå hvordan samfunnsforholdene påvirker og /eller skaper problemer. Målet med denne bevisstgjøringen er å skape en forståelse av den enkeltes personlige situasjon og de strukturelle skjevhetene i samfunnet.

Ser vi på partnerskaps- begrepet så ligger det her, at hjelperen eller den profesjonelle skal forsøke å stimulere til forståelse hos den enkelte gjennom samvær, dialog og gjensidig påvirkning. På denne måten kan da utvikles en selvbevissthet som er en forutsetning for frigjøring fra undertrykkningen (Askheim 2003).

Viktige faktorer her er da:

- 1) En utvikling av gruppeidentitet. På denne måten vil den enkelte erkjenne at det er flere i samme båt.

- 2) En utvikling av gruppebevissthet som da vil gi en bevissthet om hvordan politiske strukturer virker inn på individuelle erfaringer og gruppeerfaringer.
- 3) Vi kan da få en reduksjon av tendensen til å klandre seg selv for problemene sine. Her i ligger dette at troen på mulighetene til endring er ofte minst hos dem som har det vanskeligst.
- 4) Det personlige ansvaret for endring. Det at vi selv er ansvarlig for egen endring.
- 5) Vi kan få en utvikling av troen på egen evne til å skape og påvirke begivenheter i eget liv.
Det understrekes at det grunnleggende poenget i partnerskapstenkning er at premissene og kontrollen ligger hos brukeren. Det vil si at den profesjonelle skal være en ressurs som tjenestebrukeren kan velge å bruke for å nå egne mål (Askheim 2003).

Askheim (2003) påpeker også at Empowerment tar ulike former og har ulike betydninger for ulike grupperinger innenfor ulike kontekster. Dette begrepet kan fremstå mangetydig fordi det kanskje i for liten grad er blitt operasjonalisert innenfor kontekstene der det er blitt anvendt. Han beskriver også den profesjonelle rollen i velferdsstaten, kontra den profesjonelle rollen i Empowerment.

Empowerment tenkning som her beskrevet, tenker jeg er i tråd med en ACT teori og metode. Fokuset på hvor ansvaret primært skal ligge, at ansvar for egen endring er hos bruker og at dette vektlegges i stor grad. Videre at bruker får en erfaring på at han kan nå sine mål, og at hjelper kan brukes som en ressurs i dette arbeidet. Jeg tenker også at vi i ACT terapiens ånd vil kunne få en ny terapeutrolle og kanskje en ny brukerrolle som er i tråd med Empowerment tenkning.

Kristin Hummerfelt (2005), spør i sin artikkel: Brukermedvirkning og brukerperspektiv-honnørord med lavt presisjonsnivå, bl.a. om hjelperne er på lag med brukerne eller får vi en ansvarsfraskrivelse? Hun skriver at legitimitetsargumentet handler om at brukerne av virksomheten får et ord med i laget, men på denne måten kan også virksomheten befris i

fra ansvar ved kritikk. Vi kan få en ren ansvarsfraskrivelse, hvor de profesjonelle gir fra seg autoritet fordi de kommer til kort. De kan også føle seg utbrente eller ikke makter ansvaret. På denne måten kan de svake og vanskelige brukerne bli overlatt ansvaret.

3.4 Sosiokulturelle perspektiv

Mitt prosjekt handler om hvilken betydning ACT teori og metode har hatt for deltagerne. For å kunne si noe om dette har jeg valgt to gruppeintervju av to ulike terapeutgrupper. Den ene gruppen jobber på en avdeling innen psykisk helse, den andre gruppen jobber i hjemmetjenesten i en kommune. Det betyr at disse to gruppene arbeider i helt ulike faglige og organisatoriske kontekster. Mitt spørsmål her blir om denne forskjellen i kontekst kan belyse eventuelle forskjeller i disse to gruppernes oppfatning av betydningen av opplæringen. Jeg har derfor valgt å ta med teori med fokus på kontekst.

Olga Dysthe (2001) skriver i boka: Dialog, samspel og læring at kunnskap er avhengig av den kulturen han er en del av. Vår kunnskap eksisterer aldri i et vakuum, den er alltid situert. Med det menes at kunnskap er innfiltra i en historisk og kulturell kontekst.

Ser vi dette ut i fra den behavioristiske kunnskapen og læringsteorien, er kunnskap objektiv og kvantitativ. Kunnskapen finnes utenfor individet og kan avgrenses og deles opp.

Den kognitive læringsteori som er spesielt inspirert av Piaget, sier at læring er en aktiv konstruksjonsprosess, der elevene tar imot informasjon, tolker den og knytter den sammen med det de alt vet. Deretter reorganiseres de mentale strukturene hvis det er nødvendig for å passe inn ny forståelse. Her blir studiet av menneskelig tenkning og intellekt satt i sentrum. Her er individet i stor grad i sentrum.

I senere tid har mange kognitivister lagt mer vekt på sosiale og kulturelle kontekster. Vi ser i dag at de fleste som er ledende i arbeidet med å utvikle et sosiokulturelt og situert læringssyn, har sin bakgrunn i kognitiv forskning. Disse har nå flyttet fokus i fra individet til læringsfellesskaper (Dysthe 2001).

Motivasjon og engasjement står sentralt uansett grunnsyn. Hva skaper motivasjon og engasjement? Ut fra et sosiokulturelt perspektiv skriver Dysthe (2001) videre at på den ene siden legges det vekt på den motivasjon som ligger innebygd i forventningene som barn og unge møter i fra den kulturen og det samfunnet de er en del av. Opplever de sammenheng mellom de ulike arenaene som de lever på, gir det dem mening til det de lærer- og dermed motivasjon.

Hun sier videre når det for eksempel gjelder skolen, så ser vi på den andre siden at det er avgjørende for motivasjonen om skolen makter å skape gode læringsmiljø og situasjoner som stimulerer til aktiv deltaking.

Dette perspektivet - det sosiokulturelle, legger vekt på nødvendigheten av at mennesket må ønske/ville lære. Vi må oppleve kunnskapen som viktig og nyttig.

Noen sentrale aspekt på sosiokulturelle perspektiv på læring:

- 1) Dette perspektivet ser det slik at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling og i en kontekst. Ikke primært gjennom individuelle prosesser.
- 2) For at mennesket skal kunne noe, så er dette nært knyttet til praksisfellesskap og individets evne til å delta i disse. Deltaking i sosiale prosesser der læring skjer, blir derfor sentralt i det å lære.
- 3) Et pragmatisk kunnskapssyn legger til grunn det at vi skaffer oss kunnskap gjennom å ta del i praktiske læringsaktiviteter og gjennom å samhandle med andre mennesker
(Dysthe 2001).

Hvis vi ser på begrepet kontekst, så blir dette brukt i forskjellige betydninger. Dysthe (2001) skriver at John Dewey brukte ordet situasjon på en måte som samsvarer med en sosiokulturell forståelse av kontekst. En ting eller hendelse er alltid en spesiell del, fase eller side ved en «omgivende» opplevd verden.

Hvis vi ser på det latinske ordet contextere som betyr det å veve sammen. Den sosiokulturelle forståelse av kontekst er at alle deler er integrert, vevde sammen. Det å lære

inngår i denne veven. Den kognitive tenkning sier at konteksten er i et felt omkring individet.

I mitt prosjekt der jeg ønsker å finne hvilken betydning Acceptance and Commitment Therapy har hatt for deltagerne, vil jeg se på to ulike grupperinger kommune og avdeling. Vil det finnes forskjeller hos disse to grupperingene siden de arbeider i svært forskjellige kontekster. I den ene gruppen foregår læring også ved at informantene jobber sammen på avdeling, og sosial læringsteori vil tre i kraft. I den andre gruppen (kommune) sitter aktørene på hver sin tue rundt om i kommunen.

4.0 Metode og forskningsdesign

4.1 Vitenskapelig forankring

Vitenskap skal være basert på et materiale som alle kompetente forskere kan ha tilgang til. Dette erfaringsmaterialet som vi kaller for data eller empirisk data, er gjerne noe som vi direkte kan observere og registrere (Thomassen 2010).

Malterud (2008) sier at det i dag er bred enighet om at vitenskapelig kunnskap skal være en frukt av systematisk, kritisk refleksjon, ikke fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander. Vitenskapelig område deler seg ut i fra hvilke områder av virkeligheten som man beskjeftiger seg med.

- 1) Naturvitenskapen, eksempelvis fysikk, biologi, geologi og astronomi, og
- 2) Humanvitenskapene og samfunnsvitenskapene.

Flere nyankomne kandidater på den vitenskapelige arena synes å gå på tvers av de tradisjonelle skillene og uansett inndeling kan man si at de forskjellige vitenskapene skiller seg fra hverandre i det minste på ett punkt, de studerer forskjellige deler av virkeligheten (Thomassen 2010).

Mitt prosjekt er forankret i humanvitenskapen og i hermeneutikken. Problemstilling er: Hvilken betydning har opplæringen i Acceptance and Commitment Therapy teori og

metode hatt terapeutene som deltok. Jeg er da ute etter hva opplæringen har gjort med den enkelte deltager, og med deltakerne som gruppe. Vi var fra 20 til 40 deltagere hvor alle arbeidet innen psykisk helsearbeid. Dette var et opplæringsprogram hvor intensjonen var å implementere Acceptance and Commitment Therapy (ACT) på en døgnavdeling innen spesialisttjenesten og i psykisk helsearbeid i en kommune. Programmet ble avsluttet etter et år da implementering ikke var mulig. Jeg velger ikke å gå nærmere inn på mulige grunner for dette.

Det å forstå, er den erkjennelsesformen som er særegen for arbeidet med emner i historievitenskap og humanvitenskapene generelt. Her dreier det seg om å fatte et meningsinnhold. Den moderne humanvitenskapen slik vi kjenner den i dag etableres på slutten av 1700 tallet- og begynnelsen av 1800 tallet (Thomassen 2010). Hermeneutikken er grunnlaget for alle humanvitenskapene, mener den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (1833 -1919). Den har forløpere helt tilbake til antikken, der som tolkningspraksis og en lære om fortolkning av tekster. Hermeneutikk kommer fra det greske *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke (Thomassen 2010).

Den tyske teologen og filosofen Friedrich D.E. Schleiermacher (1768-1834), mente at muligheten for å forstå, aldri går av seg selv, og at det å forstå alltid er et element av fortolkning. Han mener at den hermeneutiske oppgaven er universell. Schleiermacher forankrer sin hermeneutikk fortolkning i et mer grunnleggende fenomen, -selve akten å forstå. Videre er han opptatt av hvilke betingelser som gjør forståelse mulig. Schleiermacher mener at utgangspunktet for all fortolkning/forståelse ligger i språket (Thomassen 2010).

Wilhelm Dilthey, to generasjoner etter Schleiermacher, gjenoppliver den filosofiske hermeneutikken. Han knytter hermeneutikk til debatten om humanvitenskapens egenart. Dilthey sier at humanvitenskapene søker å forstå menneskelivet slik det manifesterer seg i et mangfold. I motsetning til naturvitenskapens forklarende fremgangsmåte er dette den forstående metode. Hermeneutikken har en oppgave som går på å redegjøre for hva forståelse er. Sjelslivet er noe vi må forstå mente han (Thomassen 2010). I mitt prosjekt er jeg ute etter å forstå hva deltagerne sitter igjen med, hva dette har betydd for den enkelte i ettertid som terapeut og kanskje også som menneske. Og i neste omgang kanskje også noe om hva dette kan bety for brukerne.

Hermeneutikken er en tenkning der tolkningene og forståelsens mangfold får kolliderer og gi inspirasjon (Alveson og Skjøldberg 2008). De sier videre at et hovedtema for hermeneutikken har i fra begynnelsen vært at meningen hos en del kan kun forstås om den settes i sammenheng med helheten. Omvendt så består helheten av deler, og kan kun forstås av og gjennom disse. Dette er den hermeneutiske sirkel – den kan kun forstås av helheten, og helheten kun av delene (Alveson og Skjøldberg 2008).

Hermeneutikken løser denne tilsynelatende motsigelsen gjennom å forvandle sirkelen til en spiral. Det man gjør er å begynne på et punkt, og borrar seg siden suksessivt inn gjennom å alternere mellom del og helhet (Alveson og Skjøldberg 2008).

Den hermeneutiske tradisjon rommer vesensforskjellige bidrag. Martin Heidegger og hans Georg Gadamer tegner seg for et grunnleggende brudd med den eldre hermeneutikk. De tar blant annet avstand fra det tradisjonelle synet på subjekt og objekt (Alveson og Skjøldberg 2008).

Gadamer tar for seg forforståelsen for å illustrere sitt syn på hermeneutikken. Om forforståelsen sier han at denne alltid er å tilstede og er en betingelse for forståelse. Forforståelse omfatter alt som vi vet på forhånd eller tror om den andre, eller det vi ønsker å forstå. Spesielt i forskningsmessige sammenhenger mener han vi bruker deler av vår forforståelse (Fredslund 2003).

En allmenn anerkjent antagelse er nok at vi som forskere ikke kan glemme vår forforståelse når vi går inn i en forskningsprosess. Gadamer går et skritt videre i det han hevder det ville være uhensiktsmessig å være foruten forforståelse. Vet vi ikke noe om det fenomenet som vi skal undersøke, kan vi heller ikke stille noen forskningsspørsmål. Gadamer mener at vi bygger videre på en forståelse, som igjen utbygges og artikuleres videre. Gadamer presenterer en gjensidighet mellom forforståelse og forståelse (Fredslund 2003).

Konsekvensene av dette er at skillet mellom subjekt og objekt får en annen karakter. Subjektet blir her tatt inn i den hermeneutiske sirkel (Fredslund 2003). Forforståelsen min i mitt prosjekt kommer bl.a. av at jeg selv var med i opplæringen av ACT metoden. Etter et

år med opplæring/veiledning i en annerledes tenkemåte, ser jeg for meg mulige endringer hos deltagerne i synet på blant annet pasient, sykdom og terapeutrolle. Jeg ser også for meg at det kanskje kan være forskjeller i hvilken betydning dette har hatt for deltagerne i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, bl.a. fordi de jobber i ulike faglige og organisatoriske kontekster.

Videre mener Gadamer at situasjonen er utgangspunktet for vår forståelse. Situasjonen er det ståsted vi har i en forståelseshandling. Denne situasjonen vil prege vår mulighet til å forstå. Siden Gadamer har historie som bakgrunn kan dette forklare hans historiske aspekter. Han definerer mennesket som historiske vesen, som allerede og alltid er påvirket av historien (Fredslund 2003).

Vår historie vil alltid være en påvirkning i vår forståelse. Dette betyr at vi må være dette bevisst. Siden vi da faktisk ikke står utenfor situasjonen, men i stedet midt inne i den, så kan vi ikke bare ha en objektiv viten om den, ei heller avdekke den fullstendig (Gadamer 1998).

Gadamer (1998), sier også at vi i en situasjon som utgangspunkt i en forståelseshandling, så er horisonten den rekkevidde som utsynet har og at i møtet med den andres horisont settes vår forforståelse på prøve og vår horisont kan da beveges.

Jeg vil bruke kvalitativt forskningsmetode og en fenomenologisk tilnærming til mitt prosjekt. Dette fordi jeg ønsker å innhente gode beskrivelser av den subjektive opplevelsen deltagerne i opplæringsprogrammet sitter igjen med. Men først og fremst fordi min problemstilling med sine underspørsmål genuint handler om kvalitative forhold hos deltagerne. Dette kvalitative studiet vil benytte seg av kvalitativt intervju som bygger på teorien om menneskelig erfaring(fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk).

4.2 Kvalitativ metode

Malterud (2008) skriver at Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres.

Beskrivelse av den intervjuedes livsverden reflekterer til en fenomenologisk fremgangsmåte, mens fortolkningen av de beskrevne fenomenene er den delen av forskningsprosessen som forholder seg til hermeneutisk teori.

I kvalitativ forskning, er fenomenologien mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut i fra aktørens egne perspektiver. Det gjelder å beskrive verden slik den oppleves av informantene. Forståelsen her er at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinkmann 2010).

Når man ved å innsnevre intervjuet til den opplevde betydning av intervjupersonens livsverden, så har fenomenologien vært relevant for avklaring av forståelsesformen i det kvalitative forskningsintervjuet (Kvale og Brinkmann 2010).

Hensikten er og nå frem til en undersøkelse av essenser, fenomenenes vesen, ved å gå fra å beskrive enkeltfenomener til å søke etter deres allmenne vesen. Et navn som må nevnes når vi snakker om fenomenologi er Georgi. Hans fenomenologiske tenkning er at studiet av strukturen og variasjonene i strukturen er den bevissthet som en ting, hendelse eller person fremtrer for. Georgi og kollegene hans anvendte, systematiserte og gjennomreflekterte metoden. Spilberger (1960) illustrerer metoden ved å bruke metaforer, for eksempel, til tingene selv, se og lytte, holde øynene åpne, ikke tenke, men se. (Kvale /Brinkmann 2010).

Fra det fenomenologiske perspektivet i et kvalitativt forskningsintervju er målet å innhente opplysninger om informantens erfaring. Dette er i lojalitet til informantens egen versjon av sin historie. Intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden. Vi snakker om levende kunnskap. Intervjueren skal skape en situasjon der det er mulig for informanten å fortelle om meningsinnholdet – hvilken betydning dette har for han eller henne. Det er et mål å utvikle en samtale der det kvalitative får stemme – der ordene formidler kunnskap om egenskaper og kjennetegn ved det vi snakker om.. Intervjuet skal ha en deskriptiv orientering, der vi sikter mot å få frem rikest mulige beskrivelser, og der informantens egne ord skaper bilder.

Spørsmålene skal stilles på en slik måte at svarene blir mest mulig spesifikke. På den måten at vi kan se konturene av noe som informanten faktisk har opplevd (Malterud 2008). I valget som er gjort i mitt prosjekt, humanisme, hermeneutikk og fenomenologi, tenker

jeg å få et innblikk i deltagerne av ACT opplæringa sin opplevelse av denne nye tenkemåten.

4.3 Fokusgruppeintervju

I mitt prosjekt tenkte jeg lenge at jeg ville velge individuelle intervju av terapeuter som arbeider i kommune og institusjon. En annen metodisk tilnærming som etter hvert fanget min interesse var fokusgruppeintervju.

Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud 2008).

I dag benytter man seg i stigende grad av fokusgruppeintervju innen kvalitativ forskning. Denne utbredte anvendelse av gruppeintervju har funnet sted etter 1950. Det var da markedsforskerne som utviklet fokusgruppeintervju. På 1980 tallet gjorde gruppeintervjuet sitt inntog i den akademiske samfunnsforskning (Kvale og Brinkmann 2010).

I arbeidsmedisinsk forskning har fokusgrupper blant annet vært brukt for og utforske årsaker til sykefravær i en bedrift (Malterud 2008).

En fokusgruppe består vanligvis av seks til ti personer under ledelse av en moderator. Dette er en ikke- styrende intervju- stil hvor det er viktig å få frem flere og forskjellige synspunkter om det emnet som er i fokus for gruppen (Kvale og Brinkmann 2010).

I mitt prosjekt er temaområdet betydningen av ACT opplæring hos deltagerne, men også i forhold til organisasjoner, kommune og institusjon.

I fokusgruppeintervju benyttes en gruppemoderator som presenterer emnene som skal diskuteres. Vedkommende skal legge til rette for ordveksling. Oppgaven til moderator er videre å skape en velvillig og åpen atmosfære, hvor man kan uttrykke personlige og motstridende synspunkt. Dette på de emnene som er i fokus (Kvale og Brinkmann 2010). Vanligvis har vi fem til åtte informanter som snakker sammen en time eller to. Samtalen tas opp på lydbånd/elektronisk. Det kan være nyttig å ha med en sekretær som noterer hovedmomentene og forhold som ikke kommer frem på lydbåndet (Malterud 2008). Gruppeintervjuet har ikke som formål å komme til enighet om eller å presentere løsninger på de spørsmål som drøftes. Hensikten her er å få frem forskjellige synspunkter i saken (Kvale og Brinkmann 2010).

Denne intervjutypen egner seg godt til undersøkelser på nye områder. Den livlige kollektive ordvekslingen kan bringe frem flere spontane ekspressive og emosjonelle synspunkter. Dette sett i forhold til individuelle og ofte mer kognitive intervju (Kvale og Brinkmann 2010). I mitt prosjekt som er søken etter betydningen av ACT opplæring, ble jeg interessert i denne formen for intervju som jeg hørte mer og mer om. Dette med å få frem ulike og spontane synspunkter så jeg på som en spennende og utfordrende oppgave. Jeg mente at fokusgruppeintervju kunne være hensiktsmessig fordi jeg ønsket å få frem den livlige kollektive ordvekslingen.

Følsomme og tabubelagte temaer, kan i et gruppesamspill gjøre det lettere å uttrykke synspunkt som vanligvis ikke snakkes om. Ulempen i et gruppesamspill er at moderatorens kontroll over intervjuforløpet reduseres. Dette livlige samspillet kan også gi intervju utskrifter av noe kaotisk preg (Kvale og Brinchmann 2010).

Moderators rolle er også å sørge for at de forskjellige deltagerne kommer til ordet, samt følge med angående gruppedynamiske prosesser. Disse prosessene kan medvirke til at samtalen blir en konkret forankring i det temaet som skal belyses (Malterud 2008). Videre mener Malterud (2008), at det er viktig at deltagerne er informert om det temaet som skal belyses og om samtalens formål og opplegg slik at deres forventninger samsvarer med det som skal foregå.

Mitt prosjekt handler også om en avslutning på en rimelig lang opplæring som jeg tror vekket sterke følelser. Jeg tenker at Acceptance And Commitment Therapy, er en metode som griper inn i den enkeltes personlighet. ACT budskapet kan rokke ved deltageres kjerneverdier. Jeg mener da at en fokusgruppe intervju muligens kan komme ut av sine former av den grunn. En måte å unngå dette på kan være en å ta opp spesifikt tema som ikke skal drøftes. Helt konkret valgte jeg å starte intervjuet med å si at jeg ikke ønsket en diskusjon på hvorfor implementeringen ble stoppet. Jeg var kun ute etter hva metoden hadde betydd for den enkelte.

Fokusgrupper er en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data. Denne formen krever mindre ressurser enn om deltagerne skulle være intervjuet individuelt.

Gruppesamtalen kan gi en annen type kunnskap og mer kunnskap fordi gruppedeltagerne påvirker hverandre i samtalen (Malterud 2008).

Jeg ser for meg at mitt prosjekt med mine fokusgruppeintervju gir en mulighet til å dukke ned i den enkeltes livsverden. Jeg har da muligheten å hente frem terapeutenes syn på om brukerne er frisk/syk, synet på psykisk helse, terapeutenes rolle som terapeuter og hvilke redskaper som brukes i terapien.

David L Morgan (1997) sier at fokusgrupper ikke er annerledes enn andre metoder ved at de blir foretrukket noen ganger og andre ganger bør de bli unngått.” This summery will argue that both the strenght and the weakness of focus groups flow directly from both their two defining features; the reliance on the reseachers focus and the group interaction” (David L Morgan 1997).

Jeg tenker at man ikke uten videre kan generalisere til alle som gjennomgikk opplæringen, altså hele populasjonen. Resulteter og funn er altså primært fra de som deltok i intervjuene-altså selve utvalget, selv om spørsmål og svar er relevante også for populasjonen for øvrig.

4.4 Valg av fokusgruppe

Mitt valg av fokusgruppeintervju i psykisk helsearbeid, ble en gruppe i fra kommunen og en i fra spesialist- helsetjenesten, siden det var disse to organisasjonene som var representert i opplæringen. I fra kommunen var det noen få representanter. Jeg var en av disse. Samlet sett var vi knapt mange nok til å være det ideelle antall av en fokusgruppe.

For å kunne se på forskjeller i fra kommune og institusjon, valgte jeg da også å intervju ansatte i fra spesialist-tjenesten. Jeg vurderte at psykisk helsearbeid nok ville arte seg forskjellig i disse to arbeidsområdene. I kommunen møtes brukerne i sitt eget hjem, på avdeling har vi en annen kontekst. Jeg tenkte også at disse to gruppene representerer ulike faglige kontekster.

Mine antagelser var bl.a.at jeg ville finne større entusiasme for ACT metode i kommunen. Dette siden denne gruppen hadde meldt seg på opplæringen av egen interesse. Gruppen i

fra avdelingen var blitt pålagt å gjennomføre opplæringen som skulle føre til en implementering av ACT i avdelingen. Her har vi ulike organisatoriske kontekster, ulike faglige kontekster og ulike motiver for deltaking av opplæringen.

Fokusgruppeintervju.

Avdelingsleder ved sengepost spesialisthelsetjenesten ble kontaktet i oktober 2013. Hun rekrutterte 7 deltagere fra sengeposten. Prinsippet i utvelgelsen var at alle deltagere stilte likt i utvelgelse. Intervjuet ble utført på sengeposten november 2013.

Fem deltagere fra miljøpersonalet som var forespurt stilte til intervju. (To stk. meldte forfall samme dag) tre stk. sjukepleiere, en fysioterapeut, en hjelpepleier. Mine forventninger til dette intervjuet, var at jeg kunne oppleve et møte med en gruppe som var meget frustrerte og hadde lagt teori og metode bak seg. Dette var jo en avdeling som ikke selv hadde valgt å sette seg inn i metoden. De ansatte den gang fikk bare beskjed om at ny metode skulle implementeres i avdelingen, og at alle ansatte måtte være med i et opplæringsprogram. Likeledes så endte et års opplæring med en brå slutt og med en avdeling i vanskelig stemning og med mange meninger.

Mine forventninger stemte ikke. Jeg møtte en gruppe som hadde implementert teori og metode i sitt å arbeide. «Det er ikke mulig å gå tilbake til, jeg har fått et nytt lag på et vis»

Kommune-ansatte januar 2014

Ble forespurt i desember samme år. Avdelingsledere i de ulike sonene ble kontaktet tidlig i desember og et intervju ble avtalt siste uke før juleferie. Da dagen kom ble en informant syk og vi avtalte å utsette intervjuet til etter nyttår da det var kun få i fra kommunen som hadde vært med på opplæringsprogrammet. I januar ble intervjuet foretatt i sentrums lokaler. Mine forventninger til dette intervjuet var å skulle møte en gruppe som var positive og entusiastiske til metoden. Det vil jeg nå i etterkant også si at jeg gjorde, men det var en forskjell i driven og implementeringen i forhold til sengeposten. Metode ser ut til å være mindre i bruk, mindre fremtredende i kommunen, selv om dette var en gruppe som frivillig meldte seg på opplæringen. Deltagerne var: Fire stk. deltagere fra distrikt sentrum, øst og vest (to stk. sjukepleier en stk. vernepleier og en stk. hjelpepleier).

4.5 Analyse:

Jeg har valgt å følge Malterud sin versjon av systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse. De to gruppeintervjuene ble transkribert og utgjorde til sammen tretti sider eller mer nøyaktig tolv tusen transkriberte ord. For å bli kjent med materialet, leste jeg først gjennom dette for å få et helhetsbilde. Jeg så da etter temaer som representerte betydningen som opplæringen hadde hatt for deltagerne. Jeg forsøkte å se på materialet i forhold til problemstillingen min. For å samsvare med det fenomenologiske perspektivet så prøvde jeg aktivt å legge min forforståelse og teoretiske referanseramme til sine.

På denne måten skriver Malterud (2008) at vi kan høre informantens stemme. Under denne første lesingen prøvde jeg å motstå all trang til å systematisere. Når alt var lest var det tid for å oppsummere mine inntrykk. Hvilke temaer så jeg i dette materialet? Hvilke temaer var det som var knyttet til opplæringens betydning for deltagerne. Jeg festet meg ved noen tema, f.eks. ansvar, synet på syk/frisk, redskap, endret terapeutrolle.

Det gjensto flere ledd i den systematiske gjennomgang av materialet, sammenholdt med den metodiske referanserammen. I dette andre trinn av analysen ville jeg organisere den delen av materialet som jeg skulle studere videre. Den relevante teksten ble skilt fra den irrelevante og jeg sorterte nå den delen av teksten som kunne tenkes å belyse min problemstilling.

Jeg startet med en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje. På den måten identifiserte jeg meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter var tekst som ble valgt ut som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn og som sa noe om betydning ACT metoden hadde hatt for informantene. For å identifisere meningsbærende enheter så hadde jeg temaer i fra forrige trinn i bakhodet.

Når jeg merket de meningsbærende enhetene i teksten så begynte jeg å systematisere dem. Koding var i gang. Kodearbeidet var for å fange opp og klassifisere alle meningsbærende enhetene i teksten som hadde sammenheng med de temaene som jeg merket meg

innledningsvis, i det første analysetrinnet. Jeg fant da tekstbiter som ble merket med en kode. Dette var en merkelapp som samlet tekstbitene som hadde noe felles.

Jeg frem til følgende koder av de meningsbærende enhetene:

Ansvarsoverføring, ACT som redskap, endring som menneske, endring som terapeut, endring i synet på helse/sykdom.

I analysens tredje trinn ville jeg abstrahere den kunnskapen som hver av kodegruppene representerte. Jeg startet med en av kodegruppene. Materialet var såpass rikt og relevant, at jeg så at koden omfattet mange ulike nyanser. Nå sorterte jeg materialet i subgrupper. Malterud (2008) sier at vi nå fester oss ved, og preges av det perspektivet vi leser vårt materiale ut fra.

Subgruppene som da trådte frem fra mitt perspektiv ble: Ikke en fikser lengre, må selv kjenne på det ikke å ha kontroll, vanskelige tanker og følelser trer frem i terapien, forskjell mellom pasient og terapeut viskes ut, at tanker ikke er så farlige lengre, om en person er frisk eller syk har mindre fokus hos meg.

Nå var det subgruppene som var analyseenheten i den videre analysen. Jeg fortettet og kondenserte innholdet i hver subgruppe, ved å utvikle et kunstig sitat som var forankret i data. Et eksempel fra dette analysetrinnet; Fra subgruppen:» at tanker ikke er så farlige lengre» under koden «endring som terapeut» utviklet jeg en kondensering eller fortetting. Dette er gjort ved å sette sammen sitater som gir sammen mening.

«man må jobbe med det som er vanskelig». «Mye mer bevisst på at det ikke er nødvendig at symptomene skal bort». «Symptomene må ikke fjernes for å ha et bedre liv». «Før så var jeg opptatt av å fjerne symptomer, nå er det mer å legge merke til, å tåle ... og la det fare på en annen måte». «Jeg har blitt flinkere til å undre meg over det som skjer, at tanker ikke er farlige lengre...den døra er ikke stengt, du kan gå ut hvis du vil, men så kan du ikke gjøre det fordi du har en tanke...som hindrer deg i å gå». «Aksept har gjort det lettere å snakke

om

tanke. For nå kan vi bruke om å romme tankene...tørre å kjenne på dem».

I analysens fjerde trinn satt jeg bitene sammen igjen. Dette kalles en rekontekstualisering (Malterud 2008). Først sammenfattet jeg kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe, deretter laget jeg en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe. Et eksempel på innholdsbeskrivelse i fra den kodegruppen og subgruppen som eksemplifisert ovenfor viser dette.

Informantene i gruppene uttrykte en lettelse i forhold til at vanskelige tanker og følelser ikke lengre var farlige. At vanskelige tanker og følelser ikke lengre er så skumle. Det er som å ha fått en mykere måte å ha det vondt på og at vanskelige tanker og følelser ikke nødvendigvis må tas bort.

Denne prosedyren gjentok jeg for hver kodegruppe. Når innholdsbeskrivelsen var sammenfattet gikk jeg tilbake til de meningsbærende enhetene og fant noen utvalgte sitater som ga et mest mulig treffende bilde av det som var omtalt i teksten. Mine nye begreper:

« en mykere måte å ha det vondt påikke en fikser lengre»

«Det er så innmari godt å ha fått dette nye redskapet»

«Jeg tenker ikke sånn syk frisk lengre som før»

Nå slutførte jeg begrepsutviklingen ved å gi nytt og endelige navn til mine funn: En omfattende betydning, endret terapeutrolle, ansvar tilbake til bruker, ACT et nytt redskap, psykologisk fleksibilitet, endringer i synet på psykisk helse, forskjell mellom gruppene.

5.0 Resultater/funn

I dette avsnittet vil jeg presentere de vesentligste funnene mine. Dette gjøres på bakgrunn av den analysen jeg har gjort av intervjuene, kfr. kapittel 4. Funnene faller inn under følgende overskrifter:

- 1) Stor betydning,
- 2) Endret terapeutrolle,

- 3) Ansvar tilbake til bruker,
- 4) ACT – et nytt redskap
- 5) Psykologisk fleksibilitet.
- 6) Endringer i synet på psykisk helse,
- 7) Forskjell mellom gruppene.

5.1 Stor betydning

Informantene i de to fokusgruppene sier ACT opplæringen har stor betydning for dem i dag og har hatt stor betydning i de to årene som er gått. ACT teori og metode har i følge informantene ført til endringer på områder som er vesentlige i møte med mennesker som ber om hjelp. Informantene er terapeuter som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, og to stykker har videreutdanning i annet psykisk helsefag, en er utdannet vernepleier. Det vil si at samtlige har kunnskap/teori om relasjonelle faktorer fra før opplæringen. At disse i dag sier at de nå har fått en stor endring både i synet på psykisk helse og i forhold til terapeutrolle og ansvar er svært spennende og fremstår for meg som viktig. Det sier noe vesentlig om at opplæringen har vært viktig, den har hatt og har en betydning for dem som terapeuter. De sier de ikke kan gå tilbake til tiden før ACT opplæringen. En av informantene beskriver det slik:

«jeg har fått et nytt lag på en måte
det går ikke an å gå tilbake

Informantene beskriver også hvilken betydning ACT metoden har i forhold til den praktiske hverdagen deres. De fremhever fokusgrupper som fungerer i avdelingen og såkalte « Mindfullnes grupper» som er startet i regi av avdelingen. De forteller om en fokusdreining til her og nå tenkning, og mindre tid på gjentakelse av den enkeltes historie / fortid. Likeledes en dreining fra å dempe symptomer til mer å akseptere og legge fra seg vanskelige tanker /følelser på en noe annen måte. Her kommer det frem frustrasjoner i fra informantene fra sengepost i forhold til at behandlere i avdelingen har et annet utgangspunkt /teorigrunnlag, og av den grunn bruker tid på pasientens historie.

Den første gruppen (sengeposten) legger vekt på at de nå kjenner på en tilbake føring av ansvar til bruker, og dermed et annet ansvar til terapeuten. Likeledes en vektlegging av verdier og ressurser.

5.2 *Endret terapeutrolle*

Informantene sier ACT har hatt en betydning i deres relasjon til brukerne. Rollen deres som terapeut er endret. Med begrepet sosial rolle forstår jeg: «Sosiale roller er de posisjonene mennesker har i forskjellige grupper i samfunnet og de reglene som tradisjonelt gjelder og forventes for atferden og oppgavene til personene i disse posisjonene (Wikipedia, Østerberg 2012)» Viktig her blir da forventninger som terapeutene selv, kolleger og brukerne har til dem. Samtale/samværet med brukerne er nå mer direkte på hva som er vanskelig. Et par av informantene sier at aksept biten i Hexafleksen er en av grunnene til at de nå er mer direkte på problemet enn før. At de selv og brukerne tør å kjenne på, snakke om de vanskelige tankene og følelsene på en annen måte enn før. Dette også fordi de opplever at metoden går direkte inn i kjernen av vanskene. De sier de har fått et nytt ansvar, det å måtte jobbe med det som er vanskelig.

Informantene sier at de nå ser annerledes på vanskelige tanker og følelser enn før opplæringen fordi de ikke er så skumle lengre. Det kan da bety at de som terapeuter lettere kan ta opp temaer, tanker og følelser som er vanskelige. Metoden har lært dem at vanskene ikke nødvendigvis må fjernes for at mennesket kan ha en god livskvalitet. Før tenkte de mer at symptomene for all del måtte dempes, nå er det mer å legge merke til disse, tørre å dvele ved og la de fare på en annen måte. To sitater kan illustrere dette:

«Jeg har blitt flinkere til å undre meg over det som skjer, at tanker ikke er farlige lengre».

«Det er som vi har fått en mykere måte å ha det vondt på».

Terapeutene bruker nå ACT sine kjerneprosesser i sitt møte med brukerne. Dette medfører blant annet at fokus i samtalen blir dreid bort fra tidligere opplevelser og vansker til dagen i dag og veien videre. Det å skulle dvele over tid i fortid, kan skape frustrasjoner hos terapeutene. De sier at det er selvfølgelig viktig det vi har med oss i sekken, vi har jo alle med oss en sekk, og at den må jo være der. Vi glemmer ikke historien, men nå er det viktig å se på livet i dag og hvilken vei vi vil gå videre. For å kunne bringe brukerne tilstede her og nå brukes blant annet Mindfullnes og andre øvelser i å legge merke til her jeg sitter nå. Eksempel: Legg merke til 5 ting her i rommet og beskriv det du ser.

Noen av informantene fremhever at deres endring som terapeut også har betydning for dem som menneske også ut over terapeutrollen. De ser på seg selv på en annen måte. Endringene medfører at mange av de tradisjonelle forskjellene eller skillelinjene mellom pasient og terapeut svekkes eller viskes noe ut. De bruker nå mye av den samme tenkningen om seg selv når de kommer hjem. Dette medfører faktisk endringer i selve menneskesynet. To sitater som belyser dette:

«det er jo like vanskelig for oss som for dem»

« plutselig så e en pasient selv».

Dette funnet kan jo reise et spørsmål om vi da også vil få en ny pasientrolle? Hvilken konsekvens vil den endrede terapeutrollen ha for brukerne? En av konsekvensene av den nye terapeutrollen mener informantene er at den vil gi en pasientrolle hvor pasienten tar mer ansvar for sin egen bedringsprosess og helse. Dette vil jo kanskje da være naturlig siden fokus dreies bort i fra sykdom og mer mot en holdning og tenkning som sier at vanskelige tanker og følelser er et vanlig menneskelig fenomen, ikke nødvendigvis et sykdomsfenomen. Likeledes ser vi at informantene nå ser en pasient hvor ikke symptomreduksjon nødvendigvis er målet for terapien, men heller en bevisstgjøring av å være tilstede i eget liv, og bevisstgjøring av hva som betyr mest i pasientens liv.

5.3 Ansvar tilbake til bruker

En viktig faktor i endringer i terapeutrollen beskriver informantene som endring i forhold til ansvar, altså ansvaret for problemene og dermed ansvar for handling/behandling og mulige bedringsprosesser. I forskningsprogrammet RFT går det blant annet frem at det er de samme språklige prosesser som skaper psykologiske barrierer for klienten som også legger hindringer i veien for terapeuten. I tillegg er utgangspunktet for ACT metoden at den hviler på en teori om menneskesinnet, ikke om sykdom eller det syke menneskesinnet (Rasmussen og Nilsen 2010).

Informantene, spesielt i gruppen fra spesialisthelsetjenesten, var meget opptatt av at opplæringen hadde betydd en stor endring når det gjelder ansvarliggjøring av den enkelte bruker. Deres nye kunnskap medførte altså en vending eller dreining av ansvaret tilbake til

bruker. En beskriver det slik at de måtte avlæres at de ikke er den som primært skal gjøre brukeren frisk:

«fått et annet syn , måtte avlæres at vi ikke er den som primært skal gjøre folk friske». «Vi må sitte på hendene våre»
«jeg er ikke en fikser lengre»
«det er som dem har lagt fra meg et ansvar»

Dette synet på ansvar beskrives som en lettelse for terapeutene, men at dette ikke kommer av seg selv. De må hele tiden minnes på brukerens eget ansvar. De sier at de må «klore seg fast i stolen» og ikke gå og minne bruker på for eksempel samtale- timen. Da er det terapeuten som selv må kjenne på det ikke å ha kontroll:

«kjenner at dette gir et ubehag, vi har jo også behov for å vite»
«kjenner på det, så lar vi det ligge»

En informant sier hun nå ikke lengre tar med seg problemene hjem slik hun gjorde tidligere. Informantene henviser til ACT sine kjerneverdier, herunder forpliktende handlinger. At bruker har en forpliktelse til å ta tak i eget liv. Teorien belyser at mennesket har valg, kanskje i større grad enn man tidligere har tenkt. En informant fra kommunen reiste spørsmålet om ACT teori og metode kunne føre til ansvarsfraskrivelse hos terapeut.

5.4 ACT-et nytt redskap

Dette funnet handler om at terapeutene har fått et verktøy å forholde seg til. De formidler noe her om noe konkret – noen hjelpemidler - som de tar i bruk. Det er tydelig at Hexafleksen også har en praktisk side og en billedlig side. At de ved denne metoden har fått et redskap/redskaper til å kalle oppmerksomheten tilbake til her og nå som er utgangspunktet for psykologisk fleksibilitet. Et eksempel: I DPS- avdelingen så er det etablert tre Mindfullnes-grupper. Mindfullnes er en måte å bringe pasienten i en tilstand av her og nå (Kabat Zinn 2011). Enkelte synes tilstedeværelse er et bedre uttrykk, da dette uttrykket ikke så lett blir forvekslet med Østens meditasjon. Informantene navngir hvilke deler av hexafleksen som de bruker mest. Aksept og her og nå, er kjernepunkter som gruppene er mest opptatt av. Men senere i intervjuet kommer også verdier og forpliktende

handlinger frem. Defusjonering blir også et punkt eller redskap som brukes aktivt. Informantene sier de nok ikke bruker redskapet i takt med hexafleksen, men at:

«vi har no denne malen, må følge den, vil bare si at jeg bruker den».

Fokussamtaler er også noe konkret som er kommet i gang på avdelingen etter opplæringen. Pasienten blir da i denne gruppen ledet til dagen i dag og situasjonen her og nå. Informantene sier at spesielt pasienter som var med da implementeringen pågikk og som er tilbake i avdelingen, er blant de som er motiverte til å stille opp i fokusgrupper.

Samtidig sier de også noe om trygghet, at det nye redskapet har gjort dem tryggere i rollen sin og noen sier de bruker metaforer der dette passer inn. En informant forteller at spesielt ungdommer er glad i metaforer og at hun opplever at de lager seg sine egne.

«metoden har gjort meg tryggere i å skulle formidle et budskap»

«det er så innmari godt å ha slike verktøy».

«jeg er tryggere i rollen min»

«har fått flere lag på et vis»

5.5 *Psykologisk fleksibilitet*

I denne sammenheng benytter jeg meg av ACT definisjonen av begrepet psykologisk fleksibilitet. Fleksibilitet forutsetter akseptering, avstand og samtidig nærvær.

«Psykologisk fleksibilitet vil si å lære seg å akseptere og gi plass for følelser, og å være oppmerksom på tanker uten å bli for involvert i dem. Samtidig være bevisst nærværende i øyeblikket heller enn å være opptatt av fortid eller fremtiden og ta aktive skritt i forhold til dem» (Møller, Rasmussen og Nilsen, side 17).

Psykologisk fleksibilitet er fremhevet i denne oppgaven som det mest sentrale målet med ACT tilnærmingen. For informantene tenker jeg dette blir et mål på om de har implementert hexafleksen som et redskap, altså om opplæringen rett og slett har virket slik den var tenkt. En slik implementering vil si noe om terapeutens endring i sin rolle og sitt

syn på psykisk helse. For å utøve dette redskapet, må teorien/tenkningen så å si ha satt seg i terapeuten.

Informantene i gruppene fremhever hexafleksens kjernepunkter som viktige. De sier at de nå legger vekt på en relasjon med bruker som handler om og gir oppmerksomhet til bl.a. tilstedeværelse og aksept. Dette er et funn på at terapeuten bruker ACT sine to viktige kjernepunkter. Likeledes snakker informantene om relasjonen på en slik måte at vi kan se at de har plassert seg selv i selvet som kontekst. Det vil si at gruppene har greid å ta et skritt til siden og er i stand til å betrakte/observere sin egen rolle og relasjon.

Videre blir defusjonering, verdier og forpliktende handlinger trukket frem som viktige moment i deres terapeutiske relasjon med bruker. Ut fra dette kan vi si at terapeutene opplever at de har utviklet psykologisk fleksibilitet gjennom og eventuelt etter opplæringsprogrammet. Noen sitat kan underbygge dette.

«Her og nå bruker jeg aller mest, metoden er så bra i forhold til grubling og elting»

«Aksept og her og nå bruker jeg også aller mest»

«Tenker mer nå at psykisk helse henger sammen med verdivalg»

«Det er så innmari godt å ha slike verktøy»

Vi vet også at fleksibilitet ikke er konstant for mennesket. At dette ikke er noe man oppnår en gang for alle. Grung og Jacobsen (2011) skriver at psykologisk fleksibilitet ikke er noe man oppnår en gang for alle. Derimot er det et perspektiv på tanker og følelser man hele tiden må bevisstgjøre seg, samtidig med å foreta valgte verdsatte handlinger.

I løpet av et fokusgruppeintervju fikk informantene vist og fortalt om sin terapeutiske endring. En av gruppene har også satt i gang tiltak som mindfulnessgrupper og fokussamtaler som det er grunn til å anta vil hjelpe terapeutene til å beholde og videreutvikle sin fleksibilitet, på den måte at de er nødt til å bevisstgjøre seg sine og brukernes tanker og følelser. Gruppen av informanter som ikke har iverksatt noe direkte, står nok da i en større fare for å kunne falle tilbake til tidligere tenkning.

5.6 Endringer i synet på psykisk helse

Dette funnet er nok både en oppsummering og en overbygning over de andre funnene. Opplæringen i ACT teori og metode ser ut til å ha betydd en vesentlig endring i deres oppfatning av psykisk helse, lidelse og sykdom. Denne endringen medfører en dreining av fokus fra den medisinske modellen med sykdom, diagnoser og symptomer mot et fokus på ressurser, verdier og ansvarliggjøring av brukerne. Dette er en omfattende endring, der det ikke lenger handler om å være enten syk eller frisk. Den nye oppfatningen er mer å forstå som en balanse mellom svært vanskelige tanker, følelser og lidelse på den ene siden og mer helse på den andre siden.

Informantene sier altså at de har endret sitt syn på psykisk helse. Opplæringen har gitt dem en annen forståelse av hva som er viktig i relasjonen mellom terapeut og bruker. De har flyttet oppmerksomheten fra det å dempe symptomer, dvele for lenge ved historien, endre på vanskelige tanker og følelser. Nå er de mer oppmerksom på å være til stede, tørre å kjenne på vanskelige tanker og følelser og ta dette med seg i den retning og mot de verdier som den enkelte velger som sin livsretning. Vanskelige tanker og følelser ufarliggjøres på den måten at de blir sett mer på som nettopp tanker og følelser, som kan håndteres, ikke nødvendigvis som sykdommer eller sannheter som bruker skal la seg styre av:

«jeg tenker ikke lengre syk /frisk som du spør om, så jeg har litt problemer med spørsmålet ditt, tenker nå mer ressurser og verdier og da forsvinner litt dette syk/frisk»

Flere av terapeutene sier noe om at de kjenner på frustrasjon hvis de er med på samtaler hvor det dveles for lenge ved tidligere historier. De tilstreber en relasjon hvor det fokuseres på en bevegelse mot brukers verdier og at bruker forplikter seg i denne prosessen. Det vil si at relasjonen mellom terapeut og bruker vil være en prosess mot et mål og en synliggjøring av brukers ressurser. Her kommer synet på ansvarliggjøring inn, og kanskje et syn på det at mennesker har flere valgmuligheter enn det den rene medisinske modell står for.

5.7 Forskjell mellom gruppene

Et av mine utgangspunkter var at intervjuene var gjort av 2 ulike grupper som jobber i to ulike kontekster. Dette gjør det spennende å se på likheter og ulikheter mellom gruppene.

Fokusgruppen på døgnavdelingen opplevde jeg var mest engasjert i forhold til ACT metoden. De ga uttrykk for å ha tatt opp i seg større endringer i arbeidet som terapeut. De sier at de gjør mer, samtidig som de er mer frustrerte over behandlere som tenker annerledes. En slik frustrasjon kan sees som at ACT opplæringen har betydd mye, og at endringer i bl.a. terapeutrollen og synet på psykisk helse/sykdom er betydelig i denne gruppen. Forventningene mine til denne gruppen var at jeg ville finne mindre engasjement her fordi dette var en gruppe som ble pålagt av arbeidsgiver å delta i denne opplæringen. De hadde altså ikke valgt det ut fra egen motivasjon.

Fokusgruppen i fra kommunen på sin side hadde det jeg vil kalle et «stillere» engasjement. Til tross for at denne gruppen hadde blitt med på opplæring etter eget ønske. De hadde ikke iverksatt noe konkret etter ACT opplæringen. De ga uttrykk for mindre frustrasjon over ikke å finne samklang hos samarbeidspartnere. Samtidig uttrykker også de at ACT metode og teori har betydd mye i arbeidet deres.

Fokusgruppen fra avdeling svarer ut i fra en relasjon med bruker der brukerne er ute av sin daglige kontekst. Brukerne kommer til avdelingen fordi de søker hjelp fra hjelpeapparatet, og vanskene kan mange ganger være store når de legges inn i en døgnavdeling. Terapeutene på døgnavdeling var mer opptatt av å tilbakeføre ansvaret til bruker. Dette kan jo da tyde på at bruker legger fra seg et ansvar ved innleggelse i større grad enn når de søker hjelp i kommunen. Det viste seg nemlig at gruppen fra kommunen ikke var opptatt av tilbakeføring av ansvar i samme grad som gruppen fra avdelingen.

ACT metoden syntes mer implementert på sengeposten. De var i gang med mindfulnessgrupper og hadde etablert fokussamtaler på avdelingen. Selv om informantene sier i intervjuet at de kanskje jobber hver med sitt, at avdelingen slik ikke fronter en ACT implementering, sier en informant også at hun hører det i rapporteringen at de bruker mye ACT- tenkning selv om de ikke direkte sier det slik.

En av informantene fra kommunen sier hun bruker hexafleksen hver dag, og at metaforer også hører med i samtalene. Gruppen fremhever bruk av tenkning omkring her og nå, aksept, verdier og ressurstenkning.

Informantene fra kommunen er den gruppen som også tenker at ACT metoden kan føre til ansvarsfraskrivelse. Og at vi som terapeuter har et mer ansvar når brukerne virkelig er syke

«når brukerne virkelig er syke, ja så tenker jeg at de er syke».

Begge grupper trekker frem det at fokuset nå er dreid til her og nå og veien videre, er en lettelse i deres arbeid. Frustrasjoner rundt grubling og elting kommer lett frem i intervjuet når mentor spør om dette.

5.8 Oppsummerende om funn

Jeg har samlet funnene i tabellen under.

Hvilken betydning har Acceptance and Commitment Therapy hatt for deltakere i opplæringsprogrammet						
FUNN						
1 Stor betydning	2 Endret terapeutrolle	3 Ansvar tilbake til bruker	4 ACT-et nytt redskap	5 Psykologisk fleksibilitet	6 Synet på psykisk helse frisk/ syk	7 Forskjell mellom gruppene

Tabell 1: Oppsummering av funn i undersøkelsen.

6.0 Diskusjon

Jeg vil i dette kapittelet diskutere noen av de sentrale sidene av mine funn, kfr. Kapittel 5. I diskusjonen vil jeg trekke inn teori. De sidene jeg vil diskutere er følgende:

- Endret ansvarsfordeling mellom terapeut og bruker

- Den nye terapeutrollen, den «modige» og «fleksible» terapeut.
- En ny brukerrolle?
- ACT som nytt redskap i det terapeutiske arbeidet.
- Helse og sykdom
- Forskjell og likheter mellom gruppene

6.1 Betydningen av endret ansvarsfordeling mellom terapeut og bruker

En viktig faktor i endringer i terapeutrollen beskriver informantene som endring i forhold til ansvar. Vi snakker om ansvaret i relasjonen mellom terapeut og bruker. Hvem har ansvaret i behandlingen og i at bedringsprosesser kommer i gang og utvikles?

Informantene opplever at ACT opplæringen har medført en vesentlig endring av forståelse så vel som praksis. Ansvaret flyttes mye mer tilbake der det hører hjemme, til brukeren. Den nye ansvarsfordelingen gir en terapeut som beveger seg fra å være en fikser til noe annet etter ACT opplæringa. Hvis vi ser dette i forhold til ACT/RFT teori så ser vi at dette er en teori om mennesket, ikke om sykdom og det syke mennesket. Det betyr en dreining i synet på og behandlingen av mennesket som kommer for å få hjelp. Vi har en dreining i fra en sykdomsmodell og mot en modell hvor eget ansvar er mer fremtredende. Dette er også i tråd med ACT sin kjerneprosess som heter forpliktende handlinger.

Den nye ansvarsfordelingen samsvarer også med oppfatningen av makt og myndighet, slik den går fram både i ACT teori og i Empowerment-teori. Selve ordet Empowerment har med overføring av makt å gjøre. Makten må gis eller overføres tilbake til de avmektige. Begrepet i dag brukes i forbindelse med forskjellige grupperinger som befinner seg i en avmektig posisjon (Askheim 2003).

En tilbakeføring av makt og myndighet vil også gi en ansvars- forskyvning/-endring. Ole Petter Askheim (2003), beskriver det slik at behandlerne må være villig til å omdefinere sin ekspertrolle til å bli en ressurs som virker på brukerens premisser. Denne tenkningen er også slik jeg oppfatter det i samsvar med nyere teori om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid (Andersen og Karlsson 2011) og for så vidt med den mer interaksjonistiske

oppfatningen i sosiokulturelle teorier om læring (Dysthe 2001). Her vektlegges gjensidighet i relasjonene.

Informantene spesielt i fra spesialisthelsetjenesten var svært opptatt av at denne metoden hadde gitt en dreining av ansvar tilbake til bruker. Et sitat fra informant kan belyse dette.

«Må klore meg fast i stolen, veldig vanskelig, vi tar så lett over ansvaret»

Hva betyr denne endringen i fordeling av ansvar? Har vi fått en ny terapeutrolle? En ny pasientrolle? Både ACT teori og Empowerment- tenkning ser ut til langt på vei å forlate den medisinske modell. Det er ikke lenger terapeutene som gjør brukerne friske. Det vil jo da kunne bety at vi beveger oss mot en ny terapeutrolle og brukerrolle. Brukerne får (eller tar) mer ansvar og da også mer myndighet og makt.

I den nye ansvarsfordelingen er terapeutene ikke lengre den som skal fikse brukerne. De legger til rette for en samhandling på en person til person nivå. Samhandlingen med bruker blir nå lettere en samhandling basert på brukerens ressurser og brukerens verdier. På denne måten kan terapeuten da nærme seg brukers livsverden på en annen måte. De signaler som terapeuten sender ut vil være at bruker er i stand til å ta ansvaret for eget liv og selv gjøre de viktige valgene. Fra et ACT perspektiv vil signalene også være at bruker ikke er ødelagt av sine vansker, men heller sitter fast midlertidig. Dette kan åpne opp for muligheter, frihet og en indre kraft/motivasjon til bevegelse hos bruker. Dette er et godt utgangspunkt for bruker til selv å komme seg løs, komme seg i gang.

Denne «nye» ansvarsfordelingen fremstår som en vesentlig endring, spesielt for terapeutene fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig er dette på sett og vis overraskende faglig sett. Det er mange år siden kritikken av den paternalistiske psykiatrien ble formulert. Og den har vært massiv. Parallelt har utviklingen av brukermedvirkning vokst frem, særlig fra 1980- tallet og utover. Det at endringen nå fremstår så stor som den gjør i mine funn, kan tyde på at denne utviklingen av psykiatrien har gått sakte (i hvert fall noen steder). Dette kan også tyde på at den ansvarsfordelingen som har rådet/råder i psykiatrien så langt er sterkt forankret i de dominerende tenkemåtene og praksisene særlig i psykisk helsevern. Jeg forstår det slik at ansvarsfordelingen tidligere i stor grad har vært grunnlagt på den medisinske tenkningen og sykdomsmodellen. Her er det legen eller annen terapeut som er ekspert og som prinsipielt har innsikt i sykdommen og behandling av sykdommen.

Terapeuten har så å si ansvaret. Pasientens ansvar og rolle er å følge de retningslinjer som terapeuten anviser (Vatne 2006).

Den nye ansvarsfordelingen som følger bl.a. av ACT- tilnærmingen gir på mange måter en mer aktiv, gjensidig relasjon. I samtalen er det ikke brukeren som nødvendigvis forteller og terapeuten som lener seg tilbake og lytter. Ordvekslingen er aktiv og utforskende.

Terapeuten tegner, illustrerer og beveger seg gjerne rundt i det fysiske rommet hvor de sitter. Når terapeut og bruker sammen har funnet et område hvor brukeren har et ugunstig forhold til tanker, jobber de sammen om dette funnet. Relasjonen kan også være slik at brukeren har behov for å fortelle og bli lyttet til. ACT terapi rommer også denne delen, men er allikevel ikke arbeidsmåten i hovedsak.

Et vesentlig spørsmål er om vi kan få terapeuter som lener seg så mye tilbake at vi får en ansvarsfraskrivelse fra deres side? Kan brukerne få lov til å gå til grunne? Her er vi inne på et vanskelig etisk dilemma. Hvor langt kan man gå? Helsepersonell har ansvar for å gripe inn, men samtidig ansvar for å respektere brukeren og brukerens valg. Informantene i kommunen kom inn på temaet mer- ansvar. Terapeuten opplever i yrket sitt brukere som virkelig er syke, men som ikke ønsker hjelp. Her har terapeutene da et mer ansvar, en forpliktelse til å yte hjelp til tross for at brukeren ikke ønsker dette. Og hvor langt går dette ansvaret i så fall? Her er vi inne på en diskusjon som har pågått og som pågår spesielt innen psykisk helsearbeid. Kristin Hummerfelt (2005) skriver også om at vi kan få en ren ansvarsfraskrivelse, hvor de profesjonelle kan gi fra seg ansvar fordi de kommer til kort eller føler seg utbrente eller ikke makter ansvaret. De svake og vanskelige brukerne kan da bli overlatt ansvaret for sin egen bedringsprosess.

6.2 Den nye terapeutrollen, den «modige» og «fleksible» terapeut

Informantene sier at deres rolle som terapeut er endret. Det betyr f.eks. at egne og andres forventninger til hva de skal bidra med eller gjøre i terapien er endret. En side av dette er at de har fått et annet syn på vanskelige tanker og følelser. Disse er nå ikke så skumle lengre, fordi metoden har vist at symptomer ikke nødvendigvis må fjernes for at mennesker skal kunne ha en god livskvalitet. Terapeutene sier altså at det de lettere går inn i på dette vesentlige området er brukernes vanskelige tanker og følelser.

Sett ut fra ACT teori og metode er målet å endre forholdet man har til sine vanskelige tanker og følelser, ikke nødvendigvis redusere disse. Sentralt i ACT er jo at psykologisk smerte er en uunngåelig del av det å leve et vitalt liv og at mye psykopatologi er forårsaket av at man ikke er villig til å oppleve denne formen for ubehag (Grung og Jacobsen 2011). Aksept er en av ACT sine kjerneverdier og et sentralt redskap for terapeuten.

Dette kan igjen sees på som en tilnærming hvor de sykeste ikke vil kunne følge opp eller driste seg til å være med i en ACT terapi. Her er det kanskje nødvendig med en ACT terapeut som har en del erfaring og som kan benytte metoden uten å forverre symptomene.

Hvilke konsekvenser vil denne endringen ha for terapeutene? En av sidene ved denne rolleendringen vil nok kunne være en stor utfordring i samtalene med brukere som har terapierfaring. Terapeutene vil kunne oppleve at brukerne ikke vil inn og diskutere det som er vanskelig. Det å gå inn i kjernen og snakke om eksempelvis angsten sin, kan fremkalle angst hos brukeren. Brukeren kommer til hjelpeapparatet for å få fjernet noe som er vanskelig, og terapeuten vil hente frem det vanskelige for å håndtere dette på en annen måte, men også for at brukeren skal kunne leve videre på tross av disse symptomer. Her vil nok terapeutene kjenne på et ansvar som de tidligere kanskje ikke hadde, hvis tilnærmingen før ACT gikk mer på å dempe symptomer.

Den nye terapeutrollen kan nok være mer utfordrende, krevende og mer ubehagelig i og med at det aller vanskeligste blir hentet frem. Terapeuten selv tørre å kjenne på disse vanskene og å være der f.eks. i brukerens angst for å kunne utøve sin terapi.

På den andre siden vil nok denne nye rollen også oppleves mer meningsfull og givende for terapeutene. Man beveger seg direkte inn på det som oppleves og forstås som problemer. Man slipper å gå utenom og vegre seg. På denne måten kan mange ganger en rask endring skje hos brukeren. Relasjonen vil da også kunne være svært forløsende og gi et forhold mellom terapeut og bruker som er mer likeverdig. I og med at terapeuten forstår og forklarer de bakenforliggende teorier om hvordan sinnet vårt fungerer. Og om hvordan denne metoden hviler på en teori om menneskets sinn, ikke på sykdom og det syke menneskesinnet. Jeg tenker da at ekspertrollen får en annen klang, og at bruker vil kunne

oppleve en myndiggjøring, altså at man selv har makt, mulighet og myndighet til å gjøre noe med problemene.

Fremdeles er terapeutene en form for ekspertise- en ekspertise som forstår menneskesinnet. Denne ekspertisen forstår også brukeren som i utgangspunktet mindre fleksibel enn terapeuten der og da. Dette er kanskje en annen oppfatning av terapeutrollen enn det vi f.eks. finner i empowermentttenkningen. Der er terapeuten mer å forstå som likestilt partner.

Betydningen ACT metoden har for terapeutrollen viser seg også i relasjonen som: Hva er viktig å dvele ved? Dagen i dag eller tidligere opplevelser og historier? Her og nå er en av de seks kjernepunkter i ACT metoden. Det å bringe brukeren til stede i terapirommet her og nå tenkes å ha en helende virkning i seg selv. En konsekvens som terapeuten da kan oppleve er at terapikulturen i dag er og har vært et studium om menneskets historie og opplevelser. Det har jo i mange år vært konkurrerende tilnærminger, men terapeutene kan oppleve å møte brukere som forventer å bruke tid på historien sin, at terapien skal dreie seg om dette. For terapeuten kan det bli en utfordring å dreie samtalene til her og nå og veien videre.

På den andre siden kan det kanskje være slik at brukernes erfaringer gjennom fortid og historie er vesentlig for brukerens problemer i dag. Dette kan mange ganger være tilfeller f. eks. i forbindelser med traumer, mishandling, dramatiske hendelser eller lignende. Slike problemer kan ligge bak for eksempel hallusinasjoner eller vrangforestillinger (Fredriksen 2009). Kan det være noe i at ACT- tenkningens noe ensidige fokus på her og nå, kan føre til at man mister viktige redskaper eller muligheter til å ta fatt i disse opplevelsene som endret brukerens liv? Eller vil en ACT terapeut da dreie sin terapi mot verdi-identifisering og perspektiv-taking og på denne måten gå inn i og ivareta denne delen av brukeren også?

At fokuset i relasjonen nå dreies til å lære bruker tilstedeværelse, kan bety noe for terapeutens containerfunksjon. Denne funksjonen har vært sett på som viktig i brukerens bedringsprosesser. ACT metoden vektlegger ikke denne funksjonen. Metoden heller mer i retning av at for mye elting/grubling ikke er til nytte for mennesker.

Vi ser i kapittel 5 om funn, at psykologisk fleksibilitet forutsetter akseptering, avstand og samtidig nærvær. Informantene sier at disse faktorene er viktige og at de bruker dette i sitt relasjonsarbeid med bruker. Videre sier de at verdier og forpliktende handlinger brukes i relasjonen fordi informantene tenker at disse også er viktige. Ut fra dette trekker jeg en konklusjon om at hele ACT sin hexafleks er tatt i bruk hos informantene. Vi har da fått en bekreftelse på at opplæring av helsepersonell nytter. Til tross for at opplæringen og videre veiledning har stoppet opp, så ser vi en implementering av ny kunnskap hos terapeutene. Å kunne være psykologisk fleksibel vil da kunne øke muligheten til brukerens bedring. Vi får en annen relasjon som gir tilbake ansvar og handling til bruker og en terapeut som kan zoome seg inn til brukerens ståsted.

Blir terapeuten nå så opptatt med her og nå at brukers historie ikke får nok plass i terapirommet? Kan brukers kontekst og tidligere opplevelser bli nedprioritert eller kan vi nå finne terapeuter som også er fleksible på dette området. Vi vet ut fra ACT teori at verdi-identifisering som fokus i samtalen nødvendiggjør en kontekst- drøfting og kontekst-fokusering. Denne delen av hexafleksen er ikke utdypet i denne oppgaven.

6.3 Betydning- /konsekvenser av endret syn på Helse/sykdom

Informantene sier de har fått en endring i sitt syn på psykisk helse. De har fått en endring i forhold til ansvar og terapeutrolle, men sier også noe mer om dette temaet.

Opplæringen i ACT teori og metode har hatt en betydning også i forhold til tenkning om sykdom og diagnoser hos informantene. Disse sitater belyser dette:

« bruker det samme på meg selv... både når jeg kommer hjemså tenker jeg det

«samme om meg selv»

«det er jo like vanskelig for oss som for dem»

« det er jo forferdelig ka disse tankan ,de gjør deg syk altså»

«plutselig så e en pasient selv»

Dette medfører en form for normalisering av psykiske lidelser og vansker. Psykiske lidelser og vansker er noe så godt som alle kan ha. Denne endring i synet på psykisk helse vil da kunne bety at informantene gjenkjenner de samme tankeprosessene hos seg selv som hos bruker. Informantene har «kjøpt» teorien som ACT metoden hviler på, nemlig at vi

mennesker har et sinn og en hjerne som er ment å skulle beskytte mennesket og å skulle holde oss i live. Vi snakker da om en «ur-hjerne» som fungerer ved å skape bl.a. historier om hva som er farlig, hva vi skal passe på, alt vi må bekymre oss for, fordi vi skal holde oss i live. De språklige prosessene som skaper barrierer for bruker er de samme prosesser som legger hindringer i veien for terapeutene (Rasmussen og Nilsen 2010).

Denne endringen hos terapeutene, innebærer en dreining bort fra sykdomsmodellen. Terapeutene vil nå mer tenke at det brukerne strever med springer ut i fra « bekymrings hjernen vår», og at disse tankene derfor ikke må fryktes på samme måte som tidligere (Rasmussen og Nilsen 2010). Det blir mer: «Er du der igjen ja, tanke kaos». Denne alminneliggjøringen av det vanskeligste for oss mennesker, tankene våre, kan skape et skille mellom terapeuter med en mer tradisjonell tilnærming basert på en klarere sykdomsstenkning. Hvordan skal disse terapeutene kunne arbeide side om side på en avdeling eller i en gruppe i kommunen? Samtidig har terapeutene også en ansvarlig psykiater eller lege som vil dempe symptomer hos brukerne? Kan dette bli et konstruktivt og gjensidig fruktbart samarbeid? Eller blir disse motsetningene vanskelig å leve med for terapeutene? Er det her vi ser fenomenet utbrenthet?

Karlson og Borg (2013) sier at diagnostiske klassifiseringssystemer fremhever et individualisert og patologisk blikk. De hevder videre at det sentrale samfunnsmessige mandat som psykisk helsevern forvalter, er å kunne skille mellom normalitet og avvik. På denne måten definerer man noe som psykisk friskt eller eventuelt psykisk sykt. Forfatterne ønsker her å peke på konsekvenser det kan ha for et menneske å bli sett gjennom briller som viser enten syk og dermed ikke frisk eller frisk og dermed ikke syk (Karlson og Borg 2013).

Denne endringen som normalisering innebærer, er en svært stor endring historisk sett. Den bidrar til å redusere eller avvikle det store skillet mellom sykdom/avvik på den ene siden og normalitet på den andre siden som vi kjenner fra psykiatriens historie (Kringlen 2003). Da vil bevegelsen eller spranget fra lidelse og problemer til bedre helse også betraktes som mindre og dermed mer overkommelig, både for bruker og terapeut.

På den annen side, kan vi gå for langt i å normalisere vanskelige tanker og følelser? Vi kjenner jo til eksempler på hvor brukere sier det var en befrielse å få en diagnose.

Eksempler hvor brukere og familier sier de faller til ro nå når de vet at tilstanden har et navn. Kan det være at normaliseringstenkningen kan føre med seg at svært alvorlige problemer og lidelser blir undervurdert og tatt for lett på? At man ikke tar problemene nok på alvor? Jeg tenker det kan være grunn til å stille slike spørsmål for eksempel ved alvorlige lidelser som psykoser eller personlighetsforstyrrelser. Dette er diskusjoner vi har sett f.eks. i forbindelse med alvorlige voldsepisoder eller drap. Dette har også vært diskutert i forbindelse med spørsmål om lovhjemler eller ikke i psykisk helsevernlovgivningen.

6.4 ACT som nytt redskap i det terapeutiske arbeidet

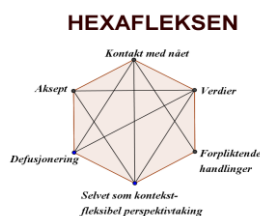


Fig. 2: Hexafleksen, et redskap i ACT

Hexafleksen er det nye praktiske «verktøyet» i ACT metoden. Informantene sier de har fått et redskap og at dette kjennes godt å ha i deres arbeid. I sitt samvær med bruker skal de da kunne identifisere hvor i hexafleksen den særegne bruker trenger hjelp til å komme seg videre. Et eksempel kan være en bruker som fokuserer såpass sterkt på en opplevelse/hendelse at vedkommende ikke makter å være i jobb. Terapeutens oppgave da er å ta i bruk aksept og defusjonering. Det vil da si at bruker får hjelp til å få en avstand til hendelsen for f.eks. å kunne være i aktivitet samtidig som den vanskelige hendelsen

fortsatt er der som tanker og følelser. Den avstanden som etableres ved bruk av defusjonering og evt. akseptering kan gjøre det mulig å leve med dette.

Brukerne blir på denne måten opplært i hvordan vanskelige tanker og følelser kan være tilstede, uten at bruker må «hoppe av» livet sitt. Videre vil det kunne være nødvendig å bruke tid på hva som er det viktigste i brukerens liv. Identifiseringen av disse verdiene nødvendiggjør en grundig analyse av brukerens kontekst. I verdilettingen blir det naturlig for bruker og terapeut å synliggjøre hvilken adferd som går i retning verdiene til brukeren, og hvilken adferd som fjerner bruker fra sine verdier. Forpliktende handlinger som går i riktig retning blir deretter et nytt skritt å ta. Samtidig i dette samspillet mellom terapeut og bruker, vil terapeuten ta i bruk metaforer for å belyse brukers vansker.

Fordelen med dette verktøyet er at når bruker har integrert denne tenkningen, så vil det i ettertid ved nye vanskeligheter være lettere å ta opp igjen på nytt. Brukeren vil da kunne kjenne igjen tenkningen og raskt kunne komme i bedring. Dette verktøyet kan gjøre en behandling meget kortvarig i motsetning til særlig mer psykodynamisk orientert tilnærming. Hvis denne metoden blir tatt i bruk vil vi da kanskje kunne hjelpe langt flere brukere i dag enn tidligere. Ventelistene på psykisk helsehjelp vil kunne reduseres.

Samtidig som selve redskapet muliggjør en rask bedring hos bruker, ser jeg også en fordel i filosofien som ligger bak ACT metoden. Denne filosofien kan gi signaler til mennesket om at de kanskje ikke er så syke som først antatt og at en stor prosent av det vi i dag behandler som patologisk og setter diagnoser på, vil kunne komme inn under menneskets sinn ikke det syke menneskesinnet. Denne delen av ACT formidling tenker jeg kan være den største faktor til endring i synet på psykisk helse.

Det å ta i bruk et redskap vil også kunne sees på med kritiske øyne. Hvor blir det av den særegne bruker hvis terapeuten tenker hexafleks? Kan dette redskapet gå på bekostning av å se bruker? Kan det særegne fenomen som kan tre frem i terapien mellom terapeut og bruker tre frem i denne sammenheng?

Med et kritisk blikk på denne metoden, vil vi måtte se på motforestillinger som nyanseringer, standardiseringer og andre sider som kan tenkes å bli borte. Kan denne

metode gi for ensidige svar på det unike menneske. Kan enhver bruker passe inn i denne oppskriften. Er det her rom for nyanseringer? Hexafleksen er jo en oppskrift hvor terapeuten beveger seg rundt om i de forskjellige kjernepunktene. Er dette et verktøy som gir for ensidige svar og hvor man kan miste individuelle forskjeller og ulikheter?

6.5 En ny brukerrolle

I dette prosjektet har fokuset vært på terapeutene og deres reaksjon i ettertid på en ny teori og metode. Det jeg tenker er også å se på hvilken ny brukerrolle dette vil kunne medføre. Synet på det å være bruker har endret seg. Brukerrollen er nå mer en rolle hvor brukerne har fått mer ansvar for sine valg og sine bedringsprosesser. ACT-tenkningen har etter min mening ytterligere dreid denne tenkning i retning av meransvar til brukerne.

I den nye brukerrollen er det brukeren som har best innsikt i sine problemer. Vi kan si det slik at dette er en sterkere brukerrolle enn i tradisjonell tilnærming. Dette er positivt fordi brukeren er den som først og fremst kan handle i eget liv. Dette er også positivt på den måten at ACT metoden innebærer en direkte endring i synet på det å være bruker. Bruker får en opplæring og et innsyn i menneskets psykologi som vil kunne føre til at bruker opplever sin situasjon som mindre annerledes enn hos friske personer. Det betyr at brukers følelse av annerledes- het vil reduseres og på den måten tenker jeg at bruker vil oppleve en større følelse av frihet.

På den andre siden kan det også være noen problemer med dette. Et slikt problem kan være at ansvarsfordelingen blir uklar og at dette kan føre til utrygghet hos bruker. Vi kan også se for oss et problem ved at brukerne kan få ansvaret for problemer de ikke kan håndtere. Dette kan lede oss ut i etiske vansker som drøftet under punkt 6,1.

For å beskrive denne endring i brukerrollen, kan et eksempel være å se på opplæringsprogrammet som pågikk i et år. For å bli tatt opp i dette programmet igangsatte terapeut og bruker et forpliktende løp i terapien. Bruker ble tatt inn ved avdelingen og hadde den første tiden en tett kontakt med behandler. En nøye kartlegging av brukers historie og vansker ble gjennomgått. Denne første delen av brukers opplæring foregikk for det meste mellom terapeut og bruker. Deretter måtte bruker ta stilling til om han ville sette

i gang med dette. Vi ser en åpen dialog og opplæring av bruker som på denne måten er orientert om hele prosessen og dermed kan kjenne på om dette er noe han vil gjennomføre.

Med et sånt opplegg hvor bruker er opplært i metoden og tenkningen bak terapien fra første dag, vil jeg nok tenke at en lett får en brukergruppe som er sterkt motivert til endring i sin situasjon. Konsekvensene av deltagelse og involvering fra første dag tenker jeg kan gi en meget aktiv brukergruppe. I ACT terapi kan vi også møte brukere som nå ønsker å prøve noe annet enn tradisjonell terapi. En av setningene som skulle stå i orienteringen om opplæringsprogrammet den gang var: Er du lei av å gjøre mer av det samme? Er du villig til å prøve noe nytt?

Hvilken ny brukerrolle er det vi ser vokser fram her? Jeg tenker vi ser brukere som tidlig i terapien bevisstgjøres sin aktive rolle og som er modige i situasjonen selv om de er i en sårbar situasjon. Når bruker forplikter seg til å komme på fokussamtaler daglig, så er tanken at bruker gjør dette selv om han/hun er sårbar der og da. Fokussamtaler er bl.a. å ta fatt i det som er problemet og se på hva som er nyttig i denne forbindelse. Forpliktelse her betyr å komme til samtalen. Jeg tenker at dette kan gi handlekraftige brukere som «gjør» selv om dagen er en dårlig dag.

Denne opplæringen er nå historie. ACT metoden er allikevel blitt tatt i bruk systematisk ved noen avdelinger andre steder her i landet. En avdeling jeg kjenner til jobber systematisk med kroniske smerter og bruker ACT som gjennomgående behandling. De viser til gode resultater.

For terapeutene i dag som har en ACT tenkning i sin terapifunksjon, vil nok brukergruppen være en gruppe som har noe til felles. Jeg tenker da på at vi har brukere som er aktive selv i sin bedringsprosess, og som bevisstgjøres i forhold til hvordan vi mennesker fungerer. Kan det være at dette gir en brukergruppe som ønsker å spre sine erfaringer med andre, en brukergruppe som kan gi flere «stemmer» til faget psykisk helse?

6.6 Forskjell og likheter mellom gruppene

I mine forventninger innledningsvis beskrev jeg at jeg forventet en forskjell i de to gruppene da disse informantene hadde ulik start på opplæringen. Den ene meldte seg på frivillig, den andre ble pålagt å gjennomføre dette. Den gruppen som ble pålagt ny teori og metode hadde et større engasjement og hadde gjort vesentlige endringer på sin arbeidsplass også i ettertid. Gruppen fra kommunen viste og uttalte også at opplæringen hadde hatt en stor betydning, men skilte seg i fra gruppen i spesialist helsetjenesten i ansvarsspørsmålet og vektla mer ressurstenkning og veien videre. Jeg tenker at terapeutene fra kommunen hadde et stillere engasjement og også mindre frustrasjon i forhold til samarbeidspartnere med annen tenkning som f.eks. sykdomsmodell tenkning. Med stillere engasjement tenker jeg stemningen i gruppen under intervjuet, hvor informantene var mer forsiktig i sine uttalelser og i sin iver.

Hvorfor ser vi denne forskjellen hos informantene? Et poeng her er at gruppene jobber i to helt ulike organisatoriske kontekster, hvor gruppen i kommunen er delt inn i soner og ikke har møtepunkt med hverandre i sin hverdag. De er splittet opp eller fragmentert i ulike faglige og organisatoriske enheter. Dermed kan de i mye mindre grad bruke hverandre i et vedlikehold eller videre utvikling av ACT-opplæringen. Terapeutene i spesialisthelsetjenesten derimot, jobber i samme døgnavdeling. Det betyr at de jobber sammen, møter hverandre og utveksler erfaringer gjensidig. De har da også etablert flere tiltak etter at opplæringen var avsluttet, f.eks. mindfulnessgrupper. Olga Dyste (2001) skriver om at kunnskap er avhengig av den kulturen man er en del av. Dette perspektivet som hun representerer sier videre at vår kunnskap aldri er i et vakuum, men derimot situert. Dvs. at kunnskap er innfiltret i historisk og kulturell kontekst.

Ut fra dette perspektivet blir kunnskap konstruert gjennom samhandling i en kontekst, og dermed ikke gjennom individuelle prosesser alene. Et slikt perspektiv sier da også noe om hvorfor informantene i kommunen hadde mindre igangsatte tiltak i forhold til ACT og at den enkelte hadde sitt eget «stille» forhold til teori og metode.

Det sosiokulturelle perspektiv sier videre: For at mennesket skal kunne noe så er det nært knyttet til praksis fellesskap og i individets evne til å delta i disse. Vi skaffer oss kunnskap gjennom å ta del i praktiske læringsaktiviteter og gjennom å samhandle med andre mennesker (Dysthe 2001).

Informantene i spesialisthelsetjenesten hadde store fordeler i sin daglige kontakt på avdelingen. Denne gruppen hadde muligheter til å videreutvikle og opprettholde sin nye teori og metode da sosial læringsteori trer i kraft.

En annen ulikhet i disse to gruppene var at informantene i kommunen ikke vektla så mye endring av ansvar tilbake til bruker. Jeg ser det slik at brukergruppen som får hjelp i sitt hjem kan i utgangspunktet ha et større ansvarsforhold til sine vansker enn en bruker som direkte flytter til en annen kontekst ved en innleggelse i en avdeling. Her kan det jo også være at vi har ulike faglige perspektiver også. Er kommunens terapeuter i psykisk helsearbeid mindre farget av det medisinske perspektivet og den medisinske modellen?

Hvis vi ser dette i et perspektiv på brukermedvirkning, så beskriver Askheim (2003) det slik at de profesjonelle som vil arbeide ut i fra et Empowerment perspektiv, må være villige til omdefinere sin ekspertrolle til å bli en ressurs som virker på brukerens premisser. Det personlige ansvaret for endring løftes frem og troen på egen evne til å skape og påvirke begivenheter i eget liv. Jeg tenker at denne rollen er enklere å innta for en terapeut som konkret går inn i brukerens hjem, som en gjest. Som tidligere nevnt har vi jo også på en avdeling rundt brukeren leger og psykiatere som jobber ut i fra sin diagnose tenkning og sykdomsmodell- tenkning. Dette kan vanskeliggjøre en Empowerment kultur i avdelingen. Det vi ser er at informantene fra kommunen var mer opptatt av brukerens ressurser og verdier.

Begge gruppene viser et opptak av ACT teori og metode. Ut i fra et ACT perspektiv så svarer begge gruppene fra et ståsted i hexafleksen som heter: det observerende selvet eller selvet i kontekst. Begge grupper beskriver betydningen ACT teori og metode har hatt for dem, ved å se på betydningen utenfra. Det å kunne si at tilstedeværelse, akseptering og defusjonering brukes daglig i deres arbeide forteller noe om en implementering og samtidig avstand til metoden. Dette sier mye om betydningen opplæringen har hatt for «indre» endringer, men også her om perspektiv taking tenker jeg.

Ut i fra dette kan en konsekvens være at ACT tenkning på sengeposten lettere vil kunne vare ved siden mindfulnessgrupper og fokusgrupper er etablert og at terapeutene jobber i et

miljø sammen. ACT tenkning i kommunen har dårligere utsikter med tanke på fremtiden i og med at terapeutene er spredd utover i kommunen og ingen etablering av ACT grupper er etablert.

7.0 Metode diskusjon.

Det jeg ønsket å belyse i min oppgave var hvilken betydning ACT terapi og metode hadde hatt for terapeutene, og jeg valgte derfor gruppeintervju. Gruppeintervju anså jeg som egnet for å kunne få frem en diskusjon mellom informantene som kunne belyse de temaene som jeg hadde satt opp i intervjuguiden. Jeg tenkte at informantene ville påvirke hverandre, slik at en utdyping av temaene kunne finne sted. I de to intervjuene hadde jeg med en sekretær som skrev ned stemning og andre moment som ikke kunne høres eller registreres på lydbånd. Intervjuguide var delt ut til informantene på forhånd. Dette for at selve intervjuet skulle bli noe ufarliggjort, og at informantene da skulle bli friere i situasjonen. Øverst på intervjuguiden var det skrevet at moderator ikke ville stille spørsmål om betraktninger rundt det at implementeringen av ACT metode ikke lyktes. Jeg opplever at gruppeintervju var en egnet intervjumåte.

Intervjuguiden ble fulgt rimelig bra. Informantene svarte på det de ble spurt om. Det jeg tenker på i ettertid var at jeg ga lite rom for refleksjon når alle informanter hadde svart på et spørsmål. Jeg tenker jeg var noe snar til å gå videre i spørsmålsrekken. Hadde jeg i stedet lent meg noe bakover ville jeg kunne hentet inn flere momenter og eventuelle kritiske tanker til metoden.

Forventningene mine før første intervju var at jeg ville finne terapeuter som i stor grad hadde lagt ACT teori og metode bak seg, så entusiasmen og engasjementet som møtte meg var overraskende. Intervjuet ble da muligens farget av gruppens iver og min overraskelse. Dette medførte at ingen kritiske spørsmål ble reist fra meg som moderator. Det jeg ser i ettertid er at gruppene kunne vært direkte oppfordret til å komme med kritiske kommentarer til ACT teori og metode. I stedet for en kritisk drøfting, ble atmosfæren preget av terapeutenes iver i å skulle fortelle om hva ACT hadde betydd for dem. Det var jo også dette de ble spurt om.

I fokusgruppe nummer to var det imidlertid en informant som reiste spørsmålet om ACT metoden kunne i sin ytterste konsekvens føre til ansvarsfraskrivelse. Denne kommentaren kunne moderator ha tatt tak i og fått en diskusjon rundt. Dette ble ikke gjort. Denne gruppen hadde kun fire deltagere. Dette fordi det kun var få deltagere i fra kommunen som hadde vært med i opplæringen. En ulempe som var knyttet til denne gruppen var at moderator jobber nært sammen med to stykker av disse. Denne kollegiale faktoren kan ha påvirket intervjuet siden moderator kjente til noe av betydningen ACT hadde hatt for disse to.

Jeg tenker det er en styrke ved denne studien at intervjuet ble utført i to ulike grupper som jobber i to ulike kontekster, døgnavdeling og hjemmetjeneste. Det var også spennende for moderator å oppleve denne forskjellen i disse to gruppene.

8.0 Konklusjon

Drivkraften bak denne oppgaven har vært mitt eget møte med en metode og en teori som bidrog vesentlig til at jeg endret mitt syn på psykisk helse og psykisk helsearbeid. Siden jeg var en av mange terapeuter som fikk innsyn i denne kunnskapen gjennom opplæring, syntes jeg det var spennende å kunne sette fokus på terapeuters opplevelse av ny kunnskap og metode, herunder særlig hvilken betydning dette har hatt for dem. Arbeidet med å finne prosesser og metoder til å dempe menneskets lidelse, anser jeg som meget viktig. En av disse nye bølger som er et produkt av 20 års forskning på området, er Acceptance and Commitment Therapy. Denne teori og metode regnes inn under tredje generasjons kognitive adferdsterapi.

Undersøkelsen viser at behovet for gjentakende kunnskap/opplæring om bedringsprosesser er tilstede hos terapeuter selv om disse har lang og spesialisert utdanning innen faget. Det holder da ikke med en gang ser det ut til. Terapeutene i dette prosjektet sier at ACT-opplæringen hadde stor betydning for dem. Det betyr jo da at helsearbeidere er mottakelig for ny kunnskap, og at dette kan være viktig for fortsatt å kunne dreie fokus fra en ensidig sykdomstenkning til et fokus på de menneskelige ressurser, som igjen kan omskape lidelse til frihet for den enkelte.

Terapeutene i dette studiet sier de nå har fått en ny rolle som terapeuter. De sier de ikke lengre er fikser av problemer. Terapeutene opplever denne metoden som en bekreftelse på at ansvaret må gis tilbake til bruker. Dette er spennende utsagn i og med at av-paternalisering har pågått i psykiatrien i mange år. Hva er det som gjør at vi glir tilbake til «gammel» tenkning med fikser- holdning når vi ikke direkte er under opplæring/aktivt læringsmiljø? Hvor lenge vil denne implementeringen av ACT metoden sitte hos disse terapeutene før de evt. glir tilbake til den mer tradisjonelle terapeut- pasient rollen igjen? Disse spørsmålene har ikke denne oppgaven besvart. Dette tenker jeg kan være en interessant fortsettelse i en ny studie.

Prosjektet mitt viser også at de terapeutene jeg har snakket med har fått et annet forhold til vanskelige tanker og følelser hos seg selv og hos brukerne. Vi kan nesten beskrive dette som en avdramatisering av menneskets fortløpende tankevirksomhet. Betydningen dette har gitt terapeutene er et endret syn på psykisk helse. De sier de ikke lengre tenker syk/frisk som før, nå er fokuset dreid til brukers ressurser og verdier. En følge av dette er at terapeut/ bruker forholdet har endret seg og fokuset i samtalene er mer tilstedeværelse her og nå.

Et annet moment som kommer frem i dette prosjektet at terapeutene opplever at ACT sine seks kjernepunkt er virksomme, og at de bruker disse i arbeidet sitt. Et spørsmål som også er reist i oppgaven er, er om terapeutene er blitt mer psykologisk fleksible etter opplæringen. Dette har jeg ikke direkte konkludert med ut fra funn, men når terapeutene sier de aktivt bruker ACT teori og metode i sitt samvær med bruker i dag, må det antas at terapeutene er mer psykologisk fleksible (slik fleksibilitet defineres i ACT), men at dette varierer.

Det som kommer frem av drøftingen er at perspektivtaking blir sett på som en viktig faktor i terapien. Det at vi mennesker har evnen til å se oss selv ut i fra et observerende selv. Er vi her inne på en tenkning som kan gi mennesket mer frihet?

Det hersker nok en bred enighet i faget psykisk helsearbeid om at engasjement, ressurser og kreativitet er faktorer som det må satses på i fremtidig terapi. Ulikhetene er nok større når vi kommer inn på begrepet menneskets sårbarhet. Hvor i terapien skal denne faktoren være plantet? Som et utgangspunkt for terapien eller som en faktor som kan være tilstede

uten at denne sårbarheten nødvendigvis blir så styrende? For meg er dette et spennende spørsmål som jeg i dag ikke kan besvare.

Undersøkelsen har vist at en adoptering av ACT metoden hos terapeutene i psykisk helsearbeid har medført en dreining fra diagnose og sykdomstenkning og over mot ressurser, muligheter og ansvar. Menneskets sårbarhet kan bli mer ufarliggjort på den måten at vanskelige tanker og følelser ikke blir så skremmende og dermed ikke blir den styrende faktoren i behandlingen. Ståstedet i psykisk helsearbeid blir da fra et perspektiv på menneskesinnet, ikke på det syke menneskesinnet. Psykologisk ufleksibilitet (det motsatte av fleksibilitet) blir da et uttrykk for å sitte fast i noe midlertidig og å trenge hjelp til å komme seg løs, ikke å være ødelagt og måtte repareres.

Referanser

- Alveson, Mats og Sköldberg, Kaj. 2008. *Tolkning og refleksjon*. Danmark: Studentlitteratur.
- Andersen, A. J. W. og Karlsson, B. E. 2011. *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Barnes-Holmes, D. Barnes-Holmes, Y.; Hayes, S.C. og McHugh L. 2004. Relation Frame Theory: Some Implications for Understanding and Treating Human Psychopathology. *International Journal of Psychology Therapy*, 4, 355-375.
- Blackledge J.T. og Barnes- Holmes. D. 2009. Kjerneprosesser i aksept og engasjement terapi. I J. Blackledge, J. Ciarrochi og F. Deane (red.) *Aksept og engasjement terapi: Moderne teori, forskning og praksis (s. 41-58)* Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.
- Borg, Marit og Topor, Alain. 2003. *Virksomme relasjoner*. Kommuneforlaget AS
- Bøe, D.T og Thomassen, Arne. 2007. *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Dahl, JoAnne og Lundgren, Tobias. 2010. *Slip Smertene, ACT mod kroniske smerter*, Dansk Psykologisk Forlag A/S.
- Dysythe, Olga (red.). 2001. *Dialog, samspel og læring*. Abstrakt Forlag AS.
- Engelsrud, Gunn og Heggen, Kristin (red.). 2007. *Humanistisk sykdomslære*. Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Fredriksen, G. M. 2009. Å arbeide med stemmer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, pp260 267.
- Fredslund, H. 2003. Hermeneutisk analyse – forforståelsens betydning. I L. Koch og S. Vallgård (red) *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap*. København: Munksgaard
- Gaddamer, H.G. 1998. *Truth and method*. New York. The Continuum Publishing Company.
- Grung, Rolf Magnus og Nordstrand Jacobsen, Trym. 2011. En kort introduksjon til Acceptance Commitment theory (ACT). *Fontene Forskning 2/11*s.30-39.
- Harris, Russ. 2011. *ACT- Teori og praksis*. Dansk Psykologisk forlag.
- Harris, Russ og N. Jacobsen, Trym. 2010. Omfavn dine demoner og følg ditt hjerte- en introduksjon til aksept og forpliktelsesteori. *Tidsskrift for psykisk helse 03/2010*.

- Harris, Russ. 2012. *Lykkefellen*. Arneberg Forlag.
- Hayes, Steven C. og Smith, Spencer. 2008. *Slip tanketyraniet. Tag fat på livet*. Dansk Psykologisk Forlag A/S.
- Holden, Børge. 2007. Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, årgang 34 (2007), nr 1, s.29-52*.
- Humerfelt, K. 2005. Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I Elisabeth Willumsen(red)2005. *Brukernes medvirkning: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget, Oslo.(16s)
- Kabat- Zinn, Jon. 2011. *Akkurat Nå*. Arneberg Forlag.
- Karlsøn, Bengt og Borg, Marit. 2013. *Psykisk helsearbeid*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kringlen, E. 2003. *Psykiatriens samtidshistorie*, København: Hans Reitzels Forl
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svein. 2. utg. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Levin, M.E. og Hayes, Steven.2009. In J.T.Blackledge , J. Ciarrochi, & F.P.Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Theory: Contemporary research and practice (pp 1-40)*.Sydney: Australian Academic Press.
- Luoma, Jason B. og Jennifer Plumb Vildardaga. 2013. Improving Therapist Psychological Flexibility While Training Acceptance and Commitment Therapy: A Pilot Study: *Cognitive Behavior Therapy, 2013 Vol. 42, No. 1, 1–8*. Routledge.
- Malterud, Kirsti.2008. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Morgan, David L. 1997. *Focus groups as qualitative research*, 2nd Ed. A Sage University Paper. USA.
- Møller Rasmusen, Susan og Nilsen Ole Taggard.2010. *Introduktion til ACT. En brugsbok til klienten*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Norges Forskningsråd. 2007. Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Oslo: Norges forskningsråd.
- Polk, Kevin L og Schoendorff, Benjamin. 2014. *The ACT MATRIX*. Context Press, Oakland.

- Ruiz, Francisco J. 2012. Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta- analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 2012. pp333-357.
- St.prp. nr. 63 1997-1998. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006: (Oslo), Sosial og helsedepartementet.
- Thomassen, Magdalene. 2010. *Vitenskap kunnskap og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag
- Vatne, S. 2006. *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi*, Oslo: Gyldendal akademisk.
- Østerberg, D. 2012. *Sosiologiens nøkkelbegreper og deres opprinnelse*, Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Acceptance and commitment therapy, innføring av ny behandling.”

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på effekter etter et opplæringsprogram. Det satses på opplæring og kompetanseheving i psykisk helsearbeide. Dette studiet vil se nærmere på effekter etter Velgprogrammet. Om det har skjedd noen endringer hos de ansatte eller på avdeling som en enhet. Studiet er et masterprosjekt som utgår i fra Helse og sosialfag på Høgskolen i Molde.

Du er forespurt fordi du var deltager i programmet. Deltagerne er valgt ut av avdelingsleder i kommune og på avdeling Knausen døgnpost.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelsen innebærer et gruppeintervju på din avdeling med 5 til 8 ansatte. Tema /spørsmålene vil du få utdelt sammen med dette skrevet. Intervjuet tas opp på bånd for å kunne analyseres på en mest mulig korrekt måte. Deltagerne vil ikke kunne bli gjenkjent i materialet. Opptaket og materialet blir anonymisert. Intervjuet vil ta ca. 45 min til en time. Studiet består av 2 stykk gruppeintervju. Ett intervju på avdeling Knausen og ett intervju av kommune ansatte. Under gruppeintervjuet er det mulig at student har med en kollega som observatør og som nedskriver viktige elementer i intervjuet. Dette også for å sikre materialet hvis opptaket viser seg å være av dårlig kvalitet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Det er kun veileder og meg (student) som kan ha tilgang til materialet. Der er ingen navneliste som blir knyttet til opptakene. Opptaket slettes etter analysen av materialet. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juli 2014 opptaket blir da slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker og delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Har du spørsmål kan du ta kontakt med Maiken Melsæther tlf 92624434.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Mvh: Maiken Melsæther.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Maiken Melsæther

Intervjuguide/temaliste

Følgende spørsmål og tema vil bli drøftet i intervjuet. Prosjektet har ingen spørsmål knyttet til det at ACT- implementeringen ble avsluttet i avdelingen.

- 1) Har ACT teori og – metode hatt noen betydning for deres rolle som terapeuter?
På hvilken måte?
- 2) Har ACT teori og – metode hatt noen betydning i deres syn på psykisk helse?
Hvordan?
- 3) Har ACT teori og – metode hatt noen betydning på deres syn på frisk kontra syk i psykisk helsearbeid? På hvilken måte?
- 4) Er det noen av disse kjerneprosessene i ACT som dere har tatt med i deres videre arbeid
Eks: [Her og nå, defusjonering (fusjonering), verdier, forpliktende handlinger og selvet som kontekst]
- 5) Har dere noen metaforer som dere bruker i arbeidet deres?

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Hans Petter Iversen
Avdeling for helse- og sosialfag - Kristiansund
Høgskolen i Molde
Industriveien 18
6517 KRISTIANSUND N

Vår dato: 14.06.2013

Vår ref:34731 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34731	<i>Acceptance and Tommitment Therapy,innføring av ny behandling</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hans Petter Iversen</i>
Student	<i>Maiken Melsæther</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Maiken Melsæther, Pederveien 12, 6410 MOLDE

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrra.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVI, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sviuit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34731

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Molde sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.07.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.