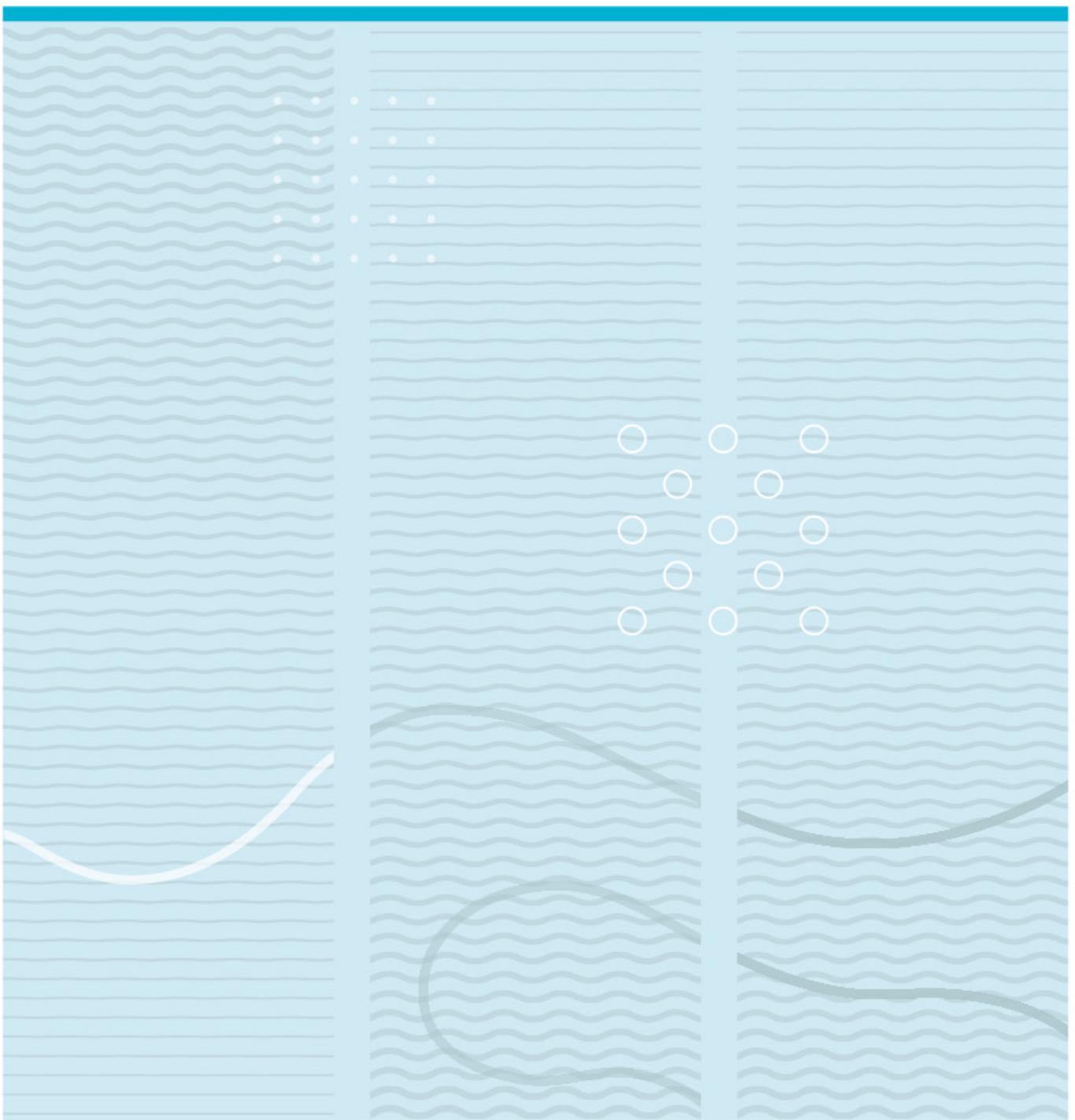


Marie Sogn

ACT i kommunehelsetjenesten

En kvalitativ studie av sykepleieres opplevelse av aksept- og forpliktelsesterapi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Marie Sogn Johannessen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng
Antall ord 18262

Sammendrag

Bakgrunn: Masteroppgavens fokus er på ACT (aksept- og forpliktelsesterapi). ACT er en retning innenfor kognitiv atferdsterapi som bygger på relasjonell rammeteori og beskrives som den tredje bølgen atferdsterapi. Modellen er lite brukt i Norge og det er dermed gjort lite forskning på norsk. Vi ser i dag en økende utviklingen i det lokale psykisk helse- og rusarbeidet, noe som understreker behovet for effektive former for behandling i kommunehelsetjenesten. Det finnes lite forskning knyttet til den profesjonelles opplevelse av å arbeide med metoden, og dette var noe jeg ønsket å finne ut av. Det er derfor relevant å søke mer kunnskap knyttet til opplevelsen av ACT metoden.

Formål: Hensikten med studien er å finne ut av hvordan sykepleiere i kommunen opplever ACT som tilnæringsmetode i arbeidet med pasienter med psykisk helse- og rusutfordringer.

Metode: Studien er et selvstendig forskningsprosjekt med kvalitative data samlet gjennom 4 dybdeintervjuer. Utvalget består av sykepleiere med erfaringer eller videreutdanning relatert til psykisk helse- og rus og som er kurset i ACT metoden. Den metodiske tilnærming er en temaanalyse forankret i et samfunnsvitenskapelig vitenskapssyn. Studien vektlegger et sykepleiefaglig helhetlig tenkningsgrunnlag og ACT ses i lys av denne tilnærmingen som vektlegger det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige.

Funn: Resultatene fra analysen deles inn i tema og undertema:

Tema 1: Tenkningsgrunnlaget i ACT. Undertema: fokus på verdier, aksept for symptomer og evne til visualisering. Tema 2: Verktøykassen i ACT. Undertema: kreativitet og individuell tilpasning og metaforiske øvelser. Tema 3: Virksomme elementer i ACT. Undertema: Påvirkningskraft på pasienten, økt bevisstgjøring hos pasient og sykepleier, og følelser som kjennes på kroppen.

Konklusjon: Studien indikerer at ACT skiller seg fra andre tradisjonelle terapiformer gjennom verdifokus, aksept for symptomer og bevisstgjøring gjennom kroppslige øvelser. ACT har effekt på pasienter som evner å visualisere og forstå metaforer. Funn peker på at ACT bidro til å øke pasientens livskvalitet, skapte rom for aksept av symptomer og økte pasientens bevissthet rundt eget tanke- og atferdsmønster. Gjennom opplevelsesbaserte øvelser, kunne pasienten erfare følelser på kroppen, noe som gjorde utfordringene deres mer konkret og levende, og skapte motivasjon til endring. ACT kan være en metode for mer effektiv og kvalitativ behandling i arbeidet med psykisk helse- og rusutfordringer i kommunehelsetjenesten. Det trengs mer forskning knyttet til ACT som metode.

Nøkkelord: ACT, sykepleiere, psykisk helse- og rusarbeid, funksjonshemming, kommunehelsetjenesten, relasjoner, inkludering, verdier, aksept og bevisstgjøring

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
Forord	5
1 Innledning.....	6
1.1 Studieretning og behov for kunnskap	6
1.2 Disposisjonsvisning	7
1.3 Problemstilling	7
1.3.1 Konkretisering av begreper:	8
2 Teori	11
2.1 ACTs teoretiske grunnlag.....	11
2.1.1 Helhetlig sykepleiefaglig tenkningsgrunnlag.....	14
2.1.2 Aksept som begrep i ACT.....	16
2.1.3 Verdibaserte valg som begrep i ACT	16
2.1.4 Relasjonell rammeteori som forståelsen i ACT	17
2.2 ACT som praktisk metode i terapien	19
2.3 Studien relevans	22
3 Metoder.....	23
3.1 Kvalitativ metode.....	23
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	24
3.3 Forberedelser og utvalg	24
3.4 Datainnsamling	25
3.5 Gjennomføring av intervjuene og transkribering	26
3.6 Analyse.....	27
Figur 2 - Tematisk kart	29
3.7 Forskningsetikk	30
4 Presentasjon av funn.....	32
4.1 ACTs tenkningsgrunnlag	33
4.1.1 Fokus på pasientens verdier	33
4.1.2 Pasienten må evne å visualisere	34
4.1.3 Å akseptere at ting er som det er.....	35
4.2 ACTs verktøykasse	35

4.2.1	Kreativitet og individuell tilpasning	36
4.2.2	Metaforiske øvelser	37
4.3	Virksomme elementer i ACT	39
4.3.1	Påvirkningskraft på pasienten	39
4.3.2	Følelser som kjennes på kroppen.....	40
4.3.3	ACT førte til økt bevisstgjøring hos pasienten og sykepleieren.....	41
5	Diskusjon	43
5.1	Metoderefleksjon	43
5.2	Resultatdiskusjon.....	44
5.2.1	Forståelsen av tenkningsgrunnlaget i ACT	44
5.2.2	Metodens funksjon og effekt på pasienten fra et helhetlig sykepleierfaglig ståsted	46
5.2.3	Elementer og verktøy som gjør ACT annerledes å jobbe med	49
6	Videre forskning.....	52
7	Avslutning.....	53
	Referanser/litteraturliste	55
	Vedlegg.....	58

Forord

Først vil jeg takke de fire informantene som deltok i studien. Jeg har lært mye nytt gjennom å intervju dere og har fått en bedre innsikt i hvordan arbeide med ACT metoden. Jeg vil også takke avdelingsleder ved arbeidsplassen som lot meg gjennomføre studien der.

Jeg har lært mye om hvordan det er å jobbe med forskning og undersøke fenomener, og har igjennom prosessen fått god ferdigheter knyttet til hele forskningsprosessen. Dette har gitt mersmak.

Jeg vil også takke veilederen min, Ellen Andvig, som har stått ved min side og delt min optimisme og hjulpet med til å se helheten i prosjektet.

Horten, 14/5 -23

Marie Sogn

1 Innledning

Kommunens overordnede ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid tydeliggjøres i lov om helse- og omsorgstjenester og i folkehelseoven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3 & Folkehelseoven, 2011, § 4). Samhandlingsreformen og veilederen «sammen om mestring», viser til et økt krav og behov for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og skisserer en økende utvikling i det lokale psykisk helse- og rusarbeidet (Helsedirektoratet, 2014, s. 8 – 10) Dette understreker behovet for kunnskap om effekten av metoder som brukes i arbeid med psykisk helse- og rus i kommunen (Eget arbeid, 2022, s. 1). Konvensjon om rettigheter til mennesker med funksjonsnedsettelse legger føringer i art. 1 for å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne fulle og likeverdige rettigheter (CRPD, 2008, s. 4 -5).

Forskningstema i denne masteroppgaven er basert på eget engasjement, interesse og erfaring som sykepleier innenfor psykisk helse- og rusarbeid, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Som ansatt i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, har man de siste årene erfart at de som skal ha oppfølging i kommunen ofte har mer komplekse og sammensatte utfordringer. Dette krever flere ressurser og mer kompetanse, som videre viser til behovet for mer effektive og varige metoder for behandling og forebygging i kommunehelsetjenesten.

Masteroppgavens fokus er på ACT (aksept- og forpliktelsesterapi). ACT er en retning innenfor kognitiv atferdsterapi som bygger på relasjonell rammeteori, en teori som har mer enn 150 publiserte fagfelleverderte artikler som støtter prinsippene (Eget arbeid, 2022, s. 1). De siste ti årene har utøvelsen av ACT vært i bruk i behandling i USA og Europa, men i Norge er metoden lite anerkjent og mindre brukt i utdanningene og ved behandlingsstedene. Jacobsen (2019) hevder dette er basert på dårlige assosiasjoner knyttet til myter rundt Skinner og atferdsterapi. Han peker likevel på man har sett en vekst og endring i Norge de siste årene, rundt kunnskap knyttet ACT terapi. Han refererer til Norges egen avdeling av Association of Contextual Behavioral Science (ABCS-Norge), som en aktiv bidragsyter til utvikling og utbredelsen av ACT miljøet i Norge (Jacobsen, 2019, Eget arbeid, 2022, s. 12).

1.1 Studieretning og behov for kunnskap

Studieretningen «funksjonshemming og samhandling» beskriver i emneplanen «funksjonshemming» som forbigående, medfødt eller ervervet som påvirker fysisk, psykisk eller sosial fungering. Samhandling viser til betydningen av å kombinere innsatser for å skape ressurser og deltakelse på alle nivåer. Basert på denne beskrivelsen, er mitt masterprosjektet utarbeidet med

perspektiv på psykisk og sosial fungering. Hovedfaget Samfunn og Helse, tematiserer hvordan inkluderingskompetanse kan fremme deltakelse der det er gap mellom mennesker med funksjonsnedsettelse forutsetninger og kravene som stilles i samfunnet. Det tematiserer psykiske plager og utfordringer som et økende problem – noe som vil vektlegges i studien. Studien gjennomføres med formål om å avdekke hvordan sykepleiere erfarer å arbeide med ACT i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. ACT er en metode som brukes mye i spesialisthelsetjenesten. Metoden er ikke så utbredt i kommunehelsetjenesten, noe som skaper et behov for forskning på temaet (Eget arbeid, 2022, s. 1).

1.2 Disposisjonsvisning

Kapittel 2 presenterer relevant teori for studien. Kapittel 3 redegjøres det for analyseprosess, vitenskapelig metode og etiske vurdering. Resultatene presenteres i kapittel 4. Kapittel 5 inneholder refleksjon, drøfting av teori og empiri. Kapittel 6 gir indikasjoner for videre forskning, og oppgaven avsluttes kort i kapittel 7.

1.3 Problemstilling

Hensikten med studien er å finne ut av hvordan sykepleiere som arbeider med ACT i hverdagen opplever å jobbe med denne metoden i relasjon til pasienten. I denne studien sykepleiere som jobber i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid målgruppen. Forskningsprosjektet mitt startet med en idé, en sterk interesse og nysgjerrighet. Fenomenet ACT behandling var noe jeg ikke forsto og ønsker mer innsikt i. Fra idé til problemstilling måtte jeg prøve meg frem og eksperimentere, med en heuristisk teknikk (Johannessen et al., 2016, s. 49). Jeg måtte stille meg selv flere spørsmål i flere runder, om hva jeg egentlig ønsket å finne ut av og hvordan jeg ønsket å finne ut av det. Med et kvalitativt forskningsopplegg, hadde jeg mer rom for å være fleksibel og problemstillingen ble endret underveis i forskningsprosessen (Jacobsen, 2022, s. 145).

For å få et bredere og dypere innblikk i sykepleiernes arbeid med pasienter med psykisk helse- og rusutfordringer i kommunen i dag, har jeg valgt å formulere problemstillingen min slik:

«Hvordan opplever sykepleiere i kommunen ACT som tilnæringsmetode i arbeidet med pasienter med psykisk helse- og rusutfordringer?»

1.3.1 Konkretisering av begreper:

Funksjonshemming

Litteraturen viser til ulike forståelser av begrepet «funksjonshemming», og det har i lang tid vært diskusjoner og forskjellige meninger av hva som defineres som funksjonshemmet eller det å «ha nedsatt funksjonsevne». Det er ikke mulig å løfte frem alle de operasjonelle definisjonene av begrepet som har vært i bruk gjennom tidene, men hovedgruppene har vært delt inn i fem typer: subjektive, administrative, funksjonelle, relasjonelle og sosiale (Tøssebro, 2009, s. 43).

Det har skjedd en utvikling eller et paradigmeskifte i forståelsen av begrepet funksjonshemming de siste årene. Det tidligere tradisjonelle biologisk/medisinske synet på begrepet, der funksjonshemming blir ansett som et resultat av individuelle og biologiske forhold knyttet til sykdom eller skade er blitt kraftig kritisert. Kritikken rettes mot det faktum at det ikke tar hensyn til at omgivelsene har en avgjørende betydning for funksjonsnivået (NOU 2005: 8, s. 36 -39). Dette har ført til at den relasjonelle forståelsen av begrepet har vokst frem og Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer funksjonshemming slik:

«Funksjonshemming oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon» (NOU 2005: 8, s. 37)

WHO har også utarbeidet et analyseverktøy knyttet til begrepet, som bygger på at funksjonshemming er et komplekst fenomen som inneholder elementene: funksjonsnedsettelse, aktivitetsbegrensning og deltakelsesbegrensning, der både individuelle forhold og samfunnsforhold er faktorer som påvirker disse elementene (NOU 2005: 8, s. 35 -37). Funksjonsnedsettelse kan være knyttet til fysiske, psykiske eller kognitive forhold (Universell, 2020). I 2018 slo den nye likestillings- og diskrimineringsloven fast at «funksjonsnedsettelse» og «nedsatt funksjonsevne» likestilles. I dag vises det til hvordan forståelsen av funksjonshemming oppsto. Gjennom et historisk perspektiv har definisjonen og forståelsen av funksjonshemming gått fra en medisinsk modell, hvor funksjonshemmingen forankres i individets medisinske diagnoser, til en relasjonell tilnærming der funksjonshemming ses som et samspillsproblem mellom individ og omgivelser. Ifølge den sosiale modellen skapes funksjonshemming av samfunnet, som ligger til grunn for FN konvensjonens rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (Tøssebro, 2009, s. 12 -13). I denne oppgaven blir begrepet «funksjonshemming» definert ut ifra den relasjonelle forståelsen av begrepet, som i offisielle styringsdokumenter har vært understreket at skal være gjeldende i Norge.

Den fastslår at funksjonshemming forstås som et gap mellom forventningene om evner og ressurser og de mulighetene mennesker har for å innfri forventningene. En relasjonell forståelse impliserer at begrepet kan vise til ulike fenomener, og at «funksjonshemming» er et paraplybegrep, hvor psykiske og sosiale utfordringer og lidelser faller innunder (Tøssebro, 2009, s. 55 -56, Universell, 2020).

CRPD - Konvensjon om rettigheter til mennesker med funksjonsnedsettelse

FN vedtok i 2006 en egen konvensjon for mennesker med funksjonshemninger. Norge signerte denne i 2007 og ratifiserte den i 2013 og forpliktet seg dermed til å følge den. Samtidig har Norge gjennom Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven et juridisk forbud mot diskriminering av funksjonshemmede i utdanning, arbeidsliv og andre samfunnsområder (FN, 2022). Loven relaterer betydningen av begrepet «funksjonshemming» til noe som opererer i relasjoner eller i situasjoner, og åpner for at funksjonshemming er sosialt og relasjonelt, og innebærer psykisk og sosial fungering (Tøssebro, 2009, s. 65). På denne måten forplikter privatpersoner og helsepersonell til å inkludere mennesker som av psykisk og/eller sosial årsaker har en nedsatt funksjonsevne i møte med samfunnet.

Konvensjonen CRPD (2008) skal sikre likhet og ikke -diskriminering som oppført i artikkel 5. Den har som formål å bekjempe fordommer i art. 8. pkt. B, fremme hensiktsmessige former for assistanse og støtte til mennesker med nedsatt funksjonsevne etter art. 8. pkt. F. Den skal fremme likhet for loven og sikre at alle mennesker med funksjonsnedsettelse mottar det de har krav på av hjelp i art. 12. Den skal også treffe hensiktsmessige tiltak for å fremme psykologisk restitusjon og sosial reintegrering jf. art. 16. pkt. Artikkelen 19 fremhever retten til et selvstendig liv og retten til å være en del av samfunnet. Artikkelen 24 viser til menneskets rett til utvikling og utdanning. Man skal sørge for at mennesker med funksjonsnedsettelse tilbys helsetjenester og i størst mulig grad kunne oppnå full deltakelse, inkludering og utnytte sitt mentale og sosiale yrkesmessige potensialet, jf. art. 25 og 26. Alle artikkelene i konvensjonen viser til likhetsprinsippet og bygger på de universelle menneskerettighetene (CRPD, 2008, s. 1 -36).

I min oppgave vil konvensjonen bygge opp under behovet for kunnskap, metoder og ulike effektive tilnærminger knyttet til behandling hos pasienter med psykiske helse- og rusutfordringer i kommunehelsetjenesten. Dette er pasienter som av ulike sosiale og psykiske årsaker ikke evner å delta i samfunnet på lik linje med andre eller leve det livet de ønsker med de evner de har og de

krav som stilles. Konvensjonen bygger også opp under kravet til å gi forsvarlige helsetjenester knyttet til likhets prinsippet og menneskerettighetene.

2 Teori

Dette kapitlet presenteres vitenskapelige artikler, tidligere forskning og litteratur som kan belyse problemstillingen.

2.1 ACTs teoretiske grunnlag

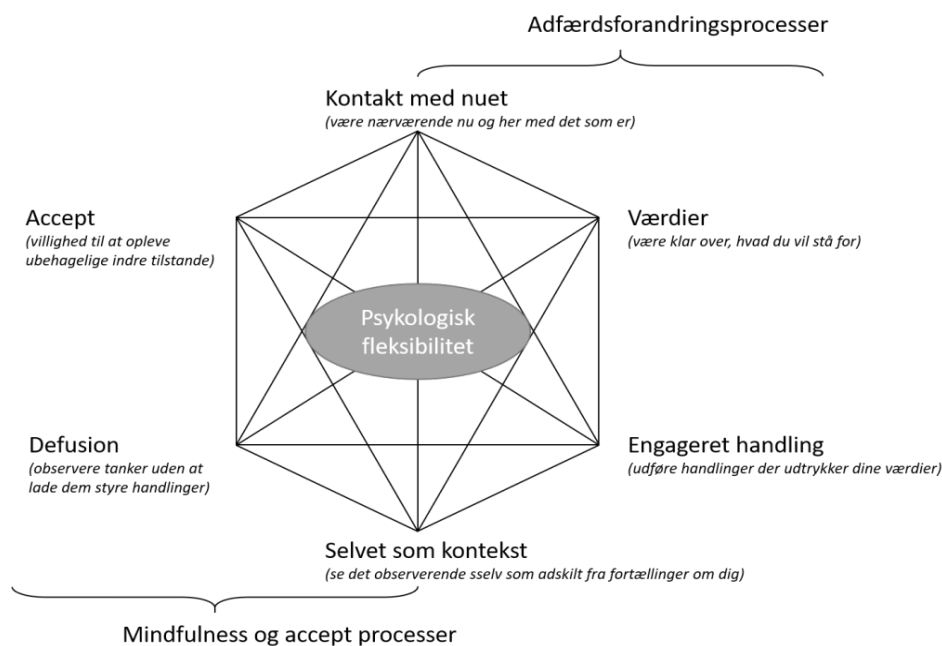
ACT metoden er en del av den «tredje følgen» atferdsterapi, sammen med dialektisk atferdsterapi, mindfulness- basert kognitiv terapi og funksjonell analytisk psykoterapi – som alle vektlegger aksept og oppmerksomt nærvær til den tradisjonelle behavioristiske intervensjonen (Harris, 2013, s. 58). Steven Hayes, anses som grunnleggeren av metoden. ACT er forkortelsen for den engelske termen «Acceptance and Commitment therapy», som på norsk oversettes til aksept- og verdibasert atferdsterapi eller aksept- og forpliktelsesterapi. Forkortelsen uttales som et ord, ikke som adskilte forbokstaver. På dette måten gir forkortelsen også en ny mening som oppmuntrer til aktiv handling, gjennom det engelske ordet «ACT» (Hayes et al., 2018, s. 28).

ACT metoden går videre utover den tradisjonelle atferdsanalysen er utviklet over tre tiår. Utviklingsmodellen og metodologien, kalles *en kontekstuell adferds vitenskapelig teori* og tar utgangspunkt i spesifikke filosofiske grunnholdninger. Disse grunnholdningene er inspirert og hentet ut fra en solid vitenskapelig tradisjon og velutviklet vitenskapsfilosofi (Hayes et al., 2018, s. 50 -51). ACT knyttes til en kjernevitenskap kalt relasjonell rammeteori. Dette er en funksjonell kontekstuell teori om menneskelig språk og kognisjon, som fokuserer på vekslende kontekster og har en praktisk orientering. Relasjonell rammeteori har som hensikt å prøve å forklare de evolusjonære forbedringene mennesket som art har gjort og prøver å forstå de kognitive røttene som kan knyttes til hvorfor mennesket lider og lykkes (Hayes et al., 2018, s. 66). Den filosofiske hjørnesteinen i ACT skiller seg fra andre retninger innenfor kognitiv terapi. Den har som mål å forandre hvordan personlige opplevelser påvirker pasienten og hvilken funksjon de har. Man er ikke så opptatt av å forandre på opplevelsens form, men heller tolkningen og forståelsen av den. I tillegg trekker metoden frem og legger stor vekt på pasientens verdigrunnlag og akseptperspektiv (Hayes et al., 2018, s. 65). De fire filosofiske karakteristikaene ved funksjonell kontekstualisme kan oppsummeres med: *helhetlige hendelser, kontekst, sannhet og mål*. Disse er forutsetninger som ligger til grunn og legger føringer for ACT. En annen faktor av stor betydning for forståelsen og praktiseringen av metoden, er å slippe de ontologiske forutsetningene som er innebygd i menneskets sunne fornuft og forståelse av språk og kognisjon. Med denne forforståelsen kan det være utfordrende å praktisere ACT, men akkurat disse forutsetningene kan også være årsaken til at metoden kan føre til store forandringer (Hayes et al., 2018, s. 60 -61).

Når man observerer tilværelsen ut ifra et ACT- perspektiv, ser man lidelse som et resultat av normale psykologiske prosesser, spesielt de som knytter seg til språket (Hayes et al., 2018, s. 28 - 29). Mennesket håndterer ubehag på andre måter enn dyr, dette fordi vi har en unik evne til å bruke symboler i tilstedeværelsen vår i verden. Mennesket har evne til å uttrykke ubehagelige hendelser, se likheter og forskjeller og samtidig konstruere sammenheng i tidslinjen vår. På denne måten vi forutsi situasjoner som kommer i tiden frem og reagere på hendelser som har vært i tiden bak. Det menneskelige språket er knyttet til høyere kognitive funksjoner. Dette kan potensielt skape rom for psykisk uro dersom vi ikke klarer å leve her og nå, med nok stimuli fra oppmerksomhet nærvær som fungerer som en motvekt (Hayes et al., 2018, s. 37).

Russ Harris (2013) beskriver hvordan ACT praktiseres. Dette er en innføring i metoden som primært rettes mot de som skal arbeide etter metoden og som tas i bruk under kursing i ACT i Norge. ACT dreier seg om verdiorienterte handlinger, der poenget er å la pasientens kjerneverdier styre, motivere og inspirere til atferdsforandringer og økt bevissthet. Målet er å skape et rikt, givende og meningsfullt liv, og samtidig akseptere den smerten livet uunngåelig fører med seg. Gjennom ACT kan pasienten lære seg psykiske ferdigheter for å håndtere vonde tanker og følelser. Dette gjør terapeuten ved å hjelpe pasienten til å få klarhet i hva som virkelig er viktig og meningsfullt for han/henne. Denne kunnskapen kan bidra til å veilede, inspirere og motivere pasienten til å sette seg mål og utføre handlinger som bidrar til å komme nærmere målene og gi livet mer mening (Harris, 2013, s. 17 -18). ACT beskrives som et paradigmeskifte og snur opp ned på grunnreglene i vestlig psykologi. Både terapeuter og pasienter opplever dette som befriende. Men fordi metoden skiller seg så markant fra de fleste andre psykologiske tilnærminger, føler mange terapeuter seg ofte nervøse, sårbare og utilstrekkelige i startfasen (Harris, 2013, s. 20 -21). ACT handler om å leve i tråd med verdiene sine, om å engasjere seg i forpliktende handlinger i tråd med kjerneverdier sine (Harris, 2013, s. 26), noe som anses som bærebjelkene i terapien (Nymoene & Solberg, 2017, s. 347). De 6 terapeutiske kjerneprosessene i ACT er: kontakt med nået, defusjonering, akseptering, selvet som kontekst, verdier og forpliktende handlinger. Dette er ikke separate prosesser, men seks fasetter av «diamanten» som utgjør psykologisk fleksibilitet (Harris, 2013, s. 28), se bildet under.

Psykologisk fleksibilitet



ACT bygger på mindfulness, inspirert av buddhistisk Vipassana-meditasjon og metoden vektlegger psykologiske fenomeners kontekst og funksjoner. Grunnelementene i ACT baserer seg på aksept, svekking av tankenes, og følelsenes betydning mot bevegelse i retning av egne, verdsatte mål. Psykiske lidelser defineres ut ifra ubehagelig følelser, tanker og minner, i ICD -10 diagnosesystem. Disse symptomene signaliserer tradisjonelt sett innenfor psykologien at noe er galt og må endres (Holden, 2007).

Ifølge Harris & Jacobsen (2010) baserer ACT seg på en blanding av metaforer, paradokser og mindfulness ferdigheter, i kombinasjon med en rekke opplevelsesbaserte øvelser og verdibaserte intervensjoner for atferdsendring. Samtidig legger man til stor vekt på et grunnleggende fokus på personlige verdier, medfølelse, aksept, tilgivelse, eksistensielle spørsmål og tilstedeværelse. ACT har vist seg å være effektiv på et bredt spekter av problemområder og populasjoner. De viser til at metoden virker gjennom andre mekanismer enn i tradisjonell kognitiv atferdsterapi, men plasseres likevel under paraplybegrepet kognitiv atferdsterapi. Elementer som skiller seg ut fra de allerede etablerte atferdsprinsippene, er at man ikke går inn for å endre innholdet i tanker, men heller har som mål å lære pasienten å forholde seg til tanker og følelser på en slik måte at de ikke lenger oppfatter de som «symptomer». Man ønsker ikke å redusere, endre, undertrykke, unngå eller kontrollere indre opplevelser, men lærer heller pasienten å slutte å kjempe imot disse opplevelsene. Man tar heller sikte for å åpne for de, la de komme og gå uten å gi de spesiell oppmerksomhet. På denne måten kan symptomer normaliseres og reduseres (Harris & Jacobsen, 2010, s. 246 -254).

Ifølge Nymoen & Solberg (2017) snur ACT opp ned på den tradisjonelle terapiformen gjennom å vektlegge at symptomreduksjon ikke bør være målet og påpeker at det paradoksale er at terapien oftest likevel resulterer i symptomreduksjon. Det er ofte uhensiktsmessige strategier man tar i bruk for å unngå symptomer som gjør at man møter utfordringer på en mindre fleksibel måte (Nymoen & Solberg, 2017, s. 340). Holden (2007) hevder at pasienten må lære seg å akseptere ubehagelige tanker og følelser og forsøke å oppfatte dem som universelle og forbigående. ACT bryter med samfunnets holdninger, kultur og praksis om at vi som mennesker må føle oss vel for enhver pris for å ha god helse. I ACT er heller ikke å akseptere ubehag og smerte et mål i seg selv, men kan være nødvendig for å nå verdsette mål og mening (Holden, 2007). Nymoen & Solberg (2017) peker på at filosofien i ACT prøver å forstå menneskets indre og ytre atferd gjennom å analysere den tidligere og nåværende konteksten man befinner seg i. I motsetning til kognitiv terapi forstås ikke tanker som direkte årsaker til handling. Man ønsker derimot å lære pasienten å endre konteksten for atferden, gjennom å la verdier være styre retningen for valg av handlinger, fremfor tanker og følelser. Når man forsøker å endre og redusere tanker og følelser, vil de ofte heller forsterkes. Det kan forklares med at tanker og følelser er innlærte responser i mennesket og utløses automatisk i en bestemt kontekst. Forskning knyttet til ACT modellen har økt de siste årene, og kan vise til evidens for effektene av prosessene. På den andre siden er en del av studiene små, og empirien krever mer forskning for mer solid empiri (Nymoen & Solberg, 2017, s. 340 -348). ACT er en modell i utvikling når det gjelder empirisk forskning. Likevel fremstår den som et lovende alternativ innen empirisk vitenskapelig baserte terapier (Harris & Jacobsen, 2010, s. 246 -254).

Holden (2007), Harris & Jacobsen (2010) & Nymoen & Solberg (2017), understreker at verdier som livsveiledere, evne til å skape meningsfulle liv, oppmerksomt nærvær og tilstedeværelse er elementære faktorer innenfor ACT- terapi (Nymoen & Solberg, 2017, s. 347, Harris & Jacobsen, 2010, s. 247, Harris, 2013 & Hayes, 2018).

2.1.1 Helhetlig sykepleiefaglig tenkningsgrunnlag

For en orientering rundt helhetlig sykepleiefaglig tenkningsgrunnlag i studien min, har jeg sett på ACT i lys av Merleau -Pontys kroppsfenomenologiske perspektiv. For å beskrive dette tenkningsgrunnlag har jeg tatt utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori.

Dagens sykepleierteorier tar utgangspunkt i et fenomenologisk vitenskapssyn som søker etter å få frem hele sannheter, og ikke deler av den (Øyasæter, 2009). I sykepleiesammenheng peker dette på hele pasienten, både det psykiske, fysiske, sosiale og åndelige. Ut ifra dette perspektivet, er ikke

omsorg helhetlig før man tar hensyn til pasientens kontekst (Øyasæter, 2009). Denne forståelsen på helhetlig sykepleie vil bygge opp under tenkningsgrunnlaget i min masteroppgave. Kari Martinsen er en psykiatrisk sykepleier med en magistergrad i filosofi (Førland et al., 2018, s. 198). Martinsens sykepleierteori er inspirert av filosofer som Marx, Husserl og Heidegger, og bygger på fundamentale verdier for menneskelig tilstedeværelse. Gjennom å tyde pasientens livsytringer kan sykepleieren gi situasjonsbetinget og individuelt tilpasset omsorg og kan på denne måten beskytte pasientens integritet og sårbarhet. Relasjonen mellom pasient og sykepleier er viktig for et helhetlig perspektiv (Øyasæter, 2009). Disse verdiene beskrives av Martinsen som sentrale for omsorgstenkningen (Førland et al., 2018, s. 199). Hun kritiserer helsevesenet for å styres av fokus på sykdom og symptomer, noe hun mener begrenser utøvelsen av helhetlig sykepleie (Øyasæter, 2009). Martinsens teori har hatt stor innflytelse på omsorgssektoren, sykepleie og forskning og har inspirert til refleksjon rundt menneskesyn (Førland et al., 2018, s. 200). På denne måten har en dreiningen fra naturvitenskapen og reduksjonismen beveget seg mot en holistisk og individualistisk tilnærming innenfor sykepleietenkningen (Øyasæter, 2009).

Merleau-Ponty viser til en forståelse av kroppen som et moralsk kompass (Nome, 2012, s. 146), der kroppen er kilde til erfaring, erkjennelse og meningstolkning (Gilje, 2018). Ifølge Merleau-Ponty er ikke fenomenologi tilgjengelig som et system, men en dynamisk bevegelse i konstant endring, og kan bedre beskrives som et prosjekt. Merleau-Ponty mener at grunnsteinene i det fenomenologiske prosjektet er nærvær og menneskets kontakt med verden. Han beskriver at en opplevelse som noe som skjer i en relasjon, der både mennesket og verden bidrar og påvirker. Han definerer fenomenologi som «et forsøk på å beskrive vår opplevelse av hva som er» (Thøgersen, 2004, s. 21). Merleau-Ponty var ikke interessert i kroppen som et isolert fenomen, men filosofien hans peker på menneskets kroppslige tilstedeværelse i verden. Han hevder at kroppen og menneskets oppfatning av sanseinntrykk, er grunnleggende forhold ved våre eksistens. I sitt opprør med Descartes dualisme hevder han at kroppen ikke er en objektiv gjenstand, men forbundet med opplevelser og persepsjon: Dette fokuset på helheten viser til at menneskets atferd er basert på en meningsfull kroppslig orientering mot verden, der det er kroppen som plasserer oss i meningsfulle situasjoner og formidler forståelsen av tingene rundt oss (Thøgersen, 2004, s. 41 -46). Dette kan ses i sammenheng med betydningen av å jobbe med kroppslige opplevelser i ACT, som igjen kan knyttes til et helhetlig sykepleiefaglig tenkningsgrunnlag. Merleau-Ponty understreker at sansene våre gir oss tilgang på verden vi lever i og forstår. Refleksjon derimot, gir oss muligheten til å forstå den levende, dynamiske verdenen vi lever i, der vi kan gå frem og tilbake på tidslinjen av erfaring og forutsigelser. Gjennom handlinger, språklige og kognitive ferdigheter, gjør mennesket erfaringer til sannheter, historier og fortellinger (Thøgersen, 2004, s. 11 -31).

2.1.2 Aksept som begrep i ACT

Aksept i etymologien betyr «å ta hva som blir tilbudt» (Hayes, 2016, s. 878). I ACT symboliserer aksept en aktiv, ikke dømmende omfavnelse av erfaringer her og nå i et mindfulness perspektiv. Aksept knyttes til det å oppleve situasjoner som de er, ikke som man sier at de er, (Hayes, 2016, s. 879). Pasienten forstår ikke alltid hva betydningen av aksept egentlig er og kan ofte forveksle det med å resignere, holde ut, eller gi opp. Derfor bruker terapeuten ofte begrepet «villighet» fremfor aksept i relasjon til pasienten. I ACT vil det å akseptere bety å la tanker og følelser få være som er de, uavhengig om dem er smertefulle eller behagelige. Tanken er å la tanker og følelser komme og gå naturlig som en del av livet (Harris, 2013, s. 157).

Ifølge Hayes et al. (2018) og Hayes (2016) anses aksept som å frivillig og med hensikt innta en åpen, ikke dømmende holdning til egne erfaringer. Det er villighet til å ta kontakt med smertefulle opplevelser og situasjoner, hendelser eller relasjoner som sannsynligvis kan utløse mer ubehag og smerte. Å akseptere er en frivillig prosess, det betyr ikke å mislykkes, det er ikke toleranse, det er en funksjon: *En funksjonell prosess*. Det er like viktig for terapeuten å lære seg og utøve en aksepterende holdning til pasienten. Aksept er å ta verdibaserte valg, ikke å «velte seg i følelser». Det kreves både atferdsferdigheter og akseptferdigheter som er samstemte med verdibaserte valg for å kunne lære seg å bruke aksept som en fleksibel komponent (Hayes et al., 2018, s. 353 -356), (Hayes, 2016, s. 879). Man ønsker med ACT å lære pasientene å ikke akseptere tanker som absolutte sannheter, men som antakelser og hypoteser, som ikke nødvendigvis reflekterer virkeligheten. Det å kunne lære seg å akseptere tanker, følelser, behov og kroppslige sensasjoner uavhengig av ubehag, står som et sentralt prinsipp ved begrepet aksept innenfor ACT metoden (Matoff, 2018, s. 3).

2.1.3 Verdibaserte valg som begrep i ACT

Verdifokuset skiller ACT fra andre metoder (Hayes, 2016, s. 879). Harris beskriver verdier som: «Våre innerste ønsker for hvordan vi ønsker å relatere oss til verden, til andre mennesker og til oss selv. Hva vi ønsker å stå for i livet, hvordan vi ønsker å oppføre oss, hva slags person man ønsker å være, hvilke styrker og egenskaper man ønsker å utvikle». Hayes beskriver verdier som: «Selvvalgte språklige formulerte konsekvenser av et vedvarende, dynamisk og fremvoksende aktivitetsmønster» (Hayes et al., 2018, s. 384).

I ACT er verdier språklige formulerte konsekvenser av et vedvarende, dynamisk og voksende mønster. Denne prosessen skaper en ny form for kontingens i evolusjonsteorien som finnes på flere

nivåer enn ACT. Dette gjelder ikke bare forsterkningskontingenser, men også meningskontingenser som bygger på relasjonell betingning og kognitive prosesser. Å jobbe med verdier fører til at atferdssystemet utvikles i en retning av selvvalgte verdier, mønstre og mål. Verdier hjelper pasienten til å velge mellom alternativer (Hayes et al., 2018, s. 384 – 387). De er her og nå, og man kan hele tiden velge å handle i tråd med dem eller se bort fra dem. Verdier er som vår iskrempreferanse. Man trenger ikke begrunne hvorfor vi liker jordbær bedre enn sjokolade. Utsagn om hva som er viktig og meningsfullt for oss som mennesker –må ikke begrunnes (Harris, 2013, s. 222 – 223), men kan ses på som ønskede kvaliteter ved varige handlinger (Harris, 2013, s. 28).

Videre ønsker man gjennom ACT å engasjere pasienten i forpliktende handlinger, ved å handle virkningsfullt og verdistyrte. Verdistrytte handlinger gir opphav til et bredt spekter av følelser og tanker, og vi må «gjøre det som må gjøres» for å leve i tråd med egne verdier, til tross for ubehag og smerte (Harris, 2013, s. 28). Hayes et al. (2018) hevder at de fleste mennesker intuitivt vet hva som betyr mest for dem og hva som kan såre dem mest. Dermed blir den verdibaserte prosessen den mest personlige og intime opplevelsen i ACT. Verdikartlegging kan bidra med å styre samtalen vekk fra svake sider og problemer, og retter heller lyset mot de perfekte og uskadde delene av pasientens liv. Gjennom å lære pasienten å ta verdibaserte valg, vil man ofte kunne danne grunnlaget for den vanskelige prosessen med å bruke verdiene som en del av handlingsmønsteret i hverdagen (Hayes et al., 2018, s. 396 – 398).

2.1.4 Relasjonell rammeteori som forståelsen i ACT

B. F. Skinner sin radikale behavioristiske atferdsteori på 1960 -tallet førte til mye kritikk av psykologien. Vi har i dag mer kunnskap enn Skinner hadde da han i sin tid formulerte sine teorier (Jacobsen, 2019). En av de mest sentrale oppdagelsene etter Skinner, er Sidman's stimulusekvivalens, som viser til at når vi lærer noe i en gitt situasjon, oppstår det relasjoner mellom stimuli og det vi lærte (Ingvarsson & Morris, 2004, s. 498). Sidman endret med denne teorien hvordan vi kan forstå menneskelige tanker og assosiasjoner. Dette åpnet for fokuset på at vi som mennesker kunne forstås ut ifra en operasjonell definisjon av språk og tanker gjennom verbal atferd vi kan se, tolke og endre. Sidmans teori og forståelse var starten for Steven Hayes og relasjonell rammeteori (Jacobsen, 2019).

Relasjonell rammeteori kan være komplisert å forstå og krever mye arbeid for å forklare. Den vil av den grunn ikke ta mye plass i oppgaven min av hensyn til oppgavens størrelse, men vil ligge som et teoretisk grunnlag for å kunne forklare ACT metoden. Man kan likevel være en god ACT terapeut uten å vite så mye om relasjonell rammeteori. Harris forklarer det enkelt slik:

«Når du sammenligner ACT med å kjøre bil, kan relasjonell rammeteori ses på som kunnskap om hvordan motoren virker» (Harris, 2017, s. 18).

ACTs forståelse og behandling av psykopatologi er basert på «relasjonell rammeteori», en nyere atferdsanalytisk tilnærming til det vitenskapelige studie av verbale fenomener (Holden, 2007). Forskning på verbal atferd ut fra relasjonell rammeteori danner grunnlaget for de psykologiske prosessene i det vi i dag kaller ACT (Jacobsen, 2019, Eget arbeid, 2022, s. 12). Selve grunnsteinen i metodens rammeverk rettes mot menneskelig språk og kognisjon (Nymoen & Solberg, 2017, s. 340). Det er derimot ikke unikt for ACT å legge stor vekt på menneskelig språk og kognisjon. Flere filosofi- og psykologretninger har sett på språk som nøkkelen til å forstå menneskelig aktivitet i en årrekke (Hayes et al., 2018, s. 66).

Forskning på relasjonell rammeteori er et bredt felt, hvor det diskuteres rundt og argumenteres for hvordan teorien kan brukes i klinisk sammenheng i psykoterapi. De grunnleggende prosessene i teorien som gir en forståelse av ACT, er kontekstuell kontroll, relasjonelle rammer, regelstyrt atferd og bruk av språklige prosesser (Hayes et al., 2018, s. 66 -88). Relasjonelle rammer reguleres av den relasjonelle- og funksjonelle konteksten. Den relasjonelle konteksten avgjør hvordan og når hendelser er forbundet med hverandre. Man bruker ord og språk for å manipulere den relasjonelle konteksten, for å kunne skape større kognitiv fleksibilitet hos pasienten. Dette kan igjen bidra til å øke pasientens bevissthet rundt eget tankemønster og handlingsatferd (Hayes et al., 2018, s. 81). Den funksjonelle konteksten bestemmer hvordan pasienten vektlegger de sammenhengene som allerede er etablert i deres eksisterende nettverk og hvilke funksjoner som vil endres.

Eksempel: «Sarah er mer intelligent enn Sam». Her setter ordene *mer intelligent enn* opp en ramme for relasjonen mellom Sarah og Sam. «Tenk deg smaken av sur melk». Her vil ordene *tenk deg* smaken av sannsynligvis oppleves som en funksjonell kontekst der sansene blir aktivert basert på erfaring og en ramme av koordinasjon mellom sur melk i form av skrevne ord (Hayes et al., 2018, s. 78).

ACT metoden inneholder relasjonelle elementer, men hovedfokuset rettes mot å jobbe i funksjonelle kontekster (Hayes et al., 2018, s. 81). Regelstyrt atferd gjør det mulig for mennesker å reagere hensiktsmessig, selv når konsekvensene kommer lang tid etter en hendelse. Det baserer seg ofte på språklige formuleringer om hendelsen eller forholdet mellom dem (Hayes et al., 2018, s. 83). Relasjonell rammeteori kan relateres til Merleau-Pontys vanedannelsesbegrep, som viser til hvordan mennesket reagerer i en gitt kontekst basert på hva kroppen har lært seg å gjøre i en spesifikk situasjon (Thøgersen, 2004, s. 118). ACT søker å styrke verbale reguleringer som kan

bidra til at atferden kontrolleres av sannsynlige konsekvenser. Et eksempel kan være fokus på verdier. Pasienten velger verdier, sier de høyt og klargjør hvilken økende funksjon de har, i form av motivasjon. På denne måten blir det lettere for pasienten å gi slipp på gamle og uhensiktsmessige handlingsmønstre (Hayes et al., 2018, s. 87 -88). Både i relasjonell rammeteori og i ACT fokuserer man på kontekster. Når man bruker kognitive og verbale prosesser i overdreven grad, er spesifikke kontekster ofte til stede. En bokstavelig problemløsningskontekst er ikke alltid den eneste konteksten med muligheter for kognitive og verbale prosesser. Man kan også skape en kontekst gjennom oppmerksomt nærvær. Da vil de verbale funksjonene være annerledes (Hayes, 2018, s. 88 -91).

Atferdsterapi har vært en stor suksess historie, og har åpnet for ny ideer og muligheter: Fokuset på mindfulness, aksept, verdier, relasjoner, spiritualitet og andre temaer, markerer en ny fase for den tradisjonelle atferdsterapien og åpner for en ny generasjon av atferd- og kognitiv terapeutiske tilnærminger. ACT er i ferd med å utvikle seg til en fullverdig form for evidens basert terapiform, men det er fortsatt en «lang vei å gå», før den vil være en egen, anerkjent retning innenfor atferd- og kognitivterapi (Hayes, 2016, s. 882).

2.2 ACT som praktisk metode i terapien

ACT retter fokuset mot spiritualitet, verdier og selvet, der man kan anta at dramatisk, kraftig og rask forandring er mulig (Hayes, 2016, s. 870 -876). I studien til Swain et al. (2013) er det gjort viktige forskningsfunn knyttet til ACT som metode i angstbehandling (Swain et al., 2013, s. 972 -976). Metoden viste seg å være effektiv hos pasienter med angstproblematikk og funn viste til reduksjon av symptomer i disse tilfellene. Andre funn basert på tilbakemeldinger fra pasienter viste til opplevelsen av mindre angstsymptomer etter behandling, også hos de pasientene som led av sterk og alvorlig angst. ACT fremstod som minst like effektiv som tradisjonell kognitiv atferdsterapi basert på selvrapporing fra pasientene (Swain et al., 2013, s. 976, Eget arbeid, 2022, s. 4). Øst (2014) og Solberg & Nymoene (2017) har gjort funn som peker på at ACT metoden ikke er godt nok etablert for å kunne brukes i behandling av noen type lidelser. Det er derimot sannsynlig at ACT kan være effektiv på kronisk smerte, depresjon, psykose, angstlidelser, rusmisbruk og stress (Øst, 2014, s. 118) (Nymoene & Solberg, 2017, s. 341).

ACT kan sannsynligvis være en lovende, nytenkende terapimetode hos rusmisbrukere, og flertallet av funnene som ble gjort i studien til Osaji et al (2020) tydet på minskede symptomer og redusert rusinntak hos deltakerne (Osaji et al., 2020, s. 632). Andre funn peker på ACT som en effektiv

tilnærming hos alkoholikere (Osaji et al., 2020, s. 631). Sammenlignet med tradisjonell atferdsterapi, hadde ACT stor påvirkning på rusmisbrukere mens de var i aktiv behandling. Etter 30 dager, viste funn til mindre forskjeller mellom ACT pasientene og de som gikk i tradisjonell terapi (Osaji et al., 2020, s. 632). Shawyer et al. (2017) peker på funn som viser til at psykose pasienter hadde godt utbytte av terapien, basert på deltakernes selvrappoteringer om bedre livskvalitet og mestringsevne i etterkant av behandling. På den andre siden tyder kliniske funn på at ACT ikke hadde noen effekt på negative symptomer og funksjoner hos psykose pasienter. Objektivt sett var det ingen forskjell i overordnet mental tilstand hos pasientene, mens fra et subjektivt ståsted opplevde de som mottok behandling bedring og mindre symptomer i etterkant (Shawyer et al., 2017, s. 146 -147). Forståelsen av ACT var noe delt hos deltakerne i studien til Shawyer et al (2017), men hos de som forstod prosessen, førte ACT til en positiv forandring. Andre deltakere i studien opplevde at de opplevelsesbaserte øvelsene og verktøyene var vanskelige å forstå og var dermed ambivalente til effekten av noen deler av metoden (Shawyer et al., 2017, s. 146 -147).

Vi er ikke lenger bundet til kun tradisjonell atferdsterapi gjennom ACT, men har åpnet opp for et helt nytt felt som omfavner mental helse, rusmisbruk og de psykologiske aspektene ved fysisk helse (Hayes, 2016, s. 882). ACT er en moderne form for atferdsanalytisk tenkning, som er bygget rundt et kontekstuellet rammeverk (Matoff, 2018, s. 2). Ved å legge nye strategier til et eksisterende rammeverk, endres tilnærmingen ved å åpne for en bredere forståelse i atferdsterapien (Matoff, 2018, s. 20). Hayes et al. (2018) understreker betydningen av styrken i den terapeutiske relasjonen i ACT. Relasjonen baserer seg på likeverdighet og det sosiale aspektet. Alle kjerneprosesser har en sosial dimensjon, selv om ikke alle pasienters problemer er direkte sosiale. Disse prosessene er en forutsetning for psykologisk fleksibilitet. Det er av avgjørende betydning at terapeuten jobber både privat og profesjonelt for å utvikle fleksibilitetsferdigheter. Terapeuten må være åpen, aksepterende og sammenhengende og er nødt til å jobbe i tråd med ACT prinsippene, for å skape en sterk relasjon til pasienten (Hayes et al., 2018, s. 195 -205). For å kunne skape en tillitsfull relasjon til pasienten, må terapeuten legge vekt på oppmerksomt nærvær og omsorgsfullt samspillet og samarbeidet (Harris, 2013, s. 266). ACT er en aktiv terapiform (Harris, 2013, s. 266), der målet er å hjelpe pasienten med å bygge opp nok psykologisk fleksibilitet til å finne egne problemløsningsressurser. Dette gjør man gjennom å skape rom for aksept og bevissthet rundt og avstand til egne tanker og forestillinger, som man i ACT kaller defusjon (Harris, 2013, s. 26). Terapeuten ber om tillatelse, er åpen om seg selv, oppmuntrer til humor, konfronterer problematisk atferd, klargjør egne verdier og lar ting «være». Man ønsker ikke og søker heller ikke etter å ordne opp i pasientens problemer. Det er verken mulig eller sunt å prøve å «redde» pasienter fra vanskeligheter og utfordringer. Nøkkelen til ACT er å støtte pasienten i å tenke og føle akkurat det de gjør, med fokuset på hva som er og

ikke man sier at det er (Hayes, 2016, s. 877). Samtaleprosessene i relasjonen handler ikke bare om enkel bruk av metaforer, øvelser og konsepter. Det handler om at terapeuten er lidenskapelig opptatt av at terapien skal være meningsfull og relevant for pasienten (Oddli et al., 2014, 253 – 258).

Oddli et al. (2014) hevder at metoden er hensiktsmessig for å tilnærme seg pasientens utfordringer og deres funksjon, både i terapitimen og utenfor (Oddli et al., 2014, s. 257). Forfatterne mener at de opplevelsesbaserte øvelsene i ACT har vist seg å ikke være like nyttige for pasienter som har store behov for anerkjennelse for eller gyldiggjøre følelser, fremfor å prøve å endre noe. Gjennom å aktivt bruke det teoretiske rammeverket rundt metoden, kan terapeutene likevel oppdage mønstre i pasientens følelsesliv som kan være hjelpsomt for å velge strategier som passer best til pasienten. På denne måten kan man tilpasse og tilrettelegge for at pasienten best kan benytte seg av i terapien. De opplevelsesbaserte øvelsene forutsetter at pasienten har evne til å visualisere og se for seg ting (Oddli et al., 2014, 253 – 258). Å utøve ACT kan oppleves ubehagelig, og det er viktig at også terapeuten bruker ACT aktivt i hverdagen, for å kunne løsrive seg fra negative og bekymrende tanker i terapi rommet. Dette er viktig for klare å gjennomføre øvelser og metaforer i samtale med pasienten, uten selv å påvirkes negativt av pasientens reaksjoner (Harris, 2013, s. 265 – 270). I praktiseringen av ACT leder terapeuten pasienten gjennom en rekke metaforer og øvelser for å hjelpe dem å bygge opp psykologisk fleksibilitet. Dette kan handle om å la pasienten observere egne tanker og gjøre de bevisst på hva tanker er, som i utgangspunktet bare er ord og bilder. Gjennom å observere tankeprosessen, kan pasienten lære gjennom å oppleve, at tanker ikke kontrollerer handlinger (Harris, 2013, s. 118). Metaforer vil hjelpe pasienten å sette utfordringene sine i perspektiv. Billedlige fremstillinger gjør språket mindre «høytidelig» og vil på den måten hjelpe pasienten til å unngå trangen til å kontrollere smertefulle tanker og følelser. Metaforer beskrives hyppig i litteratur knyttet til ACT. De er også godt egnet til å beskrive de ulike fasene i psykologisk fleksibilitet. Ved praktisering av ACT er det også ofte viktig å lage egne metaforer som passer den aktuelle konteksten (Grung & Jacobsen, 2022, s. 35).

Det finnes ikke nok forskning og empiri som gi belegg for om ACT har noen bedre effekt på ulike lidelser enn tradisjonell kognitiv atferdsterapi (Øst, 2014, s. 118). Det har derimot de siste årene vært en økning i antallet kontrollerte studier av ACT. Sammenlignet med andre terapimodeller er det god evidens for effekter av prosessene i ACT. De nyeste forskningsartiklene kan tyde på at ACT er omtrent like effektiv som kognitiv atferdsterapi (Nymoen & Solberg, 2017, s. 314). En slik bred tilnærming til atferdsproblematikk kan virke til å være godt egnet i helse- og sosialarbeid (Grung & Jacobsen, 2022, s. 37). Det er likevel et behov for mer forskning på ACT og det trengs mer kunnskap for å kunne vite om metoden er mer eller mindre effektiv enn tradisjonelle terapiformer.

Dette krever også større studier for å vite om ACT virker eller ikke (Øst, 2014, Nymoen & Solberg, Shawyer et al., 2017, Swain et al., 2013). Flere forskere har gjort studier som belyser ACT – metoden. Hovedvekten av forskningen er knyttet til teoretisk rammeverk og tilnærming som metode. Det er også gjort studier knyttet til praktisk utførelse av metoden og effekt av metoden sammenlignet med andre terapiformer. Flertallet av undersøkelsene som er analysert i forbindelse med denne studien, fokuseres mot «brukerperspektivet», der data er hentet fra de som mottar helsehjelpen, primært gjennom kvantitative metoder. Det er behov for mer kvalitative data knyttet til opplevelser og erfaringer relatert til metoden. Der det er gjort analyser med kvalitative data, er hovedvekten av resultatene basert på selvrapporing fra deltakerne. Det er også gjort en del systematiske analyser og litteraturstudier, som sammenligner allerede eksisterende funn med hverandre. Det er derimot gjort lite forskning med kvalitative data på hvordan tjenesteytere opplever å arbeide med metoden, eller større studier med kvalitative data på hvordan tjenestemottaker opplever hjelpen – noe som legger grunnlaget for behovet om mer forskning på dette. Litteraturgjennomgangen som forberedelse til min studie viser til at det trolig er behov for mer kunnskap om hvordan de som anvender metoden opplever og erfarer at det de gjør har noen effekt eller bidrar til en endring. Bruker- og terapeutperspektivet bør supplere hverandre mer og det bør gjøres mer forskning på samspillet og relasjonen i metoden. Hovedvekten av forskningen er på engelsk, og det er gjort lite forskning på ACT i Norge. Det er derfor behov for mer forskning på norsk blant norske behandlingssteder. Den største delen av forskning gjort i Norge er gjort i statlige og private behandlingsinstitusjoner.

2.3 Studien relevans

Studien er relevant for den dagsaktuelle problemstillingen kommunen står ovenfor i dag:

Samhandlingsreformen og veilederen «sammen om mestring», viser til et økt krav og behov for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Den skisserer en økende utvikling i det lokale psykisk helse- og rusarbeidet (Helsedirektoratet, 2014, s. 8 – 10), noe som understreker behovet for kunnskap om effekten av metoder som brukes i arbeid med psykisk helse- og rus i kommunen (Eget arbeid, 2022, s. 1). Det finnes lite forskning på ACT i Norge og innenfor norske behandlingsrammer, noe som skaper et behov for mer kunnskap om temaet. ACT praktiseres i dag i flere kommuner i Norge og det er gjort lite forskning knyttet til ACT og kommunale helsetjenester. Sett i lys av ACT som tredje bølge atferdsterapi som en fremvoksende tilnærming, er det relevant å lete etter og diskutere nye perspektiver og erfaringer fra helsepersonell som jobber med metoden, i tråd med krav til forsvarlighet og kvalitet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1, §4 -2) og ansvar for psykisk sykdom i helsetjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3 -1).

3 Metoder

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for metodiske valg og vurderinger gjort i forskningsprosessen.

3.1 Kvalitativ metode

Denne studien går under kategorien medisinsk og helsefaglig forskning. I min studie har jeg intervjuet 4 sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten. Når få enheter skal undersøkes og når formålet er å finne ut noe om helsepersonells opplevelser (Forskningsetiske komiteer, 2009, s. 7), egner det individuelle intervjuet seg (Jacobsen, 2022, s. 163),

Metoden ble brukt for å etterspørre sykepleieres opplevelser og erfaringer, noe som ikke kan besvares gjennom litteraturstudier eller statistikk. Jeg ønsket svar som kunne gi inngående kunnskap og en dypere, bredere forståelse av fenomenet. Kvalitative forskningsintervjuer ga meg muligheten til å forstå sider ved intervjupersonens eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42-48). Informantene fikk større frihet til å uttrykke seg, noe som for eksempel et strukturert spørreskjema kunne begrenset. Målet var å få frem historier og opplevelser, kompleksitet og nyanser (Johannessen et al., 2016, s. 145), i tillegg til informantenes fortolkning av fenomenet (Jacobsen, 2022, s. 162). Det finnes lite kvalitative undersøkelser om fenomenet jeg undersøker på norsk, og kvalitative metoder er spesielt hensiktsmessig dersom man undersøker fenomener man ikke kjenner så godt til eller som er lite forsket på (Johannessen, et al., 2016, s. 28).

Kvalitative dybdeintervjuer består av 7 faser: Tematisering av et intervjuprosjekt, design, selve intervjuet, transkribering, analyse, verifikasjon og rapportering. Intervjuene gir tilgang på andres observasjoner, i motsetning til observasjonsstudier, som involverer deltakelse fra forskerens side (Skilbrei, 2019, s. 65). Ved å bruke denne datainnsamlingsmetoden, kunne jeg oppfordre intervjupersonene til å beskrive så nøyaktig som mulig det de opplever og hvordan de handler (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-49), for å kunne få best mulig svar på forskningsspørsmålet (Eget arbeid, 2022, s. 7). Ved å bruke en kvalitativ tilnærming, fikk jeg også frem en høy presisjon, gjennom at informantene i stor grad får frem og definerer den «riktige» forståelsen av fenomenet (Jacobsen, 2022, s. 141). Ved å gjennomføre en slik empiriske studie, var målet å kunne utvikle ny kunnskap om ACT og kunne se en sammenheng mellom individ og kontekst (Jacobsen, 2022, s. 145).

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Gjennom samfunnsvitenskapen tok mitt forskningsprosjekt utgangspunkt i den virkeligheten informantene opplever, som ofte handler om samhandling mellom mennesker (Johannessen et al., 2016, s. 31). Samfunnsvitenskapen knyttes til forskning av ulike forhold i samfunnet der relasjoner mellom mennesker står sentralt, i tillegg til menneskets relasjonen til det samfunnet man er en del av (Grønmo, 2016, s. 15 -18, Eget arbeid, 2022, s. 10). Jeg interesserte meg på denne måten for mennesker, deres atferd og tenkemåter, og dermed sosiale systemer og konstruksjoner, i motsetning til naturvitenskapen (Jacobsen, 2022, s. 34). Videre fører samhandling mellom mennesker til samfunnsmessige fenomener i form av noe større enn individets tanker, følelser og handlinger (Grimen, 2004, s. 15 -18). I samfunnsvitenskapelig forskning brukes teori på forskjellige måter. I mitt forskningsprosjekt var valg av analysemetode knyttet opp mot at jeg studerte et generelt fenomen, som ga muligheten til å bruke teori mer løst, der man ikke oppfyller alle kriterier til en konkret teori. Målet med mitt forskningsprosjektet var å samle data for finne generelle mønstre, som igjen kunne omgjøres til teorier om fenomenet. Denne tilnærmingen fra empiri til teori betegnes som induktiv. Gjennom en pragmatisk tilnærming søkte jeg mot å gjennomføre studie med fokus på å best mulig kunne svare på problemstillingen (Johannessen et al., 2016, s. 44 -48).

3.3 Forberedelser og utvalg

Dataene som er samlet inn i studien, er informasjon om sykepleieres erfaringer og opplevelser rundt arbeid med ACT metoden. Denne informasjonen danner videre grunnlag for analysen (Eget arbeid, 2022, s. 1).

Jeg la vekt på å strategisk velge informanter som kunne uttale seg om fenomenet på en reflektert måte (Skilbrei, 2019, s. 111 – 115), og som kunne gi mye informasjon om fenomenet (Jacobsen, 2022, s. 195 – 196). Dette var en systematisk vurdering av hvilken enhet som var mest relevant for det analytiske formålet (Grønmo, 2016, s. 103, Eget arbeid, 2022, s. 8). Utvalget bestod av sykepleiere som jobbet innenfor psykisk helse- og rusarbeid i kommunen og som var kurset i aksept- og forpliktelsesterapi. 4 sykepleiere ble intervjuet basert på at dette var et stort nok utvalg for å belyse problemstillingen der kvaliteten på intervjuet var en viktig faktor (Johannessen et al., 2016, s. 114). Begrunnelse for valg av sykepleiere som informanter til studien, er basert på deres kompetanse, som bygger på en helhetlig og tverrfaglig omsorgsmodell. Sykepleiere som ble intervjuet hadde gjennomført kursing i ACT –terapi. Andre inklusjonskriterier for utvalget var kompetanse, erfaring og/eller utdanning innen psykisk helse- og rusarbeid og arbeid ute i «felten».

Andre helsefaglige utdanninger, spesialister, ledere, koordinatore, og andre stillinger som ikke aktivt praktiserer ACT ute blant pasientene ble ekskludert.

Prosessen startet at jeg sendte inn et meldeskjema til NSD (Norsk Senter for Dataforskning) som godkjente studien (se punkt. 3.8 og vedlegg 4). Videre utarbeidet jeg og min veileder ved Universitetet i SørØst Norge et informasjonsskriv som ble sendt til avdelingsleder ved tjenesten i kommunen (se vedlegg 2). Avdelingsleder godkjente studien og ga klarsignal på at studien kunne gjennomføres på arbeidsplassen. Videre valgte avdelingsleder ut aktuelle kandidater for til å være informanter på vegne av meg, slik at jeg skulle ha en nøytral posisjon i dette arbeidet.

Avdelingsleder sendte videre ut et informasjonsskriv til de aktuelle kandidatene, med tilbud om å delta i studien (se vedlegg 3). Informasjonsskrivet inneholdt hensikt med studien, problemstilling og personvernsopplysninger. Derfra ble jeg kontaktet av de som var interesserte og satte opp tidspunkt, plassering og avtalte møtested. NSD samtykkeskjemaer ble lest, forstått og signert i forkant av intervjuene og deltakerne fikk muligheten til å stille spørsmål knyttet til studien.

Etiske dilemmaer og vurdering gjort til å studere ved egen arbeidsplass vil utdypes under punkt. 3.8.

3.4 Datainnsamling

Det er mange forberedelser å foreta seg i forkant av gjennomføring av intervjuer. Jeg utarbeidet først en intervjuguide (se vedlegg 1) med spørsmål som kunne gi svar på problemstillingen. Der måtte jeg ta stilling til hvordan strukturen på intervjuet skulle være, som beskrevet i punkt 3.5. Informantene kan reagere på lydopptak – og føle at det kan være ubehagelig. Derfor var det viktig å spørre om tillatelse til slike opptak. Før selve intervjuet informerte jeg om hvorfor intervjuet ble gjort, stilte generelle spørsmål og ga informantene muligheten til å stille spørsmål i forbindelse med intervjuet og studien (Jacobsen, 2022, s. 166 – 173). På spørsmål om hva ACT er, ble sykepleierne spurt om å svare ut ifra sitt eget perspektiv, sin kunnskap om metoden og sine erfaringer.

De generelle spørsmålene var et skjema med bakgrunnsopplysninger om informantene, som ikke ville være en del av et opptaket, men som skulle stå utenom sensitive personopplysninger. Dette kom i tillegg til intervjuguiden (Eget arbeid, 2022, s. 9, se vedlegg 1).

Videre har jeg samlet bakgrunnsinformasjon som skal kunne belyse problemstillingen med søkeordene: «Acceptance and committment» «ACT + metode», «behavioral science», «acceptance and commitment therapy» + «integrate», «frame theory», «act therapist experience» + «Hayes»,

«ACT + practitioners», «ACT + health workers + practice», alle avgrenset til fagfellevurderte artikler og publiseringsår fra 2011. Jeg har hovedsakelig brukt databasene: Oria, PubMed og Pubpsych. Til sammen har jeg valgt ut og bruk 19 vitenskapelige artikler og 10 fagbøker til mitt forskningsprosjekt.

3.5 Gjennomføring av intervjuene og transkribering

Intervjuguiden bestod først av temaer basert på problemstillingen undersøkelsen skulle belyse. Videre i utarbeidelsen identifiserte jeg deltemaer som inngikk i den overordnede problemstillingen. Jeg ønsket likevel å konkretisere 6 spørsmål som kunne gi svar på problemstillingen. Jeg valgte å legge til noen oppfølgingsspørsmål, for å få flere og mer detaljerte svar til resultatdelen. En intervjuguide har vanligvis en bestemt rekkefølge på temaene, men jeg byttet litt om på spørsmålsrekken underveis, da informantene tok opp nye temaer som hørte til et annet spørsmål. Intervjuene mine var delvis strukturerte, der spørsmål, temaer og rekkefølge varierer og jeg kunne gå frem og tilbake dersom informanten valgte det samme (Johannessen et al., 2016, s. 148 -149).

Intervjuene ble gjennomført ved fysiske møter på arbeidsplassen til informantene, og det ble gjort lydopptak gjennom diktafonappen anbefalt av biblioteket ved USN (Universitet i SørØst Norge). Jeg introduserte kort i forkant av hvert intervju tema for forskningsprosjektet og hva jeg kom til å stille spørsmål rundt. Videre gikk jeg igjennom enkelte punkter knyttet til konsekvenser ved å delta i intervjuet, hvordan dataene ville bli lagret og kort om hvordan anonymiteten ville bli ivaretatt (Johannessen et al., 2016, s. 149). Jeg forklarte at jeg var på jakt etter deres opplevelser og erfaringer og at målet var å la informantene forklare fritt rundt åpne spørsmål og reflektere rundt temaene underveis. Intervjuene varte i underkant av en time. Jeg gjorde refleksjoner underveis og skrev ned stikkord på ting som kom frem «mellom linjene» eller mellom spørsmålene. Etter hvert intervju, gjorde jeg en kort oppsummering av det som hadde kommet frem og i denne fasen kom flere informanter med mer informasjon. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål der jeg tenkte jeg trengte å få mer informasjon, eller et annet perspektiv (Jacobsen 2022, s. 175) og oppmuntret til mer detaljerte og nyanserte svar underveis (Johannessen et al., 2016, s. 154).

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter intervjuprosessen. Intervjuene ble skrevet ut i sin helhet for å gjøre analysen enklere og for å gi meg mer kontroll på rådataene (Jacobsen, 2022, s. 211). Jeg gjorde all transkriberingen selv og noterte verbal og nonverbal kommunikasjon i margin. Dette ga meg en ryddige og oversiktlig mulighet til allerede i denne prosessen å kunne se etter mønstre, forskjeller og temaer til analysen. Det var ikke noe behov for å endre på språk og form for

å få frem informantens intensjon, men jeg fjernet ord/ korte setninger som ble gjentatt flere ganger. Etter transkribering, gikk jeg igjennom alle lydopptakene på nytt, for å dobbeltsjekke at jeg hadde fått med alt. Lydopptak ble lagret i en sikker database der kun jeg har tilgang og de slettes automatisk etter oppgitt frist for tilgang.

3.6 Analyse

Å analysere vil si å organisere datamaterialet man har samlet i intervjudelen. Jeg valgte å bruke en tematisk analyse, inspirert av Braun og Clark (2006). Det er en metode som bidro til å identifisere, analysere og rapportere mønstre i datamaterialet og som ikke var bundet til et spesifikt teoretisk rammeverk. Metoden er brukt mye i kvalitative undersøkelser, men det er store uenigheter i forskningsmiljøet om hvordan den skal anvendes, da det ikke finnes noen helt klare retningslinjer for bruk (Braun & Clarke, 2006, s. 78 -80, Eget arbeid, 2022, s. 9). For meg var det hensiktsmessig å bruke denne åpne analysemetoden for å enklere og mer effektivt kunne kartlegge temaene i datamaterialet. Det er også min personlige erfaring at denne måten å systematisere og strukturere materialet på var oversiktlig og ryddig. Jeg har valgt en induktiv tilnærming til analysen, der jeg har samlet data spesifikt knyttet til forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006, s. 83), og jeg har fulgt de seks fasene for tematisk analyse Braun & Clarke beskriver i sin beskrivelse av metoden.

Jeg startet med å lage en overordnet og strukturert oversikt over temaer og gjorde meg godt kjent med dataene. Jeg leste igjennom alle intervjuene flere ganger og lette etter temaer som gikk igjen, før jeg valgte ut de største temaene for resultatdelen. Jeg brukte forskjellige fargekoder for å streke under ulike temaer og kategorier underveis for å få en ryddig oversikt. Et tema skal fange noe viktig i dataene i relasjon til forskningsspørsmålet. (Braun & Clarke, 2006, s. 82).

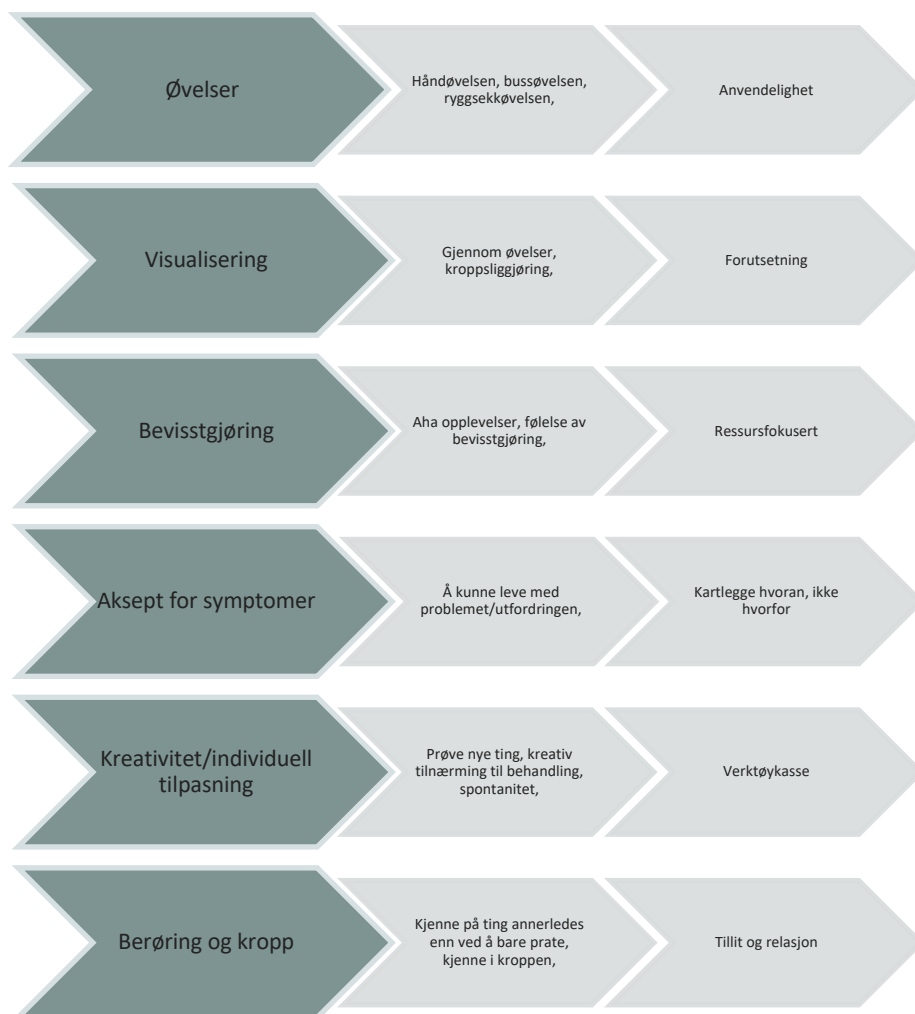
Videre brukte jeg god tid på å strukturere hvor store temaene skulle være, og jeg var oppmerksom på at de skulle gi ulike meninger for og knyttes til forskjellige kategorier. Deretter genererte jeg innledende koder, søkte etter og sorterte ulike temaer i datamaterialet. Jeg valgte ut de temaene jeg synes var mest interessante for å kunne besvare problemstillingen knyttet til forskningsprosjektet mitt. Jeg organiserte så dataene inn i meningsfulle grupper som kunne samles i temaer med navn for å gi svar på problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s. 90), se Figur 1.

Figur 1 – de første temaene



Deretter gjennomgikk jeg temaene på nytt, for å sikre at jeg hadde fått med essensen og de viktigste funnene i datamaterialet. Derfra gikk jeg over temaene på nytt og vurderte om de måtte brytes ned i undertemaer. Jeg lagde et tematisk kart for å få et visuelt bilde på koder, temaer og underkategorier, slik at det var mer oversiktlig. se figur 2 under. På dette tidspunktet kunne jeg begynne å se tydeligere individuelle temaer og detaljer knyttet til datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 89 - 90).

Figur 2 - Tematisk kart



Det var hensiktsmessig å gi temaene ulike navn slik at de lettere kunne kategoriseres. Jeg oppdaget noen temaer som ikke hadde nok data til å kunne klassifiseres som et overordnet tema, og jeg valgte da å samle flere temaer med lite data, sammen med et annet, inn i den kategorien de passet. Braun og Clarke kaller dette et tematisk kart, noe som gir indikasjon for om temaene kan passe sammen med hverandre eller skal brytes opp eller smeltes sammen. I slutten av denne fasen, hadde jeg god oversikt over temaene og «historien» knyttet til dataene mine (Braun & Clarke, 2006, s. 91 -92).

Videre lette jeg etter fellestrekk i kodene, slik at jeg til slutt kunne presentere disse som funn og resultater. I denne fasen brukte jeg god tid på å lage overskrifter som passet til temaene, i en rekkefølge som gjorde det forståelig og oversiktlig å presentere. Til slutt skrev jeg ut resultatene i en sammenhengende tekst, der man tydelig kunne se at forskningsspørsmålene, slik jeg hadde formulert de, ble besvart (Braun & Clarke, 2006, s. 93).

3.7 Forskningsetikk

Før studien startet sendte jeg inn meldeskjema til Norsk Senter for Data forskning (NSD) med all informasjon som skulle inngå i den. Dette måtte gjøres av forskningsetiske årsaker, krav til konfidensialitet og kvalitet på studien. NSD valgte å godkjenne prosjektet etter første søknad. Videre utarbeidet jeg et informasjonsskriv som var sentralt for å ivareta personvernet, som ble sendt ut til potensielle deltakere i studien. Deretter måtte de ta et valg om ønske å delta, for så å signere og godkjenne deltakelse, og kontakte intervjuer (meg) før intervjuene kunne starte. Et skjema for informert samtykke til behandling av personopplysninger om deltakere i forskningsprosjektet måtte også leses og signeres av informantene før intervjuene kunne finne sted (NSD, 2022, Eget arbeid, 2022, s. 13).

De forskningsetiske komiteene har definert et sett av forskningsetiske retningslinjer som bygger på bl.a. verdier, prinsipper og normer, som belyser hva jeg som forsker må forholde meg til: Åpen refleksjon rundt hvordan egne verdier og holdninger kan påvirke valgene man foretar seg. Dette kan være valg av metode, hvordan data samles inn og behandles og hvilke prinsipper som brukes for tolkning og konklusjoner (Jacobsen, 2022, s. 48, Eget arbeid, 2022, s. 13). Dette var spesielt viktig for meg som forsket ved egen arbeidsplass, da egne tanker og erfaringer kunne påvirke funn og resultater. En fordel med å studere på egen arbeidsplass er også at informantene allerede kjente til meg, og dermed kunne føle seg mer trygg og avslappet i intervjusituasjonen. Dette kan igjen gi bedre, og mer inngående, personlig kunnskap om fenomenet. I denne situasjonen måtte jeg sørge for å være bevisst på nærhet og avstand, for å få best mulig resultat (Jacobsen, 2022, s. 59). Andre utfordringer ved å forske på egen arbeidsplass kan være at man allerede har forutinntatte holdninger til hvordan ting er. Det kan være vanskelig å holde den nødvendige avstanden til studieobjektet, og man har ofte meninger knyttet til det. Det kan være ting jeg tar for gitt og ikke spør om, fordi jeg er kjent med arbeidsplassens praksis. Jeg fokuserte på å ta utgangspunkt i egne erfaringer, og behandle dem som hypoteser (Jacobsen, 2022, s. 60). Derimot vil fordelen med å forske på egen arbeidsplass være at man lettere har tilgang på informasjon og enklere kan vurdere kvaliteten på den (Jacobsen, 2022, s. 59 – 60). Temaet jeg har forsket på praktiseres i en annen tjeneste/avdeling enn den jeg jobber i – og kunnskap om metoden jeg ønsket å belyse var fra min side liten.

Subjektivitet betyr i forskningsprosjektet mitt sammenhengen mellom et mangfold av perspektiviske fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 239- 240, Eget arbeid, 2022, s. 13). Det innebærer en forståelse av at det kan være vanskelig å beskrive en sannhet eller virkelighet. Som forsker tok jeg heller utgangspunkt i grader av intersubjektivitet, som viser til at dersom all

kunnskap er subjektiv, kan felles enighet mellom mennesker om et gitt fenomen, brukes som en «erstatning for» sannhet (Jacobsen, 2022, s. 36).

I en kvalitativ intervjuundersøkelse der data, utsagn og sitater fra en intervjusituasjon kan inngå i offentlige rapporter, plikter jeg som forsker å sørge for å beskytte informantenes identitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Når det gjelder behandling av data, gjelder prinsippene for anonymitet og konfidensialitet. Anonymitet skal sørge for at det er helt umulig å identifisere informantene ut ifra data. I kvalitative studier er derimot anonymitet umulig å kunne garantere, og man bruker derfor heller konfidensialitets prinsippet. Det betyr at jeg la vekt på å behandle opplysninger slik at de ikke kommer på avveie, for eks gjennom aidentifisering eller kryptering. Jeg brukte lydopptak i intervjuene, med nettblokkert diktafonapp, for å sikre personvern og benyttet en sikker lagringsplass for dataene (Jacobsen, 2022, s. 50 – 52, Eget arbeid, 2022, s. 13 -14), som kun jeg hadde tilgang til.

I slutfasen av forskningsprosjektet, var jeg nødt til å vurdere om konklusjonene mine var gyldige og til å stole på. Det innebar for min del å ha et kritisk blick på kvaliteten på de dataene jeg samlet inn, med tanke på både intern gyldighet, ekstern gyldighet, pålitelighet og ekstern validitet (Jacobsen, 2022, s. 240). Sekundær data brukt i studien er kvalitetssikret mot Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket, 2021). Videre valgte jeg å diskutere intervjuene mine med andre kollegaer, for å gjøre en vurdering av om begrepene ga mening. Flere forstod spørsmålene og mente de var gode, og en slik form for validering knyttes til intersubjektivitet. Det vil alltid være knyttet usikkerhet til resultatene av et forskningsprosjekt når man generaliserer fra utvalg til populasjon (Jacobsen, 2022, s. 362 -384). For å kunne vurdere om resultatene er pålitelige, gikk jeg og veileder ved USN igjennom selve gjennomføringen av undersøkelsen, utformingen av intervjuguiden, datasamlingen og analysen, for å kritisk reflektere rundt undersøkelsens gyldighet og pålitelighet (Jacobsen, 2022, s. 384 -392). Funnene diskuteres i punkt 5.1.

4 Presentasjon av funn

I denne delen vil jeg presentere studiens resultater som skal gi svar på følgende spørsmål:

«Hvordan opplever sykepleiere i kommunen ACT som tilnæringsmetode i arbeidet med pasienter med psykisk helse- og rusutfordringer?»

Hovedtema og undertema som utkrystalliserte seg i analysen var:

Figur 3 – Oversikt over tema og undertema



4.1 ACTs tenkningsgrunnlag

Da sykepleierne skulle dele sine erfaringer og tanker rundt ACT metoden, beskrev de den som annerledes enn noe annen behandling og med fokus på bevisstgjøring i alt man gjør. De opplevde at ACT skilte seg ut med den aksepterende delen av behandlingsformen. Flere sykepleiere beskrev ACT og sammenlignet det med kognitiv terapi. De fortalte om et fokus på å akseptere tankene og ikke endre de, og at de opplevde denne tankegangen som «lettere» å leve med for pasienten, enn mye annet de hadde jobbet med før.

ACT ble beskrevet av en sykepleier på denne måten:

«ACT vil kunne beskrives på den måten som «jeg har angst, men jeg kan gå i butikken eller kan være sammen med venner». Det bygger altså på at du kan ha med deg angsten i hverdagen, alt handler bare om hvordan du bærer den med deg. Når jeg sier dette til pasienter, er det ofte en åpenbaring for dem»

En annen beskrev det slik:

«ACT blir en måte å håndtere det ubehagelige på, uten å bli overaktivert. Det kan kanskje få deg til å se ting på en annen måte. ACT vil ikke løse problemer, den vil bare akseptere at de er der. Du må være villig til å akseptere at ting er som det er. Eller være villig til å se ting på en annen måte. Du må lære nye måter å «bære» utfordringene dine på»

4.1.1 Fokus på pasientens verdier

Sykepleierne ble spurt om å utdype og beskrive deres erfaring med å jobbe med metoden. De trakk alle frem det verdibaserte grunnlaget de jobbet etter og fortalte om sine opplevelser knyttet til arbeidet med mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer. De beskrev alle sammen verdikartlegging som den viktigste delen av ACT terapien. De la vekt på at verdikartlegging var et virkemiddel som gjorde en forskjell og skapte endring hos pasientene. Spørsmål som gjentas i behandling med metoden er «hva er viktig i ditt liv?», «hva har du gjort den siste tiden for å leve i tråd med dine verdier?» og «hva vil du og hva ønsker du for deg selv?».

«Hvem vil du være, og hva vil du stå for? gir en mer personlig tilnærming». Denne setningen ble beskrevet av flere sykepleierne som et fellestrekk for ACT metoden. En forklarte at hun opplevde at

dette fokuset skapte motivasjon og endring hos pasienten. En annen forklarte at hun opplevde at denne måten å jobbe på bidro til en positiv vri på behandlingen. Hun fremhevet at metoden ofte virket til å øke bevisstheten hos pasienter som hadde gått i annen type behandling over lang tid. Fokuset på hva som er viktig for pasienten virker til å øke motivasjonen.

«Vi har mye fokus på personens kjerneverdier, som ofte gir en pekepinn på hvor det er lurt å jobbe. Vi jobber ut ifra 6 grunnpilarer i ACT, 6 ulike verdier i menneskers liv. Min erfaring er at jeg gjennom å gå inn på dette, klarer å finne essensen i det man bør jobbe med – lage en problemstilling og fokusere på hva vi kan gjøre med det»

Flere av sykepleierne beskrev at verdifokuset og fokuset på mål og mening økt både motivasjon og mestringsevnen hos pasientene, og de opplevde at det skapte rom for å mer åpenhet og nysgjerrighet både hos pasient og terapeut, og i relasjon dem imellom.

4.1.2 Pasienten må evne å visualisere

Alle sykepleierne opplevde at for å kunne bruke øvelsene, måtte pasientene ha evne til å visualisere. Dette forutsetter at man er kognitivt sterk nok til det, mente de. En sykepleier fortalte at en pasientgruppe som slet med autismespekterdiagnoser ikke klarte å nyttiggjøre seg øvelsene. Hun fortalte også om pasienter med angst og depresjon som hadde god effekt av øvelsene. Hun opplevde at ikke alle er mottakelige for ACT metoden og at evnen til visualisering er en forutsetning, men at det også finnes måter å forstå visualisering og metaforer på. For eksempel «bussøvelsen», som utdypes i punkt 4.3.3 forutsetter evnen til å visualisere for å klare å gjennomføre denne øvelsen. Man må klare å forstå metaforisk betydning, for å forstå hva man egentlig driver med, forklarte en av sykepleierne.

«Når pasientene da evner å se for seg ting, har jeg opplevd flere ganger at noen går helt inn i en annen verden, og blir ofte veldig emosjonelle av det de ser for seg. De forteller at de kan kjenne det i kroppen og for eksempel føle en klump i halsen eller smerter i brystet»

Her fortalte sykepleieren om flere opplevelser hun hadde hatt med pasienter som hun nærmest kunne «lede til vannet», mens de visualiserte og gikk inn i følelsene sine. Hun fortalte at det er når de var i denne tilstanden at de kan å løsne opp gamle, fastsatte tankemønstre, og på denne måten de oppleve bedring og endring.

4.1.3 Å akseptere at ting er som det er

«ACT gir et annerledes fokus med tanken om at man ikke skal endre noe, det som er skal få lov å være der. Vi jobber med et fokus på å akseptere at ting er som det er, heller enn å finne ut av hvorfor det er sånn»

Denne sykepleieren vektla hvordan man gjennom ACT fokuserte på hvordan ting er og hvordan håndtere det, fremfor hvorfor det er blitt sånn og fortsatt er sånn. På denne måten blir pasienten mer løsningsorientert enn problemfokuset. En annen sykepleier beskrev at metoden bidro til at pasienten kunne stå var det som er vondt, vanskelig og ubehagelig og det han/hun har kjempet imot. Gjennom ACT kan pasienten lære seg å føle at de kan stå trygt i båten og holde seg fast i verdiene sine, selv om det stormer rundt dem. Med fokus på at verdier alltid er faste, stødige og trygge, og så lenge man vet hvem man er og hva man vil stå for, kan pasienten takle kampene som kommer. En annen sykepleier opplevde at de pasientene hun hadde brukt ACT i samtale, med responderte godt på det. Hun beskrev at pasientene var i en prosess på vei mot bedre livskvalitet, gjennom økt bevisstgjøring og mer aksept for de vonde tankene som kommer og går, med et fokus på at man likevel kan ha et godt liv, og ikke nødvendigvis trenger å bruke så mye tid på å kjempe imot symptomer og negative ting.

Kaktusøvelsen kom frem som et godt eksempel på aksept for symptomer. Den ble beskrevet slik:

«Dersom du blir bedt om å alltid bære en kaktus, hvordan vil du velge å holde den? Vil du stramme grepet rundt den og oppleve konstant smerte ved at piggene stikker deg i hendene? Eller kan du bære kaktusen på en annen måte, slik at piggene ikke gjør like vondt? Kan du for eksempel holde kaktusen forsiktig i håndflatene dine, mens du løfter den med deg?»

4.2 ACTs verktøykasse

Sykepleierne fortalte om en rekke øvelser som ble brukt når man jobber med ACT metoden. Disse ble beskrevet som fysiske, metaforiske og bevisstgjørende. De forklarte at det finnes så mange øvelser, at det er vanskelig å bli veldig godt kjent med alle og at man innimellom finner noen favoritter. Noen fortalte om øvelser som kunne oppleves ubehagelig og vanskelig både for pasienten og sykepleier, men likevel effektive.

«Noen øvelser gir meg muligheten til å komme litt tettere på pasienten, og litt mer inn i livsverdenen deres»

Denne sykepleieren fortalte at hun fra før av har veldig mange elementer i verktøykassa si, både kognitiv terapi, metakognitiv terapi, oppmerksomt nærvær, mindfulness, og alle disse elementene inngår i ACT. Hun opplevde at ACT samlet mange av tingene man har brukt tidligere – men med dette akseptfokuset som en «ny vri». Hovedfokuset i ACT er målet, verdiene og hvordan man kommer seg dit.

«Verktøykassen i ACT er så full, jeg har selv bare vært innom en del av verktøyene, og jeg finner stadig noe nytt jeg kan prøve»

Denne sykepleieren opplevde at ulike øvelser, metaforer og språklige elementer i ACT utgjorde den største delen av metoden. Hun fortalte at hun ofte måtte lese seg opp på nye ting og at det stadig dukket opp nye ting i ACT hun ville prøve ut eller fikk tips fra andre om. Verktøykassen gjør jobben enklere, forklarte hun, fordi mulighetene er så mange og det finnes alltid noe som passer for den ene eller den andre.

4.2.1 Kreativitet og individuell tilpasning

Flere av sykepleierne beskrev at de ofte kunne lete frem øvelser etter pasientens behov og resonnerer seg frem til hvilke øvelser som vil være hensiktsmessig å benytte i terapi med akkurat denne pasienten. En fortalte at ACT har et rikt språk, altså kan man alltid finne metaforer og forklaringer som kan beskrive en tanke, følelse, som gjør det enklere å forstå helheten.

«Jo mer man bruker ACT – jo raskere klarer du å resonnerer deg frem til hvilke øvelser som kan være gode for pasienten og hva som vil være mest hensiktsmessig»

Denne sykepleieren beskrev at arbeidet med ACT også kunne være litt utfordrende, fordi man jobber stort selv selvstendig på arbeidsplassen og ofte blir stående alene i de fleste saker. På arbeidsplassen hadde de derimot møter iblant for å diskutere nettopp slike ting og lære av hverandre, dele erfaringer og lignende.

«Jeg bruker ofte øvelser som jeg selv liker og føler meg komfortabel med, som jeg kjenner at jeg kan stå for»

Denne sykepleier beskrev at hun ofte i samtale kunne plukke opp ting pasienten fortalte eller beskrev, som hun tenker at «her kunne jeg fått bruk for den øvelsen», her ville den vært hensiktsmessig og nyttig for pasienten», og dermed brukte den i neste samtale. Hun fortalte også at andre ganger blir øvelsene brukt litt sånn på sparket, mens innimellom planlegger man hvilke øvelser man skal ta for seg neste gang der det krever litt forberedelse for både sykepleier og pasienten. Hun sa også at hun opplevde at metoden bidro til å bygge en bedre relasjon til pasienten, og at pasienten ofte beskrev at de følte på en bedre kvalitet i møte med terapeuten sin, ved at de sammen har lagt «tid og energi» i hvert møte, med tanke på at man ofte planlegger og reflekterer rundt hvilke øvelser og strategier som passer for den enkelte på forhånd.

«Ikke alle øvelser passer for alle, og sånn er det med alt i livet. Man må tilpasse og evaluere underveis i prosessen»

4.2.2 Metaforiske øvelser

«Vi bruker en del øvelser, som skiller seg fra vanlig kognitiv terapi, og dette gir ofte god respons hos pasienter som er veldig fusjonerte, altså fastlåste i egne tanker. Det er enkle øvelser som gjør at man kommer seg ut av vanskelig tankemønstre, som skaper mer bevissthet på nettopp dette, hos pasientene. Vi prater ikke bare om tanker og følelser, vi jobber mer aktivt med å løse mønstrene. De fleste har ofte et litt rigid tankemønster, som ofte lyder slik som; sånn må det være, for det har alltid vært sånn, så ingenting kan endre seg»

Flere beskrev «bussøvelsen» som en utfordrende og emosjonelt vanskelig øvelse å gjennomføre. Da skal behandleren på en måte være pasientens negativ og nedlatende tanker og si ting høyt til pasienten, mens de fysisk går mot sine nedskrevne mål. Et eksempel ble forklart som «hvorfør skal du gå bort til barna dine, du er jo en dårlig mor uansett». Og lignende utsagn. Poenget med øvelsen er å kjenne følelsene på kroppen, kjenne motstand, men klare å nærme seg verdiene sine. Man skal lære seg å akseptere at tankene er der, men ikke stoppe opp og fortsette å gå i retning av mål og verdier, uten å gi tankene for mye oppmerksomhet og energi. Øvelsen skal provosere, for å skape

motivasjon og styrke. Tanken bak er å visualisere at man sitter på en buss, der du ikke kan styre hvem som kommer på og går av. Dette skal illustrere tankene dine. Du skal likevel hele veien til det stoppet der du skal av, og må til slutt lære deg å fokusere mindre på de ubehagelige tingene som oppstår underveis.

En av informantene fortalte at hun hadde fått tilbakemelding fra en pasient på at øvelsen var forferdelig å gjennomføre, men at hun heller aldri kom til å glemme det den lærte henne. Hun hadde fortalt at hun mestret livet bedre etter denne behandlingen, og hun fikk et helt annet fokus på ting i livet. En sykepleier fortalte dette om «bussøvelsen»:

«Jeg synes det er så ubehagelig at jeg utsetter det ofte litt å bruke denne øvelsen. Den er derimot veldig effektiv og klargjørende, og man får absolutt erfare i kroppen hvordan det kan kjennes ut når man har kontakt med følelsene sine. Men for å føle den kontakten, må man ut av fusjonen først».

Alle sykepleierne fortalte om sine opplevelser med «håndøvelsen», en øvelse der pasienten visualiserte at hovedproblemet stod skrevet inni hendene sine. Dette var da gjerne et problem du ønsker å bli kvitt. Pasienten ble bedt holde hendene foran ansiktet og beskrive hva de kunne se rundt seg med hendene foran ansiktet. Så ble de bedt om å skyve armene foran seg, og holde de der, og ble spurt om hvordan det nå føltes å skyve armene vekk fra seg. Det kjennes ofte fysisk slitsomt ut. De får så videre spørsmål om hvordan det kjennes ut nå, det man ikke vil ha og skyver vekk. Det kjennes ofte tungt. Så ble de spurt om å legge hendene ned i fanget. Hvordan kjennes det? Lettere. Det opplevdes da ofte som man slappet av mer, det var mindre tungt å legge problemet i fanget. Dette er en visualiseringsøvelse med en metaforisk betydning, forklarte en av sykepleierne.

En sykepleier fortalte at hun hadde fått en tilbakemelding fra en pasient etter denne øvelsen:

«Dette var faktisk veldig hjelpsomt, for nå er jeg mer bevisst på hvor stor plass jeg lar disse tankene få. Jeg får jo faktisk ikke med meg hva barna mine gjør, eller vennene mine driver med»

En annen øvelse ble beskrevet av flere som «ryggsekkøvelsen». Dette var en øvelse der sykepleieren ga pasienten en ryggsekk som veide litt, før de ble bedt om å holde den med en hånd ut fra kroppen. Dette ble fort veldig tungt. Ryggsekken skal representere tanker om hva som har

skjedt tidligere, altså «det du bærer på». Videre ble pasienten bedt om å ta sekken på ryggen istedenfor og sykepleieren forklarte pasienten, at dette er ting du må ha med deg, men kjenn etter hvor mye lettere det er å bære den på ryggen, sammenlignet med å holde den vekk fra deg. En av sykepleierne beskrev denne øvelsen som en oppvekker for veldig mange. Pasientene ble mer klar over hvordan det at de kjemper imot tanker og følelser, reduserte livskvaliteten deres og hvor sliten man egentlig ble av det.

4.3 Virksomme elementer i ACT

Sykepleierne ble spurt om hvordan de opplevde at ACT påvirket pasientene, og om de hadde spesifikke erfaringer eller opplevelser knyttet til dette. På tvers av intervjuene kom det frem virksomme elementer fra metoden som sykepleierne opplevde at påvirket pasientens livskvalitet og følelsesliv.

4.3.1 Påvirkningskraft på pasienten

Alle sykepleiere beskrev at pasientene ofte brukte tankevirksomheten fra ACT aktivt mellom samtalene, og at de effektivt brukte strategiene de lærte seg jevnlig. Dette førte ofte til en varig endring og del av pasientens tankemønster. Tilbakemeldinger fra pasienter har vært bl. annet at symptomtrykket hadde gått ned, de var blitt mer bevisst på hva som er viktig for de, og det «gamle» tankemønsteret tok ikke lenger like mye plass og energi.

«Jeg prøver å få pasientene til å se for seg det livet de ønsker. Jeg merker at når de begynner å klare å se for seg hva de har sluttet med, og hva de kunne tenkt seg og gjort mer av dersom de for eksempel ikke hadde den angsten, så skjer det noe. Hvis jeg spør «hva stopper deg?», du kan jo gjøre alle disse tingene med angst også. Vi jobber med å øke psykologisk fleksibilitet, der man ønsker å øke livet mer enn man begrenser, når man opplever ubehag»

Denne sykepleieren opplevde at ACT traff bedre hos den «yngre» pasient gruppa, de under 50 år. Hun opplevde at de ofte var mer mottakelige for «nye» former behandling og mer åpne for å prøve nye ting. De opplevdes som mer nysgjerrige og virket mer villige til å se ting fra andre perspektiver, prøve å endre fokus og jobbe med å forholde seg til ting på en annen måte enn de hadde gjort tidligere.

Det var enighet blant alle sykepleierne i at de opplevde at pasienter så atferdsmønsteret sitt mye tydeligere etter å ha brukt ulike øvelser. Noen pasienter hadde for eksempel sagt «Oi, ja nå ser jeg jo hva jeg har drevet med» eller «dette er jo lite hensiktsmessig å holde på med». Gjennom ACT kunne man klare å bevisstgjøre pasienten på hva den aktivt gjorde for å enten nærme seg eller trekke seg unna det de mente var viktig for dem, forklarte en sykepleier. Hun opplevde at ved å nøye kartlegge hvor mye fokus man har på det som er viktig og hvor mye fokus man gir det som er vanskelig, ble en avgjørende faktor i endringsarbeidet med pasienten.

4.3.2 Følelser som kjennes på kroppen

Alle sykepleierne fortalte om øvelser som benyttes i ACT. De beskrev det samme rundt hvordan pasienten erfarte følelsene i kroppen sin gjennom ACT, som igjen førte til en opplevelse av endring. De beskrev ulike opplevelsen med pasienter, der de fleste opplevde at gjennom å bruke øvelser, husket pasientene mer av innholdet i samtalen. Flere beskrev at, en ting er å snakke om følelser og vonde ting som man ofte gjør i kognitiv terapi, men en helt annen ting er å føle det på kroppen. Det gjør at man lærer ting på en annen måte.

«ACT inneholder mange metaforer og øvelser, som kan gjøre at folk kan kjenne ACT på kroppen og på den måten forstå det. Vi kan for eksempel ikke alltid lære hva en følelse er, men gjennom ACT kan man kanskje kjenne etter hvor følelsen sitter. Metoden er svært god å bruke for å få frem kroppslige «symptomer» på følelser»

Denne sykepleieren beskrev også at et er noe helt annet å gjøre fysiske øvelser og eksperimenter, da dette bidrar til at man blir mer bevisst på ting og kjenner de på kroppen, sammenlignet med å bare prate om problemer. Det oppleves ofte som om det gjør noe med deg, noe endrer seg.

«De husker ikke nødvendigvis konkret hvordan øvelsen var, men de husker ofte at det gjorde noe med dem»

Sykepleieren forklarte at man ikke kan lese seg opp på ACT. ACT må gjøres, det må kjennes på kroppen og man må igjennom de opplevelsesbaserte øvelsene. En annen informant opplevde at det å erfare følelsen i kroppen, førte til at pasienten lettere klarer å akseptere at de ubehagelige følelsene kan kunne der, uten at de skulle gjøre noe med disse. Noen av øvelsene ble beskrevet som litt «voldsomme» og ubehagelige. En av sykepleierne beskrev et møte med en traumepasient, der hun

opplevde at det å bli med på disse fysiske øvelsene kunne være en påkjenning i seg selv. Hun måtte bruke mer tid på å trygge pasienten i forkant. Hun ble også mer bevisst på at hun måtte spørre på forhånd om det var greit at hun tok på henne. Hun understrek viktigheten av at man alltid må se an pasienten før man velger ut øvelser, da det både kunne føre til å styrke eller svekke relasjonen.

4.3.3 ACT førte til økt bevisstgjøring hos pasienten og sykepleieren

Tre av sykepleiere beskrev at ved å skifte fokuset fra unngåelser, fastlåste tanker, over til hva man kan gjøre mens man har det sånn, så skjedde det noe med pasientene. To sykepleiere beskrev hvordan de ofte brukte eksempelet om tanken «jeg er dum», som gjøres om til «jeg har en tanke om at jeg er dum». Dette ble gjort for å tydeliggjøre skillet mellom tanke og sannhet. Flere informanter beskrev at de opplevde at denne øvelsen ofte førte til økt mestring og her og nå fokus hos pasientene.

«Hvis jeg for eksempel sier at jeg er dum, vil den kognitive teorien at man skal se på tanken, og vurdere om den er sann, eventuelt finne en alternativ tanke. Men ACT vil heller at du skal registrere at tanken er der, så i istedenfor å si at jeg er dum og endre tanken, kan du heller si: jeg tenker at jeg er dum, for å skape mer avstand til tanken»

Etter bruk av bussøvelsen, som beskrevet over, fikk noen av sykepleierne tilbakemeldinger fra pasientene på at øvelsen hadde økt bevisstheten deres rundt hvor mye oppmerksomhet tankene deres skulle få. De opplevde mer mestring i hverdagen og flere oppga å kjenne på en økt selvfølelse. En sykepleier fortalte også at hun selv opplevde økt bevissthet etter å ha startet å jobbe med ACT, hun følte at hun mestret jobben på en annen måte.

«ACT har gjort at jeg tenker annerledes»

En annen sykepleier fortalte at hun opplevde å gi bedre kvalitet på tjenestene etter å ha begynt å bruke ACT og at hun følte hun hadde mer å spille på, og var tryggere i rollen sin.

Oppsummert delte sykepleierne i studien opplevelsen av at det å jobbe verdibasert og akseptfokuseret førte til at pasientene deres ble mer bevisst på egne verdier, tanker, ønsker, mål og ressurser. Det forstod de ved at pasienten reflekterte og tenkte annerledes første gang de møttes enn videre ut i behandlingsforløpet. De fikk også alle sammen tilbakemeldinger fra pasientene på at de

selv oppleve at tankemønsteret deres hadde endret seg og at de fokuserte på andre ting nå enn før. Oppmerksomt nærvær var også en faktor som førte til økt bevissthet hos pasientene, da de fokuserte mer på her og nå enn før og fremover.

5 Diskusjon

I denne delen vil jeg reflektere over metodevalg og diskutere resultatene fra studien.

5.1 Metoderefleksjon

Jeg valgte å bruke kvalitative intervjuer, for å kunne utforske hele fenomenet jeg ønsket å finne mer ut av. Jeg ønsket å kunne få frem et helhetlig sykepleierfaglig grunnlag for forskningsprosjektet, med de kvaliteter og egenskaper en sykepleier bidrar med inn i behandlingssituasjonen. Jeg ville også bruke mine skrive- og intervjuferdigheter fra tidligere utdanning i prosjektet mitt.

En svakhet ved å bruke kvalitative intervjuer sykepleierne kun får frem en side av saken. Det er også få intervjuenheter/informanter i studien, og for å kunne få frem mer informasjon om fenomenet, ville det krevd et større utvalg og en større studie. Mitt første intervju var kort og vanskelig å gjennomføre, og jeg erfarte at jeg måtte legge til oppfølgingsspørsmål til de neste intervjuene og det ble jeg mer bevisst på underveis i intervjuprosessen. På denne måten kunne jeg få til å skape mer meningsfulle diskusjoner med informantene (Johannessen et al., 2016, s. 153).

En styrke ved å kvalitative intervjuer var at jeg kunne få mer dybde i samtalen og en bredere forståelse av fenomenet. Intervjuene varte rundt en time og ga rom for refleksjon og åpne spørsmål, med lange, detaljerte svar. En annen fordel med å bruke kvalitative intervjuer, var at jeg kunne gå mer ned på detaljnivå og bruke personens erfaringer som grunnlag for analysen, noe som ga et mer nyansert og deskriptivt resultat i datamaterialet. Det å velge fysiske intervjuer, fremfor digitale møter, ga meg et bedre grunnlag for å etablere tillit og åpenhet og mer «kontroll» over situasjonen (Jacobsen, 2022, s. 165).

I denne type studier kan man også velge å anvende fokusgruppeintervjuer. Jeg valgte imidlertid å bruke kvalitative dybdeintervjuer, for å få andre typer svar, som var mer den typen jeg ønsket til dataene. Et annet element til grunn for denne avgjørelsen, er at ressursene er knappe på slike arbeidsplasser. Jeg ønsket heller å fokusere på noen få ansatte for å øke kvaliteten, i istedenfor å bruke fokusgrupper som ville krevd at flere at flere ansatte måtte satt av tid samtidig, noe som kan være vanskelig å gjennomføre. Jeg valgte å bruke en delvis strukturert intervjuguide, noe som ga meg muligheten til å bevege meg frem og tilbake. Ved å bruke et mer strukturert intervju, ville jeg hatt mindre innvirkning på hvordan informantene svarte, fordi et mer strukturert intervju ofte har faste svaralternativer. Hadde jeg derimot valgt å anvende et helt åpent intervju, kunne relasjonen

mellom meg og informanten påvirket svarene og jeg hadde hatt mer innflytelse. Åpne intervjuer har ingen klargjorte spørsmål, og det er letter å lede spørsmål mot ønskelige svar (Johannessen et al., 2016, s. 148).

En tematisk analyse var hensiktsmessig på denne typen data, der man ikke arbeider etter et spesifikt rammeverk, men heller jobber mer induktivt med å finne data som svarer på problemstillingen, gjennom tematisering og kategorisering. Dette var den metoden som virket mest forståelig og nyttig for meg, som gjorde at jeg følte meg tryggere i analyseprosessen. Metoden ga meg muligheten til å jobbe mer fleksibelt med datamaterialet, da den ikke er bundet til et spesifikt rammeverk (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Jeg tok ulike avgjørelser før jeg startet opp med analyseprosessen. Jeg vurderte hva som kvalifiserer som et tema, og lette etter temaer på tvers av datamaterialet og deretter valgte ut de jeg mente var de største og viktigste. Dette var temaer som kunne svare på problemstillingen gjennom en induktiv tilnærming (Braun & Clarke, 2006, s. 82 -85), som innebærer at analysen ikke er teoristyr. Noe av datamaterialet ble fjernet i analyseprosessen, fordi jeg ikke hadde nok informasjon knyttet til en kategori til å sette det inn i et tema, noe som kan være en ulempe ved tematisk analyse. Jeg brukte derimot god tid på å lage egne temaer som ikke var spesifikt knyttet opp mot intervjuguiden.

5.2 Resultatdiskusjon

Jeg vil i denne delen diskutere studiens viktigste funn, som svarer på problemstillingen. Tre elementene dannet grunnlaget for de mest interessante resultatene: aksept for symptomer, verdifokus og bevisstgjøring gjennom øvelser. Jeg vil trekke frem det sykepleiefaglige helhetlige perspektivet på mennesket og sykepleiernes erfaringer med: ACT som tenkningsgrunnlag, ACT metodens funksjon og effekt og elementer og verktøy som gjør metoden annerledes å jobbe med. Funnene vil diskuteres opp mot eksisterende forskning og relevant litteratur som ble presentert i teoridelen.

5.2.1 Forståelsen av tenkningsgrunnlaget i ACT

Sykepleierne i denne studien snakket om ACT som en metode som får pasienten til å tenke på en annen måte. De trakk frem det verdibaserte grunnlaget og beskrev dette som det viktigste virkemiddelet for endring og aksept, samtidig som den største forskjellen fra andre terapiformer. Verdifokuset er det som skiller ACT fra andre metoder (Hayes, 2016, s. 879), og handler om nettopp dette, å fremme verdistyrte handlinger og hjelpe pasienten å leve i tråd med sine verdier

(Harris, 2013, s. 26). Verdiene anses slik sett som selve bærebjelken i terapien. Prosessene i metoden påvirker hverandre gjensidig, og verdiene kan ses på som livsveiledere, der målet er et meningsfullt liv (Nymoene & Solberg, 2017, s. 347), og samtidig akseptere smerten livet fører med seg (Harris, 2013, s. 17). Disse funnene kan ses i lys av Merleau-Pontys meningsbegrep, der han knytter mening til to forhold: Mennesker markerer sin retning i verden gjennom handlinger, og mening inngår allerede vår livsverden gjennom at vi lever her og nå (Thøgersen, 2004, s. 124 -125). Dette kan forstås som oppmerksomt nærvær som ACT fokuserer på. Bare gjennom nærvær kan mennesker komme i kontakt med sin opplevelse av verden (Thøgersen, 2004, s. 21). Informantene i min studie fortalte alle sammen at de ofte stilte spørsmålet «hva er viktig for deg?», «hva har du gjort den siste tiden for å leve i tråd med verdiene dine?» og «hva vil du stå for?». Dette er i tråd med det Hayes (2016) sier om at i denne fasen av behandlingen utføres ofte en verdikartlegging, som fører til utarbeidelsen av verdibaserte mål og konkrete handlinger mot målet (Hayes, 2016, s. 879). Informantene delte oppfatning av at dette fokuset skapte motivasjon og bidro til økt bevissthet og mestringsevne hos pasientene, noe som igjen førte til reduksjon av symptomer. Denne oppfatningen er i tråd med grunnelementene i ACT som baserer seg på aksept, svekking av tankenes og følelsenes betydning og bevegelse i retning av egne, verdsatte mål (Holden, 2007). ACT skal bidra til at pasienten lar kjerneverdiene sine styre, motivere og inspirere til atferdsforandringer, sette seg mål og gjøre handlinger som gir livet mer mening (Harris, 2013, s. 18). Gjennom å fokusere på kjerneverdiene opplevde sykepleierne at de fant essensen i hva pasienten ønsket å jobbe med, som igjen gjorde det mer effektivt å lage en problemstilling og fokusere på hvordan løse denne utfordringen. Ved å jobbe med verdier, er det enighet blant flere forskere, at man kan utvikle atferdssystemet i retning av selvvalgte verdier og mønstre, noe man kan velge å handle i tråd med eller se bort i fra (Hayes et al., 2018, s. 385, Harris, 2013, s. 222 & Nymoene & Solberg, 2017, s. 345).

Funnene viser at ACT brakte et nytt fokus med seg med tanke på at man ikke skal endre noe, ikke lete etter hvorfor ting er vanskelig, men heller fokusere på hvordan man skal håndtere det. Dette støtter teorien om at ACT handler om å akseptere at tanker og følelser skal få være som de er, de skal få plass i livet og komme og gå naturlig, uten å vies for mye oppmerksomhet (Harris, 2013, s. 157, Hayes et al., 2016, s. 879). I funnene beskrives aksept som at pasienten kan leve med angsten sin i hverdagen og at det handler om hvordan man bærer den. Denne tilnærmingen kan ofte oppfattes som en åpenbaring for pasientene der de får kontakt med smertefulle opplevelser og følelser, og samtidig oppsøker relasjoner og situasjoner som kan utløse disse (Hayes et al., 2018, s. 353). I likhet med andre psykologiske fleksibilitetsprosesser kan aksept forstås som en funksjonell prosess, der målet er å lære pasienten å oppleve her og nå på en ny måte, hvor man vektlegger

personlige opplevelses påvirkning på pasienten og hvilke funksjon de har, ikke hvordan man skal forandre opplevelsens form (Hayes et al., 2018, s. 65). Swain et al (2013) viser til funn som samsvarer med hypotesen om at ACT har ført til reduksjon av selvrapporterte angstplager hos pasienter både på individ- og gruppenivå, med høyest evidens for effekt hos pasienter med alvorlig, blandet eller sosial angst. I studien konkluderer man likevel med at tradisjonell kognitiv terapi virker like effektivt som ACT basert på selvrappoteringer. Derimot vurderes ACT mer effektivt enn tradisjonell kognitiv terapi, ifølge statistiske rapporter fra helsepersonell (Swain et al., 2013, s. 976). En annen sykepleier i min studie opplevde at ved å heller spørre pasienten om h*n er villig til å akseptere noe, eller se på ting på en annen måte, ble opplevelsen mer avvæpnende og mindre resignerende, noe som er i tråd med Hayes et al. (2018, s. 353). Aksept innebærer en gjensidig og likeverdig relasjon og det å ha en åpen, ikke dømmende holdning (Hayes et al., 2018, s. 353 -356). Dette kan ses i sammenheng med Kari Martinsens menneskesyn, som peker på at den grunnleggende omsorgen som finnes i relasjonen mellom mennesker, er livsviktig (Øyasæter, 2009). Med dette grunnlaget viser funnene mine at pasienten kan bli mer løsningsorientert enn problemfokuset. Ved å lære seg en løsningsorientert tilnærming, opplevde flere av mine informanter at pasientene deres enklere klarte å stå i det vonde, og likevel ha et godt liv. Terapeutene i studien til Hayes (2016), er av lik oppfatning, og beskriver nøkkelen til ACT som støtte til pasienten gjennom å fokusere på hva som er, ikke det man sier at det er (Hayes, 2016, s. 876). På denne måten kan man veilede pasienten til å ta verdibaserte valg, og bryte med automatiske reaksjoner og tankemønstre (Hayes, 2016, s. 877).

5.2.2 Metodens funksjon og effekt på pasienten fra et helhetlig sykepleierfaglig ståsted

Her vil jeg diskutere mine funn knyttet til funksjon og effekt av ACT som metode.

Merleau -Ponty viser til forståelsen av kroppen som en flertydig og levende organisme, som inkluderer kroppen som kilde til erfaring, erkjennelse og meningsfortolkning. Gjennom en slik tilnærming, kommer pasientens subjektive erfaring av sykdomsopplevelse frem ifølge Merleau-Ponty (Gilje, 2018). Dette kan ses i sammenheng med funnene mine, som viser hvordan sykepleierne vektla det å erfare følelsene i kroppen gjennom å bruke ACT. Informantene fortalte at på denne måten lærte pasienten å forstå seg selv og ACT bedre og tankene fikk en ny betydning. Kari Martinsen (2009) viser til erfaring, menneskelige holdninger og betydningsammenhenger som viktige elementer i forståelsen av det helhetlige perspektivet på mennesket (Øyasæter, 2009), som

også kan ses i sammenheng med målet med øvelsene og metaforene i ACT metoden. Det var en felles forståelse blant mine informanter av at ACT metoden er svært god å bruke for å få frem kroppslige symptomer på følelser og hvor følelsene sitter. Dette banet videre vei for bedring og symptomreduksjon hos pasienten. ACT kan ikke læres gjennom teori, men må erfares og kjennes på kroppen. Merleau-Pontys kroppsfenomenologi er forenelig med denne forståelsen som ligger til grunn for ACT metoden og dens effekt på pasienten. Ifølge Kari Martinsen (2009) innebærer definisjonen av «helhetlig sykepleie tenkning» både det fysiske, sosiale, psykiske og åndelige ved mennesket, som må ses i en sammenhengende helhet (Øyasæter, 2009). Merleau-Ponty peker på kroppen som noe som fylles av følelser, smerte, glede, gjennom å betrakte den som en subjektiv opplevelse av tilstedeværelse i verden (Nome, 2012, s. 147). Denne forståelsen kan ses i sammenheng med mine funn knyttet til at økt bevissthet kan gi kroppslige og fysiske opplevelser av følelser hos pasienten og er forenelig med et helhetlig sykepleierfaglig tenkningsgrunnlag. Sykepleierne tilstreber alltid å leve ut ACT, å utføre terapien med hjerte og sjel, og det er viktig å være oppmerksom på om det følelsesmessige nærværet blir for sterkt for pasienten underveis (Harris, 2013, s. 60) Sett ut ifra et større perspektiv, der en pasient har kontakt med mange hjelpere innenfor psykisk helsearbeid, vil det trolig kunne ha stor effekt på pasienten om hele systemet fremmet tanker, følelser og kroppslige sensasjoner til noe som er til nettopp for å oppleve, i motsetning til tanken om at disse opplevelsene er noe som skal fikses eller kontrolleres (Harris & Jacobsen, 2010, s. 248). Martinsen (2009) peker på problemet ved en sykdomsorientert praksis, der reduksjon av symptomer og sykdomsfrihet tar større plass enn fokuset på helhetlig omsorg (Øyasæter, 2009). Funn fra min studie beskriver en sykepleier som opplevde at pasienten lettere klarte å akseptere at de ubehagelige følelsene kunne være til stede i livet, uten å endre de eller gi de oppmerksomhet, etter å ha erfart følelsene på kroppen for første gang. Dette styrker tilnærmingen om Merleau-Pontys tenkning om kroppen som en kilde til erfaring og den subjektive opplevelsen av sykdom (Gilje, 2018) gjennom at ACT vektlegger å endre pasientens forhold til tanker, følelser og kroppslige sensasjoner (Harris & Jacobsen, 2010, s. 248). ACT vist seg effektiv på en rekke lidelser og problemer, men det sterkeste evidens for at ACT kan behandle kronisk smerte (Nymoene & Solberg, 2017, s. 341), noe som kan styrke teorien om den subjektive opplevelsen Merleau-Ponty beskriver.

Det er enighet blant forskere om at det finnes evidens for effekt av ACT ved behandling av depresjon, angst, psykoseproblematikk, rusmisbruk, alkoholisme, spiseforstyrrelser, PTSD, tvangstanker og personlighetsforstyrrelser. Likevel kan mye tyde på at metoden ikke er godt nok etablert til å kunne brukes i behandling og at ACT ikke har noen bedre effekt enn tradisjonell

atferdsterapi (Øst, 2014, s. 118). Funnene mine peker på at ulike elementer i ACT kan påvirke pasientens livskvalitet. Ifølge Osaji et al (2020) hadde ACT en stor påvirkning på livskvaliteten hos rusmisbrukere og alkoholikere sammenlignet med tradisjonell atferdsterapi. ACT var svært effektiv i den aktive fasen av misbruket (Osaji et al., 2020, s. 630 -633). Flertallet av deltakere i en studie gjort med pasienter med psykosesyntomer, rapporterte om bedre livskvalitet, emosjonell bedring og reduserte plager i etterkant av ACT behandling. Det kom derimot frem i studien, at det ikke fantes evidens for markante forskjeller når det gjaldt negative symptomer på psykose. Objektivt sett hadde ACT derfor en liten effekt på positive symptomer (Shawyer et al., 2017, s. 146 -147).

Hovedvekten av forskning jeg har funnet baserer seg på individuelle opplevelser og erfaringer fra pasientenes side. Informantene i min studie delte oppfatning av at pasientene ofte brukte strategiene de lærte aktivt mellom terapitimene, og at disse ble integrert i deres tankemønster. Økt bevisstheten på eget atferdsmønster, samt økt psykologisk fleksibilitet, ble rapportert fra pasientene som årsak til redusert symptomtrykk og bedring. I ACT defineres psykologisk fleksibilitet som en helhetlig modell, et sett av sammenhengende prosesser som kan benyttes på temaer relatert til menneskelig funksjon og tilpasningsdyktighet (Hayes et al., 2018, s. 93), som kan ses i sammenheng med helhetlig sykepleierfaglig tenkning.

Blant mine informanter var det en felles forståelse av at ved å skifte fokus fra unngåelser og fastlåste tanker, skjedde det noe med pasientene. De beskrev at ved å skille mellom sannhet og tanker og skille mellom hva som er og hva man tenker at er, opplevde pasienten økt mestring og et mer her og nå fokus. Dette kan ses i sammenheng med Merleau-Pontys intensjonalitetsbegrep, som fremhever *jeg kan* fremfor at *jeg tenker*. Han peker på dette som et praktisk kroppslig aspekt ved vår måte å forstå verden på (Thøgersen, 2004, s. 116). Ved å skille mellom hva som er et problem og hva man tenker er et problem, opplevde pasientene et mer meningsfullt liv med mindre ubehag. Dette er i tråd med Hayes (2016) sin konklusjon av at fokuset på oppmerksomt nærvær, aksept, verdier og relasjoner markerer veien for den tredje bølgen atferdsterapi. Ifølge Hayes (2016) har ACT har åpnet for et nytt felt som integrerer mental helse, rusmisbruk og andre psykologiske aspekter ved fysisk helse (Hayes, 2016, s. 882). ACT snur opp ned på den tradisjonelle terapiformen ved å vektlegge at symptomreduksjon ikke skal være målet, men likevel resulterer ofte terapien i symptomreduksjon (Nymoen & Solberg, 2017, s. 340). Gjennom ACT prøver man ikke å bli kvitt symptomer, og ved å prøve på det, vil symptomene ofte eskalere og vedvare. Dette står i sterk kontrast til vestlig psykologi (Harris & Jacobsen, 2010, s. 248).

5.2.3 Elementer og verktøy som gjør ACT annerledes å jobbe med

I funnene beskrives en rekke øvelser som kalles «verktøykassen», med fokus på visualisering og bevisstgjøring i samspillet mellom terapeut og pasient.

ACT er en opplevelsesbasert og aktiv form for terapi, der man fører pasienten gjennom et spekter av metaforiske øvelser. Det er ikke teknikkene og øvelsene som skiller ACT fra andre terapiformer, men formålet med dem (Harris & Jacobsen, 2010, s. 247). Det kan for eksempel være ved å be pasienten identifisere og beskrive hvordan angsten ser ut og hjelpe han/henne med å fokusere intenst på å oppleve sensasjonen av ubehaget (Harris & Jacobsen, 2010, s. 252).

For mange terapeuter er tanken på å lede disse øvelsene både utfordrende og skremmende (Harris, 2013, s. 59), og det er dermed viktig at defusjon og psykologisk fleksibilitet er til stede hos pasienten, men også hos terapeuten. Bare da kan begge parter i relasjonen håndtere vonde tanker og ubehagelige følelser i en vanskelig øvelse (Harris, 2013, s. 265 -270). Sykepleierne i min studie beskriver nettopp øvelser som kan oppleves ubehagelig for både pasienten og terapeuten, men som fremstår svært effektive. En av øvelsene som ble utpekt som spesielt vanskelig i mine funn var «bussøvelsen». Den ble omtalt som en emosjonelt utfordrende vanskelig øvelse å gjennomføre. Når man praktiserer ACT, er målet å fortsette å jobbe mot pasientens mål, uavhengig av hvor utfordrende og vanskelig det oppleves for terapeuten underveis i konfrontasjon med pasientens tankemønster. Dette kan enten skape økt motivasjon og endring i pasientens atferdsmønster, eller skape motstand og forlenge problematferden (Oddli et al., 2014, s. 259 -261). Å jobbe med ACT er personlig krevende og det kan være utfordrende når pasientens dilemma kan minne om terapeutens liv, der grensene i relasjonen oppleves naturlige. Til og med for en erfaren ACT terapeut kan det være vanskelig å se hvor skillet mellom mitt og ditt går (Hayes et al., 2018, s. 216 – 219).

Målet med øvelsene er at pasienten kommer nærmere egne verdiene uten å gi negative tanker og følelser noe særlig oppmerksomhet. Ved bruk av øvelser og metaforer vil pasientens oppmerksomhet rettes mot de ulike måtene h*n har kjempet mot egne tanker og følelser, gjennom helt åpenbare strategier som rusmidler, sosial tilbaketrekning, emosjonell kontroll osv. (Harris & Jacobsen, 2010, s. 251). Gjennom å øke pasientens bevissthet knyttet til strategier for emosjonell kontroll, blir det tydelig hvordan det å prøve å kontrollere hvordan man føler seg, ofte fører til at man fanges i en ond sirkel med økende symptomer (Harris & Jacobsen, 2010, s. 250). Flere av sykepleierne i min studie fortalte at pasientene hadde gitt tilbakemeldinger på at «bussøvelsen» ga de et annet fokus på livet og skapte markant endring i bevissthet rundt egne atferdsmønstre og tankeprosesser. Dette funnet kan ses i lys av Merleau-Pontys reduksjonsbegrep, som viser til en

prosess der vi endrer holdningen vår i forhold til verden. Mennesker har tanker om hvordan ting er, og gjennom bryte ned en antakelse eller tanke, kan betydningen av tanken endres. I løpet av den prosessen har vi gått bort i fra de innlærte vanene våre og kan se ting på en ny måte. Vi fjerner oss fra et kjent mønster knyttet til en handling eller vane og åpner for å se ting fra et annet perspektiv (Thøgersen, 2004, s. 32). Sykepleierne i min studie delte opplevelsen av at verdifokuset og oppmerksomt nærvær hadde bidratt til at pasientene ble mer bevisst egne tanker, ønsker, mål og ressurser, etter å ha sett en endring i pasientens refleksjonsevne og atferdsmønster gjennom terapiforløpet.

Ved å la pasienten stimulere evnen til å visualisere, kunne terapeutene lære dem å se for seg fremtiden og hvordan livet ville se ut dersom problemet var borte eller annerledes. På denne måten ble problemstillingen mer konkret og levende og ble brukt som billedlige mekanismer for motivasjon til endring (Oddli et al., 2014, s. 256). Effekten av øvelsene forutsetter at pasienten forstår prosessene i ACT, og flertallet av deltakerne i studien til Shawyer et al (2017) rapportere om en positiv forandring. Det var likevel noen som opplevde øvelsene som vanskelig å forstå og var dermed ambivalente til effekten av noen deler av metoden (Shawyer, 2017, s. 147). Mine funn er sammenfallende med en studie av Matoff (2018), her en felles forståelse av at visualisering er en forutsetning for å gjennomføre øvelsene (Matoff, 2018, s. 13). Dersom man er kognitivt sterk nok til å forstå øvelsene, kan det videre bidra til å konkretisere og spesifisere løsninger gjennom at pasienten kan se for seg en forandring (Oddli et al., 2014, s. 256). Terapeutene handler ut ifra sin profesjonelle intuisjon når de vurderer om pasienten har gode nok kognitive evner til å få utbytte av øvelsene. Mine informanter opplevde at pasienter med autismediagnoser ikke klarte å forstå metaforperspektivet, men at pasienter med både angst og depresjon opplevde god effekt av de metaforiske øvelsene. Verktøy, øvelser og atferdsferdigheter har vist seg å være effektivt for å hjelpe angstpasienter å takle utfordringer bedre (Matoff, 2018, s. 14). Evnen til å visualisere, se for seg fremtiden og bringe visjonene om problemløsning tilbake til nåtid, fører til konkrete atferdsendringer, noe som øker den subjektive opplevelsen av å bety noe og stimulerer motivasjon til å leve i tråd med verdier (Oddli et al., 2014, s. 261). Denne formen for bevisstgjøring rundt eget atferdsmønster og opplevelse av eget liv kan ses i sammenheng med Merleau-Pontys refleksjonsteori, som peker på menneskets evne til å reflektere over opplevelsen og erfaringen av verden. Refleksjon er noe avledet fra vår umiddelbare kroppslige erfaring av verden, men fordi refleksjon oppstår i noe vi allerede opplever, kan det skape et tydeligere og skarpere blikk på verden vi allerede lever i. Gjennom refleksjon kan mennesket se fremover og likevel komme tilbake til den kroppslige verden, med et nytt perspektiv (Thøgersen, 2004, s. 23 -31).

Terapeuten må være bevisst på fallgruvene ACT kan føre til og må aktivt jobbe med seg selv for å utvikle fleksibilitetsferdigheter, både privat og profesjonelt (Hayes et al., 2018, s. 195 -205), for å kunne stå stødig i relasjonen og klare å være bevisst på egne tanker og følelser. Samtaleprosessene i relasjonen handler ikke bare om bruk av øvelser, metaforer og konsepter (Hayes et al., 2018, s. 195 – 205). Terapeuten må ha oppmerksomt nærvær og omsorgsfullt samspill med seg i terapien for å kunne skape en sterk og tillitsfull relasjon til pasienten (Harris, 2013, s. 265). Ifølge Kari Martinsen står relasjonen som et sentralt element i et helhetlig sykepleierfaglig perspektiv, og anses som livsviktig (Førland et al., 2018, s. 200). Først når denne relasjonen er etablert, kan terapeuten hjelpe pasienten til å skape rom for aksept og økt bevissthet rundt egne tanker og forestillinger (Harris, 2013, s. 26). Oddli et al., (2014) viser i sin studie til en felles enighet blant terapeutene om at terapien skulle være meningsfull og relevant for pasienten (Oddli et al., 2014, s. 253 -258). Mine funn viser til at relasjonen mellom pasient og sykepleier ble mer personlig og skapte bedre kvalitet på behandlingen med ACT, ved at sykepleieren ofte kunne tenke seg til hvilke øvelser som kunne passe for pasienten. Tid, refleksjon og ressurser som ble lagt ned i arbeidet med individuell tilpasningen av verktøy skapte bedre kvalitet i relasjonen. Metaforer og øvelser i ACT tilpasses de spesifikke utfordringene pasientene strever med (Harris & Jacobsen, 2010, s. 250). Mine informanter beskrev øvelser og metaforer som en ny og annerledes tilnærming, som skapte motivasjon og inspirasjon hos pasientene, noe som igjen påvirker resultatet av terapien.

6 Videre forskning

Blant mine informanter kom det kroppslige fokuset på følelser og opplevelser knyttet til emosjonelle tilstander frem som et viktig poeng i arbeid med metoden. Jeg har derimot ikke funnet mye forskning som diskuterer denne delen av terapien i et større perspektiv enn «kroppslige sensasjoner» og «metaforer og øvelser». Jeg valgte derfor å lete etter filosofer eller teoretikere som kunne bidra til å belyse dette perspektivet. Informantene i min studie opplevde disse faktorene med kroppslig aksept og opplevelser som en avgjørende faktor i arbeidet med metoden, noe som kan underbygge en teori om at dette er et felt det må forskes mer på. Samtlige forskere i studiene jeg har bygget mitt prosjekt på, konkluderer med at det kreves større og mer detaljerte studier for å kunne si noe mer sikkert om fenomenet det er forsket på. Jeg er av samme oppfatning og mener det trengs mer data knyttet til en større del av populasjonen på tvers av offentlig og privat helsesektor, for å kunne gi mer evidens for effekten av ACT metoden i kommunehelsetjenesten.

7 Avslutning

Funnene mine peker spesifikt på at en mer personlig tilnærming, verdifokus, aksept for symptomer og kroppslige øvelser er det som skiller ACT fra andre tradisjonelle terapiformer. Disse elementene kunne bidra til økt bevissthet og bedre livskvalitet hos pasientene. Gjennom å jobbe verdibasert kunne pasienten lære å endre atferdsmønsteret sitt. Når pasienten lærte å skille mellom hva som var tanker og sannhet, opplevde de å få et mer meningsfullt liv med mindre ubehag. Ved å rette fokus mot ressurser og verdier, fremfor problemer og begrensninger, opplevde pasientene økt mestring. Gjennom å endre sitt forhold til tanker, holdninger og sensasjoner skapte pasienten nye måter å forholde seg til symptomer på. Ved å se pasienten fra et helhetlig sykepleiefaglig ståsted, ble kropp og sinn inkludert i behandlingen. Dette skapte større rom for aksept av symptomer hos pasienten og gjorde han/henne bedre rustet for å takle vonde tanker og følelser. De opplevelsesbaserte øvelsene og metaforene i ACT pekes ut som et viktig element i utøvelsen av metoden, og som en kilde til erfaring og mening knyttet til tanker og følelser. Ved å bruke øvelser og metaforer opplevde sykepleierne at pasientene ble mer bevisst på hvordan følelser og tanker påvirket livet her og nå, gjennom oppmerksomt nærvær. Dette førte til at pasientene tydeligere kunne se sine uhensiktsmessige strategier. Når pasientene kjente følelsene på kroppen, ble problemet deres mer konkret og levende, og dette skapte motivasjon til endring. Øvelser og metaforer hadde best effekt hos pasienter som hadde evnen til å visualisere og forstå metaforer, men øvelser kunne tilpasses den enkeltes behov.

Funnene i min studie viser til at ACT som metode både er virkningsfull og vanskelig å anvende i praksis. utfordringene i utførelsen av ACT kan reduseres gjennom økt psykologisk fleksibilitet, fra både pasient og sykepleier sin side. Ubehaget knyttet til praktiseringen av ACT kan være en faktor som begrenser bruk av tilnærmingen. Det kan også være en motivasjonsfaktor for å jobbe på nye måter. Sykepleierne pekte at gjennom å jobbe med ACT fikk de en mer personlig relasjon til pasienten. Både sykepleierne og tilbakemeldinger fra pasienten viste til at kvaliteten i relasjonen og i terapien økte gjennom ACT. Trygghet, kunnskap og erfaring rundt og om metoden var en forutsetning for å arbeide aktivt med den. Betydningen disse funnene har for mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer, er muligheten til bedring gjennom et positivt og målrettet perspektiv i en helhetlig og mer personlig kontekst. Studien peker på at behandling kan skje mer effektivt og bidra til økt motivasjon og bevissthet hos pasientene. Det kan et være avgjørende element at symptomreduksjon ikke er målet, og at verdifokuset står i sentrum. Betydningen disse

funnene har for samfunnet er at ACT kan være en metode for mer effektiv og kvalitativ behandling i arbeidet med psykisk helse- og rusutfordringer i kommunehelsetjenesten. Gjennom å fokusere på verdier og motivasjon fremfor sykdom og funksjonstap, kan man redusere stigmatisering og normalisere «symptomer», som kan bidra til økt inkludering og samfunnsdeltakelse. Psykiske utfordringer er et økende problem i samfunnet og det er behov for mer effektive metoder på dette feltet i kommunene.

Grunnet få informanter i denne studien og lite forskning gjort på norsk og i Norge, er det nødvendig med videre forskning knyttet til opplevelsen av ACT som metode, for å kunne si noe mer sikkert om ACT metodens funksjon i norske behandlingsintuisjoner. Det er nødvendig med mer kunnskap om ACT i kommunehelsetjenesten for å vite mer om metodens effekt og kvalitet i en slik kontekst. Det vil være nyttig med større, kvalitative studier for å kunne si mer om implikasjoner for opplevelsen av praktisering av ACT fra helsepersonell sitt ståsted.

Referanser/litteraturliste

Braun, V, & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77 -101.

CRPD. (2008). *FN -konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf>.

Forskningsetiske komiteer. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>.

Eget arbeid. (2022). Helsetjenester og ACT -metoden i kommunalt psykisk helsearbeid. [Arbeidskrav 2] Universitetet i Sørøst Norge.

FN sambandet. (2022, 4.februar). *Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne*. FN sambandet. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>.

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>

Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 4 (3), 196 -214.

Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. (3.utg). Fagbokforlaget AS.

Grung, R.M. & Jacobsen, T.N. (2022). En kort introduksjon til Acceptance and commitment therapy. *Fontene forskning*. <https://fontene.no/forskning/acceptance-and-commitment-therapy-act-6.584.865320.8d2009819b>

Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. (2.utg). Fagbokforlaget AS.

Gilje, N. 2018. Grunnleggende sykepleie favoriserer humanistiske fag fremfor naturvitenskap og biomedisin. *Sykepleien*. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.70438

Harris, R. & Jacobsen, T.N. (2010). Omfavn dine demoner og følg ditt hjerte – en introduksjon til aksept og forpliktelsesterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 7 (3). Universitetsforlaget.

Harris, R. (2013). *ACT – enkelt og greit: En innføring i aksept- og forpliktelsesterapi*. Gyldendal Akademisk Forlag.

Hayes, S. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy* 47 (6), 869 – 885.

Hayes, S, Strosahl, K-D & Wilson, K -G. (2018). *Aksept og verdibasert atferdsterapi – mindful endring – prosess og praksis*. Arneberg Forlag.

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Kunnskapsbasert praksis, sjekkliste*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder I lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>

Holden, B. (2007, 1. september). Aksept- og forpliktelsesterapi: En atferd analytisk psykoterapi. *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2007/09/aksept-og-forpliktelsesterapi-en-atferdsanalytisk-psykoterapi>

Ingvarsson, E.T. & Morris, E.K. (2004). Post-Skinnerian, Post-Skinner, or Neo-Skinnerian? Hayes, Barnes-Holmes, and Roche`s relational frame theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. *The psychological record* 54 (4), 497 -504.

Jacobsen, H.-B. (2019, 1. februar). Fra mus til menn. Utviklingen av aksept- og forpliktelsesterapi. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2019/02/fra-mus-til-menn-utviklingen-av-aksept-og-forpliktelsesterapi/>

Jacobsen, D. -I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A, Tuftte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.utg.). Abstrakt Forlag.

Kvale, S & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3. utg.). Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Matoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent Psychology*, 5(1), 1 -24.

Norsk Senter for Dataforskning. (2022). *Sjekkliste for utfylling av meldeskjema*. Norsk senter for dataforskning. <https://sikt.no/sjekkliste-innsending-av-meldeskjema>.

Nome, D.Ø. (2012). Kroppen som dannelsesarena. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 9 (2), 144 – 153.

NOU 2005: 8. Likeverd og tilgjengelighet. *Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle*. Norges offentlige utredninger.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-8/id390520/?ch=6>

Nymoen, H.N. & Solberg, K.I. (2017). På leting etter kompass og årer – aksept- og engasjementsterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 14 (4), 339 -359. Universitetsforlaget.

Oddli, H.W, McLeod, Reichelt, S & Rønnestad, M.H. 2014. Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 16 (3), 245 -266.

Osaji, J, Ojimba, C. & Ahmed, S. (2020). The use of Acceptance and Commitment Therapy in substance use disorders: A review of literature. *J.Clin Med Res* 12 (10), 629 -633.

Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S., Gallop, R., Copolov, D. & Castle, D. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science* 210 (2), 140 – 148.

Skilbrei, M. (2019). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget AS.

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 33(8), 965 – 978.

Thøgersen, U. (2004). *Krop og fænomenologi: En introduction til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. Systime Academic.

Tøssebro, J. (2009). *Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Universitetsforlag.

Universell (2020, 27.oktober). *Funksjonsnedsettelse*. Universell.no.
<https://www.universell.no/fagskoler/dysleksi-i-fagskolen-en-veileder-til-individuell-tilrettelegging/funksjonsnedsettelse/>

Øst, L. -G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy* 61, 105 – 121.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

Øyasæter, L.C. (2009). Generell sykepleie: Vil vi at omsorg skal lovreguleres? *Sykepleien*, 91 (10), 37 -39.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide kvalitative intervjuer

«Hvordan vil du beskrive ACT som behandlingsform?»

Teoretisk eller/og praktisk.

«Hva er din erfaring med å jobbe med ACT?»

Oppfølgingsspørsmål: «Hva vil du si kan være fordeler og ulemper med metoden?»

Oppfølgingsspørsmål: «Er et noe er vanskelig med ACT?»

«Hvilken erfaring har med ACT metoden knyttet til relasjonsbygging med pasient?»

Oppfølgingsspørsmål: «Opplever du at du møter pasienten på en annen måte enn før?»

Oppfølgingsspørsmål: «Opplever du at det endrer seg?»

«Hvordan opplever du at metoden påvirker mestringsevnen hos pasienten?»

Oppfølgingsspørsmål: «Hvordan opplever du at den påvirker pasienten til å mestre hverdagen eller livet mer eller mindre?»

«Hvordan opplever du at pasienten fungerer bedre eller dårligere ved at du har brukt ACT i samtale?»

Oppfølgingsspørsmål: «Har du noen konkrete eksempler?»

«Hvordan opplever du at ACT påvirker deg og pasienten?»

Oppfølgingsspørsmål: «Opplever du at ACT har en effekt eller ikke?» «Hvordan møter pasienten ACT?» «Hvordan påvirker ACT deg?»

Bakgrunnsinformasjon:

Kjønn og aldersboks

Antall år som sykepleier

Antall år i psykisk helse- og rusarbeid

Antall år på arbeidsplassen

Videreutdanning i psykisk helse

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til avdelingsleder

INFORMASJON OM FORSKNINGSTUDIEN «AKSEPT- OG FORPLIKTELSESTERAPI I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID»

BAKGRUNN OG HENSIKT

Dette er et informasjonsskriv til avdelingsleder om forskningsstudien «Aksept- og forpliktelsesterapi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid». I dette skrevet gir vi deg informasjon om hensikten med studien.

Studien er et masterarbeid. Hensikten med studien er å finne ut av hvordan sykepleiere som arbeider med ACT i praksis, opplever at metoden påvirker mestringsevne og evne til deltakelse og inkludering i samfunnet hos tjenestemottaker. Tjenestemottakere er i denne studien voksne over 18 år med langvarige psykiske problemer og/eller rusproblematikk i kommunehelsetjenesten.

En annen, relatert hensikt er å utvikle kunnskap om bruk av ACT (Aksept- og forpliktelsesterapi) innen psykisk helse- og rusarbeid.

Noen utvalgte ansatte som tilbyr behandling for milde til moderate psykiske helse- og rusplager blir spurt om å delta i studien. Det omfatter ansatte som har kurs/utdanning i metoden ACT.

HVA INNEBÆRER STUDIEN?

Det er frivillig å delta i studien. Deltagelse i studien innebærer å delta i individuelle intervjuer.

Individuelle intervjuer vil foregå i perioden januar 2023 til mai 2023. Det individuelle intervjuet vil vare ca. en time. De individuelle intervjuene vil bli gjennomført av Marie Sogn.

Hvis intervjuene skulle medføre noen ulemper for deg i form av ubehag eller spørsmål i etterkant, kan du kontakte forsker Marie Sogn eller veileder Ellen Andvig på telefon for en samtale.

De individuelle intervjuene vil bli tatt opp på bånd med digital lydopptaker. Opptakene vil deretter bli skrevet ut på papir og analysert av forskeren. Det vil ikke være andre enn forskeren og veilederen som får høre opptakene eller lese utskriftene av samtalen. Lydfilene vil bli slettet og datamaterialet vil bli anonymisert når prosjektet er avsluttet.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakere

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSSTUDIEN «AKSEPT- OG FORPLIKTELSESTERAPI I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID»

BAKGRUNN OG HENSIKT

Dette er en forespørsel om du vil delta i forskningsstudien «Aksept- og forpliktelsesterapi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid». I dette skrivet gir vi deg informasjon om hensikten med studien og hva deltakelse vil innebære for deg.

Studien er et masterarbeid. Hensikten med studien er å finne ut av hvordan sykepleiere som arbeider med ACT i praksis, opplever at metoden påvirker mestringsevne og evne til deltakelse og inkludering i samfunnet hos tjenestemottaker. Tjenestemottakere er i denne studien voksne over 18 år med langvarige psykiske problemer og/eller rusproblematikk i kommunehelsetjenesten.

En annen, relatert hensikt er å utvikle kunnskap om bruk av ACT (Aksept- og forpliktelsesterapi) innen psykisk helse- og rusarbeid.

Noen utvalgte ansatte som tilbyr behandling for milde til moderate psykiske helse- og rusplager blir spurt om å delta i studien. Det omfatter ansatte som har kurs/utdanning i metoden ACT.

HVA INNEBÆRER STUDIEN?

Det er frivillig å delta i studien. Deltagelse i studien innebærer å delta i individuelle intervjuer.

Individuelle intervjuer vil foregå i perioden januar 2023 til mai 2023. Det individuelle intervjuet vil vare ca. en time. De individuelle intervjuene vil bli gjennomført av Marie Sogn.

Hvis intervjuene skulle medføre noen ulemper for deg i form av ubehag eller spørsmål i etterkant, kan du kontakte forsker Marie Sogn eller veileder Ellen Andvig på telefon for en samtale.

De individuelle intervjuene vil bli tatt opp på bånd med digital lydopptaker. Opptakene vil deretter bli skrevet ut på papir og analysert av forskeren. Det vil ikke være andre enn forskeren og veilederen som får høre opptakene eller lese utskriftene av samtalen. Lydfilene vil bli slettet og datamaterialet vil bli anonymisert når prosjektet er avsluttet.

Vedlegg 4: Meldeskjema NSD



[Meldeskjema](#) / [Aksept- og forpliktelsesterapi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid](#) / Eksport

Meldeskjema

Referansenummer

478888

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Kjønn

Alder

Stilling

Arbeidssted (kommune)

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Aksept- og forpliktelsesterapi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Prosjektbeskrivelse

Hensikten med studien er å finne ut av hvordan sykepleiere som arbeider med ACT i praksis opplever at metoden påvirker mestringsevne og evne til deltakelse og inkludering i samfunnet hos tjenestemottaker, som i denne studien er voksne over 18 år med langvarige psykiske problemer og/eller rusproblematikk i kommunehelsetjenesten.

Begrunn hvorfor det er nødvendig å behandle personopplysningene

For å kunne vise til et utvalg som er relevant for å besvare forskningsspørsmålet.

Prosjektbeskrivelse

PFM eksamen wiseflow.pdf

Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marie Sogn, mariesogn92@gmail.com, tlf: 40450160

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellen Sofie Andvig, ellen.andvig@usn.no, tlf: 47855580

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Ikke utfyllt

Behandling

Hvor behandles personopplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til personopplysningene?

- Student (studentprosjekt)
- Prosjektansvarlig
- Interne medarbeidere

Tilgjengeliggjøres personopplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Personopplysningene anonymiseres fortløpende
- Opplysningene krypteres under forsendelse
- Opplysningene krypteres under lagring

Varighet

Prosjektperiode

01.01.2023 - 30.05.2023

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data med personopplysninger oppbevares midlertidig til: 01.05.2024

Hva er formålet med den videre oppbevaringen av dataene?

Dokumentasjonshensyn

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Beskriv utvalget

3 -4 ansatte i psykisk helse og rusarbeid i kommunen.

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

Rekruttering skjer via egen arbeidsplass, der informantene fra en annen avdeling velges ut av avdelingsleder.

Alder

30 - 64

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

Intervjuguide PDF.pdf

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

Informasjonsskriv 2023 PDF.pdf

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Det er frivillig å delta i forskningen, og det vil være mulig å trekke seg underveis uten å oppgi noen grunn. Om du trekker deg, vil det ikke få noen konsekvenser for din arbeidssituasjon.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?


Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger om deg, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i masteroppgaven.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
478888

Vurderingstype
Automatisk 

Dato
13.01.2023

Prosjekttittel

Aksept- og forpliktelsesterapi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdslag

Prosjektansvarlig

Ellen Sofie Andvig

Student

Marie Sogn

Prosjektperiode

01.01.2023 - 30.05.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.05.2024.

[Meldeskjema](#) 

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet